INSTITUT FÜR ETHNO-MUSIK-THERAPIE

Ethno-Musiktherapie
als Regulationshilfe im Massnahmenvollzug und ihre Qualitäten im Vermitteln von Sozialkompetenz

eine Pilotstudie im Massnahmenvollzug nach § 21 Abs. 2 StGB

Abschlussarbeit am Institut für Ethno-Musik-Therapie

vorgelegt von Michael Peter HÖLZL im Jahr 2011

Betreuer: Priv.-Doz. Mag. Dr. Gerhard Tucek

Danksagung

Ich bedanke mich herzlich bei jenen Menschen, die mich fachlich und persönlich bei der Erstellung dieser Arbeit unterstützt haben: Die Klienten und Mitarbeiter des „Projekts 21/2“ (insbesondere Wolfgang Habe), Gerhard Tucek, Alfred Lohninger, Christian Schwarzinger, Beate Bauer, meinen Eltern, sowie die vielen anderen, die mir mit Rat und Tat zu Seite standen.

Geschlechtsspezifische Schreibweise

Im Kontext angeführte geschlechtsspezifische Bezeichnungen (Therapeut, Mitarbeiter, Klient etc.) gelten sinngemäß auch für das andere Geschlecht.

Inhaltsverzeichnis

Prolog....5
1. Strafvollzug....21
1.1. Rechtliche Aspekte....21
1.2. Soziologische Aspekte....27
1.3. Neurobiologische Aspekte....30
1.4. Ergänzung zu den Ausführungen von Gratz....32
1.5. Forschung in Justizanstalten und dort erarbeitete Fragen....33
2. Ethno-Musiktherapeutische Grundlagen....35
2.1. Klienten- oder personenzentrierte Psychotherapie....36
2.2. Bedürfnisse aus der Bindungsforschung....39
2.3. Salutogenese und Gesundheitspsychologische Ansätze....42
2.4. Gewaltfreie Kommunikation....48
2.5. Herzratenvariabilität und chronomedizinisches Know How....50
2.6. Zusammenfassung dieser Theorien....53
3. Entwicklung der Forschungsfrage....55
3.1. Introspektive Biographie....55
3.2. Schuldfähigkeit....56
3.3. Aktuelle Fragestellung von Christian Gold....64
3.4. Forschungsfrage....65
3.5. Borderline Persönlichkeitsstörung....65
4. Therapieverlauf....69
4.1. Bezugaufnahme....69
4.2. Setup in Bezug auf die Forschungsfrage....70
4.3. Therapiesitzungen....70
4.4. Synchronisationen....102
4.5. Zusammenfassung und Eindrücke der Synchronisationen....130
5. Ergebnisse und Eindrücke in Bezug auf die Fragestellung....131
5.1. Beantwortung der Forschungsfrage....131
5.2. Detailergebnisse in Bezug auf die Borderline Persönlichkeitsstörung....132
6. Schlusswort....137
7. Literaturverzeichnis....138
8. Abbildungsverzeichnis....141
9. Anhang....142

Prolog

Vorschau: In diesem Kapitel wird beschrieben warum dieses Thema gewählt, und wie an dieses herangegangen wurde. Weiteres wird ein grober Überblick, als Einstieg in das Thema Musiktherapie im Strafvollzug, gegeben. Im Zuge dessen werden einige Studien bzw. Erfahrungen aus anderen Ländern vorgestellt. Und am Ende des Prologs findet sich ein Ausblick auf die folgenden Kapitel.

Warum habe ich dieses Thema gewählt?

Im Rahmen meiner Studien und meines beruflichen Werdeganges bin ich immer wieder mit schwierigen, manchmal nicht erklärbaren Verhalten von Menschen konfrontiert worden. Insbesondere meine Beschäftigung mit Psychologie, Psychotherapie und Musiktherapie einerseits und die Arbeit mit geistig abnormen Rechtsbrechern andererseits haben mich herausgefordert, wissenschaftliche Arbeiten zu analysieren und Methoden zu studieren bzw. zu versuchen eigene Überlegungen anzustellen. Besonders faszinieren mich Auswertungen der Herzrhythmusvariabilität oder Herzratenvariabilität (HRV) mit nachfolgenden Diagnosen. Die Erfahrungen dazu machte ich bei der Organisation „Autonom Health - Gesundheitsbildungs GmbH“, wo ich zum „Autonom Health“ Experten ausgebildet worden bin. Ebenfalls sollen dieses und andere Themen der Musiktherapie zur meiner beruflichen Entwicklung beitragen.

Vorarbeiten mit Musiktherapie in der Arbeit mit geistig abnormen Rechtsbrechern:

Eine Vorarbeit in diesem Gebiet der Arbeit mit geistig abnormen Rechtsbrechern leistete bereits Christoph Schwarz (Schwarz, Christoph: „Ethno-Musiktherapie im Massnahmenvollzug“, 2010; die Diplomarbeit liegt in der Nationalbibliothek auf), den ich bei grundlegenden mit der Institution zusammenhängenden Aussagen zitieren werde, und dessen Arbeitsstelle ich nach Beendigung seines Musiktherapiestudiums übernahm. Im August 2010 begann ich als Freizeitbetreuer in dem „forensischen Nachbetreuungsprojekt“ zu arbeiten. Die Klienten, die im Rahmen dieser Wohneinrichtung begleitet werden, sind männliche und weibliche „Maßnahmenuntergebrachte“ oder „geistig abnorme Rechtsbrecher“ nach § 21 Abs. 2 StGB (Strafgesetzbuch), im Alter von 20 bis 60 Jahren, die sich überwiegend aufgrund von Gewalt- und/oder Sexualdelikten im Maßnahmenvollzug befinden.

Bei der Diplomarbeit von Christoph Schwarz konnte ich die Auswertungen der HRV durchführen und bemerkte dabei, dass eine sehr geringe Variabilität in der HRV, sowie fast keine Dynamik in der Herzrate bei den Klienten zu finden war. Daher beschloss ich mit einem eigenen Klienten weiter zu arbeiten. Da diese beiden Parameter sehr stark mit Gesundheit und Regulationsfähigkeit/Anpassungsfähigkeit einhergehen, habe ich mir zum Ziel gesetzt, diese Parameter zu erweitern. *Die HRV beschreibt die Fähigkeit des Herzens, den zeitlichen Abstand von einem Herzschlag zum nächsten laufend zu verändern. Flexible Anpassungsfähigkeiten an ständig wechselnde Herausforderungen der Umwelt korrelieren mit einer hohen HRV. Damit ist sie ein Maß für die allgemeine Regulationsfähigkeit und Gesundheit des Gesamtorganismus* (siehe Ausbildungsunterlagen von Autonom Health, Seite 3, HRV- Glossar). Des weiteren wurden Theorien, welche im Rahmen des Studiums der Ethno-Musiktherapie besprochen wurden, und ein paar Inhalte aus der Gesundheitspsychologie, welche ihren Ausgangspunkt bei Antonovsky finden, herangezogen, um ein Erklärungsmodell für die Kompensations- bzw. Regulationshandlungen von Häftlingen aufzustellen.

Als erste Frage stellte sich, welche Bedürfnisse werden im Maßnahmenvollzug unterbunden und wie hängt dies mit chronobiologischen Messdaten zusammen? Durch das Angebot von Autonomie in der Musiktherapie sah ich das größte Potential für einen Interventionspunkt auf der Bedürfnisebene. Die Klienten erhalten möglichst viele Entscheidungskompetenzen, da sie wieder auf die Außenwelt vorbereitet werden sollen. Dies deshalb, weil ihnen nach ihrer Freilassung auch keine Entscheidungen abgenommen werden, sowie es derzeit im Gefängnis der Fall ist. Somit wird auch das Bedürfnis nach Kompetenz befriedigt. Die Folge dessen ist eine Verbesserung der Ausdrucksfähigkeit und dadurch wird der innere Druck, der oft durch ein Trauma über das eigene Verhalten geprägt ist, reduziert. Der einengende Aspekt, der wie in Kapitel 1 beschrieben auch zu einem Abbau der Spiegelneurone und somit zu einem Empfindungsabbau beiträgt, könnte somit beseitigt werden. Und das auf eine Art und Weise, die sich einer zu bestimmenden Dimension der Musik bedient, damit das Gefühl des bestrafenden Aspekts aufrecht erhalten bleibt. *Neben negativen Auswirkungen des Vollzugs auf die biologischen Systeme von Stressbewältigung und Motivation, konstatiert Gratz eine Beeinträchtigung der sogenannten Spiegelneuronen, welche die neurobiologische Grundlage für Empathie und Mitgefühl bilden: „Im Strafvollzug Spiegelneuronen verkümmern zu lassen, kann ein Akt persönlich funktionaler psychischer Regulation sein.“* (GRATZ, 2008: S.39) Diese Art der Regulation erscheint kontraproduktiv für alle Arten von Psychotherapie.

Da eine gute emotionale Anpassungsfähigkeit sowie empathisches Sozialverhalten mit einem gewissen

Maß an Herzratenvariabilität (HRV) einhergeht, möchte ich im Experiment beobachten, ob ein Anstieg der HRV mit emotionalen Veränderungen korreliert. Und falls ja, diese Veränderungen beschreiben.

Das Lernziel ist eine Verbesserung des Sozialverhaltens, für welches ein gewisses Grundmaß an Emotionalität gegeben sein muss. Hierfür ist auch die Bindungsfähigkeit sehr ausschlaggebend, welche somit das 3. und entscheidende Grundbedürfnis darstellt. Die Befriedigung der drei psychischen Grundbedürfnisse nach Bindung, Kompetenz und Autonomie sind bei Häftlingen von großer Bedeutung und werden im Hauptteil unter Punkt 2.2. beschrieben.

Der inneren Druck (Stress) und das Arrousel (unspezifische Überaktivierung) wird, laut den Beschreibungen meiner Klienten, meistens durch verschiedenste Strategien zu reduzieren versucht. Hier wird meist an Strategien gearbeitet den Druck, das Arrousel im Zaum zu halten. Bei mir in der Musiktherapie können die Klienten einmal eine neue Dimension benutzen und ihren Gefühlen folgen und sie darstellen. Dadurch, dass sie den Rhythmus oder die Stimmung bestimmen, verwenden sie Musik als ein Medium, in welchem sich viele Probleme widerspiegeln können. Zum Beispiel: Ich ändere immer meine Geschwindigkeit. Warum? Ich kann mich deinem Rhythmus nicht anpassen. Warum? Es verbindet, wenn man die gemeinsame Geschwindigkeit findet. Ahahh-Effekt!) In dem Moment, wo diese Aspekte durch die Musik spürbar werden, kann man sie mit in den Alltag integrieren und ein Bewusstsein für soziale Prozesse aufbauen, wo vorher kein Verständnis war. Es wird wieder ein Bezug zu nicht mehr bewussten Verhaltensmustern hergestellt.

Ein weiterer entscheidender Punkt in der musiktherapeutischen Arbeit ist der soziale Aspekt von Gruppen, weshalb ich auch eine Musiktherapiegruppe anbiete, wo es vor allem um soziale Interaktion geht. Wo die Fähigkeit gefördert wird, sich gemeinsam zu einigen und sich Wertschätzung entgegen zu bringen. Außerdem kann man dann die relevanten sozialen Skills noch besser betrachten und darauf eingehen. Ideal stelle ich mir eine Mischung von Gruppen und wenn nötig auch Einzeltherapie vor. In beiden Settings ist es mir ein Anliegen, dass die Klienten auch außerhalb der Therapie Zugangsmöglichkeiten zu den in der Therapie verwendeten Instrumenten finden, um sich auch selbständig Ausdruck über die Musik verschaffen zu können.

Ich gehe von der Annahme aus, dass der Ausgleich von Bedürfnisdefiziten und eine Bewusstmachung der eigenen blinden Flecken und Stärken die Gefährlichkeit von Fehlregulationen beziehungsweise

Kompensationshandlungen reduzieren, die kognitiven Fähigkeiten verbessern und die emotionale Stimmungslage stabilisieren kann. Unüberlegte Handlungen entspringen meist aus Bedürfnisdefiziten, welche nicht bewusst genug sind, um Wege zu finden diese sinnvoll auszugleichen. Man kann sich das bildhaft wie einen Kessel vorstellen, der explodiert, wenn man nicht etwas Dampf ablässt. Zu lernen wie die Klienten selbst erst gar keinen Druck aufbauen oder diesen wieder abbauen können, scheint der entscheidende Interventionspunkt in der Wiedereingliederungsphase zu sein. Auch die Straftaten selbst waren oft dadurch ausgelöst, dass es ihnen an Regulierungsfähigkeiten mangelte, so berichtet ein Großteil der Klienten im Maßnahmenvollzug. Deshalb erscheint diese Regulationsfähigkeit als wichtig und ist in dieser Arbeit von zentraler Bedeutung.

In Ergänzung dazu möchte ich auszugsweise aus einem Vortrag von Bob M. Romanowski-Grüneke zitieren. Hierbei ging es um Musiktherapie im Strafsystem. Und des Weiteren um „Möglichkeiten und Grenzen der Musiktherapie mit psychiatrischen Patienten im Strafsystem“ 30.10.2007 - NÖ Landesakademie, Krems/Österreich 30.10.2007 Best Practice Day: Musiktherapie -Psychiatrische Klinik im Strafvollzug

Bob M. Romanowski-Grüneke erörtert im Folgenden die Bedingungen, Möglichkeiten und Schwierigkeiten der Musiktherapie im Strafsystem (Text wurde der leichteren Erfassbarkeit wegen von mir geringfügig adaptiert und strukturiert ohne inhaltliche Veränderungen durchzuführen)**:**

Der Volksmund bezeichnet meinen Arbeitsplatz als Knast. Ich verstehe ihn als den Ort, an dem das aufgefangen werden soll, was in anderen Bereichen der Gesellschaft schief gelaufen ist. Das Gefängnis oder der Knast ist keine optimale Antwort auf das Problem der kriminellen Devianz und der Dissozialität… er ist aber die Antwort, die wir in der Gesellschaft bis heute gefunden haben, er ist die, durchaus deprimierende, Realität.

Seit ziemlich genau 10 Jahren arbeite ich als Musiktherapeut in der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie im Krankenhaus der Justizvollzugsanstalt (JVA) Berlin in Berlin-Charlottenburg. Das Krankenhaus versorgt die JVA Berlin, die in Berlin in verschiedene Bereiche an verschiedenen Standorten gegliedert ist. In Berlin gibt es etwa 5.000 Häftlinge.

Dies sind also die Arbeitszusammenhänge in denen ich die Erfahrungen gesammelt habe, über die ich hier berichte.

Ich will einige der Probleme benennen, mit denen die Patienten in das Krankenhaus, in die Therapie kommen. Es sind Probleme, die in einer erfolgreichen Resozialisierung angegangen werden müssen. Die Therapie denke ich mir als einen integrierten Teilbereich der Resozialisation.

Viele Patienten kommen aus den Randbereichen der Gesellschaft, von ganz unten, aus dem Abseits. Sie haben wenige Ressourcen mit denen sie ihre gesellschaftliche Position verbessern könnten.

Dies betrifft ihre schlechten Voraussetzungen: Fehlende Schulbildung, fehlende Berufsbildung als Grundlage für ein geregeltes Einkommen und gesichertes Leben. Es fehlen häufig die mentalen Voraussetzungen (damit ist nicht vorrangig die Intelligenz gemeint) um in der Schule klar zu kommen oder in der Berufsausbildung. Dementsprechend begegnen uns im Knast meist jüngere Männer ohne eine richtige Ausbildung. Es fehlen grundlegende Fähigkeiten und soziale Kompetenzen um sich integrieren zu können und durch ein adäquates Auftreten und Verhalten in der Gesellschaft akzeptiert zu werden.

Hinzu kommen Sprachprobleme - die mangelnde Fähigkeit sich adäquat aus zu drücken. Ursachen hierfür findet man sowohl im Migrations-Hintergrund als auch in anders begründeten Bildungsdefiziten. Besonders relevant für die psychische Gesundheit ist die Fähigkeit über Gefühle und das eigene Erleben zu sprechen; bei den Patienten besteht oft eine Art Sprachlosigkeit, was das innere Erleben angeht.

Ein gravierendes Problemfeld ist dissoziales Verhalten - ein ungebührliches, abweisendes, beleidigendes Verhalten im Umgang mit anderen Menschen (Pflegepersonal und anderen Häftlingen), ohne das hierfür ein hinreichender Anlass gegeben wäre. Das ist eine der Härten dieser Arbeit für die Mitarbeiter, denn diesen Umgang muss man aushalten und verarbeiten.

30-40 % der Häftlinge haben einen Migrations-Hintergrund. Die Migration bringt neben den Sprachproblemen auch andere Probleme mit sich: fehlende Integration in das Lebensumfeld sowie Entwurzelung bezüglich der Herkunftskultur und in der Folge Identitätsprobleme gerade in der 2. und 3. Generation.

Sehr verbreitet ist bei den Häftlingen die Sucht- und Drogenproblematik mit Stoffmißbrauch, Süchten allgemein, sowie Politoxicomanie (Gebrauch multipler Suchtstoffe).

Weshalb erwarten die Behandelnden von den verschiedenen Therapieformen einen günstigen Einfluss auf die Patienten? Eine einfache Erklärung ist: Es handelt sich um normale/gesunde Verhaltensformen, die in den Therapien geübt werden.

Musiktherapie verstehe ich als ein psycho-therapeutisches Angebot. Sie ist die Therapieform, die sich

der Musik als Medium bedient - zur Erreichung unterschiedlicher Ziele. Musik und das musikalische Erleben gehören zu den Grundmodalitäten menschlicher Kultur. Musik ist eine uralte Kulturform. Sie dient der Psychohygiene und der sozialen Integration. Musik ist eine Schlüsseltechnik um Kontakt und Synchronisation zwischen Menschen, in menschlichen Gruppen, zu gewährleisten. Musik ist eingebettet in soziale Bezüge und erfüllt dort diese Funktion - z.B. in der Kirche, in der Oper, beim Militär, beim Tanz, beim Open Air Festival oder bei Raves und auch bei der Love Parade - mit dem Ziel Harmonie, Gleichklang, Katharsis (emotionale Entlastung) herbei zu führen.

Wenn ich jetzt von Musik rede, meine ich also etwas Weiteres als den alltäglichen Musikbegriff. Ich frage meine Patienten gelegentlich: was ist Musik? Und erhalte dann alltägliche Beschreibungen wie: das, was aus dem Radio kommt vom CD-Player. Instrumente, Rhythmus, Noten, Hip-Hop, Techno…

Ich denke, Musik ist mehr. Aus der Perspektive des Therapeuten kann ich sagen: Musik ist eine vorsprachliche Form der Verständigung - denken Sie an Wiegenlieder, zum Beispiel „Schlaf´Kindchen schlaf´“. Das ist eine Art, etwas miteinander zu machen, wobei man sich aufeinander einstellt, sich miteinander abstimmt. Die Mutter nutzt das Wiegenlied, um den Erregungszustand des Kindes günstig zu beeinflussen, damit es sich beruhigt und einschläft. Indem Sie für das Kind diese sanfte Melodie singt und summt, macht sie ihm auf vorsprachliche Weise vor, was sie von ihm möchte: es soll sich beruhigen. Wenn diese Kommunikation funktioniert, schläft das Kind dann ein. Zudem ist Musik etwas, was viel Spaß machen kann, was einen tief bewegt und unterschiedliche Gefühle hervorbringt.

In tiefer, direkter Beziehung zur Musik stehen der Tanz, das Fest. Musik ist immer auch Bewegung - ohne Bewegung gibt es keine Musik - und zwar Bewegung, die einer formalen Regel folgt oder mit den Regeln spielt. Gemeint ist sowohl die äußere als auch die innere Bewegung. Wir folgen der Entwicklung und Dynamik, dessen was sich in der Musik ereignet. Natürlich ist Musik auch ein Spiel - man spielt Musik.

Der Spaß und die bewegten Gefühle entstehen aus dieser Erfahrung, im Kontakt zu sein mit anderen Menschen, mit ihnen gemeinsam angerührt zu sein und in ein gemeinsames Kontinuum einzutauchen, eingehüllt von der Musik, sich zu bewegen und zu verständigen. Auch wenn wir eine Tonaufnahme von einem Musikereignis hören, sind wir auf eine sekundäre Weise auch berührt. Das hat allerdings nicht die Intensität die entsteht, wenn man der Musik als einem aktuellen Ereignis beiwohnt. Musik die gerade entsteht, hat die Fähigkeit, auf den Moment, auf die aktuelle Situation und Atmosphäre einzugehen. Es entsteht ein Feedback zwischen allen aktiv und auch passiv Beteiligten.

Mit diesem Angebot komme ich als Musiktherapeut zu meinen Patienten. Ich biete Ihnen an: spielt mit

mir, kommt in den Kontakt, kommt herein in diesen vorsprachlichen Spielraum, lasst uns das gemeinsam erleben und gestalten. Und später stelle ich dann Fragen dazu: was haben wir denn jetzt gemeinsam erlebt. Dies, ausgehend von der Prämisse: Es ist für uns wichtig, Erfahrungen zu versprachlichen, uns einen Begriff zu machen, um unser Verhalten beschreiben, einordnen, werten und verändern oder anpassen zu können. Dies speziell ist ein therapeutischer Ansatz. [….]

Musiktherapeutische Aktivitäten die ich aus der Fülle der bestehenden Methoden APP(Angewandte Psychologie und Psychotherapie) anbiete

- *Musikhören (Klangerfahrung mit therapeutischen Instrumenten oder Konserve plus Gespräch)*
- *gemeinsames Singen und Musizieren (z.B. populäre Songs - ich spiele dabei Gitarre)*
- *Improvisation (frei oder mit Regeln) mit einfachen Instrumenten (Perkusssion)*
- *Singen von Liedern zum Spracherwerb - dies ist eine Methode die ich speziell für die Arbeit im Strafvollzug entwickelt habe Rhythmisieren (z.B. mit Schamanentrommel und anderen Perkussionsinstrumenten)*
- *Bewegung zur Musik*
- *Gitarrenunterricht in d. Einzeltherapie*
- *spontane Interventionen als Antwort auf die Reaktion eines Klienten (z.B. Rollenspiel mit Instrumenten, Darstellen einer Gefühls- Erlebnislage)*
- *Klientengespräche als gezielte zusätzliche Intervention außerhalb der Gruppenstunde, z.B. bei disziplinarischen Problemen*

Was sind die Therapieziele? Der niederländische Musiktherapieforscher Henk Smejsters hat über „Die therapeutische Wirkung der Musik“ gearbeitet (Smeijsters 1997) und eine Reihe von Studien über Depression und Schizophrenie ausgewertet.

Er kam dabei zu Ergebnissen, aus denen ich 2 Faustregeln ableite, die für die Indikation von Musiktherapie als eine Art „Baseline“ gesehen werden können.

Faustregeln:
1. Singen vermindert Ängste (paranoide Tendenzen, Misstrauen gegenüber Klinikpersonal)
2. Improvisation aktiviert (Rückzugstendenzen, negative Effekte der Hospitalisierung)

Darüber hinaus verfolgt der Einsatz von Musiktherapie eine Fülle von Zielen. Da es sich meinem Verständnis nach bei Musiktherapie, um eine ganzheitlich geprägte Methode handelt, erhebe ich nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

Ich beschränke mich hier auf eine Auswahl von Zielen:

- *durch die günstigen Effekte des gemeinsamen Musizierens das allgemein Wohlbefinden steigern*
- *durch Singen und Bewegung mit Stimulierung der Atmung und Vitalfunktionen eine Stimmungsaufhellung bewirken*
- *von problemfixiertem Denken und Grübeln ablenken*
- *von Emotionen durch Affektabfuhr (z.B. durch lautes Trommeln Wut entlasten) entlasten*
- *Mitgefühl und Trost in der Gruppe erleben*
- *Selbstwert durch Erfolgserlebnisse steigern*
- *Motivation zur Mitarbeit verbessern*
- *Ressourcen freilegen*
- *durch neue Erfahrungen die Erweiterung des geistigen Horizonts fördern*
- *Kreativität fördern - die Fähigkeit neue Lösungen zu finden*
- *Selbstwahrnehmung und Selbstbewusstheit steigern z.B. durch Orientierung auf das Erleben der eigenen Stimme und die Wirkung des eigenen Tuns*
- *Eine allgemeine Verbesserung der Außenwahrnehmung durch gelenktes Zuhören (Instrumente im Kontext wahrnehmen) zu bewirken*
- *die Fremdwahrnehmung zu fördern, indem die Wahrnehmung auf andere Teilnehmer gelenkt wird*
- *Gruppendynamik erleben und bewusst machen*
- *Verhaltensmuster bewusst machen*
- *Verhaltensveränderung bewirken (Fehleinstellungen, dissoziales Verhalten)*

Musiktherapie ist keine abgeschlossene Methode, die auf die gleiche Art und Weise in jeder Situation angewandt werden kann. Es handelt sich um eine Kreativtherapie wo der Therapeut immer wieder

angehalten ist, auf phantasievolle, erfinderische Weise auf die Bedürfnisse der Klienten einzugehen, um sie bestmöglich zu betreuen, zu unterstützen und zu begleiten im Heilungsprozess. Die Heilung ist in dem Sinne zu verstehen, dass der Patient lernt selbst für sich Initiative zu ergreifen. Aufgabe des Therapeuten ist es weiterhin, die speziellen Bedürfnisse der Klientel in einer bestimmten Institution zu erkennen, das Setting entsprechend zu gestalten und anzupassen, um dann in diesem Spielraum mit dem Patienten zu arbeiten.

Wichtige Wirkmechanismen innerhalb der Musiktherapie sind: Kommunikation, Beziehung, Selbsterfahrung und Reflexion, die beinhaltet, dass man das Erlebte beschreibbar macht, versprachlicht. Die Versprachlichung von Gefühlen, Erlebnissen, Konflikten wird dann die Grundlage für gute zwischenmenschliche Beziehungen. Denn sie ermöglicht die Bewusstwerdung eigener Verhaltensmuster, wie sie sich in der musikalischen Interaktion auch darstellen. Um dies zu erreichen, ist es notwendig, immer wieder Ängste und Widerstände zu überwinden (Ablehnung, Verweigerung, Selbstentwertung, Entwertung des Therapeuten). Dies kann gelingen in einer guten, freundlichen, zugewandten Atmosphäre als einer heilsamen, wachstumsfördernden Umgebung.

Diese Ziele sind nicht leicht zu erreichen, denn die Institution „Knast" ist nicht ursprünglich ein wachstumsfördernder Ort, eher ein gefährdender, krank machender. Das zeigt sich exemplarisch z.B. im Verhalten von Pflege- und Wachpersonal wenn so genannte „Übertragungsphänomene" auftauchen, wenn das dissoziale Verhalten der Patienten auf das Personal abfärbt, wenn es sozusagen infiziert wird. Hinzu kommen besondere Härten des Lebens, die man im Knast miterlebt. Etwa die Ausweisung von Asylbewerbern in totalitäre Staaten. Es sind Schwierigkeiten mit denen der Therapeut umgehen muss.

Für die Zukunft müssen wir in der Gesellschaft lernen, Menschen die in das Abseits der Delinquenz oder unter das Stigma der Psychiatrie geraten sind, auf neuen Wegen in eine gesellschaftlich integrierte und akzeptierte Lebensweise zu führen. Musiktherapie und andere Kreativtherapien können dabei helfen, denn sie fördern das Empfinden für ein produktives Miteinander und einen bewussten Umgang mit den eigenen kreativen Ressourcen auch in Konfliktsituationen.

Literatur:

Smeijsters, Henk: Die therapeutische Wirkung der Musik - Ergebnisse der Forschung, in: Musiktherapie in der klinischen Arbeit: integrative Modelle und Methoden / von Müller, Lotti und Petzold, Hilarion G. - Stuttgart; Jena; Ulm;: G. Fischer 1997 (Bob M. Romanowski-Grüneke, 2007- der gesamte von ihm selbst überarbeitete Vortrag ist auf seiner Homepage unter http://www.musiktherapie-berlin-praxis.de/musiktherapie-im-strafsystem/ zu finden.

Abgrenzung der Betreuung mittels Musiktherapie:

Aus den in meiner Arbeit angeführten Rechtsnormen ergibt sich eindeutig, dass zur Unterbringung geistig abnormer Rechtsbrecher nur die gemäß § 158 Abs. 1 StVG bestimmte Anstalt oder eine beauftragte öffentliche Krankenanstalt für Psychiatrie, an der eine Unterbringung im Sinne des § 158 Abs. 4 StVG vollzogen werden könnte, befugt sind. Nicht jedoch eine andere Institution oder ein Verein, der geistig abnorme Rechtsbrecher betreut, indem er zum einen für ihre Unterkunft und Verpflegung einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen hat, sorgt, und ihnen zum anderen psychosoziale Betreuung angedeihen lässt.

Diese Betreuung zielt auf die Rehabilitation der geistig abnormen Rechtsbrecher, die während dieser Zeit der Unterbrechung ihrer Unterbringung im Sinne des § 166 Z. 2 StVG die vorgeschriebenen Bedingungen und Auflagen einzuhalten haben. Diese Betreuung stellt aber keine dem StVG unterliegende Unterbringung geistig abnormer Rechtsbrecher in einer nach dem StVG dazu bestimmten Anstalt dar. Eine Ermächtigung der zur Vollziehung des StVG berufenen Organe, Private wie beispielsweise einen Verein mit Aufgaben des Strafvollzugs zu betrauen, sieht das Gesetz nicht vor. Vielmehr darf die Unterbringung geistig abnorm er Rechtsbrecher ausschließlich in den dafür besonders bestimmten Anstalten sowie in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie vollzogen werden.

Daraus ergibt sich ein Rahmen für die Betreuungstätigkeit auch unseres Vereines VOBES mittels Musiktherapie, der Autonomieförderung begrenzt.

Siehe dazu auch die Entscheidung des Verwaltungsgerichtshof (VwGH); Wien, am 14. März 2008, im RIS seit 28.04.2008, http://www.vwgh.gv.at [abgerufen am 15.06.2011].

Zusammenfassung:

Im Strafvollzug dient Musiktherapie vor allem dazu, den Sträflingen in der ersten Zeit im Gefängnis den Gefängniskoller zu nehmen, damit sie therapiefähig werden, dann aber auch als Beschäftigungstherapie, um emotionale Skills aufrecht zu erhalten und weiter zu fördern und letztendlich dazu, die Resozialisierung, also das Erlernen sozialen Verhaltens zu fördern. Für meine Arbeit mit den Klienten in der Wiedereingliederungsphase, sind das Erlernen sozialer Kompetenzen

und diese zu fördern im Vordergrund. Hierfür ist jedoch auch ein Umgehen mit Autonomie und Bindungsfähigkeit sehr wichtig, um wieder ein Teil eines sozialen Systems zu werden. Ich werde im Verlauf dieser Arbeit noch genauer darauf eingehen, welche Fähigkeiten auf welche Art und Weise gefördert werden können und werde mich dabei stark auf die Bindungsforschung berufen.

Abgrenzung der Betreuung mittels Musiktherapie:

Aus den in meiner Arbeit angeführten Rechtsnormen ergibt sich eindeutig, dass zur Unterbringung geistig abnormer Rechtsbrecher nur die gemäß § 158 Abs. 1 StVG bestimmte Anstalt oder eine beauftragte öffentliche Krankenanstalt für Psychiatrie, an der eine Unterbringung im Sinne des § 158 Abs. 4 StVG vollzogen werden könnte, befugt sind. Nicht jedoch eine andere Institution oder ein Verein, der geistig abnorme Rechtsbrecher betreut, indem er zum einen für ihre Unterkunft und Verpflegung einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen hat, sorgt, und ihnen zum anderen psychosoziale Betreuung angedeihen lässt.

Diese Betreuung zielt auf die Rehabilitation der geistig abnormen Rechtsbrecher, die während dieser Zeit der Unterbrechung ihrer Unterbringung im Sinne des § 166 Z. 2 StVG die vorgeschriebenen Bedingungen und Auflagen einzuhalten haben. Diese Betreuung stellt aber keine dem StVG unterliegende Unterbringung geistig abnormer Rechtsbrecher in einer nach dem StVG dazu bestimmten Anstalt dar. Eine Ermächtigung der zur Vollziehung des StVG berufenen Organe, Private wie beispielsweise einen Verein mit Aufgaben des Strafvollzugs zu betrauen, sieht das Gesetz nicht vor. Vielmehr darf die Unterbringung geistig abnorm er Rechtsbrecher ausschließlich in den dafür besonders bestimmten Anstalten sowie in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie vollzogen werden.

Daraus ergibt sich ein Rahmen für die Betreuungstätigkeit auch unseres Vereines VOBES mittels Musiktherapie, der Autonomieförderung begrenzt.

Siehe dazu auch die Entscheidung des Verwaltungsgerichtshof (VwGH); Wien, am 14. März 2008, im RIS seit 28.04.2008, http://www.vwgh.gv.at [abgerufen am 15.06.2011].

Aspekte zur Musiktherapie in der sozialtherapeutischen Anstalt Baden-Württemberg

Um weitere Erfahrungen aus dem Strafvollzugsbereich vorzustellen, möchte ich eine Studie aus Deutschland heranziehen und damit meine Denkansätze untermauern.

Aspekte zur Musiktherapie in der sozialtherapeutischen Anstalt Baden-Württemberg und in der Behandlung herzinsuffizienter Patienten im Rahmen eines Trainingsprogramms des Uniklinikums Heidelberg in Kooperation mit der Rehaklinik Kohlhof, Heidelberg (durchgeführt von Andreas Zeuch).

Rezeptive und Sozialtherapie:

Musiktherapie in der Sozialtherapie ist noch ein Novum und selten anzutreffen. Gemäß einer Recherche vom Februar 2000 arbeitet außer mir selbst nur noch ein Musiktherapeut in einer anderen Sozialtherapeutischen Anstalt in Deutschland. Das berufspolitisch Interessante besteht nun darin, dass bis zum 31.12.2002 für alle Gefangenen, die wegen eines Sexualdeliktes zu mehr als zwei Jahren Freiheitsstrafe verurteilt wurden, gemäß § 9, Abs. 1 des Strafvollzugsgesetzes Behandlungsplätze in den entsprechenden Sozialtherapeutischen Anstalten der einzelnen Bundesländer geschaffen werden müssen. Kurzum: Im Laufe der nächsten Jahre wird der therapeutische Bedarf in dieser Berufssparte noch deutlich steigen – und erfreulicherweise gerade auch der an Kreativtherapien, da immer deutlicher wird, dass nonverbale Verfahren eine gute Ergänzung zu den bislang ausschließlich angewandten verbalen Psychotherapien darstellen. Die Sozialtherapeutische Anstalt (STA) Baden-Württemberg bietet insgesamt 61 Plätze für ca. 6.000 Strafgefangene aus allen Baden-Württembergischen Justizvollzugsanstalten.

Gefangene, die entweder infolge des oben erwähnten § 9 Strafvollzug verlegt werden sollen oder ihrerseits die Verlegung beantragt haben, müssen folgende aufgeführten Kriterien erfüllen:

Therapiebedürftigkeit und –eignung, Bindungsfähigkeit und Reflexionsvermögen, nicht älter als vierzig Jahre, Sicherungsverwahrung nur im Ausnahmefall, keine Fluchtgefahr.

Den erfolgreich verlegten Gefangenen steht ein relativ breites therapeutisches Spektrum zu Verfügung:

- *Psychologische Einzelbehandlung*
- *Gruppentherapien*
- *Milieutherapie*
- *Arbeitstherapie*

• Ergotherapie (besetzt durch eine fest angestellte Ergotherapeutin)

• Psychodrama (Honorarstelle)

• Bewegungstherapie (Honorarstelle)

• Musiktherapie (Honorarstelle).

Die Gefangenen der STA rekrutieren sich aus verschiedenen Deliktbereichen:

• Sexualdelinquenten

• schwerer Raub

• Erpressung

• versuchter Mord

• Totschlag

Seit Juni 1999 bin ich als ambulanter Musiktherapeut vom Anstaltsleiter der STA beauftragt, für die Gefangenen Musiktherapie durchzuführen. In der Pilotphase des ersten halben Jahres umfasste das Budget vier Wochenstunden, in denen zwei musiktherapeutische Entspannungsgruppen mit einem monochromen Monochord mit je sechs Personen durchgeführt wurden. Innerhalb weniger Wochen wurde deutlich, dass dieses Angebot bei den Gefangenen auf reges Interesse stieß, was sich bis heute nicht verändert hat. Infolge der meist sehr positiven mündlichen Rückmeldungen der Gefangenen nach der eigentlichen, ca. fünfundvierzigminütigen Entspannungsphase, entstand die Idee, eine zunächst kleine qualitativ-quantitative Selbstevaluationsstudie zu entwickeln und durchzuführen, um genauere und vor allem wissenschaftlich halbwegs gesicherte Ergebnisse zu erhalten. Diese Orientierungsstudie startete nach ihrer Genehmigung durch den kriminologischen Dienst Baden-Württemberg am 08. Mai 2000.

Das Forschungsdesign lässt sich folgendermaßen skizzieren:

Über einen Zeitraum von sechs Monaten werden all die Teilnehmer (TN) der musiktherapeutischen Entspannung beforscht, die neu in die (offene) Gruppe kommen und sich bereit erklären, an der Studie mitzumachen.

Auf diesem Wege findet automatisch eine Zufallsverteilung statt, da die Gefangenen genauso Empfehlungen für das Entspannungsangebot bekommen, wie sie andererseits eigenständig die Behandlung beantragen, z.B. auf Empfehlung von anderen Gefangenen. Die einzige Schnittfläche liegt in der Einhaltung der indikatorischen und kontraindikatorischen Kriterien.

Die Datenerhebung erfolgt auf zwei Ebenen: Erstens gibt es drei problemzentrierte Interviews im Sinne einer Dreipunktmessung: vor Beginn der Behandlung, nach drei Monaten und zum Abschluss der Forschungsphase nach sechs Monaten. Zweitens werden in jeder Sitzung bei allen TN Vorher-Nachher-Messungen mit einem Fragebogen durchgeführt, der von acht Fragen drei quantitative enthält. Die restlichen fünf sind Freitextfragen, auf die die TN individuell antworten können. So wird z.B. vor der Sitzung die Erwartungshaltung der TN erfragt, um danach herauszufinden, ob dieselbe Erwartungshaltung erfüllt wurde oder nicht mit entsprechenden inhaltlichen Ausführungen. Ein Beispiel zur Frage nach den Erwartungen: Vorher: „Erleichterung, wohltuend, stressfreier Tag" Nachher: „Wohlsein, nach der Therapie ohne Nackenschmerzen den Tag verbringen. Ich fühle mich einfach (sorry) geil."

Bisher haben seit Mai 2000 sieben Gefangene teilgenommen, wovon zwei mittlerweile sechs Monate dabei sind, so dass sie die Forschungsphase abgeschlossen haben und die Daten in der Auswertung sind. Insgesamt ist die Studie zunächst zeitlich offen, wobei schätzungsweise im Herbst 2001 zunächst zumindest ein Zwischenstopp eingelegt wird, um die Ergebnisse aller bis dahin Beteiligten auszuwerten und zu vergleichen und zu überdenken, ob dieser erste Forschungsansatz so weiterhin sinnvoll durchgeführt werden kann oder ob Änderungen des Designs nötig sind.

Das anfänglich rein rezeptive Musiktherapieangebot wurde – parallel zum Studienbeginn im Mai 2000 – um eine aktive Musiktherapie-Gruppe ergänzt. Die Gruppengröße umfasst vier bis fünf TN, die sich entweder freiwillig gemeldet haben oder denen die Teilnahme durch das Behandlungsteam empfohlen wurde. Methodisch kommen genauso freie Improvisationen mit oder ohne thematische Vorgabe zum Einsatz, wie klar definierte hypnosystemische Interventionen. Die erste Gruppe wurde im Dezember 2000 beendet und im Januar 2001 eine zweite Gruppe begonnen.

Eine Besonderheit bei der Arbeit im sozialtherapeutischen Setting stellt zweifelsohne die doppelte Auftragslage dar, die in diesem Kontext für Therapeuten deutlich spürbar wird: Nirgendwo sonst gibt es einen derartigen normierten gesellschaftlichen Auftrag an Therapeuten, die mangelnde

Konfliktbewältigung der Patienten durch ein funktionierendes Konfliktmanagement zu ersetzen, soziale Kontrolle auszuüben und gleichzeitig auf diejenigen Wünsche und Bedürfnisse der Gefangenen einzugehen, die auch aus gesellschaftlicher Sicht sinnvoll sind. Die Folge dieser institutionellen Konstruktion ist ein extrem erhöhtes Vertrauensdefizit auf Seiten der Gefangenen: mit jeder neuen Therapiegruppe muss auf deren Frage, was in der Gruppe erzählt werden kann, ohne gegen sie verwandt zu werden, eine Antwort gefunden werden. [...]

Zeuch, A. (1999b): Schöpfer eigener Wirklichkeiten. Die Klangmeditation mit dem Monochord. Zeitschrift für Musik-, Tanz- und Kunsttherapie, 10 (4), S. 175-185

Zeuch, A. (2001a): Rezeptive Musiktherapie im sozialtherapeutischen Strafvollzug. Zeitschrift für Musik-, Tanz-, und Kunsttherapie, Jahrgang 12, Heft 1, S. 13-20

Zeuch, A. (2001b): Methoden der Qualitativen Sozialforschung zur Evaluation der Musiktherapie. In: Bertolaso, Y. (2001): Musik-, Tanz- und Kunsttherapie. Qualitätsanforderungen in den künstlerischen Therapien. S. 169-187 Münster: Paroli Zeuch, A. (2002a): Musiktherapie und NLP. Zeitschrift für Musik-, Tanz- und Kunsttherapie, 12(1), S. 13-20

Zusammenfassung:

Da es sich in meinem Arbeitsumfeld um eine ähnliche Gruppe von Straftätern handelt, wollte ich diese Studie nicht vorenthalten. Weiteres wird hier aufgezeigt, wie ausbaufähig die Versorgung von Klienten im Strafvollzug in Richtung Musiktherapie ist, und welche Möglichkeiten hier noch bestehen. Meine spätere Argumentation in Richtung Vorsorge wurde hier teilweise schon behandelt. Einerseits da Klienten wenn sie ihren Gefühlen Ausdruck verleihen nicht so leicht krank werden. Es soll durch die Musiktherapie Stress reduziert werden, welcher emotional und körperlich schädlich ist. Da Unter- und Überforderung sehr viel Stress bedeutet versucht man die Kreativität einerseits wieder anzuregen und dies auf der anderen Seite gleich zu nutzen um Sozialkompetenz aufzubauen. Somit werden quasi „zwei Fliegen mit einer Klappe geschlagen“. Der emotionale Ausgleich wirkt sich dann in weiterer Folge auf den Körper aus und damit wird dieser auch wieder weniger krankheitsanfällig.

Mit diesem groben Überblick sollte beschrieben werden in welche Richtung es bei dieser Arbeit geht.

Anschließend werden noch kurz die Inhalte der einzelnen Kapitel beschrieben:

Im Kapitel eins beabsichtige ich grundlegende rechtliche und soziale Voraussetzungen des

Arbeitsfeldes „Strafvollzugs“ in Österreich darzustellen. Damit ist ein Einblick in die hiesigen Rahmenbedingungen gegeben, innerhalb derer sich die Musiktherapie ereignete. Weiteres wird auch ein Bezug zu Forschungen in der Neurologie hergestellt. Diese werde ich von Christoph Schwarz übernehmen da sich seit Mitte 2010 bis März 2011 nichts geändert hat. Ab 1.4 werde ich Bezug zu Lösungskonzepten herstellen, und des Weiteren werde ich noch ein offen angelegtes Forschungsdesign von Christian Gold kurz skizzieren.

Eine Einführung in jene Konzepte, an welchen ich mich in dieser Arbeit orientiere, findet sich in Kapitel zwei.

Die Entwicklung der Forschungsfrage sowie die aufgestellten Hypothesen werden in Kapitel drei beschrieben.

Ein Überblick über den mehrwöchigen Verlauf der Therapie mit einem der Insassen bietet Kapitel vier. In diesem Kapitel werden auch Vorher-nachher-Bilder des HRV Spektogramms gezeigt, sowie die Bilder der Messungen während der Therapie. Des Weiteren werden auch Messdaten zu jeder Therapiesitzung diskutiert und mit dem jeweiligen Tageszustand in Bezug gesetzt. Einen Gesamteindruck der Therapiesitzungen, mit Bezugnahme auf Selbstregulation im Sinne einer Synchronisation von Herz und Lunge, wird unter 4.4. beschrieben.

Das fünfte Kapitel diskutiert die Ergebnisse und Eindrücke in Bezug auf die anfangs gestellte Forschungsfrage.

Am Ende befindet sich das Schlusswort, Literatur- und Abbildungsverzeichnis bzw. ein Anhang.

1. Strafvollzug

Vorschau: Bei diesem Punkt werde ich, da sich an der Gesetzeslage nichts geändert hat, diese im wesentlichen aus der Arbeit von Christoph Schwarz 2010 zitieren. (Christoph Schwarz, Ethno-Musiktherapie im Massnahmenvollzug, 2010; Diplomarbeit liegt in der Nationalbibliothek auf)

Hier werden grundlegende Rahmenbedingungen des Strafvollzugs erörtert, um ein differenzierteres Bild zu bekommen, als es Medien, Zeitungen, Nachrichten, Serien und der sonstige Alltag hinterlassen. Eine Einführung in die prägenden Umstände aus der Rechtsperspektive, der Soziologie und der Neurologie sollen helfen das Thema Strafvollzug zu beleuchten. Des Weiteren werde ich noch ein offen angelegtes Forschungsdesign von Christian Gold vorstellen, um Möglichkeiten und Ziele anderer Justizanstalten vorzustellen.

1.1. Rechtliche Aspekte

Einführung

Das Strafvollzugsgesetz (StVG) regelt in Österreich den judikativen Vollzug von Freiheitsstrafen sowie den Maßnahmenvollzug in den Justizanstalten des Bundesministeriums für Justiz.

Die wichtigste Reform stellte die Änderung des Strafvollzugsgesetzes im Rahmen des sogenannten Strafvollzugsanpassungsgesetzes dar. Dieses wurde am 11. Juli 1974 beschlossen und passte die Bestimmungen des StVG an das neue Strafgesetzbuch an. Damit fielen die Haftformen Schwerer Kerker, Kerker, Strenger Arrest und Arrest weg und wurden in Strafhaft umgewandelt. Die Strafform der Einweisung in ein Arbeitshaus wurde umgewandelt in Unterbringung in einer Anstalt für gefährliche Rückfalltäter.

Als bedeutsamste Ergänzung des Strafvollzugsgesetzes kann die Vollzugsordnung für Justizanstalten (VZO), ein am 22. Dezember 1995 in Kraft getretener Erlass des Bundesministeriums für Justiz, angesehen werden. Die Vollzugsordnung bestimmt die Abläufe innerhalb der Justizanstalten, insbesondere deren Organisationsstruktur, genauer.

Der Maßnahmenvollzug (offiziell: Mit Freiheitsentziehung verbundene vorbeugende Maßnahmen) bezeichnet in Österreich mehrere vorbeugende, freiheitsentziehende Maßnahmen zur Unterbringung von gefährlichen, verurteilten Verbrechern. Die Möglichkeit der Unterbringung im Maßnahmenvollzug wurde in Österreich mit der Strafrechtsreform vom 1. Jänner 1975 erstmals geschaffen und ist sowohl im Strafvollzugsgesetz als auch im Strafgesetzbuch und in der Strafprozessordnung geregelt.

Maßnahmenvollzug

Das österreichische Strafgesetzbuch kennt drei Arten des Maßnahmenvollzugs. Es sind dies der Maßnahmenvollzug gegen gefährliche Rückfallstäter (§ 23 StGB), gegen entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher (§ 22 StGB) und gegen geistesabnorme Rechtsbrecher (§ 21 StGB). Die Anordnung des Maßnahmenvollzugs erfolgt zugleich mit der Urteilsverkündung. Im Gegensatz zur Strafhaft wird der Maßnahmenvollzug nicht zeitlich begrenzt ausgesprochen und es besteht keine Aussicht auf eine Aussetzung zur Bewährung. Dennoch hat das Gericht zumindest einmal pro Jahr, bei entwöhnungsbedürftigen Rechtsbrechern sogar alle 6 Monate, zu prüfen, ob eine weitere Anhaltung des Häftlings im Maßnahmenvollzug erforderlich ist. Die Zeit im Maßnahmenvollzug wird dem Verurteilten bei Unterbringung im Maßnahmenvollzug gegen geistesabnorme Rechtsbrecher sowie gegen entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher auf seine normale Haftzeit angerechnet. Maßnahmen gegen gefährliche Rückfallstäter werden erst nach Verbüßung der normalen Freiheitsstrafe ausgeführt. Voraussetzung für die Unterbringung im Maßnahmenvollzug ist eine rechtskräftige Verurteilung zu mindestens einem Jahr Freiheitsstrafe.

Gefährliche Rückfallstäter und entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher fallen nicht in den Kreis der von mir zu betreuenden Klienten und werden daher hier nicht weiter abgehandelt.

Grundsätzlich kann unterschieden werden zwischen dem Maßnahmenvollzug gegen zurechnungsunfähige geistig abnorme Rechtsbrecher (§ 21 Abs. 1 StGB) und dem Maßnahmenvollzug gegen zurechnungsfähige geistig abnorme Rechtsbrecher (§ 21 Abs. 2 StGB).

Derzeit befinden sich etwa 400 Personen in ganz Österreich im Maßnahmenvollzug gegen zurechnungsunfähige geistig abnorme Rechtsbrecher. Diese Maßnahme wird gegen Straftäter verhängt, wenn sie aufgrund einer geistigen Beeinträchtigung nicht schuldfähig, aber dennoch gefährlich sind. Sie hat den Charakter einer psychiatrischen Behandlung und ist zeitlich ungebunden. Eine Entlassung ist nur bei deutlicher Besserung der psychischen Zurechnungsfähigkeit möglich. Die Mehrzahl der Maßnahmenpatienten befinden sich in den eigens eingerichteten Justizanstalten Göllersdorf und Mittersteig. Daneben können die Häftlinge auch in geschlossenen Abteilungen verschiedener Krankenhäuser - wie etwa dem Pavillon 23 am Wiener Otto-Wagner-Spital - untergebracht werden. Zurechnungsfähige geistig abnorme Rechtsbrecher können zusätzlich auch in den gesonderten Maßnahmenabteilungen verschiedener Strafvollzugsanstalten im Bundesgebiet inhaftiert sein.

Im Jahr 2008 befanden sich 411 Personen im Maßnahmenvollzug gegen nicht zurechnungsfähige und

449 Personen gegen zurechnungsfähige geistig abnorme Rechtsbrecher. Anfragebeantwortung von Bundesministerin Dr. Claudia Bandion-Ortner zum Thema „die Unterbringung zurechnungsunfähiger geistig abnormer Rechtsbrecher (§ 21 Abs. 1 StGB)“. Siehe unter http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/AB/AB_02991/fname_172336.pdf [abgerufen am 15.06.2011] und Anfragebeantwortung von Bundesministerin Dr. Claudia Bandion-Ortner zum Thema „die Unterbringung zurechnungsfähiger geistig abnormer Rechtsbrecher (§ 21 Abs. 2 StGB)“. Siehe unter http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/AB/AB_02992/fname_172335.pdf [abgerufen am 15.06.2011]

Die Unterbringung der Maßnahmenhäftlinge in bestimmten Justizanstalten ist in der Sprengelverordnung für den Strafvollzug aus dem Jahr 1997 (mit Änderung 1998) gesetzlich geregelt. Diese Verordnung des Bundesministers für Justiz sieht für die verschiedenen Arten des Maßnahmenvollzugs eine Unterbringung in Sonderanstalten vor.

Demnach werden weibliche zurechnungsfähige geistig abnorme Rechtsbrecherinnen generell in der speziell eingerichteten Abteilung der Justizanstalt Schwarzau verwahrt. Dagegen sollen männliche in der Justizanstalt Wien Mittersteig oder in deren geschlossenen Abteilung des Wiener Otto-Wagner-Spitals untergebracht werden. Speziell eingerichtete Abteilungen für die Unterbringung von zurechungsfähigen geistig abnormen Rechtsbrechern existieren des Weiteren in den Justizanstalten Stein, Garsten und Graz-Karlau. Die Entscheidung, ob im Einzelfall die Unterbringung in einem öffentlichen psychiatrischen Krankenhaus zweckmäßiger erscheint, ist dem Bundesministerium für Justiz überlassen.

Im Jahr 2010 wurde zudem auf dem Gelände der Außenstelle Asten der Justizanstalt Linz eine forensische Psychiatrie eingerichtet, in der geistig abnorme Rechtsbrecher zur Langzeitrehabilitation untergebracht werden. Eine Anfragebeantwortung der Bundesministerin für Justiz zum Thema Errichtung einer forensischen Psychiatrie auf dem Gelände der Justizanstalt Asten siehe unter http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIII/AB/AB_02603/fname_100533.pdf [abgerufen am 15.06.2011].

Wie das Leben als geistig abnormer Straftäter in Asten und vergleichsweise in ähnlichen Einrichtungen abläuft siehe auch unter Schorn, Herbert: Leben als geistig abnormer Straftäter in Asten: Von Lethargie bis Lebensmut. Artikel in den Oberösterreichischen Nachrichten vom 27. Mai 2010, unter http://www.nachrichten.at/oberoesterreich/linz/art66,399707 [abgerufen am 15.06.2011].

Weitere verwendete Quellen sind: Wikipedia „Maßnahmenvollzug“, unter

http://de.wikipedia.org/wiki/Ma%C3%9Fnahmenvollzug sowie das Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS) unter http://www.ris.bka.gv.at/ [alle abgerufen am 15.06.2011].

In dieser Arbeit geht es um die Betreuung von geistesabnormen Rechtsbrechern gemäß § 21 StGB, konkret gemäß Absatz 2 dieser Bestimmung!

Christoph Schwarz führt in seiner Diplomarbeit „Etno-Musiktherapie im Massnahmenvollzug" dazu aus (auszugsweise):

Der Begriff „Strafvollzug" bezeichnet die Vollziehung von freiheitsentziehende Kriminalsanktionen. Er beschreibt die Art und Weise der Durchführung dieser Sanktionen von der Aufnahme eines Verurteilten in eine Vollzugsanstalt bis zur Entlassung. (vgl. KAISER/SCHÖCH, 2003: S. 1) Die Grundlage für den Vollzug von Freiheitsstrafen ist im österreichischen Strafvollzugsgesetz (StVG) geregelt. Strafrechtlich sind drei verschiedene mit Freiheitsentzug verbundene Eingriffe zu differenzieren: Untersuchungshaft, Strafhaft und freiheitsentziehende Maßnahmen. Die Untersuchungshaft ist im Rahmen dieser Arbeit nicht von Bedeutung, daher werden nur die letzten beiden Sanktionen näher beschrieben. Personen, die gegen eines oder mehrere Gesetze verstoßen haben, können zu einer Freiheitsstrafe („Strafhaft") verurteilt werden. Im Österreichischen Strafgesetzbuch (StGB) wird im Paragraf 18, Absatz 1 die Freiheitsstrafe folgendermaßen definiert:

„Freiheitsstrafen werden auf Lebensdauer oder auf bestimmte Zeit verhängt." (FUCHS, 2008: S. 10)

Die Ziele des Vollzugs einer Freiheitsstrafe werden im Paragraf 20 des StVG wie folgt definiert: „§ 20 Abs. 1 StVG: Der Vollzug der Freiheitsstrafe soll den Verurteilten zu einer rechtschaffenen und den Erfordernissen des Gemeinschaftsleben angepassten Lebenseinstellung verhelfen und sie abhalten, schädlichen Neigungen nachzugehen. Der Vollzug soll außerdem den Unwert des der Verurteilung zugrunde liegenden Verhaltens aufzeigen." (FUCHS, 2008: S. 535)

„§ 20 Abs. 2 StVG: Zur Erreichung dieser Zwecke und zur Aufrechterhaltung der Sicherheit und Ordnung ... sind die Strafgefangenen ... von der Außenwelt abzuschließen, sonstigen Beschränkungen ihrer Lebensführung zu unterwerfen und erzieherisch zu beeinflussen." (FUCHS, 2008: S. 535)

Die drei Ziele von Sicherung, Besserung und Bestrafung stehen zueinander in einem Spannungsverhältnis, begrifflich fassbar als „Antinomie der Strafzwecke". (GRATZ, 2009: S. 10) Die vollkommen sichere Verwahrung, die eine Begehung von Straftaten verhindert, beraubt den Menschen

aller normalen Verhaltensmöglichkeiten. Die Erwartung, sich nach der Haft in Freiheit zurechtzufinden, ist in weiterer Folge schwer aufrechtzuerhalten:

Denn wie soll einem Verurteilten zu einer angepassten Lebenseinstellung und sozialer Verträglichkeit verholfen werden, wenn er von der Gesellschaft weggesperrt ist, mit der er sich vertragen soll? Forschungen deuten darauf hin, dass die Alltagswirklichkeit im Gefängnis abweichendes Verhalten sogar stimuliert. (vgl. GRATZ/HELD/PILGRAM, 2001: 6f.)

Weiters ist es schwierig, jemanden von „schädlichen Neigungen" abzuhalten, wenn er frühzeitig entlassen und so der Kontrolle durch das Justizsystem entzogen ist. Es liegt im Wesen des Strafvollzugsystems, einen Drahtseilakt zu vollführen, der die Erreichung keines seiner Zielsetzungen völlig garantieren kann. „Die Praxis des Vollzuges ist in seiner strategischen Orientierung wie in seiner täglichen Konkretisierung ein Balanceakt zwischen kurzfristigem Sicherheitsdenken (Verhinderung aktueller Straftaten) und langfristigem Sicherheitsdenken (Verhinderung künftiger, nach der Entlassung begangener Straftaten), sowie der Zielsetzung, ein positives und spannungsarmes Vollzugsklima unter den Bedingungen knapper Ressourcen und hoher öffentlicher Aufmerksamkeit, die zu merklichen Irritationen im Strafvollzug führt, bei negativen Vorkommnissen." (GRATZ, 2009: S. 10) Am 1.1.1975 trat das Strafgesetzbuch in Kraft. Darin wird zusätzlich zur Freiheitsstrafe die vorbeugende freiheitsentziehende Maßnahme als Mittel zur Verbrechensbekämpfung angeführt. (vgl. LENK, 2006: S. 11) So wie die Strafe eine Reaktion auf das vorangegangene schuldhafte Verhalten des Verurteilten ist, richtet sich die freiheitsentziehende vorbeugende Maßnahme gegen die Gefährlichkeit des Täters. Die Maßnahme kann solange aufrechterhalten werden, solange der Fortbestand der Gefährlichkeit eine Entlassung nicht gerechtfertigt erscheinen lässt. Die Unterbringung im Maßnahmenvollzug ist somit im Gegensatz zur Freiheitsstrafe von unbestimmter Dauer. Wird der Täter gleichzeitig zu einer Strafe und einer Maßnahme verurteilt, so geht die Maßnahme vor, das heißt, dass die in der Maßnahme verbrachte Zeit auf die Strafe angerechnet wird (Vikariieren). (vgl. MALECZKY, 2001: S. 73) Aus der Perspektive der betroffenen Personen bedeutet das eine stetige Unsicherheit darüber, wie lange sich der Zeitraum der Haft noch erstrecken wird. In einigen Fällen werden für „Maßnahmenuntergebrachte nach §21/2" aus Monaten Jahre, aus zwei Jahren vier oder aus vier Jahren acht.

Hier ein Auszug der relevanten rechtlichen Bestimmungen:

Unterbringung in einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher § 21. (1) Begeht jemand eine Tat, die mit einer ein Jahr übersteigenden Freiheitsstrafe bedroht ist, und kann er nur deshalb nicht bestraft

werden, weil er sie unter Einfluss eines die Zurechnungsfähigkeit ausschließenden Zustandes (§11) begangen hat, der auf einer geistigen oder seelischen Abartigkeit von höherem Grad beruht, so hat ihn das Gericht in eine Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher einzuweisen, wenn nach seiner Person, nach seinem Zustand und nach der Art der Tat zu befürchten ist, dass er sonst unter dem Einfluss seiner geistigen oder seelischen Abartigkeit eine mit Strafe bedrohte Handlung mit schweren Folgen begehen werde. (2) Liegt eine solche Befürchtung vor, so ist in eine Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher auch einzuweisen, wer, ohne zurechnungsunfähig zu sein, unter Einfluss seiner geistigen oder seelischen Abartigkeit von höherem Grad eine Tat begeht, die mit einer ein Jahr übersteigenden Freiheitsstrafe bedroht ist. In einem solchen Fall ist die Unterbringung zugleich mit dem Ausspruch über die Strafe anzuordnen. Eine Verurteilung nach §21/2 setzt ein psychologisches und/oder psychiatrisches Gutachten voraus, aus dem hervorgeht, dass der Rechtsbrecher geistig abnorm, aber zurechnungsfähig ist. Der Betroffene wird auf dieser Grundlage in eine Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher eingewiesen. Die bedingte Entlassung aus der Maßnahme ist möglich, sobald ein weiteres psychologisches und/oder psychiatrisches Gutachten existiert, welches belegt, dass die Gefährlichkeit, gegen die sich die Maßnahme richtet nicht mehr gegeben ist. Ist ein derartiges Gutachten vorhanden, kann das Gericht eine bedingte Entlassung aussprechen, meist gekoppelt mit unterschiedlichen Weisungen, z.B. Therapie, Bewährungshilfe oder Wohnweisung. In den meisten Fällen wird eine Bewährungsfrist von 5 Jahren festgesetzt, die in Einzelfällen bis zu 10 Jahren ausgedehnt wird. (vgl. LENK, 2006: S. 5f.)

Aus*:* Christoph Schwarz, Etno-Musiktherapie im Massnahmenvollzug, 2010; Diplomarbeit liegt in der Nationalbibliothek auf.

Statistik und Kritik

Es handelt sich bei den untersuchten Maßnahmenuntergebrachten um Sexualstraftäter, die aufgrund von Delikten wie Nötigung, Vergewaltigung oder Missbrauch eines Autoritätsverhältnisses in Gewahrsam sind. Darum einige Worte dazu: Von den jährlich 500 bis 600 Tätern, die in Österreich wegen Sittlichkeitsdelikten strafrechtlich verurteilt werden, wird bei 3 bis 5 Prozent eine psychiatrisch relevante Störung als Mitursache für die Tathandlung gesehen. Diese werden nach §21/2 in eine

Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher eingewiesen und haben Anspruch auf eine Behandlung der relevanten Störung. Unter den etwa 95 Prozent der verurteilten Sittlichkeitstäter, die als rein

Kriminelle betrachtet werden und zur Strafhaft verurteilt werden, verbleibt ein beträchtlicher Teil hoch rückfallgefährdeter Täter, die bis vor kurzem wenig Therapiemöglichkeit vorfanden. (vgl. GRATZ: 2009)

Die Tatsache, dass ein Großteil der Sittlichkeitsdelikte ohne Einfluss einer diagnostizierbaren psychischen Störung begangen wird, weist auf die Grenzen der Diagnostizierbarkeit und die begrenzte Anwendbarkeit von Diagnoseschemen im Allgemeinen hin. Obwohl ein Sexualdelikt gesetzt wurde, gelten diese Täter in Ermangelung einer argumentierbaren Diagnose in Abgrenzung zu den geistig abnormen Straftätern, als geistig normal, was zunächst paradox erscheint. Rufen wir uns in Erinnerung, dass der Begriff der Normalität in Anlehnung an einen gesellschaftlichen Konsens definiert wird, so könnte man daraus schließen, dass Sexualdelikte in einem bestimmten Rahmen zum Bereich gesellschaftlicher Normalität gehört. Die verurteilten geistig abnormen Sexualstraftäter stellen die Spitze eines Eisberges dar, welcher aus dem Wasser ragt, während in den Untiefen der österreichischen See ein Koloss von verschwiegenen, nicht beweisbaren, geduldeten und nicht weiterverfolgten Übergriffen schlummert. An dieser Stelle sei auch erwähnt, dass die Übernahme moderner Unterscheidungen zwischen „normal" und abnormal" in die Rechtssprache, und zwar in der Form der Begriffe „zurechnungsfähig" und „unzurechnungsfähig" eine Folge der Frühzeit moderner Psychiatrie ist, die fast ausschließlich in Anstalten forschte und sich vor allem mit der Klassifizierung von Patienten befasste. Die Kritik an dieser Begrifflichkeit speist sich aus dem Argument, „dass in Ermangelung einer brauchbaren Definition psychischer Normalität auch der Begriff der Abnormität undefinierbar ist." (WATZLAWICK, 2003: S. 48) Aus Sicht der Kommunikationsforschung, die jede Verhaltensform nur in ihrem zwischenmenschlichen Kontext deutet, verlieren die Begriffe Normalität und Abnormität ihren Sinn als Eigenschaften von Individuen. (Christoph Schwarz, Ethno-Musiktherapie im Massnahmenvollzug, 2010, Diplomarbeit liegt in der Nationalbibliothek auf)

1.2. Soziologische Aspekte

Nach der Vorstellung der rechtlichen Rahmenbedingungen des Strafvollzugs folgt nun eine Einführung zu den persönlichen und sozialen Auswirkungen der Situation des „Gefangen seins". Ausgehend von den sozialen Gegebenheiten von Justizanstalten soll ein Überblick über die Haftsituation und ihre Auswirkungen auf das Individuum gegeben werden.

Begriff der „Totalen Institution“

Der Soziologe Erving Goffman prägte in seinem Buch „Asyle“ aus dem Jahre 1961 den bis heute geltenden Begriff der „Totalen Institution“, der auch auf das Gefängnis zutrifft. Ausgehend von soziologischen Untersuchungen in psychiatrischen Kliniken sind damit Organisationen mit folgenden Merkmalen gemeint:

1. Alle Angelegenheiten des Lebens (schlafen, spielen, arbeiten) finden an derselben Stelle unter derselben Autorität statt.

2. Große Gruppen von Schicksalsgenossen, denen gleiche Behandlung zuteil wird und die gleiche Tätigkeiten gemeinsam verrichten müssen.

3. Alle Phasen des Arbeitstages sind geplant, die Folge der Tätigkeiten wird von oben durch ein System expliziter formaler Regeln und durch einen Stab von Funktionären vorgeschrieben.

4. Die verschiedenen erzwungenen Tätigkeiten werden in einem rationalen Plan vereinigt, der dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen. Der allumfassende Charakter der Totalen Institution wird symbolisiert durch die Beschränkungen des sozialen Verkehrs mit der Außenwelt (Gefängnis, Internat, Militär, Psychiatrische Anstalt, Waisenhaus). Ein Typus, „der dem Schutz der Gemeinschaft vor Gefahren dient, die man für beabsichtigt hält, wobei das Wohlergehen der auf diese Weise abgesonderten Personen nicht unmittelbarer Zweck ist“ (GOFFMAN, 1973: S. 16), ist das Gefängnis. Goffman analysiert die sozialen Auswirkungen auf Insassen sowie Personal und

kommt dabei auf eine Reihe von Schlussfolgerungen, die seitdem immer wieder bestätigt und erweitert wurde.

Seine zentralen Schlussfolgerungen:

1. Der Insasse ist weit mehr von der Institution geprägt, der er ausgeliefert ist, als von seiner Krankheit oder Störung.

2. Das Wesen der Totalen Institution wird nicht durch ihre offizielle Zielsetzung geprägt (Besserung der Insassen). Es ergibt sich aus der Notwendigkeit, mit geringem Aufwand eine große Zahl von Menschen unterzubringen und zu versorgen. „Die Handhabung einer Reihe von menschlichen Bedürfnissen durch die bürokratische Organisation ganzer Gruppen von Menschen (...) ist das zentrale Faktum totaler Institutionen.“(GOFFMAN, 1973: S. 18) Die Verwaltung der Insassen und ihrer Bedürfnisse schließt

eine Übelszufügung mit ein, welche jedoch nicht den offiziellen Zweck der Institution darstellt. Der Verlust bisheriger sozialer Bezüge und Handlungsmöglichkeiten und die systemimmanenten Angriffe auf das Selbstbild des Insassen (u.a. durch physische Entwürdigung und psychische Demütigung) führen beim Häftling zu einem Verlust der Selbstachtung und Angriffen auf die eigene Identität. Langeweile, Demoralisierung sowie Diskulturation, also ein „Verlern-Prozess, der den Betreffenden zeitweilig unfähig macht, mit bestimmten Gegebenheiten der Außenwelt fertig zu werden, wenn und falls er hinausgelangt" (GOFFMAN, 1973: S. 24) sind gängige Erscheinungen der individuellen Anpassungsmechanismen an die totale Institution. Durch den besonders detaillierten und restriktiven Prozess sozialer Kontrolle wird die Autonomie des Handelns verletzt. Der Insasse erlebt „eine Reihe von Erniedrigungen, Demütigungen, Entwürdigungen seines Ich. Sein Ich wird systematisch, wenn auch häufig unbeabsichtigt, gedemütigt". (GOFFMAN, 1973: S. 25)

Das Reglement der totalen Institution versucht Handlungen zu unterbinden oder zu entwerten, welche in der bürgerlichen Gesellschaft die Funktion haben Selbstbestimmung, Autonomie und Handlungsfreiheit aufrecht zu erhalten. Die Schwächung der Selbstbestimmung kann bis zu einem Gefühl der völligen Degradierung führen. Goffman beschreibt detailliert, wie äußere Zeichen der Selbstbestimmung durch das Regelwerk beeinträchtigt werden, etwa durch Verengung des Spielraums selbst gewählten Ausdrucksverhalten, körperliche Unannehmlichkeiten oder verbale Angriffe. Die Begründung für die Demütigung des Selbst hält er häufig für „bloße Rationalisierungen, die dazu dienen, den Tagesablauf einer großen Zahl von Menschen auf beschränktem Raum und mit geringem Aufwand an Mitteln zu überwachen." (GOFFMAN, 1973: S. 53)

Gründlich beschreibt er die Anpassungsmechanismen an diese soziale Entwurzelung, die von Rückzug, Interesselosigkeit und anderen Vermeidungstaktiken geprägt sind. Als dominierende Themen der Insassenkultur beschreibt er die im Verhältnis zur Außenwelt niedrige Stellung der Insassen. Diese „schafft ein Milieu des persönlichen Scheiterns, in dem einem sein eigenes Missgeschick ständig vor Augen geführt wird".

(GOFFMAN, 1973: S. 70) Die als vergeudet und nicht gelebt erfahrene Zeit in der Anstalt generiert ein Gefühl, das der Insasse „für die Dauer seines Aufenthaltes – seiner Haft – vollkommen aus dem Leben ausgeschlossen ist. Dieser Zusammenhang weist auf die demoralisierende Wirkung einer langen Inhaftierung." (GOFFMAN, 1973: S. 71)

Wesentlich an Goffman's Beschreibungen scheint mir die Erklärung subkultureller Phänomene im

Verhalten von Gefangenen durch die Strukturelemente der Institution. Der den Häftling prägende Faktor ist nicht seine kriminelle Abartigkeit, sondern der Kontext, dem er ausgeliefert ist und an den er sich anpassen muss. In das beschriebene forensische Nachbetreuungseinrichtung des „Verein WOBES" kommen die Klienten als sogenannte „Freigänger". Das bedeutet, dass ihre Unterbringung in der Haftanstalt für die Dauer dieses Freigangs unterbrochen ist. Auch wenn sich die Situation in der Wohneinrichtung vom Gefängnisaufenthalt unterscheidet, bleiben wesentliche Grundelemente von Überwachung, Kontrolle und Fremdbestimmung wirksam. Das Wissen um die Auswirkungen der beschränkten Autonomie der Klienten erweist sich als hilfreich, auf Verhaltensweisen von Insassen adäquat zu reagieren, und die Ursachen dafür nicht ausschließlich an individuellen Unzulänglichkeiten festzumachen. (Christoph Schwarz, Ethno-Musiktherapie im Massnahmenvollzug, 2010; Diplomarbeit liegt in der Nationalbibliothek auf)

1.3. Neurobiologische Aspekte

Um das Bild abzurunden, werden zuletzt einige Erkenntnisse der modernen Hirnforschung und deren Bedeutung für den Strafvollzug beschrieben. Diese werfen in vielerlei Hinsicht ein kritisches Licht auf die Praxis dieses Feldes. Wolfgang Gratz hat in seinem Buch „Im Bauch des Gefängnisses" wesentliche Erkenntnisse der Neurobiologie in anschaulicher Weise auf den Strafvollzug übertragen. Die hier relevanten Ausführungen werden in diesem Kapitel vorgestellt. Verwahr- und Maßnahmenvollzug stellen Situationen dar, die die Gesundheit der Betroffenen beeinträchtigt. Dem andauernden Stress, der bei Insassen ob der prägenden Zustände von Kontroll- und Autonomieverlust, mangelnder Anerkennung und erlebter Geringschätzung vorhanden ist, stehen kaum Möglichkeiten zum Stressabbau gegenüber. Diese Stresssituation bewirkt auf psychischer und körperlicher Ebene Beeinträchtigungen des Wohlbefindens und der Gesundheit. Die massive Fremddeterminierung von Umwelterfahrungen des Inhaftierten kann Auswirkungen auf Struktur und Funktionsweise des Gehirns haben. „Der Verwahrvollzug stellt eine reizarme, sozial reduzierte Umwelt dar, die eine menschliche Nutzung des Gehirns im Sinne dessen laufender Weiterentwicklung unwahrscheinlich macht. Er stimuliert neuronale Prozesse, die in Richtung Abstumpfung und persönliche Verflachung gehen." (GRATZ, 2008: S. 39) Die Folgen von Apathie und allgemeinem Motivationsverlust machen die Insassen tendenziell unfähig für ein Leben in sozialer Verantwortung und stellen ein Hindernis für kognitive Lernprozesse dar. Das Fehlen von positiver Zuwendung, Vertrauen, Bindung und sozialer

Anerkennung stellt ein kontraproduktives Milieu für konstruktive Veränderungen des Verhaltens dar. Neben negativen Auswirkungen des Vollzugs auf die biologischen Systeme von Stressbewältigung und Motivation, konstatiert Gratz eine Beeinträchtigung der sogenannten Spiegelneuronen, welche die neurobiologische Grundlage für Empathie und Mitgefühl bilden:

„Im Strafvollzug Spiegelneuronen verkümmern zu lassen, kann ein Akt persönlich funktionaler psychischer Regulation sein." (GRATZ, 2008: S. 39)

Aus neurobiologischer Perspektive kann der Strafvollzug seinem Ansinnen nach sozialer Rehabilitierung daher kaum gerecht werden. Positive Aspekte des Lebens, wie Freude oder vertrauensvolle Beziehungen, die für gesunde menschliche Entwicklung und Lernen notwendig sind, werden im Alltag des Vollzugs auf ein selten ausreichendes Minimum reduziert. An dieser Stelle seien noch die kontroversen Überlegungen des Neurobiologen Wolf Singer erwähnt. Auch wenn menschliches Handeln hier nicht allein auf neurobiologische Prozesse reduziert werden will, sind seine Ausführungen insofern interessant, als dass sie die Begriffe von Schuld und Schuldfähigkeit aus einem unbekannten Blickwinkel betrachten. Entscheidungsprozesse sind laut Singer immer ein Zusammenwirken neurologischer Verarbeitungsstrategien, die auf genetischen Faktoren, frühen Prägungen, sozialen Lernprozessen und aktuellen Auslösern basieren. Unser Handeln wird unbewusst und im Voraus durch das Abrufen von Inhalten aus unserem Erfahrungsgedächtnis strukturiert. Entwicklungsprägende Faktoren können demnach neuronale Verschaltungen hervorbringen, die mit Fehlverhalten kausal zusammenhängen, es sozusagen im Voraus festlegen. „Keiner kann anders als er ist." (SINGER, 2004: S. 8) Die Schlüsse, die Singer aus Erkenntnissen der Hirnforschung zieht, können Grundbegriffe der Rechtssprache, z.B. den Schuldbegriff ins Wanken bringen. Wie kann der Strafvollzug Tätern den Unwert eines einer Verurteilung zugrunde liegenden Verhaltens aufzeigen, wie es der Gesetzestext verlangt, wenn der Täter möglicherweise nicht in der Lage ist, diesen Unwert kognitiv zu erfassen, weil ihm das notwendige neurobiologische Korrelat dafür fehlt?

Die mitunter berechtigte Kritik an Singers reduktionistischen Interpretationen vermag nicht das Erhellende seiner Gedanken für diese Arbeit zu trügen. Sie fördern nämlich die Relativität und Ungenauigkeit jener scheinbar objektiv fassbaren Begriffe zu Tage, auf denen unser Rechtssystem fußt.

„Diese Einsicht könnte zu einer humaneren, weniger diskriminierenden Beurteilung von Mitmenschen führen, die das Pech hatten, mit einem Organ volljährig geworden zu sein, dessen funktionelle Architektur ihnen kein angepasstes Verhalten erlaubt. Menschen mit problematischen Verhaltensdispositionen als schlecht oder böse abzuurteilen, bedeutet nichts anderes als das Ergebnis einer schicksalhaften Entwicklung des Organs, das unser Wesen ausmacht, zu bewerten." (SINGER,

2004: S. 8) " (Christoph Schwarz, 2010 – Diplomarbeit – Ethno-Musiktherapie mit „geistig abnormen Rechtsbrechern")

1.4. Ergänzung zu den Ausführungen von Gratz

In-Bezug-Setzung zu Bindungsforschung und klientenzentrierter Psychotherapie:

Die Folgen von Apathie und allgemeinem Motivationsverlust machen die Insassen tendenziell unfähig für ein Leben in sozialer Verantwortung und stellen ein Hindernis für kognitive Lernprozesse dar. Das Fehlen von positiver Zuwendung, Vertrauen, Bindung und sozialer Anerkennung stellt ein kontraproduktives Milieu für konstruktive Veränderungen des Verhaltens dar. Neben negativen Auswirkungen des Vollzugs auf die biologischen Systeme von Stressbewältigung und Motivation, konstatiert Gratz eine Beeinträchtigung der sogenannten Spiegelneuronen, welche die neurobiologische Grundlage für Empathie und Mitgefühl bilden:

„Im Strafvollzug Spiegelneuronen verkümmern zu lassen, kann ein Akt persönlich funktionaler psychischer Regulation sein." (GRATZ, 2008: S. 39)

Apathie und Motivationsverlust stellen in dem Kapitel 2.2. den Rückzug dar, welcher sich wie in Kapitel 2.1. beschrieben in Verletzlichkeit/Inkongruenzen äußert. Positive Zuwendung sowie einfühlendes Verstehen, die Wahrnehmung der Bedingungen und unbedingte Wertschätzung können diese Inkongruenzen und damit die Verletzlichkeit, welche zu Rückzug führt in eine Kongruenz überführen, wodurch ein intensiverer Kontakt zwischen Therapeut und Klienten (siehe 2.1.), sowie Engagement gefördert wird. Dieses Engagement wie in 2.2. dargestellt, ist der Schlüssel zu Selbstregulation und verhindert dadurch das Verkümmern der Spiegelneuronen, da emotionale Prozesse Selbstregulation benötigen.

Wie apathisch das Leben in derartigen Einrichtungen ablaufen kann, siehe auch unter Schorn, Herbert: Leben als geistig abnormer Straftäter in Asten: Von Lethargie bis Lebensmut. Artikel in den Oberösterreichischen Nachrichten vom 27. Mai 2010, unter http://www.nachrichten.at/oberoesterreich/linz/art66,399707 [abgerufen am 15.06.2011].

1.5. Forschung in Justizanstalten und dort erarbeitete Fragen

Eine weitere Untersuchung, welche gerade im Gange ist und Strafgefangene betrifft wird von Christian Gold geleitet und dauert noch bis Ende 2012 an. Diese Studie mit einem offenen Studiendesign, wurde in Norwegen begonnen und beforscht Häftlinge aus norwegischen Justizanstalten. Jedoch hat Christian Gold auch einen Wohnsitz in Österreich und eine Praxis in Wien. Sehr positiv stimmt es, dass ein Aufbruch in diese Richtung nicht nur von einem Pol ausgeht, sondern aus mehreren Richtungen angestrebt wird. Auch dies deutet auf den Sinn und die Nachhaltigkeit der Musiktherapie im Kontext der Justizanstalten und der Wiedereingliederung hin.

Effects of Music Therapy for Prison Inmates: phase 2 (MT-PRIS2) - Project manager: Christian Gold Periode: 01.01.10 - 31.12.12 (Diese Studie ist auf der Homepage der GAMUT - The Grieg Academy Music Therapy Research Centre nachzulesen unter der Webadresse: http://helse.uni.no/Projects.aspx?site=4&description=0&project=2364)

Zusammenfassung der Studie von Christian Gold:

Bis jetzt wurde in Norwegen Musiktherapie bei Häftlingen nur dann angewandt, wenn es um die Wiedereingliederungsphase ging, aber jetzt soll mit dieser Studie, welche noch bis Ende 2012 laufen wird auch Rechtfertigungen für eine frühere musiktherapeutische Intervention gefunden werden. Diese Argumentation wurde durch eine Voruntersuchung von 2008 bis 2009 erarbeitet und gerade bei psychischen Krankheiten, zeigten sich gute Erfolge mit musiktherapeutischen Interventionen.

Die zentralen Fragestellungen dieser Untersuchung sind:

- Eingehende Untersuchungen über Musiktherapie im Strafvollzug, um in weiterer Folge mehr über den Bezug von psychischen Erkrankungen und Musiktherapie in Erfahrung zu bringen.

- Erkenntnis bezüglich der Wirkung von Musiktherapie und ihrer Wahrnehmung durch die Klienten, sowie der geeignetsten Anwendung zur bestmöglichen Wirkung.

- Weiterentwicklung der Musiktherapie im Strafvollzug, mit dem Ziel ein dauerhaftes und ausreichendes Musiktherapieangebot zu gewährleisten.

Da diese Fragestellung nicht nur aus wirtschaftlichen Gründen auch für uns in Österreich relevant ist, vor allem, weil die musiktherapeutische Versorgung selbst in der Wiedereingliederungsphase und auch bei psychisch Kranken in Österreich noch sehr gering ist, erschien es mir von Bedeutung diese Studie

zu erwähnen, bevor es nun im nächsten Kapitel um die Art und Weise der musiktherapeutischen Intervention geht, mit welcher dieser Zielgruppe, vermutlich wegweisend geholfen werden kann.

2. Ethno-Musiktherapeutische Grundlagen

Vorschau: Hier werden nun die verschiedenen Theorien und Modelle aus der Ethno-Musiktherapie vorgestellt, und ein Bezug zu den neurologischen Untersuchungen in Bezug auf Rückzug und emotionale Verkümmerung aus Punkt 1.3. herstellt. Es wird beschreiben wie diese Theorien versuchen derartige Defizite gar nicht erst aufkommen zu lassen bzw. einen Regulationsraum selbstorganisierender Prozesse zu schaffen. (Beispielsweise für Spiegelneuronen). Sinnvoll erscheint mir diese präventionsbezogene Herangehensweise auch unter dem Aspekt der ansonsten auftretenden und oft vorkommenden Multimorbiditäten, welche eine Überlagerung mehrerer Krankheitsbilder diagnostiziert und deren Behandlung sich dann um ein Vielfaches erschwert. Des weiteren verkümmern Fähigkeiten im Zuge ihrer Resozialisierung nicht mehr, welche dann wieder langsam aufgebaut werden müssen, um diese Klienten wieder gesellschaftsfähig zu machen.

„Für den therapeutischen Prozess ist entscheidend, dass regulationsmedizinische Aspekte (aktivierende und beruhigende Interventionen) und beziehungsmedizinische Aspekte (im Sinne eines bedeutsamen Erlebnis- und Gestaltungsfeldes zwischen Patient und Therapeut) ineinander greifen.“ (TUCEK, FERSTL, FRITZ, 2006: S. 89)

Der ganzheitliche Blick auf den Patienten unterstellt eine zugrunde liegende „physisch-geistig-mentale Einheit“ (TUCEK, 2000: S. 14), *weshalb „keine scharfe Trennlinie zwischen physischen, psychischen und spirituellen Seinsdimensionen“* (TUCEK, 2000: S. 14) *gezogen werden kann.*

Diese beiden Leitmotive von Priv.-Doz. Mag. Dr. Tucek begleiten auch meine Arbeit. Vor allem das zweite, wo von „physisch-geistig-mentale Einheit“ gesprochen wird, ist entscheidend, um das Autonomieangebot als Regulation auf physischer, geistiger und mentaler Ebene zu verstehen.

Aus den Schilderungen der Klienten im Projekt 21/2 und deren Gutachten folgere ich, dass gescheiterte Regulations- bzw. Kompensationsversuche, welche im Endeffekt Druck erzeugen, Vorgänger der manischen grenzüberschreitenden Handlungen, welche sie dann in Haft gebracht haben, waren. Die folgenden Ansätze sind Werkzeuge um genau diese Regulationskompetenz zu fördern und Inkongruenzen wahr zu nehmen und in kongruente Gefühle und Verhaltensweisen überzuführen.

2.1. Klienten- oder personenzentrierte Psychotherapie

Carl Rogers der Wegbereiter der klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie hat eine non-invasive Methode entwickelt, welche auf folgenden Grundbausteinen aufbaut:

Der Widerspruch zwischen aktuellem Erleben und Selbstbild ergibt eine Inkongruenz. Wenn diese Inkongruenz nicht wahrgenommen wird, dann folgt eine Verletzlichkeit des Klienten (Leidensdruck). Aus dieser Inkongruenz resultiert eine innerer Unordnung, Angst, Bedrohung des Selbst (Identität und Orientierung).

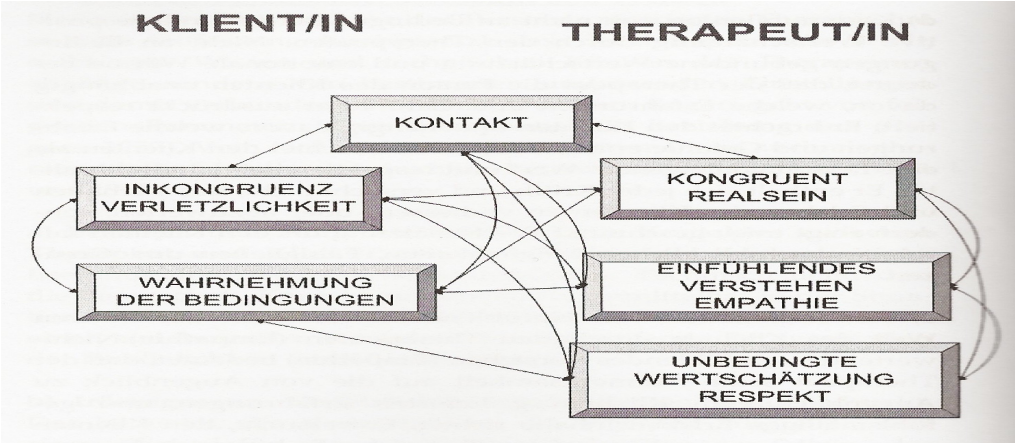


Abbildung 1: Skizze der Beziehungen „Klient-Therapeut“ aus Personenzentrierte Perspektive-Beratung, Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung, von R. Hutterer, S. 98

Durch ein Beziehungsangebot des Therapeuten, das durch Echtheit, Empathie (Einfühlung) und Achtung gekennzeichnet ist, kommt der Klient allmählich in die Lage, die verleugneten, verborgenen und schwer zugänglichen Aspekte seiner Erfahrungen und Gefühle wiederzuerleben, auszudrücken und in sein Selbst zu integrieren. Echtheit (Kongruenz, Authentizität) ist jene Fähigkeit des Therapeuten, die die Beziehung zum Klienten auf eine realistische Basis stellt und diesem ermöglicht, seine Erfahrungen und Gefühle mit wachsender Offenheit auszudrücken. Das Einfühlungsvermögen des Therapeuten hilft dem Klienten, seine unterdrückten, diffusen und verwirrenden Erfahrungen wahrzunehmen und zu differenzieren. Die Wertschätzung des Therapeuten schafft ein beurteilungsarmes Klima, in dem der Klient abgelehnte Erfahrungen und Gefühle bei gleichzeitigem Gewinn an Selbstachtung in sein Selbstbild integrieren kann. (Personenzentrierte Perspektive-Beratung, Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung, von R. Hutterer, S.98)

Kongruenz (siehe auch unter Salutogenese den Vergleich von kongruent und kohärent unter Punkt 2.3): Der Therapeut ist kongruent oder integriert in der Beziehung. Dies ist eine Entsprechung des inneren Erlebens und des äußeren Ausdrucks. Daraus ergibt sich die Echtheit des Therapeuten in der Beziehung, welche oft auch mit dem Schlagwort Authentizität ausgedrückt wird. Es ist ein Zustand innerer Übereinstimmung.

Positive Beachtung: Der Therapeut empfindet unbedingte positive Beachtung für den Klienten. Das „Erleben", „Empfinden" oder „Erfahren" in dem Moment, also die Unmittelbarkeit der Gegenwart, ist entscheidend. Akzeptieren, sowie die Beachtung und Wertschätzung sind bedingungslos.

Die Schlagwörter sind positive Beachtung, positive Wertschätzung und positive Zuwendung.

Praxis der Wertschätzung: Die Wertschätzung als notwendiger Wirkfaktor vs. moralische Anforderung sowie die Prozesshaftigkeit der Wertschätzung und die Kenntnis der Individualität fördert Erleben von Wertschätzung. Um Interessenskollisionen zu vermeiden ist es für den Therapeuten wichtig private Kontexte zu meiden und Differenzen zu respektieren.

Weitere Schlagwörter:

1. Werte-Liberalität vs. moralischen Grundhaltungen
2. Nicht-Wertende Offenheit vs. moralisches Agieren gegenüber der Bandbreite menschlichen Erlebens und Verhaltens
3. Wertschätzung als selbstreflexives Regulativ

Einfühlendes Verstehen: „Der Therapeut empfindet einfühlendes Verstehen des inneren Bezugsrahmens des Klienten und bemüht sich, diese Erfahrung dem Klienten zu vermitteln"

Schlagwörter sind „einfühlendes Verstehen" als „Erfahrung", der Innere Bezugsrahmen: „subjektive Welt", persönliche Wahrnehmungen, subjektive Sicht und Bewertungen

Übermittlung an den Klienten: „Spiegeln" „Reflektieren" (Kommunikativ-technische Seite) und die Ansprechbarkeit

Die rogerianische Psychotherapie geht von der Fähigkeit des Menschen aus, sich in Richtung größerer Reife und psychischer Funktionsfähigkeit zu entwickeln (Aktualisierungstendenz), sich von „innen" von seiner „organismisch- emotionalen" Basis her unter günstigen Bedingungen zu steuern (Organismische Selbstregulation). Die Aktualisierungstendenz ist für Motivations- und Entwicklungsprozesse verantwortlich. (Personenzentrierte Perspektive- Beratung, Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung, von R. Hutterer, S.101)

Folgendes verdeutlicht das Verständnis der Krankheitslehre:

Ein Teil der persönlichkeitstheoretischen Annahmen bezieht sich auf ein Ätiologiemodell, dessen zentrale Annahme die Inkongruenz von Selbst und organismischer Erfahrung darstellt. Das besondere dieses Ätiologiemodells ist, dass es von der Erfahrung der Person mit sich selbst ausgeht. Inkongruenz ist die Bezeichnung für die grundlegende Dynamik, die zu Fehlanpassung, psychischem Leiden und psychischer Erkrankung führt. Inkongruenzen sind Bestandteil jeglicher Entwicklungs- und Lernprozesse. Krankheits-, Störungs- oder Leidenscharakter bekommen sie erst durch die Entwicklung von Bewertungsbedingungen, die organismischen Prozessen und dessen spontane Symbolisierungen nicht berücksichtigen. Besonders in Entwicklungsphasen oder -bereichen in denen sich ein relativ autonomes Bedürfnis nach Selbstachtung noch nicht entwickeln konnte oder noch instabile, unfertige oder diffuse Differenzierungen im Motivations- oder Selbstsystem bestehen, ist das Bedürfnis nach positiver Beachtung durch signifikante Bezugspersonen in einem Ausmaß vorherrschend, dass die Ausernandersetzung des Individuums mit signifikanten Bezugspersonen im Dienste der Aufrechterhaltung der positiven Beachtung erfolgt: eine positive Beziehung zu wichtigen Bezugspersonen (in der Regel die Eltern) ist wichtiger als autonome organismische Prozesse und dessen spontane Symbolisierung. Diese führt zu einer besonderen Offenheit für Identifizierungen und Introjektionen (vergl. Biermann-Ratjen, 1993). Organismische Prozesse, die die positive Wahrnehmung der Beziehung stören oder beeinträchtigen, werden dann geleugnet oder verzerrt. Übernommene Bewertungen werden in das Selbstsystem integriert und durch die selbsterhaltenden Tendenzen des Selbst aufrechterhalten und stabilisiert. Die Bewertungsbedingungen verhindern oder stören schließlich die exakte Symbolisierung der Selbsterfahrung, sie fördern rigide Selbstkonstrukte, die die ausgebildeten Inkongruenzen weiter aufrechterhalten und stabilisieren. (Personenzentrierte Perspektive- Beratung, Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung, von R. Hutterer, S.106)

Die „Personenzentrierte Psychotherapie“ ist in ihrer Grundhaltung nicht direktiv sondern begleitend. In Kombination mit der Musik kann man sich das zu Nutzen machen, was der Patient erzählt oder über welche Probleme er stolpert. Man kann hin und wieder diese Themen musikalisch umsetzen und darstellen, um diese Thematik zu unterstützen und zu intensivieren. Weiters kann nachfragt werden, ob manche Muster, welche in der Musik auftreten auch im Leben vor kommen und ob sie dort bereichernd oder störend sind. Für das soziale Umfeld relevante Prozesse wie Ungeduld (immer schneller werden beim musizieren), übertriebene Dominanz (keine Rücksicht auf andere Musizierende) oder Unterwürfigkeit (ganz leises zaghaftes spielen), Trägheit (übertriebene Langsamkeit beim musizieren), oder Instabilität (der Rhythmus ändert sich fortlaufend) können in der Musiktherapie in Erscheinung treten und somit vom Patienten aufgegriffen und bearbeitet werden.

Auch die Frage was sind inkongruente Haltungen, wie äußern sie sich und wie könnte eine kongruente Haltung aussehen und sich äußern habe ich mir gestellt. (Diese Antwort befindet sich unter Punkt 6)

2.2. Bedürfnisse aus der Bindungsforschung

Entscheidend für die Entwicklung ist, ob die Grundbedürfnisse nach Bindung, Kompetenzentwicklung und Autonomie befriedigt werden.

Richtiges und feinfühliges Verhalten gegenüber jemand fördert somit die Befriedigung der drei psychischen Grundbedürfnisse nach Bindung, Kompetenz und Autonomie:

> *1. Bindung: Enge zwischenmenschliche Beziehungen eingehen, sich sicher gebunden fühlen, sich selbst als liebesfähig und liebenswert erleben* (Bowlby, 1969, 1973; Ainsworth, Blehar, Waters und Wall, 1978)
>
> *2. Kompetenz: Effektive Interaktion mit der Umwelt: positive Ergebnisse erzielen, negative verhindern können* (White, 1959)
>
> *3. Autonomie: Freie Bestimmung des eigenen Handelns, selbstbestimmte Interaktion mit der Umwelt* (Deci und Ryan, 1992)

Quelle: Das Familienhandbuch des Staatsinstituts für Frühpädagogik (IFP), Dr. Fabienne Becker-Stoll

In diesem Sinne liegt es nahe zu verallgemeinern, dass diese Erkenntnisse sich nicht nur auf Kinder

beziehen wo diese Forschungen begonnen haben, sondern auch auf Erwachsene, welche gerade wenn sie krank werden oder leiden, Tendenzen zu kindlichem Verhalten zeigen. Deshalb erscheinen mir diese 3 Grundbedürfnisse aus der Bindungsforschung als fundamental.

Deci und Ryan (1995) *gehen davon aus, dass der Mensch das angeborene Bestreben hat, sich mit anderen Personen in einer sozialen Umwelt verbunden zu fühlen, in dieser Umwelt effektiv zu wirken (zu funktionieren) und sich dabei persönlich autonom und initiativ zu erfahren.* Skinner und Wellborn (1991) *sehen in der Erfüllung dieser drei Grundbedürfnisse durch den sozialen Kontext, also durch die Umwelt, die Voraussetzung für Entwicklung von psychischer Gesundheit und gelungener Anpassung und beschreiben die Wirkung möglicher Risikofaktoren auf die drei Grundbedürfnisse sowie die daraus resultierenden Folgen für die weitere Entwicklung.*

Darstellung von Skinner und Wellborn

Im Zentrum dieser Darstellung von Skinner und Wellborn (1991) steht die Handlung, ein flexibles und interessiertes Engagement in Beziehungen, aber auch in anderen Aktivitäten, die förderlich für eine weitere adaptive Entwicklung sind. Ob eine solche engagierte Auseinandersetzung mit der Umwelt möglich ist oder es zu einem Rückzug und zu Resignation kommt, hängt wesentlich von bestimmten Aspekten des sozialen Kontextes ab, die auf die drei Grundbedürfnisse einwirken. Wenn wir diesen Gedanken weiter verfolgen und auf Gefangene umlegen bei denen die psychische Gesundheit aufgrund von Entwicklungsstörungen gelitten hat, so sollte man versuchen diese Defizite auszugleichen indem man an genau diesen in der Bindungsforschung relevanten Bedürfnissen arbeitet.
Struktur ist notwendig, um die Kompetenz eines Kindes zu fördern, sie umfasst an den Entwicklungsstand angepasste Herausforderungen, aber auch Hilfestellung beim Erwerb von neuen Strategien. Das Gegenteil von Struktur – Chaos – ist charakterisiert von Unvorhersagbarkeit, Über- oder Unterstimulation, einem Mangel an Kontrolle und an Unterstützung beim Erreichen von Zielen (Skinner und Wellborn, 1991).

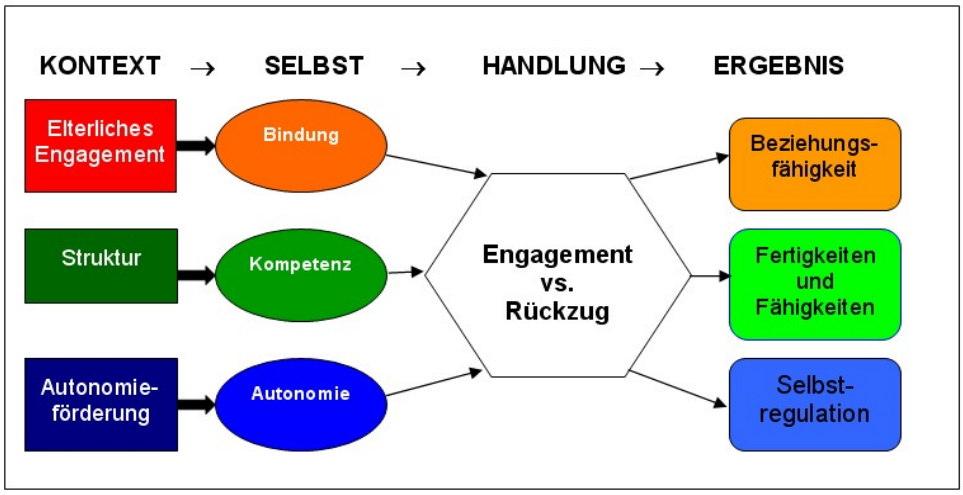


Abbildung 2: Entwicklungsmodell von Skinner und Wellborn, 1991, Abb. 3. S. 106

Autonomie unterstützendes Verhalten beinhaltet die Gewährung von Freiheit und Wahlmöglichkeiten bei einem Minimum an Regeln, so dass eigene Ziele erkannt und verfolgt werden können. Autonomie wird auch als Entwicklungsschritt verstanden, als Übergang zu selbst-reguliertem Verhalten (Deci und Ryan, 1995), *welcher jedoch nicht unabhängig von der Umwelt geschehen kann und somit sehr beeinflussbar ist* (Ryan, Kuhl und Deci, 1997). *Die Unterstützung von Autonomie ist demnach ein wichtiger Punkt im Verhalten von Bezugspersonen* (Ryan, Deci und Grolnick, 1995).

Die Hemmung von Autonomiebestrebungen kann durch übermäßige Kontrolle, Manipulation oder Strafen geschehen. Erkenntnis durch die Arbeit und Gespräche mit psychisch abnormen Rechtsbrechern ist es, dass viele Verbrechen eigentlich schon in einem Defizit in einem oder mehreren dieser Grundbedürfnisse ankern. Gerade die krankhaften Bindungsmuster werden oft mit Druck und Machtausübung hergestellt, um dieses Defizit auszugleichen. Quasi als destruktiver Lösungsversuch. Dies wirft die Frage auf, wie man diesen Ausgleich (Regulation/Kompensation) auf einem anderen Weg bewirken kann. Durch ein stabiles Bindungsverhalten des Therapeuten und den Richtlinien, welche unter dem Punkt 2.1. Klienten- oder personenzentrierte Psychotherapie beschrieben wurden, lässt sich diese Problematik bearbeiten.

Offensichtlich wird bei dieser Darstellung, dass die Selbstregulation, welche bei den meisten Häftlingen nicht funktioniert, durch Autonomieförderung gefördert werden kann. Gleichzeitig ist es wesentlich Struktur vor zu geben um Fertigkeiten und Fähigkeiten vermitteln zu können, welche für ein Leben in der Gesellschaft wichtig sind. Auch das therapeutische Engagement kann helfen,

Bindungsfähigkeit aufzubauen, damit Vertrauen in sich selbst und in andere gestärkt werden kann.

2.3. Salutogenese und Gesundheitspsychologische Ansätze

Begriff der Salutogenese

Der Begriff der Salutogenese fasst jene Überlegungen zusammen, die sich damit beschäftigen, warum Personen, welche den selben Umweltfaktoren ausgesetzt sind wie andere erkrankte Personen, eine bestimmte Krankheit nicht entwickeln. Das Auffinden von Schutzfaktoren im Leben der Patienten und ein verstärktes Eingehen und Bewusstmachen dieser protektiven Faktoren, sowie die Förderung von Eigenverantwortung und Therapiekooperation (compliance) in der weiteren Ausgestaltung dieses Schutzes tragen erheblich zu einer guten Prognose bei.

Compliance: Sie umfasst die Einhaltung von professionellen Anweisungen zur Einnahme von Medikamenten, Therapievorschlägen (Termine, Interventionen) und ist als Veränderung des Lebensstils zu verstehen. Compliance bzw. Therapiekooperation im therapeutischen Sinne bedeutet gemeinsames erarbeiten von Strategien zur Bewältigung im Sinne eines interaktiven Modells. Das bedeutet, Patient und Therapeut sind gleichwertig und jeder hat Mitspracherecht. Und somit ist auch der Erfolg eher dem Patienten als dem Therapeuten zuzuordnen, was auch einen sehr positiven Effekt in Bezug auf anhaltende Veränderungen bewirken kann.

Salutogenese als Wissenschaft von der Entstehung von Gesundheit und Pathogenese als Wissenschaft von der Entstehung von Krankheit ergänzen sich. Die Pathogenese ist in der Akutintervention unumgänglich und die einzige lebensrettende Möglichkeit. Jedoch ist der Aspekt der Prävention, welcher beinhaltet vorzubeugen, um erst gar nicht krank zu werden, sehr sinnvoll. Nicht nur in finanzieller Hinsicht, sondern auch um den Klienten zu helfen ein Bewusstsein aufzubauen, dass ihn gesund hält. Attraktive Gesundheitsziele, die Klienten erreichen und wozu sie möglichst viele Ressourcen erschließen wollen, fördern die Motivation entscheidend.

Diese unterschiedliche Orientierung kann in der Praxis zu sehr unterschiedlichen Folgen führen.

Beispielsweise würden wir aus salutogentischer Sicht bei hyperaktiven Jugendlichen diese gesteigerte Aktivität nutzen und zum Ausdruck bringen und nicht das Stillhalten üben. Dies ist in der Gesundheitsförderung als „Empowerment"-Strategie bekannt. Hier sind große Ähnlichkeiten auch zur Stärkung der „Resilienz" (die Fähigkeit, Krisen durch Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklungen zu nutzen) und anderen nahestehenden Begrifflichkeiten. Es ist ein Unterschied zu dem, was von der westlichen Medizin lange Zeit weithin als Prävention unternommen wurde, um einzelne Krankheiten wie Herzinfarkt zu verhindern, wie z. B. vermeiden von fett- und salzreicher Nahrung und Bewegungsmangel.

Der Arzt Eckart Schiffer kennzeichnet Salutogenese als „Schatzsuche" im Unterschied zur „Fehlerfahndung" der herrschenden (pathogenetisch orientierten) Denkrichtung der Medizin und auch Pädagogik.(Schiffer E (2001): Wie Gesundheit entsteht - Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung. Weinheim: Beltz.)

Gesundheitspsychologie

Die Gesundheitspsychologie ist ein wissenschaftlicher und pädagogischer Beitrag der Psychologie zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit, Verhütung und Behandlung von Krankheiten, Bestimmung von Risikoverhaltensweisen, Diagnose und Ursachenbestimmung von gesundheitlichen Störungen, Rehabilitation und Verbesserung des Systems gesundheitlicher Versorgung. Sie befasst sich vor allem mit der Analyse und Beeinflussung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen des Menschen auf individueller und kollektiver Ebene (Schwarzer, 1997). Weiters wird auch sie von den Gedanken von Antonovsky getragen, welcher ein Wegbereiter dieser Strömung ist.

Die Gesundheitspsychologie versucht zwischen dem Verhalten und dem Wissen einer Person eine Brücke zu schlagen. Dementsprechend sind Themen wie die Prävention und die Erforschung von Risikofaktoren wichtig, die in Zusammenhang mit Kognition, Emotion und Motivation stehen. Sowohl das Wissen um protektive alltägliche Gewohnheiten (z.B.: körperliche Aktivität) als auch um kognitive protektive Faktoren wie Einstellungen und Erwartungen tragen zur Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung bei. Die Selbstwirksamkeitserwartung oder auch Kompetenzerwartung besagt, dass sich eine Person selbst in der Lage sehen muss, eine angemessene Handlung zielführend zum Einsatz zu bringen. Abhängig von den subjektiven Krankheits- bzw. Gesundheitstheorien (health beliefs) einer Person, ihrer Vulnerabilität und dem sozialen Netzwerk sind Bewältigungsmechanismen

vorhanden, wonach die Krankheitsverarbeitung (Coping) mehr oder weniger gut gelingt. Schließlich ist auch die Widerstandsfähigkeit (hardiness) einer Person gegenüber belastenden Ereignissen für die Art der Bewältigung entscheidend. (Dr. Ilse Kryspin Exner, Klinische Psychologie 1, Seite 68)

Theorie von Kobasa

Das Konzept der Hardiness von Kobasa besteht aus 3 wesentlichen Punkten, welche für die Widerstandsfähigkeit gegenüber Stress und Krankheit verantwortlich sind:

Commitment (Bindung), Challenge (Aufgabe/ Wettkampf), Control (Kontrolle, Einflussnahme)

Diese Theorie von Kobasa hat eindeutige Schnittpunkte mit der Bindungsforschung, und die gemeinsamen 3 sind: Bindung (in beiden Theorien gleich), Kompetenz (welche bei Kobasa mit „challenge“ einer Aufgabe bezeichnet wird, also lösungsorientiert ist und somit Kompetenz erfordert und Autonomie (bei Kobasa und im klinischen Setting gleichzusetzen mit Kontrolle und Einflussnahme, um selbst bei der Behandlung autonom bleiben zu können, was wiederum für die Selbstregulation verantwortlich ist). Wenn man den Entwicklungsprozess betrachtet und als Parameter noch Stress hinzufügt, als Signalgeber für ein Ungleichgewicht und somit ein Bedürfnisdefizit, dann wandeln sich die Bedürfnisse aus der Bindungsforschung beim Kleinkind in jene der Hardiness von Kobasa, da die Strategien komplexer werden. Als Grundbedürfnisse können trotzdem jene aus der Bindungsforschung stehen bleiben, da sich aus ihnen jene der Hardiness entwickeln. Mit diesem kurzen Auszug, sollte der letzte Zweifel beseitigt sein, welcher der Erkenntnis im Wege stehen könnte, dass die Grundbedürfnisse aus der Bindungsforschung ein ganzes Leben von Bedeutung sind. Sich jedoch die Regulationsstrategien im Laufe eines Lebens ändern können und somit auch die Widerstandsfähigkeit (hardiness).

Verhaltensänderung

Weiteres wird in der Gesundheitspsychologie die Verhaltensänderung als ein dynamischer Prozess verstanden, der durch folgende Prozesse, welche ein Klient durchmachen muss, beschrieben wird:

1. Entscheidung zur Verhaltensänderung
2. Verhaltensänderung selbst
3. Aufrechterhaltung der geänderten Verhaltensweisen

Interventionen müssen deshalb vor allem auf

Ad 1. die Motivation zur Verhaltensänderung

Ad 2. die Vermittlung von Fertigkeiten/ geänderten Denkstilen

Ad 3. die Selbstwirksamkeit und Gestaltung der Umweltgegebenheiten Rücksicht nehmen.

Jedoch, kann man diese Schritte nicht erzwingen und sie müssen durch Aufklärung und gemeinsame Interaktion zwischen Therapeut und Patienten, aus dem Bedürfnis des Patienten entstehen, um alle 3 Punkte erfüllen und die Veränderung sich selbst zuschreiben zu können.

Kohärenzkonzept

Das Kohärenzkonzept hat zwei unterschiedliche Bedeutungsinhalte:

1. einen Sinn für Kohärenz (Stimmigkeit, Zusammenhalt) und

2. ein Gefühl von Kohärenz: *Aufgrund der neurophysiologischen Erkenntnisse* (Grawe 2004 u.a.) *können wir davon ausgehen, dass bei Menschen (wie auch bei vielen oder allen Tieren) ein Sinn, eine neurobiologisch zentrale Empfindungsfähigkeit für aufbauende Kohärenz (stimmige Verbundenheit, innen oder z. B. auch im sozialen System) angeboren ist.*

Solange mich nicht Daten dazu zwingen, meine Position teilweise oder ganz zu ändern, bin ich davon überzeugt, dass das Kohärenzgefühl eine Hauptdeterminante sowohl dafür ist, welche Position man auf dem Gesundheits- Krankheitskontinuum erhält, als auch dafür, dass man sich in Richtung des

gesunden Pols bewegt. (Salutogenese, Antonovsky,33) Dies wird durch die Methode der HRV-Messung (Herzratenvariabilität) bestätigt. In diesem Falle spricht man von einem kohärenten Zustand wenn sich Atmung und Herzschlag in einem ganzzahligen Vielfachen befinden (QPA ist beispielsweise 3:1 – dies bedeutet 3 Herzschläge pro Atemzug). Da sich Herz und Lungen aufgrund ihrer anatomischen Nähe zu einander ansonsten irritieren würden, wenn beide ihre maximale Ausdehnung im selben Moment hätten, kommt dies in einem kohärenten Zustand nicht vor. Bei Stress jedoch geschieht genau das und dies ist ein Indiz für Unausgeglichenheit. Des Weiteren kann auch Kohärenz zwischen Personen oder in Gruppen entstehen. In der HRV synchronisieren sich dann die Atemkurve sowie die Pulskurve zwischen den Personen. Auf die HRV gehe ich im Punkt 2.5 genauer ein.

Was ist der gemeinsame Nenner in Physik, Chrono- und Neurobiologie? Was hält die Natur im Inneren zusammen? Wie lautet die Regel nach der wir funktionieren?

Die Antwort finden Sie bei den Glühwürmchen. Wenn mehrere Glühwürmchen zugleich auf einem Baum sitzen, beginnen sie nach kurzer Zeit alle im selben Rhythmus zu blinken.

Jedes offene System strebt nach Kohärenz, nach sinnvollem Zusammenhang, nach Synchronisation. Kohärenz vermittelt Sicherheit und Geborgenheit, gibt Information und Orientierung, dient der Ökonomie und stabilisiert natürliche Rhythmen. Es entsteht Gleichklang, in der Physik Wirkungsverstärkung, in der sozialen Interaktion Übereinstimmung von Gedanken und Gefühlen. (Ausbildungsunterlagen von Autonom Health, Seite 9 - Gibt es eine Synopsis der Wissenschaften)

Wenn wir von unseren nächsten Mitmenschen positive Resonanz auf unser Dasein erhalten, wenn also unser Bedürfnis nach Zugehörigkeit befriedigt wird, dann entsteht ein Kohärenzgefühl (Zugehörigkeitsgefühl, erfüllende aufbauende Bindung, ein tiefes Vertrauen). (Krause C, Lorenz RF, Lehmann N, Petzold TD (Hrsg.), 2007: Verbunden gesunden - Zugehörigkeitsgefühl und Salutogenese. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung.)

Grawe (2004) geht von einem übergeordneten Grundbedürfnis nach Stimmigkeit (er nennt es Konsistenz und Kongruenz) aus, was das gleiche meint wie das übergeordnete Streben nach Kohärenz als Basisstreben der Salutogenese. Dabei sind der Sinn für Kohärenz und das Kohärenzgefühl verschieden und sie hängen zusammen. Der Sinn für Kohärenz ist angeboren, das Kohärenzgefühl entsteht durch Beziehungen, durch zwischenmenschliche Kommunikation. Deshalb ist Kommunikation im sehr weiten Sinne das entscheidende Instrument zur Anregung bzw. Erzeugung von

Kohärenzgefühl. Musik betrachte ich unter diesem Aspekt als ein Kommunikationsmittel und gehe davon aus, dass man diese Erkenntnis auch auf die Musiktherapie umlegen kann.

Salutogenese und Hirnforschung

Die pathogenetische und salutogenetische Sichtweise können sich im Sinne von Antonovsky ergänzen. Die Wechselbeziehung von Salutogenese und Pathogenese lassen sich heute unter Zuhilfenahme der Hirnforschung genauer beschreiben als Antonovsky es explizit formuliert hat: die Grundlage des Lebens ist die gesunde Entwicklung, die Salutogenese. Diese wird durch Krankheiten bzw. deren Vermeidung ergänzt bzw. ermöglicht.

In der Selbstregulation des Menschen und anderer Lebewesen finden wir diese beiden Aspekte des Lebens in den neuropsychischen motivationalen Systemen zur Annäherung und Vermeidung wieder. Das Annäherungssystem genannte Schaltsystem im Gehirn, das eng mit dem Lustzentrum (Nucleus accumbens) verschaltet ist, stimmt uns bei attraktiven Zielen positiv und motiviert zu aufbauendem Verhalten (Grawe K (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe). *Dieses wird aktiviert durch eine salutogenetische Orientierung. Als ebenso lebensnotwendige Ergänzung gibt es das sogenannte Vermeidungssystem. Es steuert das Verhalten, wenn es darum geht, Gefahren wie Gesundheitsrisiken und Krankheiten zu vermeiden oder zu bekämpfen. Das Vermeidungssystem ist eng mit dem Angstzentrum im Gehirn (Amygdala) verschaltet.*

Eine gesunde Entwicklung wird durch ein gutes Zusammenspiel dieser beiden neuropsychischen Systeme ermöglicht und hergestellt. Analog ist also auch ein synergetisches Zusammenspiel von salutogenetischer und pathogenetischer Orientierung eine Möglichkeit, um gesunde Entwicklung, Salutogenese (die Entstehung von Gesundheit) optimal zu fördern. (Petzold TD (Hrsg.), 2010: Lust und Leistung und Salutogenese. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung.)

Zusammenfassung:

Salutogenetischer Fokus	Pathogenetische Ergänzung
1. Stimmigkeit – Kohärenz	Problem - Unstimmigkeit
2. Attraktive Gesundheitsziele	Vermeidungsziele
3. Ressourcen	Defizite

4.	Subjekt und Subjektives	Norm
5.	Systemische Selbstregulation - Kontextbezug	Isolierende Analyse – Ursache im Kleinen
6.	Entwicklung und Evolution	Zustand bzw. Entropie
7.	Mehrere Möglichkeiten: sowohl - als auch	Eine Möglichkeit: entweder - oder

2.4. Gewaltfreie Kommunikation

Häufig richten Menschen in ihrer Kommunikation die Aufmerksamkeit darauf, was andere falsch machen bzw. was "verkehrt" an ihnen ist (Patogenetische Sicht). Der Ausgangspunkt all dieser Verhaltensweisen ist häufig eine negative Bewertung der anderen Person oder ihres Verhaltens. Menschen sehen den Grund für ihre aufkommenden Gefühle daher in den Handlungen der Anderen, woraus im negativen Fall Ärger, Frustration, Ohnmacht oder Hilflosigkeit entstehen, die dann reflexartig mit Vorwürfen, Kritik, Drohungen u.ä. abgewehrt werden. Die üblichen Reaktionen der Gesprächspartner/innen sind wiederum Rechtfertigung, Gegenangriff, beleidigt sein und Rückzug. Eine Spirale, die egal ob in Beziehungen, im Beruf oder der Politik, mit Streit und Krieg endet.

(Rosenberg, M (2001). Gewaltfreie Kommunikation. Aufrichtig und einfühlsam miteinander sprechen, Paderborn.)

Marshall Rosenberg, Vertreter der gewaltfreien Kommunikation, bezeichnet eine aggressive Sprache als „Wolfssprache**“**, die dazu führt, dass sich der andere schlecht fühlt, sich wehrt oder ausweicht. Laut Rosenberg verursacht diese Kommunikation gegenseitige Aggression und ist gekennzeichnet durch

1. *Analyse: „Wenn du das beachtet hättest ...“*
2. *Kritik: „So ist das falsch, das macht man so ...“*
3. *Interpretationen: „Du machst das, weil. ...“*
4. *Wertungen: „Du bist klug, faul, du liegst richtig, falsch ...“*
5. *Strafandrohungen: „Wenn du nicht sofort, dann ...“*
6. *Sich im Recht fühlen*

Die Aufmerksamkeit in der gewaltfreien Kommunikation richtet sich dagegen darauf, was einem wichtig ist und vermeidet in der Kommunikation alles, was beim Gegenüber als Bewertung,

Beschuldigung, Kritik oder Angriff ankommen könnte - daher die Bezeichnung "gewaltfreie Kommunikation". (Rosenberg, M (2001). Gewaltfreie Kommunikation. Aufrichtig und einfühlsam miteinander sprechen, Paderborn.)

Aufbauend auf den Erkenntnissen der humanistischen Psychologie von Carl Rogers entwickelte Marshall B. Rosenberg in den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts das Modell der "Nonviolent Communication". Deshalb sind die von Rogers geprägte klientenzentierte Psychotherapie und die gewaltfreie Kommunikaton in sehr vielen Punkten, wie beispielsweise dem aktiven Zuhören, gleich.

Im Mittelpunkt steht dabei die Frage "Wer hat welche Bedürfnisse und wie sind sie im Einklang miteinander zu erfüllen?" Die gewaltfreie Kommunikation soll es ermöglichen, einen kreativen Dialog zu beginnen, um eigene zufriedenstellende Lösungen zu finden.

In der gewaltfreien Kommunikation richtet sich die Aufmerksamkeit auf folgende Bestandteile:

1. Beobachten statt Bewerten oder Interpretieren.
2. Gefühle wahrnehmen und benennen.
3. Bedürfnisse wahr- und ernst nehmen.
4. Auf der Grundlage der Bedürfnisse klare und erfüllbare Bitten äußern.

Diese Bestandteile können als Selbstmitteilung kommuniziert werden oder als Einfühlung. Mit der Selbstmitteilung zeigen wir uns mit unseren Gefühlen und Bedürfnissen und drücken eine damit verbundene Bitte aus. Mit der Einfühlung versuchen wir das Bedürfnis des Gesprächspartners zu erkunden und uns mit ihm zu verbinden. Alles zusammen bildet den Prozess der Gewaltfreien Kommunikation. In Konflikten entfaltet Gewaltfreie Kommunikation ihre verbindende und transformierende Kraft im Wechselspiel von Selbstmitteilung und Einfühlung.

Selbstmitteilung:

1. Beobachtung: "Du bist immer enttäuscht wenn du dich einmal verspielst und siehst zu Boden.“
2. Gefühl: "Ich fühle Spannung und Fixierung jedoch keinen Kontakt“
3. Bedürfnis "... weil ich dich gerne zur Ruhe bringen würde, weg vom Leistungsanspruch, hier muss man nichts beweisen, ich verspiele mich genau so.“
4. Bitte: "Bitte fühle dich frei bei mir, du musst mir nichts beweisen der nette Mensch, welcher mir gegenüber sitzt, ist vollkommen ausreichend.“

Einfühlsames Zuhören:

1. Beobachtung: "Du bist immer enttäuscht wenn du dich einmal verspielst und siehst zu Boden.“
2. Gefühl: "Kann es sein, dass du einen hohen Perfektionsanspruch an dich stellst?" Ich spüre ein einengendes Gefühl!
3. Bedürfnis: "... und du im Moment einfach nur gesehen werden willst, ohne an der Leistung gemessen zu werden?
4. Bitte: "Möchtest du, dass wir eine Tonart einstellen wo es keine falschen Töne gibt." oder „Willst du mir erzählen, warum du so einen hohen Leistungsanspruch an dich stellst und mich gar nicht anschauen kannst, wenn du dich verspielst.“

Rosenberg fasst die Kommunikationsart der GfK in folgendem Satz zusammen:

„Wenn *a*, dann fühle ich mich *b*, weil ich *c* brauche. Deshalb möchte ich jetzt gerne *d*.“

Wenn ein Klient fähig ist, sich so auszudrücken, dann ist die Therapie sehr erfolgreich verlaufen. Zumindest ist die Person dann in einer Phase, wo sie bereits reflektiert. Und wenn ein Therapeut diese Regeln einhält, dann lässt er weder Fragen noch Angriffspunkte offen.

Dieses Element ist für die Therapie sehr gut nutzbar, wenn man die Fragen richtig stellt, bleibt man dem personenzentrierten Psychotherapie Ansatz treu und erhöht die Effizienz der Fragen.

Weiters ist dieses System auch sehr brauchbar um eine gute Comliance herzustellen und den salutogenetischen Prinzipien treu zu bleiben.

Zusammenfassend ist jedoch die wesentliche Erweiterung gegenüber der klientenzentrierten Psychotherapie die Bitte, welche man stellt.

2.5. Herzratenvariabilität und chronomedizinisches Know How

Die wissenschaftliche Basis von HeartBalance wurde von Univ. Prof. Dr. Maximilian Moser und seinen Mitarbeitern hergestellt. Die von ihnen durchgeführten Herzratenvariabilitätsanalysen kamen bereits während der Austromir-Mission im Jahre 1991 zur Anwendung. *1996 publizierte die Task-Force der European Society of Cardiology und der North American Society of Pacing and Electrophysiology Richtlinien zur Messung und physiologischen Interpretation der Herzfrequenzvaribilität* (European

Heart Journal 1996; 17, 354; 381), *mit Schwerpunkt auf den Einfluss der sympathischen und parasympathischen Aktivität auf die Herzratenvariabilität.* Eine neue Methode zur Berechnung der parasympathischen Aktivität (log RSA) wurde in Biological Psychiatry (1997; 42, 914-919) vorgestellt. Dr. Alfred Lohninger arbeitet mit einer EKG Ableitung, welche mit Hilfe einer abgeänderten Fourier Transformation von Dr. Maximilan Moser, in ein mehrdimensionales Lebensfeuerbild umgewandelt wird.

Dieser unterrichtete seine Herangehensweise folgendermaßen:

Das Autonome Nervensystem (ANS) steuert alle wesentlichen Funktionsabläufe im menschlichen Organismus. Das Ausmaß und die Nutzung der neuronalen Verbindungen des ANS zum gesamten Atmungs-, Herz-Kreislauf-, Verdauungs-, Hormon-, Sinnes- und Nervensystem etc. wird von der genetischen Disposition und der Sozialisation des Menschen geprägt. Die „Kernkompetenz" des ANS liegt in der Aufrechterhaltung der Homöodynamik des Gesamtsystems. Permanente Anpassung und Koordination erlauben ein Höchstmaß an bedarfsgerechtem Pendeln zwischen Leistung (Sympathikusanteil des ANS) und Erholung (Parasympathikusanteil des ANS). Der ökonomisierende Einfluss des ANS bildet die Grundlage für die den Menschen auszeichnende der Lern- und Entwicklungsfähigkeit. Aber nicht nur der Mensch in seiner psychoemotionalen Form lernt, auch das phylogenetisch „alte" ANS kann als adaptiv lernfähige Struktur verstanden werden. Indem das ANS mit allem Wesentlichen in Verbindung steht und eine Hauptrolle im kybernetischen System Mensch besetzt ohne „jemals die Bühne zu verlassen", liegt es auf der Hand, dass musterhafte Aktivitäten des ANS selbst, als Indikatoren individuell entwickelter Funktionszustände erkannt werden können. Die grundsätzliche Ausrichtung des ANS entwickelt sich im Sinne permanenter Feedback-Schleifen zwischen den tatsächlich im Organismus erzielten Effekten und den diesen zu Grunde liegenden (sämtlichen!) Informationen der Innen- und Außenwelt. (als Quelle für diesen und die folgenden Absätze zur HRV, verweise ich auf die Ausbildungsunterlagen sowie die Homepages von Lebensfeuer: http://www.lebensfeuer-analyse.com/herzratenvariabilität, http://www.lebensfeuer.com/, und https://portal.lebensfeuer.com/.

Eine Möglichkeit zur Funktionsdiagnostik neurovegetativer Zustände bietet die Herzrhythmusanalyse aus Langzeit-EKG-Aufzeichnungen. Die Herzperiodendauer (HPD) oder ihr Kehrwert, die momentane Herzrate (HR), ist unter keinen Bedingungen zeitlich völlig konstant, was als Herzratenvariabilität (HRV) bezeichnet wird. Die Herzratenvariabilität wird durch die Wirkung des ANS auf die Schrittmacherfunktion des Sinusknotens im rechten Vorhof des Herzens gestaltet.

Das Phänomen der HRV wird unter anderem in Form von Spektralanalysen dargestellt. Dabei werden 3 wesentliche Frequenzbereiche differenziert (very low- , low- und high frequency).

Die very low frequency (VLF) im Bereich von 0,0033 bis 0,04 Hz, entspricht rhythmischen Veränderungen der Herzrate im Bereich von 5 Minuten bis 25 Sekunden. Solche, eher trägen Effekte, werden durch die rhythmischen Adaptationen in der Durchblutung von Muskulatur und Unterhautgewebe verursacht. Der unterschiedliche Muskeltonus beim Liegen oder Stehen, unterschiedliche körperliche Aktivierungs- und Spannungszustände und die Thermoregulation spiegeln sich in der VLF der Herzratenvariabilität. Die Physis als solche, das Ausmaß körperlicher Ressourcen, kommt hier zum Vorschein.

Die low frequency (LF) im Bereich von 0,04 bis 0,15 Hz, entspricht rhythmischen Veränderungen der Herzrate im Bereich von 25 bis 7 Sekunden. Diese Veränderungen im „mittleren Bereich der HRV“ werden vom Sympathikusanteil des ANS gestaltet. Die Ausrichtung des Gesamtsystems auf Leistung wird hier sichtbar, bei Fokussierung auf mentale, emotionale Prozesse finden sich bei entsprechender Veranlagung prägnante Detektionen im Bereich von 0,1Hz. Grundlage dieses Phänomens ist das im Zuge hoher mentaler Aktivierung wichtige Zusammenspiel mit dem Blutdruck, der etwa alle 10 Sekunden angepasst wird.

Die high frequency (HF) im Bereich von 0,15 bis 0,4 Hz, entspricht rhythmischen Veränderungen der Herzrate im Bereich von 7 bis 4 Sekunden. Diese Veränderungen werden vom Vagusanteil des ANS gestaltet. Die Ausrichtung des Gesamtsystems auf Erholung wird hier sichtbar, seine physiologische Aktivierung geschieht durch regelmäßige, vertiefte Atmung (v.a. im Schlaf und bei effektiven Ruhepausen aber auch bei Übermüdung). Sehr markant ist hier die sog. respiratorische Sinusarrhythmie (RSA, horizontal verlaufende Detektionen) in Ruhe, die allerdings neben den nerval bedingten Einflüssen auch peripheren (intrathorakale Druckänderungen in der Exspirations- und Inspriarationsphase) unterliegt. Senkrechte, über 0,15 Hz hinausgehende Detektionen gelten als Hinweis auf synergistische Vagusaktivierung, ökonomisierendes „Mitatmen“, Zusammenwirken von Sympathikus und Vagus.

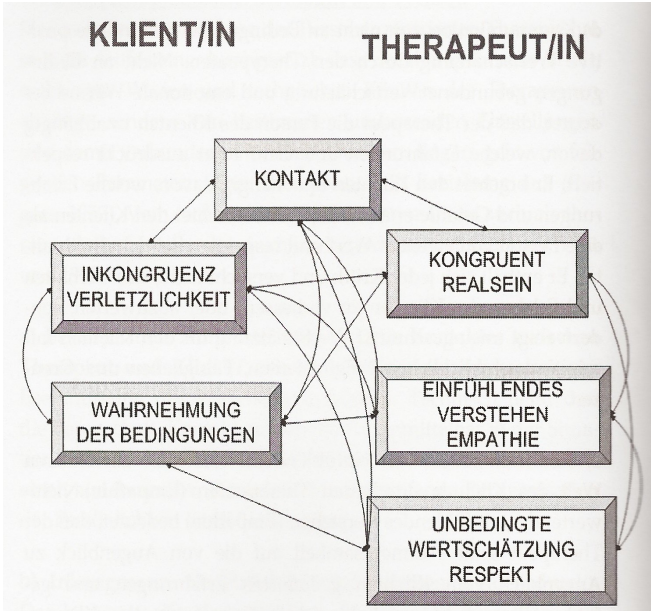
Das Vegetativum, welches als ein neurohumorales Überträgersystem betrachtet werden kann (siehe auch Hildebrandt 1993), spiegelt die energetischen Vorgänge in das physische Sein des Organismus. Der sympathische Zweig des autonomen Nervensystems hängt mit den verschiedenen Erfahrungen und Ausdruckformen von Spannung zusammen. Wenn der Sympathikus übermäßig stimuliert wird, schließt sich der Körper als Ganzes ab und baut Widerstand auf. Dieser Widerstand dient nicht der Abwehr von Krankheit - es ist vielmehr der Widerstand gegenüber Veränderung und Anpassung, der Krankheit

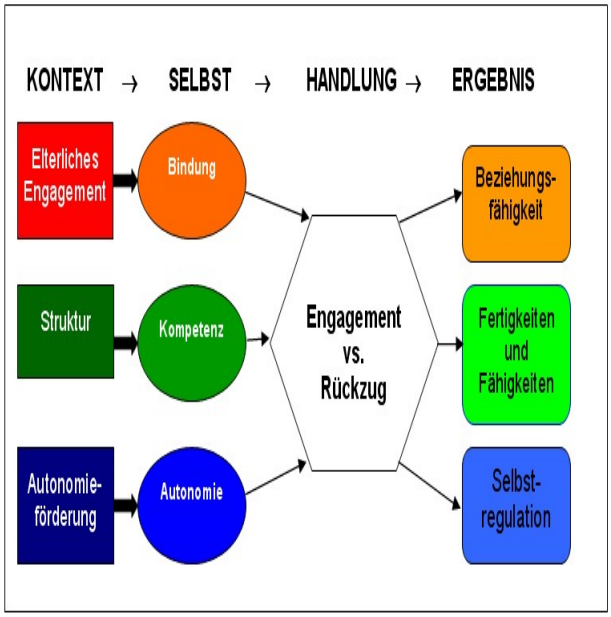
schafft. Der Parasympathikus korreliert mit Entspannung. Beim Entspannen öffnet sich der Organismus und lässt Energie zirkulieren, die Adaptionen und Korrekturen ermöglicht und fördert.

Unter diesen Aspekten betrachtet, kann man eine derartige Messmethode in der Musiktherapie und deren Evaluation hervorragend verwenden. Es ist möglich, durch eine Messung zu erkennen wie entspannt bzw. angespannt eine Person ist, ob sie regeneriert bzw. sich konzentriert oder beides. Wie es um die körperliche Vitalität und die Ressourcen steht. Und mit einem geschulten Auge kann man auch Stärken und Schwächen erkennen. Wodurch es wiederum möglich ist die Potentiale zu nutzen, um einen positiven Zugang zu finden, und eine gute compliance aufzubauen. Weiters erkennt man aufgrund der Eigenbeschreibungen des Patienten, wie sich sein Tagesverlauf angefühlt hat, und aufgrund der Messung, wie genau der Klient seinen Körper und seine Bedürfnisse wahr nimmt. Dies kann durch diese Spektralverbildlichung im Lebensfeuer dem Patienten helfen ein besseres Bewusstsein über seine psychischen und physischen Zustände zu entwickeln. Welche Wirkung Gedanken und kurzzeitige Stimmungen haben können, sind diesem Spektogramm auch zu entnehmen.

2.6. Zusammenfassung dieser Theorien

Wenn ich von den drei Grundbedürfnissen aus der Bindungsforschung ausgehe und Bindung, Kompetenz und Autonomie als die drei wesentlichen lebenserhaltenden Bedürfnisse ansehe, kann ich den klientenzentrierten Ansatz von Rogers folgendermaßen damit in Bezug setzen:





Durch eine gelungene Anwendung des klientenzentrieten Ansatzes erfolgt eine Regulierung von Rückzug in Richtung Engagement was die Grundvorraussetzung für die Regulation in den Grundbedürfnissen darstellt. Entsteht eine Inkongruenz (starker Bezug zu Rückzug) in einem dieser drei Grundbedürfnisse so entsteht eine gewisse Verletzlichkeit. *Inkongruenz ist die Bezeichnung für die grundlegende Dynamik, die zu Fehlanpassung, psychischem Leiden und psychischer Erkrankung führt.* (Personenzentrierte Perspektive- Beratung, Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung, von R. Hutterer, S.106). Wenn die Wahrnehmung der Bedingungen gefördert und dies mit Empathie und Kongruenz untermauert wird, dann entsteht Engagement und dadurch Selbstregulation, Beziehungsfähigkeit und auch die Motivation und Geduld, Fertigkeiten und Fähigkeiten zu fördern. Gerade Inkongruenzen, wodurch Verletzlichkeiten entstehen, sowie die grundlegende Tendenz eher in Richtung Engagement oder eher in Richtung Rückzug, kann mit der HRV veranschaulicht werden. Die Inkongruenz, welche mit Rückzug einhergeht, spiegelt sich im Zusammenspiel von Herz und Lunge. Weiteres bedingt sie einen geringeren HF Anteil als in einem kongruenten Zustand. Ein kongruenter Zustand hingegen geht mit Engagement ohne maßgeblichen Energieverlust einher. Dies zeigt sich in der HRV mit einer höheren Totalpower. Die weiteren verwendeten Theorien dienen der genaueren Ausformulierung und stellen Ergänzungen dar, um den grundlegenden Ansatz von Rogers sprachlich umsetzen zu können (Rosenberg) oder die Erkenntnisse aus der Bindungsforschung in Bezug auf Widerstandsfaktoren nachvollziehbar zu machen (Kobasa). Antonovsky prägte den Begriff der Salutogenese und zeigt damit, aus welchem Blickwinkel Probleme beleuchtet werden sollten, um motivationsfördernd und produktiv arbeiten zu können. Der geschulte Blick auf die möglichen Ressourcen, welche der Selbstregulation bzw. Heilung dienlich sind, entsprechen auch dem salutogenetischen Ansatz.

3. Entwicklung der Forschungsfrage

Vorschau: In diesem Kapitel werde ich einen Versuch der Selbstverortung vollziehen, meinen persönlichen Bezug zu diesem Thema erläutern und wie ich dazu kam über Schuld und Schuldfähigkeit nachzudenken. Weiters werden einige Punkte wie lerntheoretische Aspekte von Gewalt, Kompensation und mangelnde Regulationskompetenz als wichtigste Eckpfeiler dargestellt, um ein Veränderungsdenken zu indizieren. Am Ende des Kapitels erschließt sich die Forschungsfrage.

3.1. Introspektive Biographie

Ich bin in einer kleinen Marktgemeinde aufgewachsen, wo ich eine sehr glückliche und autonome Kindheit erleben durfte. Mein Erkundungsverhalten war aufgrund einer sehr guten Bindung zu meiner Mutter sehr groß. Dadurch war ich im Alter von sechs Jahren bereits die meiste Zeit am Fußball- oder Tennisplatz und lebte jeden Tag von früh bis spät mit unseren Dorfmitbewohnern. Ich war ein sehr neugieriges, lebendiges und fröhliches Kind und erfuhr dadurch auch sehr viel über jeden einzelnen Bewohner.

Es wurden uns viele Wertvorstellungen dargelegt, und ich nahm gute Wertvorstellungen der Kirche und aus den Superheldengeschichten an. Dies führte dazu, dass ich mich als Beschützer der Schwachen und Benachteiligten fühlte. Da ich immer reichlich zu essen hatte und auch eine gute Jause mit in die Schule bekam, schenkte ich einen Großteil meiner Jause einem Mädchen, welches verwahrlost und immer hungrig war. Später dann wurde sie in die Sonderschule „abgeschoben“ und da habe ich das erste Mal gespürt was Stigmatisierung heißt und dieses Gefühl kaum ausgehalten. Sie war kaum weniger gut als alle anderen in der Klasse, und das ohne Hilfe zu Hause, aber sie hatte keine Kleidung zum wechseln und hat deshalb unangenehm gerochen. Für ein anderes Mädchen war ich Werkzeug, um ein bisschen Freiheit zu erlangen. Sie durfte nicht in ihrer Fruchtpalette umrühren, weil sich das nicht schickt. Doch die Fruchtpalette schmeckte ihr nicht ohne umrühren, deshalb habe ich die Fruchtpalette für sie umgerührt. Zu Beginn schimpfte sie sogar mit mir. Zwei Wochen später stellte sie mir die Fruchtpalette her, ohne etwas zu sagen.

Ich wollte zuerst ins Fußballinternat vom Austria-Nachwuchs nach Hollabrunn, dann entschloss ich mich die Aufnahmeprüfung an einer Wiener HTL zu machen und bestand diese. Zufällig bekam ich

aber dann an der Flugtechnikschule in Langenlebarn einen gratis Stipendiumsplatz mit Internatwohnmöglichkeit, da ich bei der Aufnahmeprüfung in Wien ein gutes Ergebnis erzielt hatte.

Ab da wurde ich von Offizieren erzogen. Schon am ersten Tag wurde uns die eindeutige Hierachie im Internat beigebracht. Ein Schüler der 2. Klasse kam in mein Zimmer spuckte aus und sagte, ich müsse das jetzt wegwischen, weil er ein „2. Klassler“ sei und ich alles zu tun hätte, was er sage. Ich begann zu lachen und er zu schreien. Dann beförderte ich ihn aus meinem Zimmer. Dann kamen vier 18-jährige Schüler, die dann gemeinsam einen 14-jährigen verprügelten und dabei noch stolz waren.

Langsam entwickelten sich Respektverhältnisse ohne dass ich Gewalt ausübte. Schließlich trainierte ich Karate und hatte keine Angst vor anderen Schülern. Irgendwie war ein Großteil meiner Mitschüler sehr leicht zu manipulieren und Aggressionen, welche in der militärischen Struktur nicht ausgelebt werden konnte, wurde dann immer in einem hierarchischen Verhältnis frei gesetzt. Auch emotionale Regungen wurden weniger. Viele Schüler „stumpften ab“ und damit sank auch deren Fähigkeit zu Empathie und ich schaffte es, genug emotionalen Abstand aufzubauen. Auch unterdrückte Bedürfnisse bei den Mitschülern beschäftigten mich. Ich versuchte mit einigen Weggefährten an der eigenen Selbstständigkeit zu arbeiten. Mir wurde auch immer klarer, dass diese strikten Normen und Regeln der Ursprung dafür sind, dass viele Bedürfnisse nicht zum Ausdruck gebracht werden und dadurch destruktive Verhaltensweisen der Schüler entstanden sind. Es gab so gut wie keine Autonomie und dadurch so gut wie keine Regulationsfähigkeit im Sinne der Bindungsforschung. Dies führte zu einem Selbstmord und diversen Gewaltakten. Was passiert, wenn Menschen unter Zwängen oder Ungerechtigkeiten aufwachsen müssen, war daher für mich prägend und beschäftigte mich. Diese Beobachtungen und Erfahrungen haben mir sicherlich einen Impuls gegeben in weiterer Folge im Konfliktmanagement und im Bereich des sozialem Lernens tätig zu sein, und mich bei meiner Diplomarbeit mit einem verwandten Thema (siehe 1.2 totale Institution) zu beschäftigen.

Einen Punkt, den ich in diesem Umfeld genau beleuchtet habe, um meine Mitschüler weiterhin achten zu können, war deren Schuldfähigkeit. In wie fern sind sie an ihrem Verhalten selbst Schuld?

3.2. Schuldfähigkeit

Dieser Text entstand Anfang 2008 als Tischvorlage für Diskussionen innerhalb der Forschergruppe

„Control of Violence“ am Zentrum für interdisziplinäre Forschung an der Universität Bielefeld. (Helmut Thome, Notizen zu Neurobiologie, Willensfreiheit und Schuldfähigkeit (2. 11. 2008) www.soziologie.uni-halle.de/thome/docs/neuro_notes5.pdf)

Angesichts des empathischen Anspruchs der Neurowissenschaften (oder ihrer medialen Lautsprecher), neue Erkenntnisse zu bieten, die die Annahme eines freien Willens hinfällig werden ließen, ist es vielleicht sinnvoll, sich daran zu erinnern, dass schon Kant (in seiner Kritik der theoretischen Vernunft) ein solches Wissen imaginierte, aber gänzlich andere Schlussfolgerungen daraus zog: „…alle Handlungen des Menschen (sind) in der Erscheinung aus seinem empirischen Charakter und den mitwirkenden anderen Ursachen nach der Ordnung der Natur bestimmt, und wenn wir alle Erscheinungen seiner Willkür bis auf den Grund erforschen könnten, so würde es keine einzige menschliche Handlung geben, die wir nicht mit Gewissheit vorhersagen und aus ihren vorgehenden Bedingungen als notwendig erkennen könnten“ (hier zitiert nach Lindemann 2006: S. 349). *Kants Form der Trennung von empirischer und intelligibler Welt, mit der er den naturwissenschaftlichen Determinismus gelten ließ und gleichzeitig in seiner Moralphilosophie Willensfreiheit und Schuldfähigkeit voraussetzte, wird in dieser Weise kaum noch vollzogen. […….]*

In der gegenwärtigen Diskussion über Determinismus und freien Willen unterscheidet man drei Hauptströmungen (s. Beckermann 2006): Die „Libertarier“ und die „harten Deterministen“ befinden sich an den entgegengesetzten Polen des Inkompatibilismus. Beide halten Determinismus und freien Willen für unvereinbar; die Libertarier lehnen den Determinismus im Bereich menschlicher Handlungen (deshalb) ab; die harten Deterministen halten den freien Willen bestenfalls für eine notwendige Illusion. Die „weichen Deterministen“ sind dagegen moderate Kompatibilisten: sie akzeptieren den Determinismus, halten aber dennoch an dem Konzept eines (eingeschränkten) freien Willens fest. Alle drei Positionen gibt es in verschiedenen Ausprägungen und mit verschiedenen Begründungsvarianten. […..]

Ich versuche, mich in Richtung eines moderaten Kompatibilismus zu orientieren, wie er bspw. von Ansgar Beckermann (2006) skizziert worden ist. Er geht von folgender Überlegung aus: „Wenn wir annehmen, dass wir nie frei und daher auch nie verantwortlich sind, dann bedeutet das nicht nur, dass wir die gesamte Praxis juristischer Verurteilung und Bestrafung neu überdenken müssen, dann gerät

auch das alltägliche Verständnis unserer zwischenmenschlichen Beziehungen ins Wanken. Gegenüber unseren Mitmenschen nehmen wir nämlich ganz andere Einstellungen ein als unbelebten Dingen oder Maschinen gegenüber... Wir sind dankbar dafür, wenn uns jemand etwas Gutes tut; wir nehmen es übel, wenn er uns schadet oder nicht den nötigen Respekt entgegenbringt ... (Wenn wir dagegen merken, dass jemand unter einer Störung leidet, die es ihm grundsätzlich unmöglich macht, sein Verhalten zu kontrollieren, führt diese Erkenntnis) nicht nur zu einer anderen Beurteilung des Verhaltens der betreffenden Person; sie führt dazu, dass ich meine Einstellung dieser Person gegenüber grundsätzlich ändere, dass ich beginne, sie nicht mehr als eine verantwortliche Person, sondern als einen Mitmenschen zu betrachten, der der Behandlung bedarf ... Mit anderen Worten, ich beginne dieser Person gegenüber eine objektive Einstellung einzunehmen. Wenn es keine Freiheit gäbe, müssten wir offenbar unseren Mitmenschen gegenüber immer nur die objektive Einstellung einnehmen. Wir könnten niemals dankbar sein, nie jemandem etwas übel nehmen, keinen wirklich lieben oder wirklich hassen" (Beckermann 2006: S. 295, unter Rückgriff auf Überlegungen von Peter Strawson).

Innerhalb der Naturwissenschaften hat sich die Annahme eines prinzipiellen Determinismus bewährt (auch die Zustandsgleichungen der Quantenmechanik sind deterministisch formuliert). Aus naturwissenschaftlicher Perspektive gibt es keinerlei Belege dafür, dass Bewusstsein und Denken eine Quelle außerhalb des Gehirns haben könnten. Da die neuronalen Prozesse aber deterministisch ablaufen (wenn auch in Interaktion mit Umwelteinflüssen und in Kommunikation mit den Gehirnen anderer Menschen), muss auch, so die Argumentation, das Denken und Entscheiden determiniert, der freie Wille folglich eine Illusion sein. [.....]

Von Libertariern wird gerne auf die Quantenphysik verwiesen, also auf die Zufälligkeit der Bewegung von Elementarteilchen. Zur Rettung des freien Willens ist dies allerdings ein völlig untaugliches Argument. [...]

Der Bereich der Selbsterfahrung und der darin wahrgenommenen „geistigen Ereignisse" (wie Wünsche, Absichten, Gründe, Erinnerungen) wird in der Perspektive der ersten Person beschrieben. Sie lässt sich koppeln mit der Perspektive der zweiten Person, die man einnimmt, wenn es darum geht, die „doppelte Kontingenz" der Interaktion zwischen Ego und Alter und das Moment des Normativen in die Betrachtung mit einzubeziehen. Die materiellen Gegebenheiten und natürlichen Prozesse (wie sie sich u. a. im Gehirn abspielen) werden dagegen aus der Perspektive der dritten Person

wahrgenommen: als Objekte, die nicht kommunikations- und handlungsfähig sind. (Auch andere Personen können als solche Objekte der Wahrnehmung fungieren, wie oben in dem Beckermann-Zitat gezeigt). Diejenigen, die die Idee des freien Willens bewahren wollen, nehmen diese Ebenen-Unterscheidung gerne vor, um sie mit der These zu verbinden, dass die für die naturwissenschaftliche Beschreibung sinnvolle Annahme des Determinismus keinerlei Konsequenzen, jedenfalls keinerlei logische Implikationen für die Haltbarkeit oder Unhaltbarkeit der Idee des freien Willens hat, dass der freie Wille aber in der Selbst-Erfahrung real gegeben ist (siehe z. B. Lutz Wingert in einem Gespräch mit Wolf Singer, in: „Die Zeit", Dez. 2000, abgedruckt in Singer 2003). […]

Ted Honderich (1995) geht z. B. davon aus, dass geistige und neuronale Ereignisse "nomische Korrelate" bzw. "psychoneurale Paare" bilden. Er stellt sich vor, dass solche Kopplungen zu jedem Zeitpunkt vorliegen. Zu Handlungen kann es dann in folgender Weise kommen. Mit einem später eintretenden Umweltereignis U bildet das erste Paar einen Bedingungskomplex, der ein anderes psychoneurales Paar kausal hervorbringt, innerhalb dessen das geistige Ereignis die Form einer Absicht annimmt. Zusammen mit einem physischen Ereignis P bildet dieses Paar einen neuen Bedingungskomplex, der die Handlung H hervorruft. Meiner Ansicht nach verwickelt sich Honderich aber in Widersprüche, wenn er einerseits dem geistigen Ereignis ein Element von Subjektivität attestieren muss (ebd., S. 33-35), andererseits aber den Gedanken eines in der Zeit sich identisch haltenden Selbst mit der Fähigkeit zur "Erstauslösung" einer Handlung ablehnt (ebd., S. 59 ff., 89, 132), obwohl er selber ständig in der ersten Person redet und Handlungen "Selbständigkeit" (im Sinne einer Übereinstimmung mit dem wahren Wesen des Betreffenden') zuschreibt (S. 126-132).

Einen anderen Vorschlag, den Determinismus mit einem eingeschränkt freien Willen zu verbinden, legt Ansgar Beckermann (2006) vor. Ausgangspunkt ist ein modifizierter Freiheitsbegriff (modifiziert gegenüber dem Freiheitsbegriff der Inkompatibilisten), den er aber nicht so weit reduziert wie Hume: Es reicht nicht zu sagen, frei ist, wer nicht durch äußeren Zwang gehindert wird, seinem Willen gemäß zu handeln; vielmehr muss man auch seinen Willen selbst bestimmen können, insbesondere die Fähigkeit besitzen, der Einsicht in die Richtigkeit einer Handlung zu folgen (was z. B. Drogensüchtige nicht können). Beckermann bezieht sich zunächst auf Locke, der die Freiheit des Willens an dem nicht bezweifelbaren empirischen Faktum festmacht, dass der Mensch dazu fähig ist, vor dem Handeln innezuhalten und zu überlegen, Gründe für oder gegen eine bestimmte Handlung zu erwägen. Diese Fähigkeit ist auch durch die neurowissenschaftliche Forschung nicht zu widerlegen (auch nicht durch

die berühmt-berüchtigten Libet-Argumente, s. Koch). Locke führt dann (laut Beckermann) weiter aus, „dass es unserer Freiheit keinerlei Abbruch tut, wenn das Ergebnis unserer Überlegungen mit kausaler Notwendigkeit unsere Entscheidungen und unser Handeln bestimmt" (Beckermann 2006: S. 303 f.). […]

Irritierend wirkt auf mich auch Beckermanns Annahme, wir könnten „die für Freiheit entscheidenden Fähigkeiten offenbar auch dann haben, wenn in unseren Hirnen alles so abläuft, wie Roth und Singer sagen (ebd., S. 307). Denn selbst der eher moderate Singer sagt ja über Handlungsgründe z. B. Folgendes: „Fragt man dann nach dem Grund für die Aktion, erhält man eine vernünftige Begründung, die aber mit der eigentlichen Ursache nichts zu tun hat. Wir handeln und identifizieren die vermeintlichen Gründe jeweils nachträglich" (Singer 2003: S. 20). Zwar wird eingeräumt, dass das menschliche Gehirn, obgleich genetisch vorprogrammiert, enorm plastisch ist und sowohl durch natürliche als auch soziale Umwelteinflüsse erheblich geprägt wird. Moleküle (oder welche elementaren Teilchen auch immer) vernetzen sich selbst organisiert im Gehirn – unter Einwirkung genetischer Ausgangsbedingungen und fortlaufend eintreffender Umwelt-Stimuli einschließlich der (kommunikativen) Austauschprozesse mit anderen Gehirnen. Dabei bilden sie Strukturen (Konfigurationen), die dann wiederum Rückwirkungen auf das „Verhalten" der konstitutiven Teilchen haben. Offensichtlich entstehen dabei – auf welchen evolutionären (Um-)Wegen auch immer – Konfigurationen, die in menschlichen Körpern (Gehirnen) Selbsterfahrungen und reflexives Denken und in menschlichen Gemeinschaften (vernetzten Gehirnen) geteilte Normen und Vorstellungen von moralischer Verantwortlichkeit, also Kultur, hervorbringen. […]

Dann kann aber nur die von (fast) allen Menschen geteilte Selbsterfahrung eines – wie auch immer eingeschränkten – freien Willens und die damit verbundene Unterstellung persönlicher Schuldfähigkeit Ausgangsbasis für eine rationale Diskussion über (Schuld-)Strafrecht und Präventionsmaßnahmen sein. Wenn man die Ebenen-Unterscheidung akzeptiert, wird die These, der freie Wille sei nur eine Illusion, schlicht unsinnig, und man muss verlangen, diese These nicht mehr unter die Leute zu bringen, weil sie auch praktisch zu unerwünschten Konsequenzen führt. Wie schon gesagt, funktionieren (angebliche) Illusionen nur dann wie gewünscht, wenn sie nicht als solche angesehen werden. Wer die Schuldfähigkeit als Illusion verkündet, offeriert – kriminologisch gesprochen – eine äußerst wirkmächtige Neutralisierungstechnik: Warum sollte jemand moralische Verpflichtungen akzeptieren und demgemäß handeln, wenn er sich selbst nicht für verantwortungsfähig hält? Und wie

soll ein Erzieher seine Rolle wahrnehmen, wenn er davon ausgehen muss, dass Erfolg oder Misserfolg seiner Bemühungen schon determiniert sind? Und wie soll ein Jugendlicher auf Appelle an seine Verantwortlichkeit reagieren, wenn man ihm gleichzeitig sagt, sie sei eine Illusion?

Singer scheint sich in einigen Aussagen dieser pragmatischen Position zu nähern. So z. B. bemerkt er: „Und dennoch entstehen offenbar aus der Wechselwirkung der auf diese Weise entstandenen komplexen Organismen [aus der biologischen Evolution hervorgegangene menschliche Wesen und ihre Gemeinschaften mit ihren Selbsterfahrungen und Kulturen, H.T.] Phänomene, die nicht mehr in dem Beschreibungssystem vorkommen, das erklärt, wie sich diese Organismen entwickelt haben. Der so genannte freie Wille ist dafür eines der faszinierenden Beispiele" (ebd., S. 27; vgl. S. 88 f.). [….]

Singer bleibt aber bei der Behauptung, dass diese realen Phänomene, die nicht in der naturwissenschaftlichen Perspektive beschrieben werden können, gleichwohl durch neuronale Prozesse kausal determiniert seien und diese im Prinzip (zukünftig) auch als solche identifiziert werden könnten (ebd., S. 29). „Insofern muss, aus der Dritte-Person-Perspektive betrachtet, das, was die Erste-Person-Perspektive als freien Willen beschreibt, als Illusion definiert werden" (ebd., S. 32). Aber ganz wohl fühlt er sich nicht bei dieser Aussage, denn er fügt hinzu: „Aber ‚Illusion' ist, glaube ich, nicht das richtige Wort, denn wir erfahren uns ja tatsächlich als frei" (ebd.). Und so will er neurowissenschaftliche Einsichten für humanitäre Absichten nutzen. Er kann sich vorstellen, „dass unser Umgang mit Menschen, die wir heute als ‚Kriminelle' bezeichnen, verständnisvoller werden könnte – ohne dass sich allerdings unser Strafvollzug grundlegend änderte" (ebd., S. 33). Einige andere Neurowissenschaftler sind da weniger zimperlich. Vernünftigerweise sieht die Strafprozessordnung vor, dass die Schuldfähigkeit eines Täters aus verschiedenen Gründen vermindert sein kann, was bei der Strafzumessung zu berücksichtigen ist. Man kann davon ausgehen, dass die Neurowissenschaften in Zukunft Erkenntnisse liefern, die dazu beitragen, die Einschätzung der Schuldfähigkeit von Straftätern stärker zu objektivieren. Es wird aber weiterhin einen Bereich unsicherer Einschätzungen geben. Die radikale Alternative, alle Straftäter für unschuldig zu erklären (und die Richter durch Neurowissenschaftler zu ersetzen) ist mit der oben skizzierten pragmatischen Perspektive nicht vereinbar. Nicht akzeptabel sind auch Vorschläge, Kinder oder Jugendliche prophylaktisch mit Hilfe einschlägiger Technologien zu „screenen", um Gefahrenpotentiale frühzeitig zu erkennen und therapeutisch behandeln zu können. Solche Vorschläge sind entweder menschenverachtend oder naiv. Die Neurowissenschaftler räumen ja selber ein, keine Erkenntnisse über Faktoren liefern zu können, die zwangsläufig – also in jedem Falle – zu schwerwiegenden

kriminellen Handlungen führen.[...]

Wenn diese neurologische Einschränkung nicht akzeptiert wird, wird die Schleuse für einen Sog instrumentalistischen Denkens geöffnet, in dem das heute noch vorherrschende Bild des selbst-verantwortlichen, autonomen Menschen auf Dauer nicht mehr zu halten wäre; er müsste sich nicht nur Heilungs-, sondern auch (leistungsfördernden) Optimierungszwängen per Gehirnoperation beugen – oder gravierende Nachteile in Kauf nehmen, täte er das nicht.

Literatur: Beckermann, Ansgar (2006). Freier Wille - Alles Illusion? In: "... weil er für die Allgemeinheit gefährlich ist!" Prognosegutachten, Neurobiologie, Sicherungsverwahrung, herausgegeben von Stephan Barton. Baden-Baden: Nomos, S. 293-307.

Honderich, Ted (1995). Wie frei sind wir? Das Determinismus-Problem. Stuttgart: Reclam.

Lindemann, Michael (2006). Wir müssen (und können) nicht aufhören, von Freiheit zu sprechen: Die Erkenntnisse der modernen Neurowissenschaften und das Schuldstrafrecht. In: "... weil er für die Allgemeinheit gefährlich ist!" Prognosegutachten, Neurobiologie, Sicherungsverwahrung, herausgegeben von Stephan Barton. Baden-Baden: Nomos, S. 343-359

Singer, Wolf (2003). Ein neues Menschenbild? Gespräche über Hirnforschung. Frankfurt a.

M.: Suhrkamp.

Walter, Henrik (2006). Sind wir alle vermindert schuldfähig? Zur Neurophilosophie der Verantwortlichkeit. In: "... weil er für die Allgemeinheit gefährlich ist!" Prognosegutachten, Neurobiologie, Sicherungsverwahrung, herausgegeben von Stephan Barton. Baden-Baden: Nomos, S. 309-334.

Zilles, Karl (2006). Neurowissenschaft und Strafrecht: Von Fakten und Phantasien. In: "... weil er für die Allgemeinheit gefährlich ist!" Prognosegutachten, Neurobiologie, Sicherungsverwahrung, herausgegeben von Stephan Barton. Baden-Baden: Nomos, S. 49-69.

Zusammenfassung:

In dieser Meinungssammlung zum Thema Schuldfähigkeit wurden nun sehr viele Bereiche angeschnitten. *Da man in der gegenwärtigen Diskussion über Determinismus und freien Willen drei*

Hauptströmungen unterscheidet (s. Beckermann 2006): Die „Libertarier“ und die „harten Deterministen“ befinden sich an den entgegengesetzten Polen des Inkompatibilismus. Beide halten Determinismus und freien Willen für unvereinbar; die Libertarier lehnen den Determinismus im Bereich menschlicher Handlungen (deshalb) ab; die harten Deterministen halten den freien Willen bestenfalls für eine notwendige Illusion. Die „weichen Deterministen“ sind dagegen moderate Kompatibilisten: sie akzeptieren den Determinismus, halten aber dennoch an dem Konzept eines (eingeschränkten) freien Willens fest.

Meine Meinung deckt sich mit jener des weichen Determinismus und jener von Singer, welche besagt: *Moleküle (oder welche elementaren Teilchen auch immer) vernetzen sich selbst organisiert im Gehirn – unter Einwirkung genetischer Ausgangsbedingungen und fortlaufend eintreffender Umwelt-Stimuli einschließlich der (kommunikativen) Austauschprozesse mit anderen Gehirnen. Dabei bilden sie Strukturen (Konfigurationen), die dann wiederum Rückwirkungen auf das „Verhalten“ der konstitutiven Teilchen haben. Offensichtlich entstehen dabei – auf welchen evolutionären (Um-)Wegen auch immer – Konfigurationen, die in menschlichen Körpern (Gehirnen) Selbsterfahrungen und reflexives Denken und in menschlichen Gemeinschaften (vernetzten Gehirnen) geteilte Normen und Vorstellungen von moralischer Verantwortlichkeit, also Kultur, hervorbringen.*(Singer 2003: S. 20)

Daraus folgere ich, dass es um die Bewusstmachung unserer Kultur geht. Somit müssen nicht unbedingt neurologische Operationen durchgeführt werden um Verhalten zu ändern, sondern die Wirkung von Personen, die Sprache über Verhaltensweisen und die Verstärkung positiver Verhaltensweisen kann auch schon vieles verändern. Natürlich sind in diesem Sinne viele Verhaltensweisen vom sozialen Umfeld und Lebensereignissen abhängig. Somit finde ich die Ansätze, die Verantwortung eher den Eltern und Lehrpersonen zuschreiben, lerntheoretisch sinnvoll. (jedoch besteht Aufklärungsbedarf im entwicklungspädagogischen Sinne)

Beckermann bezieht sich zunächst auf Locke, der die Freiheit des Willens an dem nicht bezweifelbaren empirischen Faktum festmacht, dass der Mensch dazu fähig ist, vor dem Handeln innezuhalten und zu überlegen, Gründe für oder gegen eine bestimmte Handlung zu erwägen. Diese Fähigkeit ist auch durch die neurowissenschaftliche Forschung nicht zu widerlegen.

Aus den Beschreibungen der Klienten meiner Arbeitsstelle sowie in Bezugnahme auf Drogensüchtige und psychisch Kranke denke ich, dass genau diese Regulationskompetenz bei vielen Straftaten nicht vorhanden war und dies Argument, deshalb nicht unbedingt für freien Willen spricht.

Es stellt sich die Frage, wie gehe ich konkret mit Personen um, welche Straftaten begangen haben, weil

sich in ihnen manche Muster automatisiert haben und sie in einer Art Manie dieses Muster durchführten ohne inne zu halten und zu überlegen. Ich gehe davon aus, dass wir die Ansätze aus der Bindungstheorie nutzen können, um die Regulationskompetenz zu schulen.

Damit meine ich in vorbeugender Art und Weise ein Kind, welches etwas angestellt hat, nicht nur zu bestrafen, auszuschließen und in Frust zurück zulassen. Sondern das Kind zu fragen, warum hast du das gemacht, von wem hast du das gelernt, was gefällt dir daran so gut, dass du dieses machst und wie wichtig ist es dir, wie es deinen Mitmenschen dabei ergeht und welche Folgen hat es, wenn man auf seine Mitmenschen keine Rücksicht nimmt, u.s.w... Derartiges nachfragen kann meiner Meinung nach die Automatisierung destruktiver Muster unterbinden. Ich gehe davon aus, dass diese Fragen bei Menschen, die Verbrechen begehen, fast nie gestellt wurden und sie diese Fragen auch nicht mehr so leicht beantworten können. Wird auf Personen auf diese Art und Weise eingegangen, braucht man auch kein stigmatisierendes Neuroscreening, sondern man geht auf alle Auffälligkeiten ein, um sie zu verstehen und dann aufzuheben. Dazu müsste natürlich der Leistungsaspekt in Schulen nochmals überdacht werden, da dieser mit dem bedürfnisorientierten Angebot nicht gut kompatibel ist.

Wenn diese Themen im Nachhinein bearbeitet werden, wie es bei Strafgefangenen der Fall ist, geht es darum, den Klienten beim durchgehen seiner Gedanken Freiheit/Autonomie zu lassen, damit er Kontakt zu sich selbst herstellen kann, um eine Regulationsänderung zu bewirken. Regulation erscheint intrinsisch zu sein und kann kaum indiziert werden. Man kann jedoch versuchen gesunde Muster vor zu leben um sie den anderen Schmackhaft zu machen und deshalb arbeiten wir in der EMT auch mit der klientenzentrierten Psychotherapie, um genau diese Prozesse zu aktivieren. Ich persönlich hoffe, dass unser pädagogisches Personal auch bald in derartige Richtungen geschult wird, um sich ihrer Verantwortung bewusst zu werden.

Wie können wir nun diese Lerndefizite ausgleichen?

Indem wir durch die Musik viele dieser schon fast statischen Muster wieder dynamisieren und dann ohne Druck und Schuldzuweisung analysieren. So bleibt die Regulationsfähigkeit während des gesamten Verarbeitungsprozesses vorhanden und es können sich sinnhafte gesunde Muster entwickeln.

3.3. Aktuelle Fragestellung von Christian Gold

Basierend auf den oben dargestellten Ansätzen kann die aktuelle Fragestellung des Gebiets von Gold übernommen, und folgendermaßen definiert werden:

1. Eingehende Untersuchungen über Musiktherapie im Strafvollzug, um in weiterer Folge mehr über den Bezug von psychischen Erkrankungen und Musiktherapie in Erfahrung zu bringen.

2. Erkenntnis bezüglich der Wirkung von Musiktherapie und ihrer Wahrnehmung durch die Klienten, sowie der geeignetsten Anwendung zur bestmöglichen Wirkung.

3. Weiterentwicklung der Musiktherapie im Strafvollzug mit dem Ziel ein dauerhaftes und ausreichendes Musiktherapieangebot zu gewährleisten.

3.4. Forschungsfrage

Aufbauend auf der oben dargestellten aktuellen Fragestellung, leite ich unter Bezugnahme auf die im Kapitel 2 dargestellten Theorien folgende Präzisierung her:

1. Kann der Rückzug, welcher Krankheit und Unterdrückung der Emotionen zur Folge hat, durch die Ethno-Musiktherapie zu einem neuen lebensbejahenden Engagement transformiert werden?

2. Sind die persönlichen Regulationsstrategien und die Regulationskompetenz, mittels Anwendung durch Ethno-Musiktherapie, in produktivere Bewältigungs- bzw. Regulationsstrategien wandelbar?

Diese Fragestellung werde ich anhand eines Klienten, der ich als Freizeitbetreuer und Musiktherapeut für Maßnahmenuntergebrachte beim „Projekt 21/2“ des Verein WOBES betreue, versuchen zu beantworten. Da dieser Klient an einer Borderline Persönlichkeitsstörung leidet, werde ich mich auf diese Kriterien, welche auf das Regulationsverhalten Einfluss nehmen, beziehen.

3.5. Borderline Persönlichkeitsstörung

Allgemein ist bei diesem Störungsbild ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in den zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie deutliche Impulsivität.

Der Beginn liegt oftmals im frühen Erwachsenenalter bzw. in der Pubertät und manifestiert sich in verschiedenen Lebensbereichen.

Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen laut DSM-4 erfüllt sein, wenn von einer solchen Störung gesprochen wird:

1. Starkes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes verlassen werden zu vermeiden. Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbst verletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
2. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
4. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (z.B. Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, zu viel oder zu wenig essen). Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
7. Chronische Gefühle von Leere.
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

Ausgangssituation in Bezug auf die einzelnen Diagnosekriterien:

1, 2, 5, 6 und 7 waren vor der Therapie jene Punkte, welche immer wieder Thema waren und starken Einfluss auf die Regulationsstrategien des Klienten hatten.

Ad 1: Unsicherheit oder die Angst verlassen zu werden, löste beim Klienten immer wieder aus, dass er versuchte die Beziehung vorher zu beenden, um bei seiner Partnerin wieder die Ängste des verlassen werdens zu aktivieren und so die Bindung zu festigen.

Oder der Versuch den Partner fester zu binden, durch ständige Überwachung, Einschränkung dessen Freiheiten und Eifersuchtsszenen, sowie Liebesgeständnisse und Familienpläne.

Ad 2: Personen, welche in dem einen Moment noch die besten Freunde waren konnten im nächsten Moment die schlimmsten Feinde sein. So isolierte er sich zu Beziehungsbeginn von allen seinen Freunden, weil seine Freundin auf sie eifersüchtig war, und seine Freundin ihm Ratschläge geben wollten welche er nicht integrieren wollte/konnte.

Auch Therapeuten und Betreuer welche ihn auf Schwierigkeiten aufmerksam machten wurden abgewertet wobei sie wenn sie ihm bei der Konfliktlösung behilflich waren sofort wieder aufgewertet wurden. Betreuer welche zu potentiellen Konkurrenten aus Punkt 1 freundlich waren wurden auch sofort abgewertet.

Ad 5: Selbstmordandeutungen oder -drohungen waren stetige Begleiter, wenn es zu Beziehungskrisen gekommen ist. Das Selbstverletzungsverhalten um sich zu spüren war ein Thema, vor allem, weil er oft keine Schmerzen wahrnehmen konnte und sich aufgrund dessen immer wieder über blaue Flecken und Blutergüsse wunderte.

Ad 6: Seine Schwankungsbreite von ängstlich zu übertrieben mutig und von traurig zu übertrieben fröhlich und von selbständig zu übertrieben hilfsbedürftig war enorm. Außerdem, konnte sich die Stimmung alle paar Minuten ändern.

Ad 7: Chronische Gefühle von Leere äußerte er immer wenn er sich lange keinen Ausdruck verschaffen konnte. Oder wenn er einen Streit hatte, wo es zwischen ihm und seiner Freundin zu keinem Konsens kam und er aufgrund seiner Liebe, es nicht schaffte sie zu entwerten und einfach als Feindbild anzusehen, was bei jedem anderen seine Strategie gewesen wäre.

Mit Bezugnahme auf die 2. Forschungsfrage werde ich diese Regulationsstrategien, welche mit der

Persönlichkeitsstörung dieses Klienten einhergehen beobachten und unter den Ergebnissen deren Veränderungen darstellen.

4. Therapieverlauf

Vorschau: Im nächsten Schritt wird der erste Eindruck und die Art der Bezugaufnahme geschildert. Des weiteren wird gezeigt wie sich das Setup in Bezug auf die Forschungsfrage entwickelt hat und, welche Werkzeuge im Rahmen dessen verwendet wurden. Es werden die einzelnen Therapiesitzungen analysiert und die Effekte der Herzratenvariabilität gezeigt. Es wird darauf eingegangen wie der Zustand des Patienten vor der Therapie war und wie danach. Diesbezüglich werden objektive Bilder der HRV- Messung des Klienten vor der Therapie und nach der Therapie gezeigt. Eine Synchronisation zwischen Patient und Therapeut versuche ich durch übereinanderlegen der Spektogramme darzustellen. Man kann daraus ablesen ob wir gemeinsam in die Entspannung oder die Aktivierung gehen.

4.1. Bezugaufnahme

Meine ersten Eindrücke über diesen Klienten waren zuerst schockierend. Da ich das Schicksal der misshandelten Kinder vor Augen hatte und nicht die Bedürfnisse und Regulationsstrategien des Klienten. Durch die ganze Vorgeschichte des Klienten setzte sich jedoch Puzzelteil für Puzzelteil ein Bild zusammen, in welchem für Anteilnahme und einfühlendes Verstehen Platz war. Es stellte sich heraus, dass auch er als Kind von einem Mann vergewaltigt wurde, und dass er von seiner Erzieherin im Vertrauensverhältnis sexuell stimuliert wurde. All diese gelernten Muster, und die mangelnde Freiheit darüber zu reden, könnten zu der Entwicklung dieser destruktiven Regulationsmechanismen geführt haben. Seine Einsicht und sein starker Veränderungswille, welcher durch das gesamte WOBES Team gefördert wurde, haben es mir noch leichter gemacht empathisch auf ihn eingehen zu können. Auch seine Suizitgefährdung und selbstverletzenden Tendenzen waren davon geprägt, dass er seine Handlungen bereute. Die mangelnde Regulationsfähigkeit, welche damals ein Problem war und nun 30 Jahre lang schon Thema war, veränderte sich erst seit Dezember 2010. Einerseits durch eine Veränderung in unserem Team, wo DSA Wolfgang Habe die Leitung im August 2010 übernahm und wir so ganz neue Interventionsmöglichkeiten erfuhren, sowie durch die stetige Betreuung von seinem Bezugsbetreuer und mir als Musiktherapeut. Die Interventionen im Haus haben sich dabei auf mehr Autonomie ausgerichtet. So durfte er mit seiner Freundin zusammenziehen, und im weiteren Verlauf bis jetzt noch viele weitere Kompetenzen in unserem Wohnhaus übernehmen. Er hat jetzt ein Monat nach Beendigung der Einzeltherapie, einen Pflegedienst übernommen wo er für einen anderen

Klienten, welcher bei uns im Haus wohnt und welcher zu alt und gebrechlich ist, sich selbst zu waschen, den Hilfsdienst übernommen. Und er schöpft viel Kraft aus dieser sozialen Rolle und der Verstärkung dieses Engagements.

4.2. Setup in Bezug auf die Forschungsfrage

Da meine Forschungsfrage einen starken Bezug zur Regulationskompetenz hat, und diese durch ein autonomes Angebot maßgeblich gefördert wird, ist gerade diese Autonomie von zentraler Bedeutung. Deshalb habe ich für die Arbeit mit diesem Klienten, da er keine wesentliche musikalische Vorbildung besitzt, eine Steel Drum verwendet, welche ergänzend mit der zuvor in der Gruppentherapie bereits ausgegebenen Jambe und meiner Harfe das Instrumentarium, welches ihm zugänglich war, darstellte. Ich wählte die Steel Drum als Ergänzung, da es auf ihr möglich ist Melodien zu spielen, ohne eine Vorkenntnis zu benötigen, und es somit leichter ist den Selbstwert und das autonome Agieren zu fördern. Die Harfe verwendeten wir meist, wenn es viel zu besprechen gab, und dann spielten wir gemeinsam so lange bis ein Thema nach dem anderen in ihm heranreifte und wir es besprachen. Die Auswahl des Instrumentariums oblag dem Klienten, wobei er auch noch einen Sack voll verschiedenster kleiner Perkussionsinstrumente und Flöten zur Auswahl gehabt hätte, welche er nie benutzte.

4.3. Therapiesitzungen

In diesen Sitzungen agiere ich intuitiv während der Sitzung, um authentisch sein zu können. Nach der Sitzung versuchte ich immer die Therapieeinheiten aufgrund des Videos zu analysieren. Durch die genaue Analyse erhoffe ich mir eine Veränderung meines in der Therapie intuitiven Zugangs und so eine Optimierung meiner therapeutischen Fähigkeiten, sowie auch eine Möglichkeit, aufzeigen zu können, welche Interventionen Bezug zur sozialen Kompetenz des Klienten herstellen oder ihn in Richtung einer besseren Regulationskompetenz schulen. Auf sprachlicher Ebene werde ich mein Hauptaugenmerk auf Inkongruenzen in Bezug auf Inhalte und Gestiken/Körperhaltungen legen. Da dies eine Marker für mich darstellt, welcher aussagt, dass gerade kein Gefühlsbezug zu dem besprochenen Thema besteht. Durch Nachfragen, einfühlendes Verstehen und Wertschätzung des

Klienten, in diesen Momenten, erwarte ich mir eine Verbesserung der Kongruenz und somit eine Verringerung der Verletzlichkeit und des Rückzugs.

Des Weiteren werde ich bei den Beschreibungen der Sitzungen auf den Zustand vor einer musiktherapeutischen Einheit und den Zustand danach eingehen. Das mache ich indem ich die Bilder der Spektralanalyse nebeneinander stelle um den visuellen Vergleich zu ermöglichen.

Ein gesundes Herz schlägt nicht ganz regelmäßig, sondern schwingt um einen Mittelwert. Es marschiert nicht im Gleichschritt, sondern es „tanzt". Dieser Tanz äußert sich als Herzratenvariabilität und tritt besonders in der Erholungsphase auf. Das Phänomen der Erholung stellt eines der Grundprinzipien lebender Organismen dar, das diese von Maschinen unterscheidet. In der Erholungsphase regeneriert sich der Organismus von selbst, heilt Mikrowunden und reinigt sich von chemischen Abbauprodukten.

Erholung (Hildebrandt et al.,1998)*, Selbstheilung und Selbstorganisation* (Mandurana und Varela, 1980) *sind synonyme Begriffe mit unterschiedlicher Zeitdimension. In den Phasen der Erholung treten Rhythmen und Koordination besonders intensiv auf. Ein gut koordinierter Organismus, in dem die Körperrhythmen zusammenspielen und zusammenwirken, erholt sich besonders schnell und besonders gut. Rhythmus spart Kraft und diese Ersparnis kommt der Erholung zugute.* (Moser et al., 2006a)

Die Werte bei den nun folgenden Beschreibungen der Sitzungen, haben alle die Einheit $msec^2$. Außer die PNN-50 ist ein Maß, welches den Prozentanteil der Herzschläge mit einem Abstand von Normalschlag (Puls/Herzschlag) zu Normalschlag von 50 ms oder länger.

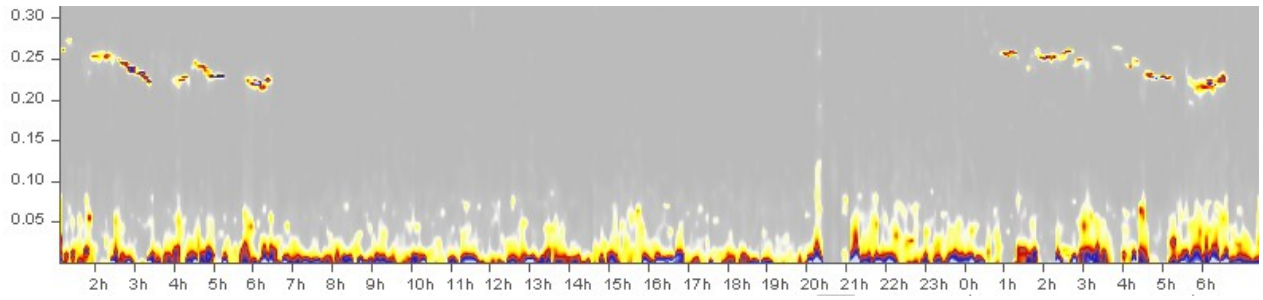
Erste Sitzung (am 12.01.2011)

Der Klient erscheint freudig und hat mir viel zu erzählen. Nach etwa 10 Minuten schaffe ich es ihm meine wesentlichen Informationen zu den verwendeten Messgeräten und den Zweck der Kamera zu erläutern. Danach schalten wir unsere Messgeräte gleichzeitig ein.

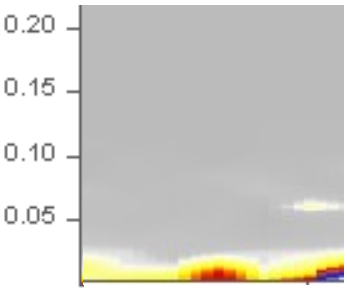
Zu Beginn spielt er mit der Jambe und ich mit der Oud (das ist eine türkische Laute). Ich bitte ihn einen

Rhythmus zu spielen, welcher ihm in den Sinn kommt, um ihm das Gefühl von Selbstbestimmtheit zu vermitteln und um zu schauen ob er damit umgehen kann. Er kommt sofort in eine gewisse Resonanz und untermauert sie mit den Worten Cool, Cool. In der 7. Minute beginnt er zu singen was seine Leichtigkeit im Auskommen/Dasein widerspiegelt, welche er in diesem Moment hat. Weiters wirkt er sehr zentriert und präsent und wenig in Gedanken versunken. Danach versinkt er in einer Art kleiner Trance. In der 11. Minute wird kurz ausprobiert und der Rhythmus ändert sich. In der 13. Minute nachdem wir kurz gestört wurden untermauert der Klient mein Empfinden, indem er sagt: „Ich habe noch nie so frei getrommelt, so wie ich einfach will!“ (für mich eine Bestätigung, dass er sich autonom fühlt und somit Regulationsprozesse in Gang kommen könnten)

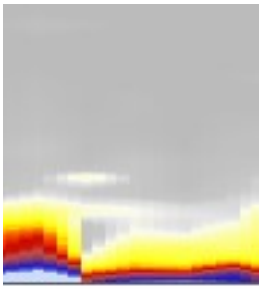
In der 16. Minute hohle ich eine Überraschung für ihn aus der Tasche und zeige ihm eine „Steel Drum“. Er ist von Anfang an begeistert und tobt sich weiterhin frei aus. Er fühlt sich frei und das spiegelt sich auch in seiner Mimik, indem er voll auf sich und das Instrument fokussiert einfach spielt. Er ist sehr kreativ und erforscht das Instrument. Im Zuge dessen gestaltet er verschiedene Melodien, welche für uns beide sehr stimmig sind. (Durch die Pentatonik der Steel Drum passen alle Töne zusammen.) Ab Minute 20 kommt es wieder zu einem sehr harmonischen Zusammenspiel, wo wir beide aufgrund der Pentatonik noch viel Raum haben um frei zu sein. In Minute 26, wechsle ich von der Oud auf die Harfe um intensiveren Boden geben zu können. In der 34. Minute folgt ein Wechsel zum rezeptiven Spiel. Hier wird das Licht etwas abgedunkelt. Dann folgt Harfenspiel und der Klient macht die Augen zu. In der 40. Minute wird er etwas unruhig. Ich reagiere mit Stimme. Ab der 42. Minute Gespräch. Der Klient berichtet: „Es war so edel und ich bin jetzt so entspannt.“ Dann berichtet er, dass er auch Grenzen setzen kann, was in seiner Beziehung ein großes Thema ist, da beide, er und seine Partnerin, eine Boarderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert bekamen. Er erzählt wie er am Wochenende seine Stimme erhoben hat, obwohl er seine Freundin liebt, und wie gut dies in diesem Moment getan hat, dass seine Freundin auch Verständnis für ihn hatte, da er sich lange Zeit gelassen hat, bis er eine Grenze gesetzt hat. Ich lobte ihn noch, für sein rücksichtsvolles Verhalten und dass er dabei trotzdem seine Regulation, indem er sich Ausdruck verschafft hat, nicht gänzlich vernachlässigt hat. Dann verabschieden wir uns bis zur nächsten Woche.



vorher



nachher



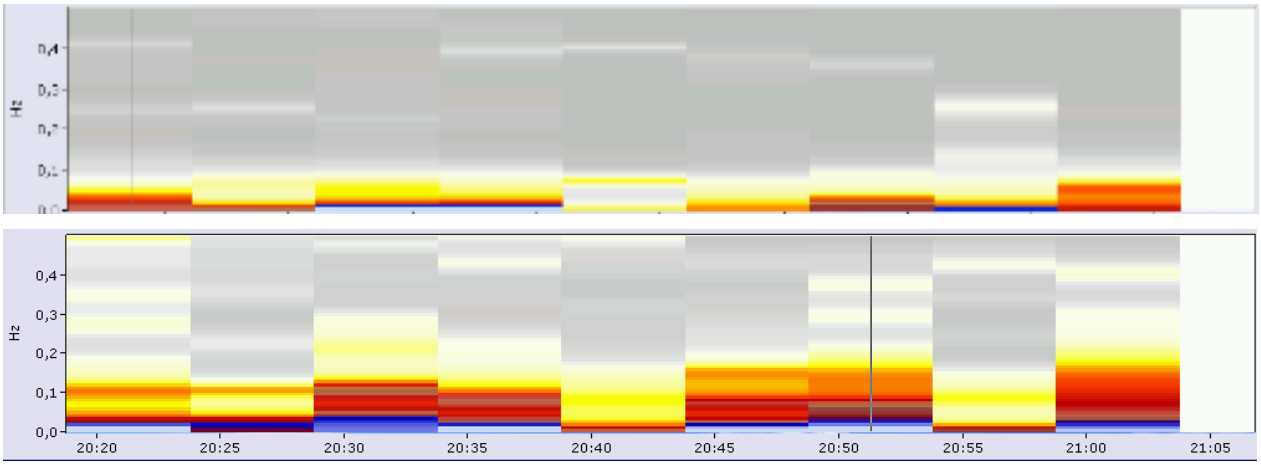
In der HRV zeigt sich ein deutlicher Anstieg von seinem Zustand vor der Therapie zu nachher.

Ich führe dies auf das Gefühl frei gestalten zu können und sich Ausdruck zu verschaffen auf Seite des Klienten zurück. Auf jeden Fall steigerte sich seine Grundvitalität, welche von der VLF (verry low frequency) dargestellt und den untersten Bereich darstellt, von gelb auf blau und sogar hellblau. Dies bedeutet auch, dass seine Anspannung nachgelassen hat. Auch der LF Bereich ist gestiegen, was mit einem Anstieg seiner Fokussierungsfähigkeit einhergeht. Es zeigt sich sogar eine ganz leicht angedeutete 0,1er Linie. Daraus kann man schließen, dass unnötige die Konzentration beeinträchtigende Gedanken wie Minderwertigkeit oder Freudlosigkeit nachgelassen haben und das Dasein im hier und jetzt Spaß machte.

Weiters kann man in den folgenden Bildern erkennen, dass die Messung vom Klienten und mir als Therapeuten von der Verlaufsdynamik sehr ähnlich sind. Die Bilder sind in ihrer Intensität sehr unterschiedlich, da meine HRV um einiges höher ist, aber der Verlauf ist sehr synchron. Dies bedeutet, dass wir immer miteinander in die Entspannung, die leichte Aktivierung oder die Fokussierung

gegangen sind. Des weiteren kann man auch in diesem Spektrogramm während der Therapie den Anstieg der HRV erkennen. Das obere Bild ist immer jenes des Klienten.

Klient



Therapeut

(Bei dieser Darstellung und den folgenden habe ich die Zeitleiste bei den oberen Bildern entfernt da die Geräte 3 Minuten unterschiedlich programmiert waren und dies zu Irritationen führen würde. In meinen Videos wurde um eine korrekte Aufzeichnung nachvollziehbar zu machen jedoch immer das gemeinsame Einschalten und Ausschalten der Geräte aufgezeichnet.)

Beim Vergleich von Vorlauf und Nachlauf, was die Werte 10 Minuten vor und 10 Minuten nach der Therapie darstellt zeigt sich:

Die gesamte Total Power der HRV erhöhte sich ca. um das 11-fache.

Die VLF erhöhte sich um mehr als das 10- fache. (steht für die Basis und Substanz, Werte unter 1000 $msec^2$ sind sehr gering, und Werte über 10000 $msec^2$ wären hoch)

Die LF erhöhte sich um das 3,6- fache. (geistige und emotionale Aktivität wird hier angezeigt)

Die HF ist so gut wie gleich geblieben. (HF steht für Erholung)

Die PNN-50 stieg auch um das 3- fache. (Dies ist ein Maß für die Vagusaktivität und die generellen Reserven).

Notiz:	Vorlauf
Parameter	**Aktivität**
Minimale Herzrate	67,00
Maximale Herzrate	86,00
Dynamik min : max Herzrate	19,00
Mittlere HR gesamt	74,58
TotalPower (Total Power)	794,93
VLF	358,46 (45,09)
LF	169,59 (21,33)
HF	102,30 (12,87)
STD RR	28,29
pNN50	0,67

Notiz:	Nachlauf
Parameter	**Aktivität**
Minimale Herzrate	64,00
Maximale Herzrate	96,00
Dynamik min : max Herzrate	32,00
Mittlere HR gesamt	79,79
TotalPower (Total Power)	8807,04
VLF	3740,46 (42,47)
LF	563,17 (6,39)
HF	104,54 (1,19)
STD RR	27,46
pNN50	2,09

Diese Daten zeigen sehr aussagekräftige Resultate, welche sich auch mit den Eindrücken aus der Videoanalyse decken. Der extreme Anstieg der Totalpower und von VLF und LF Bereich ist sicherlich auch auf die sehr geringe Ausgangsbasis an diesem Tag zurückzuführen. Jedoch zeigt sich eindrucksvoll, dass dieser Klient auf Musiktherapie sehr gut anspricht und es ihm gut tut. Die PNN-50 ist zwar um das 3- fache gestiegen, aber eigentlich noch immer sehr gering, spricht jedoch für eine Verbesserung seiner Belastbarkeit und Reserven. Die Differenz der Addition von VLF, LF und HF zu der Total Power entspricht der ULF (ultra low frequency). Diese ist jedoch noch zu wenig erforscht um genaue Aussagen über sie zu treffen, könnte aber mit hormonellen Veränderungen einhergehen.

Zweite Sitzung (am 19.01.2011)

Heute berichtet der Klient etwas deprimiert und energieleer zu sein. Er berichtet über sehr deprimierte Zustände bis hin zu Selbstmordgedanken. In diesen Zustand sei er durch die ständigen hochfrequenten Entladungen seiner Freundin gekommen, durch welche er kurzatmig wird und in einen Zustand kreisender Gedanken versetzt wird. Da seine an sich zweifelnde Grundhaltung offensichtlich wird, versuche ich ihn in diesem Bezug zu stützen.

Des weiteren berichtet er zur Zeit nicht in die Entspannung zu kommen, weder autogenes Training noch der Schlaf sind wirklich entspannend. Und er ist generell sehr lustlos.

In Minute 4:40 beginnen wir beide zu trommeln. Der Klient wirkt von Anfang an unzufrieden mit sich selbst und spielt eher aggressiv. Da ich eine offene Blase am Daumen habe, wechsle ich schon nach einer Minute auf die Kobus.

Bei Minute 7:27 glaubt er Mängel an der Trommel festzustellen, welche jedoch schon immer vorhanden waren. Dies interpretiere ich als ein Indiz, dass er die Betrachtung von sich selbst gerade sehr negativ bewertet, und die Trommel gerade als Projektionsobjekt verwendet wird.

Ich zeige ihm, dass die Trommel voll in Ordnung ist, und dann geht es viel freudiger weiter.

In der 12. Minute kommt es zu einem Rhythmuswechsel und dann spielt er einen Schluss. In diesem Moment missverstehe ich ihn, wie ich erst im Video danach erkenne und spiele eine sehr spannungsvolle Musik, mit welcher ich eigentlich seine Stimmung darstellen wollte. Eigentlich hätte er mehr Zuneigung benötigt, um wieder mehr Liebe zu sich selbst aufzubauen.

Dann versuche ich ihn rezeptiv einmal etwas zu beruhigen. Er fordert noch, dass ich das Licht abdrehe und ich mache es auch. Als er das erste Mal tief durch atmet versuche ich diese Entspannung zu verstärken indem ich sage: „genau loslassen“.

In der Minute 16:45 drehe ich das kleine Licht auf, und er meint schon fast eingeschlafen zu sein.

Dann nach dem er sagt, dass ihm anfangs die Musik geholfen habe und er danach müde geworden sei, wechseln wir auf Steel Drum und Kobus.

In der 22. Minute, wechsle ich auf die Harfe, um einen beruhigenden pentatonischen Klangraum auf zu machen. Mit meiner Stimme versuche ich dies zu untermauern.

In der 28. Minute hört er auf zu spielen und schaut mich an. Ich reagiere jedoch nicht unmittelbar was meine Wertschätzung ihm gegenüber unterstrichen hätte.(Im Sinne von aktiven Zuhören) In der 30. Minute folgt ein Wechsel auf wieder rezeptives Spiel, und der Partner des Klienten, welcher laut diskutierend vor der Tür jemanden die Grenzen aufzeigt, wird noch lauter. Der Klient beginnt zu lachen, weil er genug Distanz hat, und es ihn nicht so stark tangieren muss wie üblich.

In Minute 34:30 beginnt sein Fokus wieder sich nach draußen zu richten, wo sein Partner wieder etwas lauter diskutiert. Ich versuche dies mit meiner Stimme abzufangen und ihn im Hier zu halten und versuche ihn noch in Kontakt mit sich selbst zu bringen. Jedoch gelingt es mir heute nicht zufriedenstellend. Er ist mit den Gedanken schon beim Nachher und nicht im Hier und Jetzt. Mit

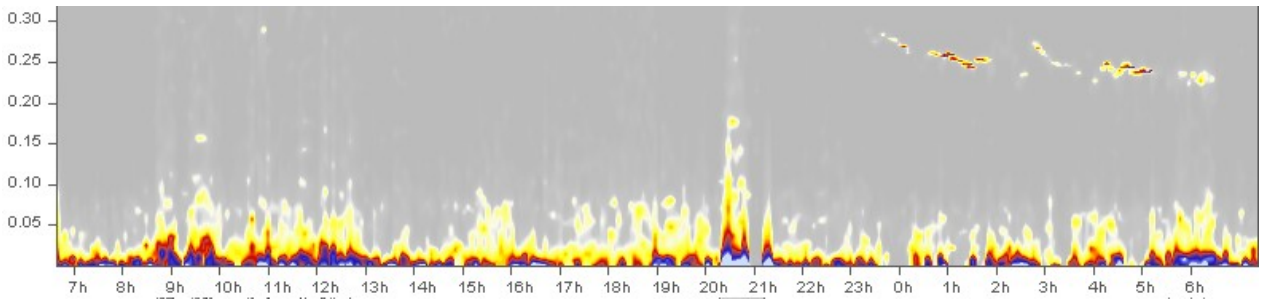
meiner Stimme versuche ich Punkte zu berühren indem ich thematisch über Beziehung, Gefühl und Selbstwert singe.

39. Minute Schluss.

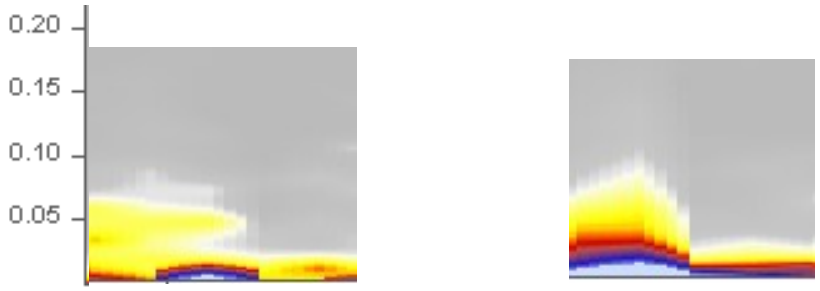
Dann noch Gespräch. Er äußert, er habe heute das erste Mal gelacht und sich in der Sitzung das weinen hinuntergebissen. Ich vermittle ihm noch, dass Tränen bei mir in der Therapie willkommen sind, wenn sie anstehen, und immer Platz für seine Gefühle ist.

Dann unterhalten wir uns noch über das Setting und, dass es störend ist wenn sein Partner vor der Türe sitzt, während der Therapie, weil er dann weder wirklich hier noch weg ist. Er gibt mir recht.

Für mich spiegelt sich in diesem Moment die Thematik von der vorigen Woche wider, wo er so stolz war, sich abgegrenzt zu haben.

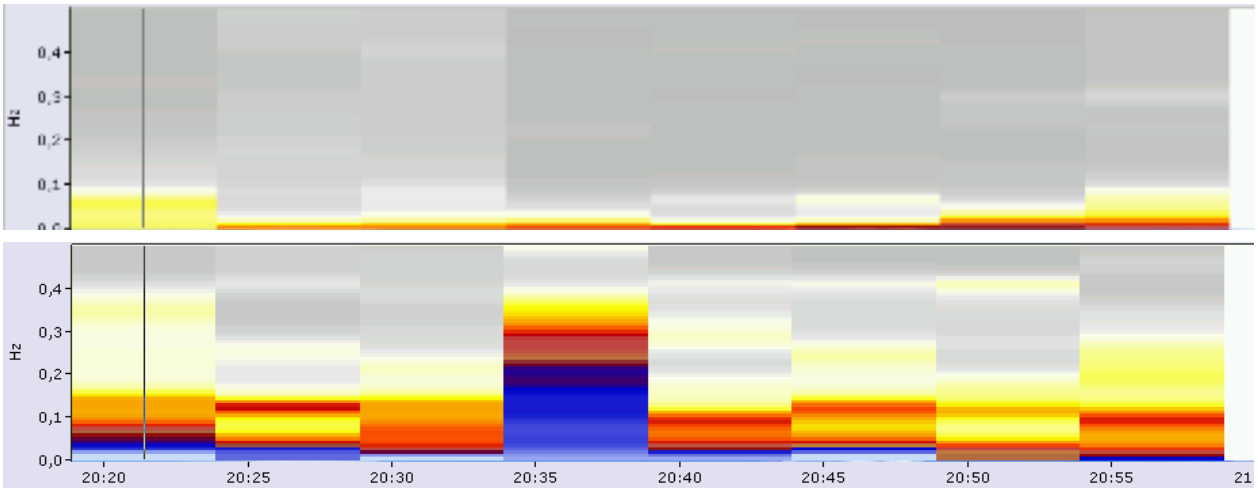


vorher nachher



In diesem Bild von nach der Therapie erkennt man das die HRV sehr schnell wieder zusammenfällt. Dies zeigt sich dann auch in den Daten von 10 Minuten nach der Therapie im Gegensatz zu 10 Minuten vor der Therapie. Während der Musiktherapie ist ein kontinuierlicher Anstieg der HRV zu erkennen, und das Fundament von links nach rechts dunkler wird.

Klient



Therapeut

In Bezug auf eine Synchronizität zwischen Therapeut und Klient gibt dieses Bild keinen Aufschluss.

Notiz:	Vorlauf
Parameter	**Aktivität**
Minimale Herzrate	61,00
Maximale Herzrate	117,00
Dynamik min : max Herzrate	56,00
Mittlere HR gesamt	84,04
TotalPower (Total Power)	2499,12
VLF	1002,72 (40,12)
LF	481,47 (19,27)
HF	120,42 (4,82)
STD RR	26,93
pNN50	3,67

Notiz:	Nachlauf
Parameter	**Aktivität**
Minimale Herzrate	71,00
Maximale Herzrate	108,00
Dynamik min : max Herzrate	37,00
Mittlere HR gesamt	86,84
TotalPower (Total Power)	1654,25
VLF	702,70 (42,48)
LF	300,98 (18,19)
HF	63,63 (3,85)
STD RR	26,32
pNN50	0,75

Die Werte vor und nach der Messung, deren Aussagekraft ich unter Punkt 1 sowie im Rahmen der Ethnomethoden bereits beschrieben habe, haben sich 10 Minuten nach der Therapie noch weiter verschlechtert als sie 10 Minuten vor der Therapie waren. Dies ist wie ich später erfragt habe auf einen neuerlichen Konflikt zwischen ihm und seiner Freundin zurückzuführen, wo er sich nicht Luft machen konnte.

Dritte Sitzung (am 26.01.2011)

Die Sitzung ist aufgrund einer starken Migräne des Klienten ausgefallen.

Vierte Sitzung (am 01.02.2011)

Heute kommt der Klient ins Büro und schaut sich so um, als ob er irgend etwas anders machen will als sonst. Ich frage ihn was er heute machen will und er schaut auf die Harfe. So biete ich sie ihm an und nach dem die technischen Vorgänge abgewickelt sind, fordert er die Harfe sofort ein und es geht los. Es plätschert dahin und dabei entsteht eine sehr angenehme Kommunikation. Da es sich um eine Hakenharfe handelt, kann ich alle Töne voreinstellen, so dass sie alle zusammenpassen und der Klient keine falschen Töne spielen kann. Vor allem die Schwingung der Harfe gefällt ihm und die tiefen erdigen Töne.

6:20 Er äußert, dass er sich Freiheiten nimmt und die Musiktherapie etwas ist, was er sich nicht verbieten lässt. Und er ja auch Sachen alleine machen kann. Ich bestätige ihn während das Harfenspiel weiter geht.

Um 10:30 hört er einmal auf zu spielen. Er sieht mich fokussiert an und fordert Feedback ein. Ich zeige, dass es mir gefallen hat. Dann zeige ich ihm den „Pinsettengriff“, mit welchen er Terzen spielen kann. Dies begründe ich mit:“ Das machst du sehr gut ich glaube du kannst das einmal ausprobieren.“

In der 13 Minute zeige ich ihm, dass man auch einfach über die Saiten streichen kann und er kommentiert dies mit cool.

14:20 Er fragt mich wann ich Morgen komme. Und dann meint er, er habe alles vergessen. Und, dass er zurzeit ohne Brille nicht lesen kann stört ihn, da es ihn einschränkt.

17:50 Er stellt mir eine Frage zu meiner Fallvorstellung über ihn, und ob er mir eh vertrauen kann und

ich nichts aus der Musiktherapie preisgegeben habe? Ich erzähle ihm, was ich gesagt habe und die Anspannung löst sich wieder.

21:00 Er erklärt seine Abgrenzungsstrategien gegenüber seinem Partner, um nicht zu viel Autonomie einzubüßen. Er sagt: “Du, das muss ich machen, weil ansonsten kann ich nicht mehr.“

24:00 Der Fokus verschiebt sich auf den Ursprung seiner Selbstmordgedanken und den Ekel über seine eigenen Taten und den Prozess der Wandlung.

27:00 Schmerz um sich zu spüren. Borderline

Er zeigt mir seinen Fuß, wo er die Zehnägel gezogen hatte um sich zu spüren, und welcher sich dann schmerzhaftestens entzunden hat. (Wundbrand)

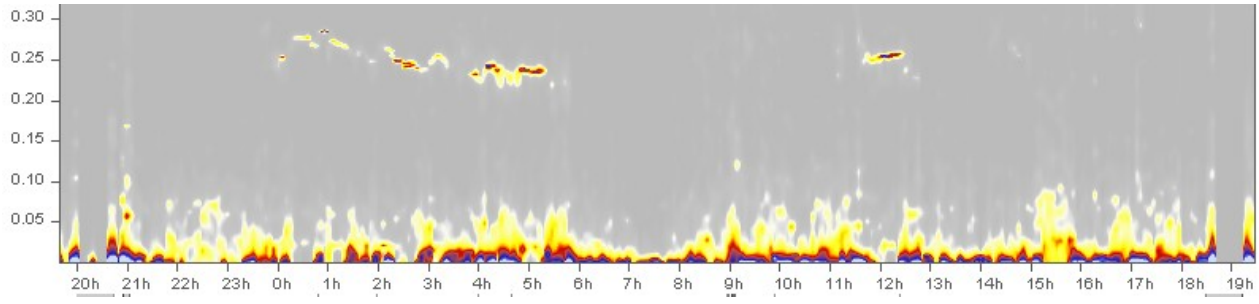
33:00 Schmerz ist geil, als Kind festgestellt als jemand seine Hand nahm und sie auf die Herdplatte drückte. Immer, wenn er ganz schlecht aufgelegt ist, kommen alle möglichen Gedanken wieder hoch, die den Selbstwert noch weiter senken. Deshalb tut es so weh, wenn ihn sein Partner kleiner machen will als er ist, aber er will sehr lange mit ihm zusammen bleiben.

34:00 Selbstmordversuch – auf sehr lustig erzählt, wirkte nicht kongruent.

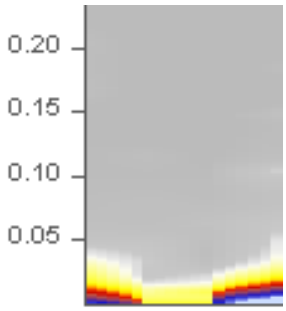
36:00 Alles oder nichts als Grundthema! Er hat alle „Freundschaften bzw. Zweckbeziehungen“ für seine Beziehung gekündigt. Ich frage nach und es stellt sich heraus, dass seine Freunde mehr Zeit mit ihm verbringen wollten und deshalb seine Freundin abwerteten und er darauf hin die Freundschaften gekündigt hatte.

39:00 Ich bin hintergangen worden und war eigentlich mit Herrn X. befreundet bevor er mit meiner Freundin geschlafen hat.

41:30 Er teilt mir mit, dass er jetzt zu seiner Freundin gehen muss und, dass ihm das viele Reden heute gut getan hat. Wir verabschieden uns.



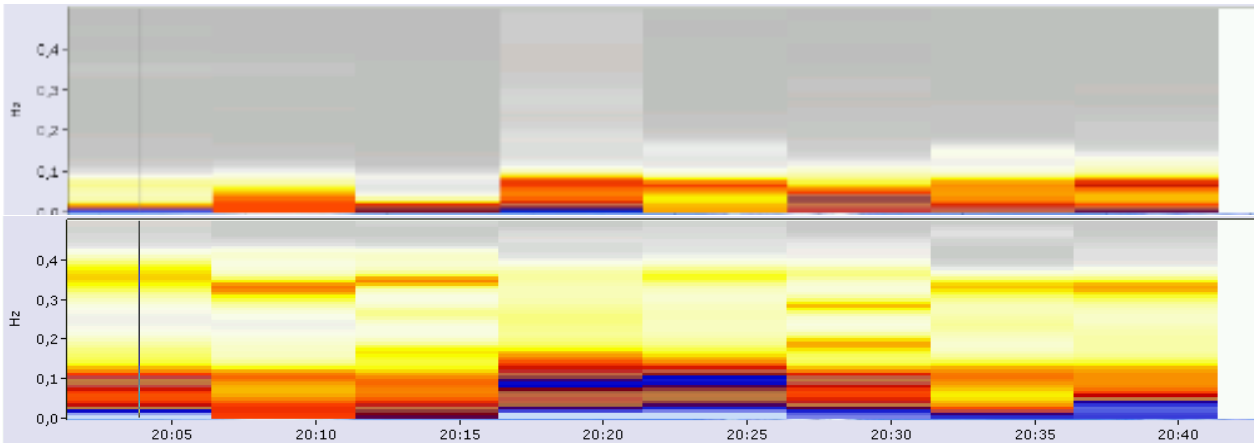
vorher



nachher

Aus den vorher nachher Bildern der HRV schließe ich, dass bereits die Vorfreude auf die Musiktherapie seine HRV erhöhte. Des weiteren steigt seine HRV wie aus seiner HRV in der Therapie zu entnehmen deutlich an.

Klient



Therapeut

Die Werte nach der Messung, wurden ca. eine Stunde (frühere Werte waren utopisch hoch und mit Messfehlern gespickt) nach der Therapie gemessen. Im Bereich der VLF fand ein 80%iger Anstieg statt und die LF und die HF verdoppelten sich beinahe. Die PNN50 stieg auf einen Wert von 4,71 was für diesen Klienten einen sehr hohen Wert darstellt. Er äußerte in der folgenden Sitzung, dass er sich so geordnet und vital gefühlt habe, dass er den Konflikt mit einem Mitklienten, welcher mit seiner Freundin flirtet in einem zweistündigen Gespräch auflöste.

Notiz:	Vorlauf
Parameter	**Aktivität**
Minimale Herzrate	81,00
Maximale Herzrate	121,00
Dynamik min : max Herzrate	40,00
Mittlere HR gesamt	94,23
TotalPower (Total Power)	1711,86
VLF	801,29 (46,81)
LF	189,19 (11,05)
HF	103,94 (6,07)
STD RR	25,21
pNN50	1,17

Notiz:	Nachlauf
Parameter	**Aktivität**
Minimale Herzrate	71,00
Maximale Herzrate	134,00
Dynamik min : max Herzrate	63,00
Mittlere HR gesamt	88,08
TotalPower (Total Power)	4351,32
VLF	1370,96 (31,51)
LF	364,39 (8,37)
HF	195,15 (4,48)
STD RR	26,22
pNN50	4,71

Fünfte Sitzung (am 02.02.2011)

Heute setzt er sich wieder sofort zur Steel drum und erzählt, dass er zusätzliche Ausgangsstunden bekommen hat. Er exploriert und beginnt von Anfang an Melodien zu spielen. Ich unterstütze ihn. Eigentlich müsste ich gar nichts machen, außer wertschätzend zuhören.

Zwischen 5. und 6. Minute kommen wir dann ziemlich gut zueinander.

In der 9. Minute unterstreicht er seine Melodie mit Gesang.

In der 10. Minute wechsle ich auf die Jambe um ihm alleine die Melodie zu überlassen, da ich das Gefühl habe, dass ich ihn mit meinem Zuspiel irritiere.

In der 14. Minute verändert sich sein Gesichtsausdruck und er beginnt mit dem Kopf leicht zu wackeln.

15:00 Er äußert den Stolz über seine erfundene Melodie. Und sagt:“ Wo ich zuerst noch total (hoaß-Umschreibung für wütend) heiß war geht es mir jetzt schon besser.“

17:00 Der Gesang ändert sich von hm hm hm hm zu ja ja ja ja, als Silben um die Melodie zu singen.

19. bis 20. Er ist sehr stolz auf sich und äußert nochmals, dass er die Melodie selbst erfunden hat. Eine Minute Gespräch und dann wieder Musik mit Gesang. Dann erwähnt er sich selbst als Waschel in einem sehr positiven Zusammenhang. Ich greife dies auf und wir singen: “Waschel Waschl waschel do“

In der 22. Minute rezeptiv mit der Harfe. Dann fragt er nach unserem Weihnachtslied, wobei wir das umgeschrieben hatten da er kein Englisch versteht.

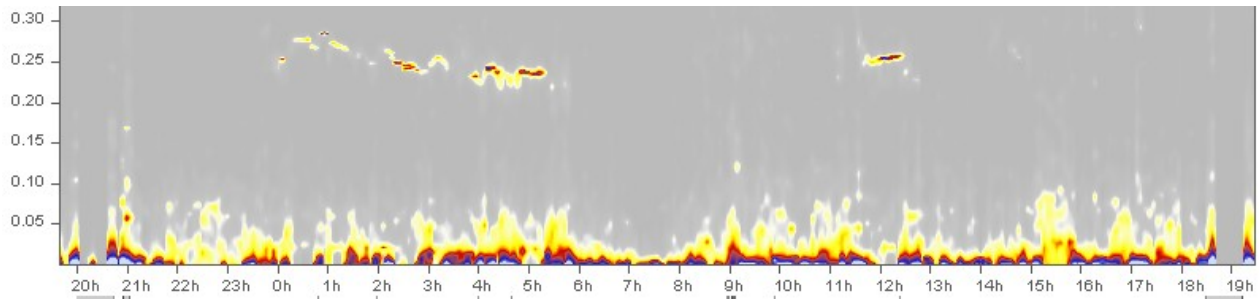
In der 30. Minute Wechsel auf das Lied „Lady in Black“.

In der 32. Minute kommt es zu einem gespielten Schluss.

33:45 Gespräch: Ich frage heute nach, da er anscheinend nichts zu berichten hat, was ihn heute beschäftigt hat.

37:00 Der Klient macht eine Andeutung, auch seiner Freundin seine Bedenken mit zu teilen, leider übergehe ich diese in diesem Moment. Aber „Keiros“ (der perfekte Zeitpunkt) kommt um 39:40 zurück.

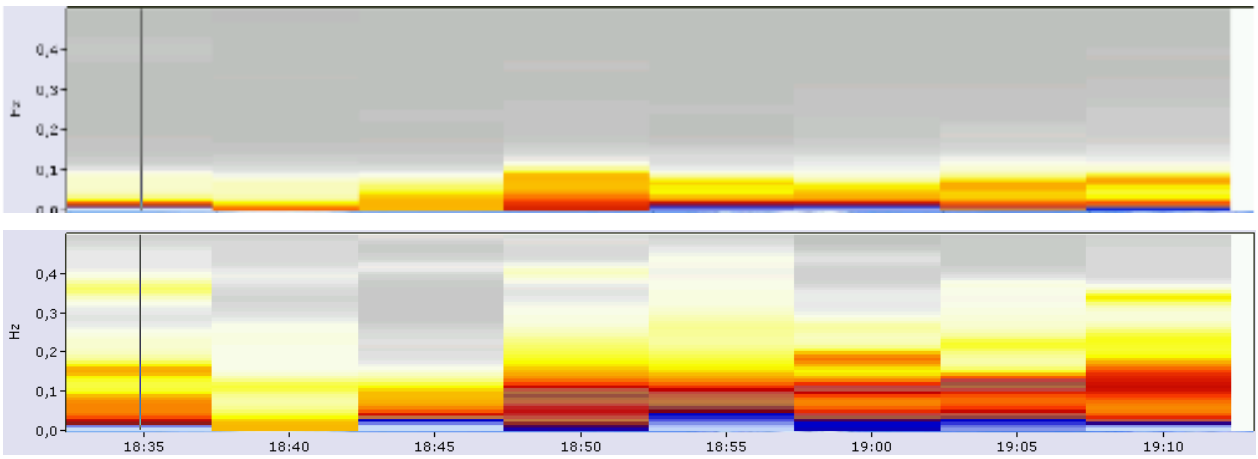
Er berichtet, dass er sich gestern nach der Therapie fast 2 Stunden mit seinem Mitklienten zusammengesetzt hat, weil er sich so geordnet und kraftvoll fühlte um dies zu tun. Er habe alles bereinigt, was auch dafür spricht, ist, dass er heute nichts zu bemängeln hatte.



vorher nachher

Sehr deutlich sind wieder die Bilder der Messungen während der Therapie sowie auch jene vor und nach der Therapie. Sie zeigen bereits einen Anstieg auf allen Ebenen an, was auch die Daten unten belegen.

Klient



Therapeut

Die Daten zeigen eine Verdopplung der Total Power, der VLF und der LF. Die HF steigt auf einen Wert von 153 und erhöht sich somit um ca.75 Prozent. Das ist bis jetzt der höchste Entspannungswert von diesem Klienten. Auch die PNN-50 steigt um ca. 55 Prozent.

Notiz:	Vorlauf
Parameter	**Aktivität**
Minimale Herzrate	66,00
Maximale Herzrate	113,00
Dynamik min : max Herzrate	47,00
Mittlere HR gesamt	88,78
TotalPower (Total Power)	2162,31
VLF	838,24 (38,77)
LF	379,79 (17,56)
HF	92,32 (4,27)
STD RR	26,19
pNN50	1,92

Notiz:	Nachlauf
Parameter	**Aktivität**
Minimale Herzrate	68,00
Maximale Herzrate	104,00
Dynamik min : max Herzrate	36,00
Mittlere HR gesamt	81,37
TotalPower (Total Power)	4400,04
VLF	1685,83 (38,31)
LF	765,21 (17,39)
HF	153,34 (3,49)
STD RR	27,19
pNN50	3,10

Sechste Sitzung (am 08.02.2011)

Heute klagt er über Schwindel und Magenbeschwerden. Deshalb komme ich hoch in sein Zimmer und er bittet mich nur die Harfe mit zu nehmen. Es waren gerade sehr große Temperaturunterschiede und er klagt über Hitzewallungen und Schüttelfrost. Er bittet mich zu schauen ob er Fieber hat und er hat keines. Dann meint er, dass er in den Wechsel kommt. Des Weiteren habe er schon wieder starke Stimmungsschwankungen und depressive Episoden.

5:30 Er ist sich nicht sicher ob sein Partner treu ist. Das macht seinen Kopf gerade ziemlich voll.

8:00 Er hat ein neues Ziel. Wenn er unter 100 kg kommt, dann werden körperliche Überschüsse weg operiert, wegen welchen er eigentlich zu genommen hat, um diese zu verstecken. Zurzeit hat er 132 kg und bereits über 30 kg abgenommen.

15:00 Es erfolgt eine Gutheißung seiner Person, Identität und Stärke meinerseits.

In der 17. Minute beginnen wir mit der Harfe zu spielen. Und dann sagt er, dass er eine „deprimierende

Phase“ gehabt hat und das nächste mal wieder mit der Steel drum spielen will, und er sogar noch die Melodie weiß, welche er in der Vorwoche erfunden hat.

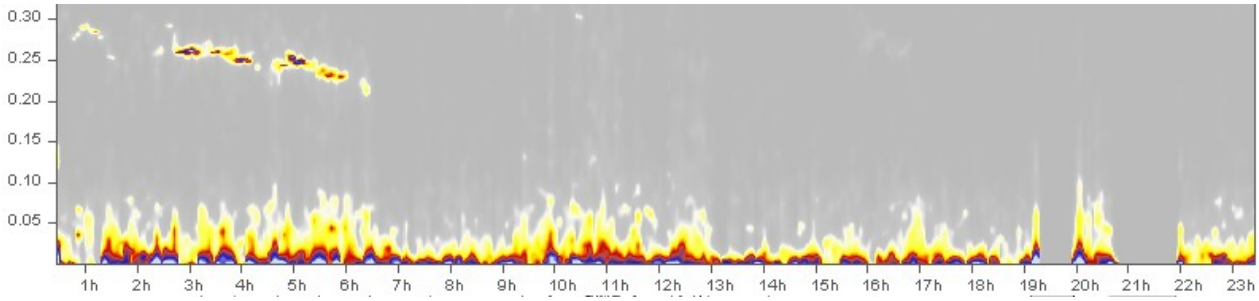
20:00 Er schöpfe auch Kraft von der Zuneigung seiner Katzen.

24:00 Der Klient berichtet, dass sein Partner gesagt hat, dass es noch nie jemand so lange bei ihm ausgehalten hat, ohne dass sie sich gegenseitig an die Gurgel gegangen sind. Und, dass er eigentlich nicht verstehen kann, dass er noch bei ihm ist. Dadurch hat er sehr viel Kraft geschöpft. Ich untermauere nochmals diese geduldigen Qualitäten.

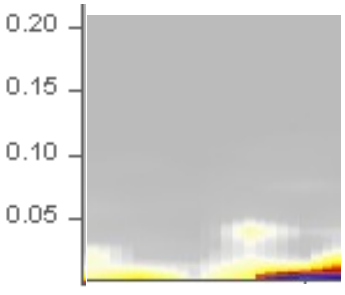
29:00 Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser, als Problematik für seine Nerven. Dies hat begonnen als ihn seine Freundin das erste Mal hintergangen hat.

Bis zum Schluss geht es um Beziehungen und deren schöne Qualitäten, und dass man manche Dinge, wenn man sie erlebt hat, nicht mehr her geben will. Des weiteren denkt er ihn in jeder Hinsicht gut zu verstehen, weil sie beide Borderliner sind. Selbst wenn er ihn neckisch schlägt, oder einen Eifersuchtsanfall hat, gibt ihm das Kraft.

In der 45. Minute macht er noch eine Andeutung über seine Phantasien in Richtung Sexualität.



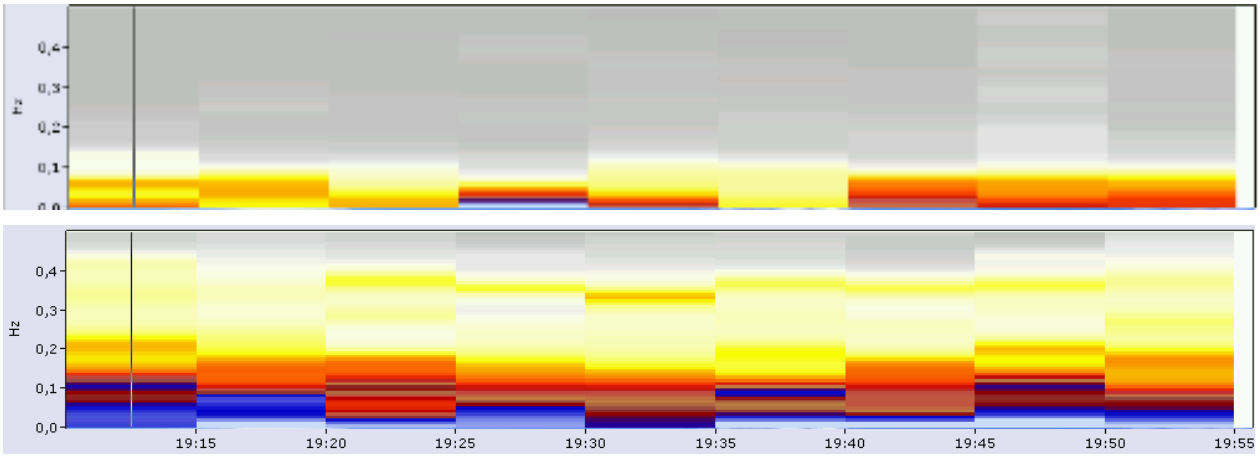
vorher



nachher

Es zeigt sich eine Erhöhung der Intensität in allen Bereichen, wie es auch die Werte weiter unten belegen. Auch im Verlaufsdiagramm kann man in der vorletzten Säule einen Anstieg der HF sehen.

Klient



Therapeut

In den Werten zeigt sich, dass die Grundvitalität (VLF) um mehr als das fünffache gestiegen ist, die Konzentrationsfähigkeit (LF), um mehr als das vierfache und die Regenerationsfähigkeit (HF) ist fast um das dreifache gestiegen. Die PNN-50 hat sich verachtfacht, jedoch auf den noch immer sehr niedrigen Wert von 2.

Notiz:	Vorlauf

Parameter	Aktivität
Minimale Herzrate	74,00
Maximale Herzrate	115,00
Dynamik min : max Herzrate	41,00
Mittlere HR gesamt	86,22
TotalPower (Total Power)	1203,94
VLF	517,09 (42,95)
LF	178,77 (14,85)
HF	52,33 (4,35)
STD RR	26,39
pNN50	0,25

Notiz:	Nachlauf

Parameter	Aktivität
Minimale Herzrate	71,00
Maximale Herzrate	124,00
Dynamik min : max Herzrate	53,00
Mittlere HR gesamt	89,92
TotalPower (Total Power)	8122,08
VLF	2938,36 (36,18)
LF	789,58 (9,72)
HF	153,59 (1,89)
STD RR	25,95
pNN50	2,00

Siebente Sitzung (am 15.02.2011)

Im Vorgespräch erzählt er mir, dass er seine Ängste bezüglich Verlassen werden wieder besser im Griff hat und letzte Sitzung nur deshalb in seinem Zimmer oben machen wollte, damit er seine Freundin überwachen konnte. Auch seine Schlafqualität hat sich wieder verbessert.

Nach 5 Minuten beginnen wir zu spielen. Der Klient auf der Steel Drum und ich auf der Jambe. Er spielt von Beginn weg die gleiche Melodie wie zwei Sitzungen zuvor. Er variiert das Tempo indem er manchmal schnell wird und dann wieder langsamer. Bis 16:30 geht es so dahin und dann wechseln wir auf die Harfe, wo wir zu zweit weiterspielen. Der Klient versinkt in die Harfe so, dass er rundherum nichts mehr wahrnimmt. Als ich ihn aus seiner Fokussierung herausreiße, meint er: „Ahh ich war ganz weg.“ Ich zeige ihm, dass das schon okay ist und es geht weiter. Er meint besser nachdenken zu können, wenn er spielt.

In der 23. Minute zeige ich ihm, wie man auf der Harfe die Pentatonik spielt, welche er auf der Steel drum vorgegeben hat. Es gefällt ihm und, dass er weiß das penta fünf heißt betont er auch mehrmals. Er spielt weiterhin sehr schöne Melodien.

In Minute 28 fragt er, ob er eine kurze Pause machen kann und eine rauchen gehen. Ich frage ob er aufhören will, und er meint: „Nein ich will dann weiter machen.“ Ich interpretiere dies als ein austesten wie viel Autonomie ich ihm gewähre, und sage ja.

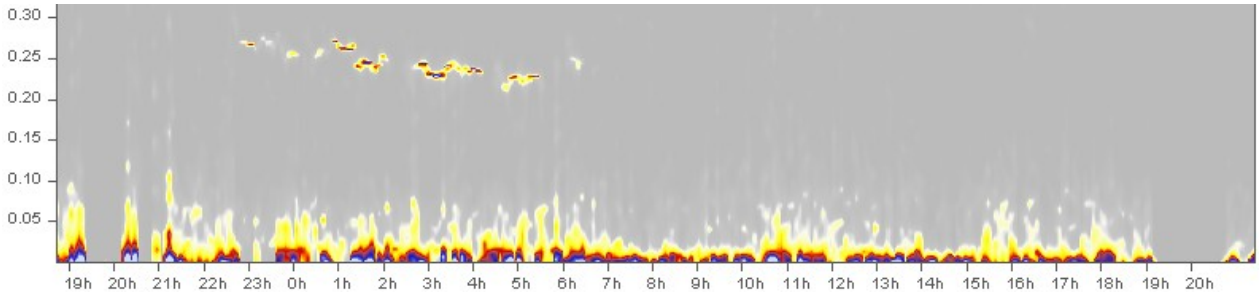
In Minute 36 geht es wieder weiter und der Klient ist nun etwas gesprächiger und erzählt, dass er gestern seinen Partner auf ihre Lüge bezüglich seines Exfreundes angesprochen hat. Er hatte ihm nämlich gezeigt wie er die Nummer aus seinem Handy löscht und gesagt, dass er diese nicht mehr benötigt. Am selben Tag war sie jedoch wieder eingespeichert und er hatte auch mit ihm telefoniert.

In der 40. Minute werden heikle Themen weiter angeschnitten und der Klient schlittert in eine negative Argumentationslinie. Damit meine ich, dass jeder negativ gesehen wird auch manche die ansonsten in seinen Beschreibungen sehr positiv dargestellt werden.

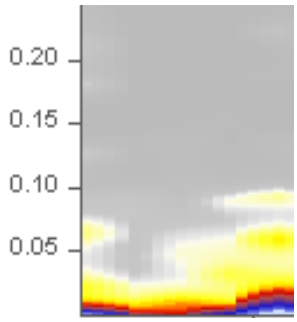
43. Minute: Sein Partner hat weiter erzählt, dass er geweint hat und dies vor anderen sehr abwertend gebracht. Das tut ihm weh. Aber er meint das Feingefühl wird er auch noch lernen. Gleich darauf erzählt er wieder von positiven Dingen, wie zum Beispiel dem Schweinebraten am Wochenende.

In der 47. Minute singt er mir Lieder vor, welche er mit seinen Freunden in frühen Schulzeiten auf lustige Texte umgedichtet hat.

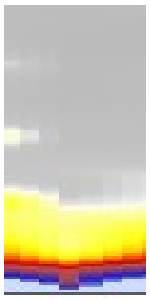
Dann erfolgt ein Wechsel auf rezeptieves Harfenspiel, welches er heute durch rhythmisches Klopfen unterstützt. Daraus schließe ich, dass er nicht nur zuhören will und sage ihm, dass ich den Text von unserem Lied mit habe. (I feel it in my fingers – Ich fühl es in meine Finger) Er freut sich und wir singen.



vorher

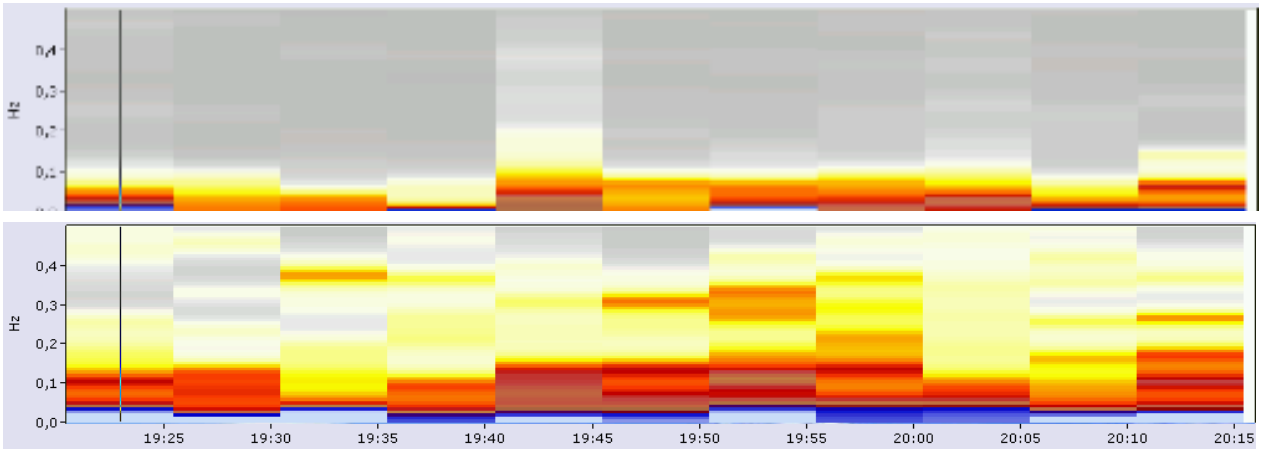


nachher



Heute kommt der Klient freudig und positiv was sich in einer höheren HRV in der Vormessung widerspiegelt. Vor allem die Werte im Bereich der HF und der LF sowie die PNN- 50 sind für seine Verhältnisse hoch. Das Bild der Nachmessung verrät schon, dass die Grundvitalität (VLF) gestiegen ist. HF und LF sinken jedoch ein wenig im Vergleich zur Vormessung jedoch könnte dies auch damit zusammenhängen, dass die Nachmessung erst über eine Stunde nach der Therapie herangezogen werden konnte, da direkt danach zu viele Messfehler in der Messung waren.

Klient



Therapeut

Notiz:	Vorlauf
Parameter	**Aktivität**
Minimale Herzrate	67,00
Maximale Herzrate	93,00
Dynamik min : max Herzrate	26,00
Mittlere HR gesamt	80,29
TotalPower (Total Power)	2366,15
VLF	855,75 (36,17)
LF	504,94 (21,34)
HF	218,23 (9,22)
STD RR	27,30
pNN50	2,78

Notiz:	Nachlauf
Parameter	**Aktivität**
Minimale Herzrate	67,00
Maximale Herzrate	116,00
Dynamik min : max Herzrate	49,00
Mittlere HR gesamt	79,84
TotalPower (Total Power)	3994,17
VLF	1581,75 (39,60)
LF	414,32 (10,37)
HF	154,70 (3,87)
STD RR	27,45
pNN50	2,67

Da die Werte der Nachmessung über eine Stunde nach der Therapie abgenommen wurden, ist es nicht möglich die HF, und LF aufgrund der Musiktherapie zu argumentieren. Die Grundvitalität (VLF) steigt jedoch um ca. 90 Prozent, und zeigt, dass der Klient Kraft geschöpft hat.

Achte Sitzung (am 16.02.2011)

Der Klient kommt eher positiv gestimmt, jedoch wirkt er etwas energieleer. Er setzt sich zur Steel drum und dann geht es los. Er spielt wieder seine alt vertraute Sequenz und es wirkt als ob er sich damit wieder Zugang zu sich selbst verschafft um seine Gedanken zu ordnen. Der Klient wirkt etwas getrieben und untermauert dies mit seinem Gesang. Es kommt mir so vor, als ob er heute ganz bewusst die Musiktherapie verwenden will, um sich Regulation zu verschaffen. Für mich ein Zeichen, dass er verstanden hat worum es mir in der Musiktherapie geht, und dass er hier die Möglichkeit hat genau das zu machen, was er gerade zum Ausgleich benötigt.

In der siebenten Minute ändert sich sein Ausdruck. Er bekommt mehr Farbe im Gesicht und beginnt zu grinsen. Kurz darauf beginnt er mir vom heutigen Tag zu erzählen wo er sich kreativ ausgetobt hat.

In der zehnten Minute erzählt er mir von einer Ex-Freundin mit der er jedoch nicht geschlafen hat, weil er Angst hatte, dass er keinen Samenerguss haben kann.

Dann spielen wir noch bis zur Minute 14, wo er dann meint er würde gerne ein Lied aus der Ferne hören und das Licht abdrehen. „Eigentlich möchte ich ein bisschen „flennen“ verstehst“,sagte er. Ich sage: „Na dann“, und beginne zu spielen. Des Weiteren untermauerte diese Reaktion meinen Anfangseindruck. In den ersten 2 Minuten spiele ich etwas mit einer gewissen Spannung in (Makam-Hijaz). Er meint, dass er im „Wilden Westen“ war und ein Duell ausgetragen hat und sie beide gestorben seien.

Dann wechsle ich auf (Makam- Nihavand) und beruhige ihn mit wiegenliedartigen Melodien.

In Minute 22 stellt der Klient fest, dass er heute anders aufgelegt ist als am Tag zuvor. Und auf meine Frage warum, antwortet er, dass er es nicht mehr aushaltet, dass ihn sein Partner anlügt. Schließlich ist er ja auch ehrlich fährt er weiter fort.

In der 25. Minute stellt sich heraus, dass er heute bereits eine sehr konfrontierende Gesprächstherapie gehabt hat, in welcher er der Beziehungsproblematik immer entfliehen wollte. Es hat ihn jedoch danach sehr stark zum nachdenken gebracht und ihm seine Energie geraubt.

31. Minute: Der Klient berichtet von einer Polizeikontrolle in der U-Bahn, wo er es zum ersten Mal geschafft hat, ihm in die Augen zu schauen, und bei der Frage nach seinem Delikt ohne zu zögern sagen konnte, dass es ein Sexualdelikt war. Dann folgt ein plötzlicher Themenwechsel und er macht sich über eine Frau lustig, welche uns öfters aus dem Nachbarhaus beobachtet.

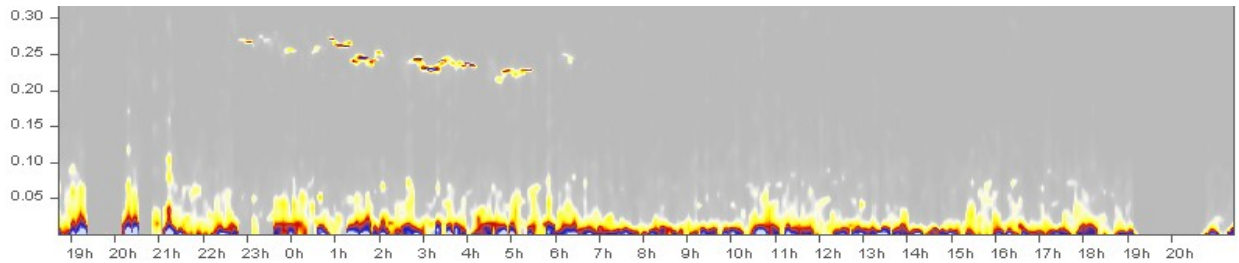
34:30: Er stellt fest, dass er heute extreme Stimmungsschwankungen hat und jetzt in der Musiktherapie bereits zweimal extrem euphorisch und auch zutiefst traurig war. Dann geht er nochmals zurück zu dem Punkt wo er mich bat für ihn etwas zu spielen, und meint, dass er da eigentlich weinen wollte. Dann spricht er nochmals über die Bilder, welche ihn bei dieser Sequenz gekommen sind und stellt selbst fest, dass beide Duellanten er selbst war und sich diese gegenseitig erschossen haben. Über diese Metapher führe ich ihn dazu, dass dies bei mir den Eindruck macht, als ob sein jetziges Ich seinem alten Ich seine Taten noch nicht verziehen hat. Und er sagt: „Genau, aber ich kann meine Taten ja nicht ungeschehen machen.“ Ich meine nur: „Geschehen ist geschehen, aber man kann versuchen sich zu vergeben, und man kann auch versuchen diese Taten mit guten Taten aufzuwiegen, auch wenn es sehr hart ist. Und genau dieser Antrieb kann dich zu einem der wertvollsten Menschen auf dieser Welt machen.“

In der 41. Minute sagt er: „Weißt du ich bin glücklich, mir geht es so gut und ich habe eine Freude, dass ich mit meinem Partner zusammen bin.“ Da diese Aussage für mich nicht kongruent wirkt da diese positiven Inhalte mit einer letagischen Stimme und mit glasigen Augen berichtet werden, frage ich nach

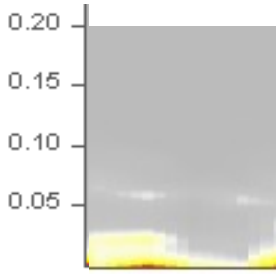
über was er da hinweg spricht und welche Gedanken da gerade wirklich dahinter stehen.

Dann bitte ich ihn kurz einmal die Freude zu fokussieren und er beginnt zu grinsen. Er beruhigt sich etwas und sagt dann, dass er sich gestern noch gedacht hat, dass er heiraten will und zwei Stunden später wollte er seinen Partner wieder gar nicht sehen. Und er meint weiter, dass dies er ist und es ist immer so. Auf das hin, wechsle ich auf das Thema Sicherheit und stelle dieses als das Hauptthema in dieser Beziehung in den Raum. Dann nach einer kurzen Pause meine ich weiter, dass er die Schwankungen auf der Seite seines Partners nicht persönlich nehmen sollte, da er nie eine sichere Bindung erfahren hat und deshalb austestet ob diese Bindung auch bestehen bleibt, wenn er Blödsinn macht. „Jeden dieser Tests, welchen du bestehst stärkt eure Bindung“, fahre ich weiter fort. Ich frage weiter: „ Fällt dir jemand ein zu dem er in seinem Leben eine sichere Bindung aufbauen konnte.“ Er antwortet: “Mutter, nein, der Vater hat seinen Partner verlassen, Geschwister nein, und alle Beziehungen zu den ehemaligen Beziehungspartnern sind eskaliert bis zu seinen Gewaltdelikten.“ Ich nicke. Dann führe ich ihn soweit hin, bis ihm bewusst wird, was er da eigentlich schafft, dass er mit einer Person, die eine derartige Vorgeschichte hat, eine über weite Strecken sichere Bindung herstellt und, dass er der erste Mensch ist, der dies so lange durchhält, dass wirkliche Veränderungsprozesse bei seinem Partner stattfinden. Und zu guter Letzt meine ich noch, dass alle übertrieben anhänglichen sowie übertrieben abstoßenden Äußerungen und Handlungen ein Ausdruck von Bindungsverhalten sind, was eigentlich durch die Liebe ausgelöst wird.

Er meint: „Ich bin der erste „gescheite Waschel“ bei dem sie sich sicher fühlen kann.“ Dann meint er zu mir, dass er auf mich steht und ich cool bin, aber in einem anderen Sinne, und dass ich recht habe und er so froh ist, mich zu haben. Wir drehen die Geräte ab und verabschieden uns.



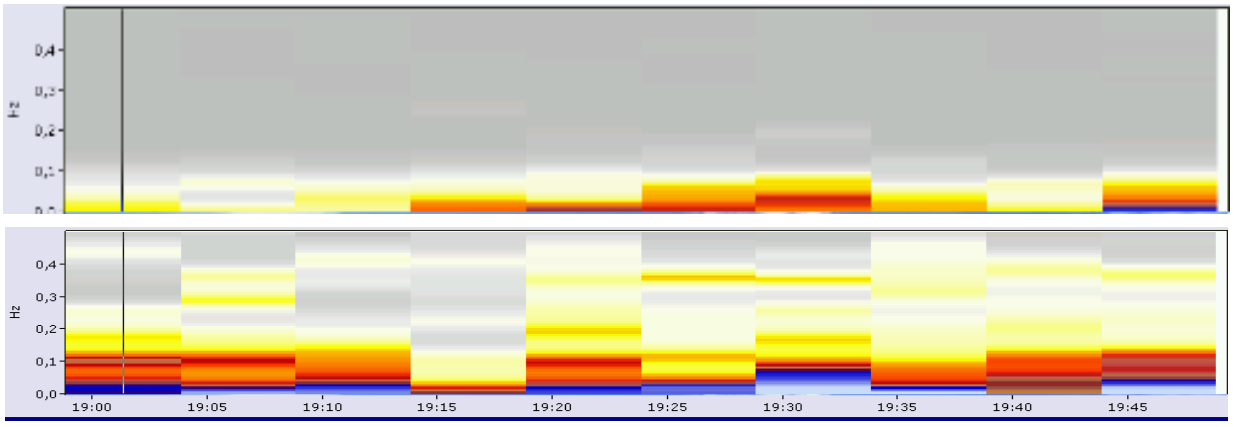
vorher



nachher

In diesen Bildern sieht man sehr gut, dass der Klient vor der Therapie ein sehr geringes Lebensfeuer hatte. Sowohl in den vorher und nachher Bildern als auch bei dem Bild während der Therapie kann man den Anstieg erkennen und nachvollziehen. Vor allem die Grundvitalität hat sich verbessert.

Klient



Therapeut

Notiz:	Vorlauf
Parameter	**Aktivität**
Minimale Herzrate	68,00
Maximale Herzrate	95,00
Dynamik min : max Herzrate	27,00
Mittlere HR gesamt	84,41
TotalPower (Total Power)	849,10
VLF	371,35 (43,73)
LF	192,99 (22,73)
HF	41,24 (4,86)
STD RR	26,63
pNN50	0,40

Notiz:	Nachlauf
Parameter	**Aktivität**
Minimale Herzrate	77,00
Maximale Herzrate	148,00
Dynamik min : max Herzrate	71,00
Mittlere HR gesamt	94,60
TotalPower (Total Power)	1348,29
VLF	403,56 (29,93)
LF	104,19 (7,73)
HF	47,62 (3,53)
STD RR	25,34
pNN50	0,94

Bei den Werten zeigt sich, dass heute von einer sehr niedrigen HRV ausgegangen wurde, ein Bild das stark an jenes einer Person mit Burn Out erinnert. Auffällig sind vor allem die Werte im LF Bereich. Dieser steht für Fokussierung und dies in diesem Falle mit negativen Inhalten. Seine Fokussierung auf negative Inhalte kann auch einen negativen Einfluss auf seine Werte im HF Bereich gehabt haben. Nach der Therapie sind die LF-Werte niedriger und die HF- Werte dafür höher. Weiters spricht für eine positive Regulation, dass die Grundvitalität gestiegen ist, wenn auch nur sehr gering. Auch die Ressourcen (PNN-50) haben sich etwas verbessert.

Neunte Sitzung (am 23.02.2011)

Heute kommt der Klient mit einer sehr positiven Haltung, und erzählt mir dann, dass er am Wochenende von seinem Partner betrogen wurde. Er meint es war das erste Mal, dass er keine Selbstmordgedanken bekommen hat. Da sie jedoch noch nicht zurück ist, konnte er sich emotional von ihren Handlungen jedoch sehr gut distanzieren wodurch er sich jetzt eigentlich sehr fit fühlt.

Auffällig ist beim Musizieren von Anfang an, dass er heute zwar ein schnelles Tempo vorgibt jedoch dieses viel konstanter spielt als sonst.

In der 9. Minute macht er eine kurze Pause, und ich schlage ihm vor, zu der Sequenz, welche er spielt, einen zweiten Teil zu erfinden. Er sagt: „Probieren wir“, und los geht’s.

13:10 Er wechselt den Rhythmus auf einen sehr stabilen 2/4tel Takt, und improvisiert darin.

15:30 Er ist begeistert von seinem Spiel.

16:00 Seine Freundin ruft an, und er verweist sie auf später.

16:30 Der Klient möchte einmal meine Laute ausprobieren, und ich gebe sie ihm.

18:00 Er meint, dass er Noten lesen lernen möchte. Ich sage ja, in der Musikgruppe ist der ideale Platz dafür, da können wir das gleich an konkreten Liedern machen. (Ich arbeite mit den Klienten in einer Musikgruppe wo Lieder einstudiert werden und als Musiktherapeut wo es vor allem um spannungslösende Aspekte und Wahrnehmungsschulung geht.)

24:00 Der Klient erzählt, dass er früher keine Schmerzen gespürt hat, und er deshalb wenn er irgendwo dagegen schlägt „aua“ sagen muss um zu registrieren, dass er sich gerade eventuell verletzt hat. Als er noch ein kleines Kind war hat jemand seine Hand auf die Herdplatte gehalten und das ist ein Schmerz, den er sich immer wieder zurückholen kann.

28:00 Nun berichtet er, dass er gesehen hat wie sein Vater vor seinen Augen zusammengeführt wurde als er ca. sechs Jahre alt war. Im gleichen Moment weicht er aus und erzählt von anderen Unfällen und davon, dass er ein Unfalltrauma hat.

30:00 Ich versuche nun alle Ereignisse, welche ich von ihm kenne in eine nachvollziehbare Reihenfolge zu bekommen. Dabei stellt sich heraus, dass das erste einschlägige Ereignis der Tot seines Vaters war. Danach begann seine Mutter ihn zu schlagen und er musste „Scheitel knien“. Auch der Vorfall mit seiner verbrühten Hand folgte unmittelbar nach dem Tot seines Vaters. Des weiteren entwickelte er in diesem Zeitraum auch bereits eine gewisse Todessehnsucht da er sich dachte dann zu seinem Vater zu dürfen.

34:00 Er erzählt ein Erlebnis mit seinem Vater, wo er von ihm auf einer Rodel gezogen wurde und dann nach einem Sturz zum Trost „Perlerdnüsse“ bekam. Und wenn er daran denkt, dann schmeckt er das Salz wieder auf der Zunge.

Wie er gehört hat, dass einen der Wassermann holen kann, wenn man auf das dünne Eis am See geht hat er das gemacht und mit den Händen versucht ein Loch ins Eis zu kratzen um zu seinem Vater zu gelangen. Aber er hat es nicht geschafft. Seither hat er sich seinen Tot auf alle möglichen Arten vorgestellt. Seine Mutter war nach dem Tot seines Vaters nicht mehr fähig ihn zu erziehen und deshalb ist er mit neun in ein Heim gekommen.

Dort schildert er die Beziehung mit seiner Ersatzmutter als fast sexuell, weil ihm das Waschen in der Badewanne und das Kuscheln wenn er Angst hatte immer erregt hat und sie meinte er brauche sich

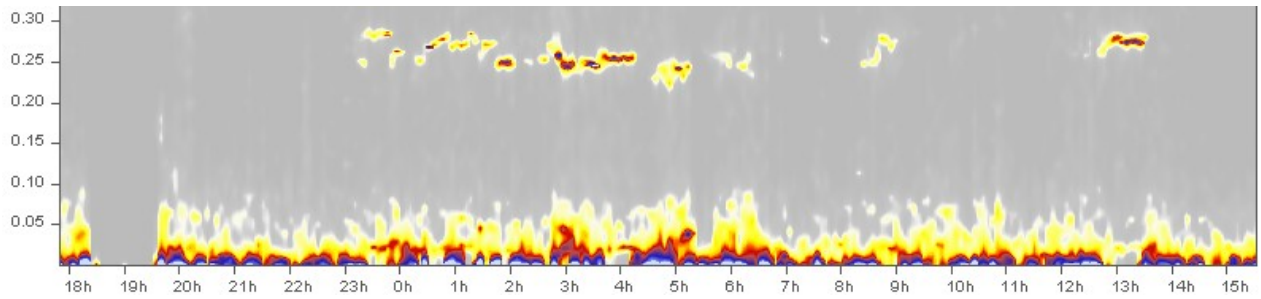
nicht schämen, dass ist ganz normal. Mit elf hatte er eine Beziehung zu einem 18- jährigen Mann, welcher für ihn auch so etwas wie ein Vaterersatz war. (Daraus ist für mich abzuleiten, dass die Sehnsucht nach Bindung und die sexuelle Entwicklung sehr stark ineinander verwoben wurden da er lange Zeit niemanden hatte, um Bindung im Sinne elterlicher Liebe zu erfahren.) Und dann kam noch die Entwicklung seines Busens dazu wodurch er in einen Rollenkonflikt kam wo er nicht mehr wusste ob er nun Bub oder Mädchen war.

In der 50. Minute beginne ich ihm die Lebensfeuer Spektrogramme zu zeigen. Er selbst interpretiert den Anstieg vor jeder Therapie mit seiner Vorfreude, weshalb ich auch im Vorlauf der Messungen, die letzten 10 Minuten vor der Musiktherapie, nicht miteinbezogen habe.

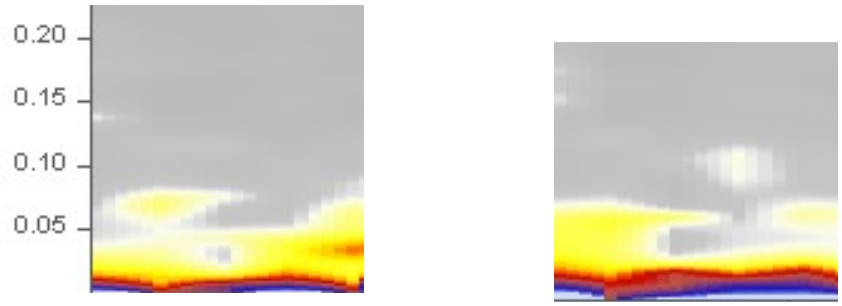
(in diesem Bild sieht man, dass der Klient trotz starker Belastung den Konflikt lösen konnte da er durchgehalten und nicht abgebrochen hat und nicht verbal ausfällig geworden ist)

Bei der 4. Sitzung fällt ihm sofort auf, dass er in der Therapie viel Kraft getankt hat und er dadurch den Konflikt mit einem Mitklienten lösen konnte. Obwohl er sich gedacht hätte nicht so stark angespannt gewesen zu sein. Obwohl er danach ziemlich fertig war. Hier zeige ich das Bild, welches ich in diesem Moment auch meinem Klienten gezeigt habe und wo das Lebensfeuer während seines klärenden Gesprächs aufgezeichnet wurde. Er erkundigt sich noch über seine restlichen Werte, welche im Großen und Ganzen seinem Alter entsprechen, und dann verabschieden wir uns.

Das heutige Lebensfeuer ist das Beste aller Messungen, was ich darauf zurückführe, dass er sich besser reguliert, wenn seine Freundin nicht da ist. (da sie zu diesem Zeitpunkt schon mehrere Tage nicht anwesend war).

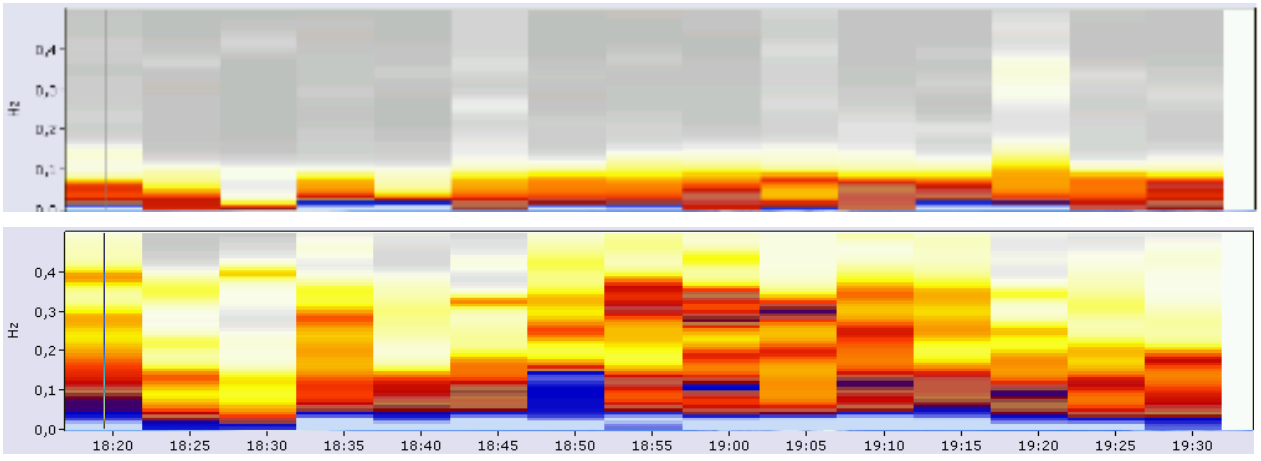


vorher nachher



Es zeigen sich in diesen Bildern das erste Mal so richtig eindeutige Regenerationszeichen in den HF-Bereichen der Bilder. (die weißen Wölkchen)

Klient



Therapeut

Die Werte aus dieser Messung sind in allen Belangen für diesen Klienten Spitzenwerte. Schon vor der

Therapie hatte er eine PNN-50 von 5,92 was für seine Ressourcen steht. Und der HF- Wert, welcher für die Regeneration steht ist vor der Messung schon 263, und somit höher als je zuvor.

Notiz:	Vorlauf
Parameter	**Aktivität**
Minimale Herzrate	58,00
Maximale Herzrate	120,00
Dynamik min : max Herzrate	62,00
Mittlere HR gesamt	78,51
TotalPower (Total Power)	4501,19
VLF	1538,03 (34,17)
LF	573,62 (12,74)
HF	263,08 (5,84)
STD RR	27,85
pNN50	5,92

Notiz:	Nachlauf
Parameter	**Aktivität**
Minimale Herzrate	55,00
Maximale Herzrate	125,00
Dynamik min : max Herzrate	70,00
Mittlere HR gesamt	78,65
TotalPower (Total Power)	8465,68
VLF	2876,30 (33,98)
LF	624,60 (7,38)
HF	378,07 (4,47)
STD RR	28,15
pNN50	15,79

Die Werte nach der Musiktherapie, deuten auf sein eigentliches Potential hin. Er erreicht eine Total Power von 8465 und eine (Grundvitalität) VLF von 2876, was einen ca. 90%igen Anstieg zur Vormessung darstellt. Die LF (Fokusiertheit) steigert sich minimal. Der HF-Bereich jedoch, welcher für Regeneration steht, steigt auf 378 was den Höchstwert in diesem Bereich darstellt. Auch die PNN-50 (das Maß der generellen Reserven) erreicht ihren Höchstwert mit 15,79.

Zehnte Sitzung (am 28.02.2011)

Heute erzählt er gleich zu Beginn, dass er beim Warten in der Anstalt in einem Raum hinter Gitter eingesperrt war, und dass er da sehr nachdenklich geworden ist. Danach beginnt er gleich auf der „steel drum“ zu spielen. Die erste Zeit der Sitzung wechseln sich Gespräch und Musik immer nach sehr kurzen Sequenzen ab.

03:30 Er berichtet, dass sein Partner gestern wieder zurück gekommen ist, wodurch er auch wieder nachdenklicher geworden ist. Es ist ihm bewusst, dass es ihm besser gegangen ist als sie nicht hier war. Jedoch möchte er nicht auf sie verzichten sondern damit umgehen lernen. Er berichtet: „Ich habe ihm gesagt, dass ich weiß, dass ich ein paar mal Fremdgehen gut habe, aber ich mag nicht.

07:00 Er erzählt, dass er meint er sei seit seiner Rückkehr viel kälter, da er nun reflektiert und abgeklärt agiert.

13:00 Der Klient hat von mehreren Seiten Feedback bekommen, dass er viel gesetzter und ruhiger wirkt, als seine Freundin nicht da war.

14:00 Er berichtet über mehrmalige Masturbation, wenn er an ihn gedacht hat, will aber eigentlich zu ihm nicht unbedingt die sexuelle Beziehung, sondern die Partnerschaft. Und deshalb kann es ihm auch leichter egal sein, wenn sie fremd geht.

17:00 Der Klient sagt: „Wenn er, den Beziehungsstatus in Facebook nicht wieder von „es ist kompliziert“ auf „in einer Beziehung“ zurück verändert hätte, wäre die Beziehung von mir beendet worden.“ (Ich denke mir: „Da ist dein Partner einen Tag wieder da und bei dir ist wieder alles im Chaos)

Es geht noch eine Weile so weiter, dass ein positives Argument für die Beziehung auf ein negatives folgt. Ich verstehe dies eher als ein Brainstorming seiner Gedanken. Der Spielstiel ist heute auch eher aggressiv und man merkt, dass er sich etwas von der Seele spielt.

34:00 Der Klient berichtet: „ Er ist so wie ich und deshalb liebe ich ihn. Wir tun uns zwar weh, weil wir beide Borderliner sind, aber ich stehe ja auf Schmerzen auch wenn ich das nicht mehr so betone. Sie tut sich weh, indem sie mir fremd geht und ich tue mir weh, weil ich manche Dinge nicht zulassen kann. Ich bestätige, dass sie wirklich sich selbst verletzt und wahrscheinlich gar nicht ihn damit verletzen will.

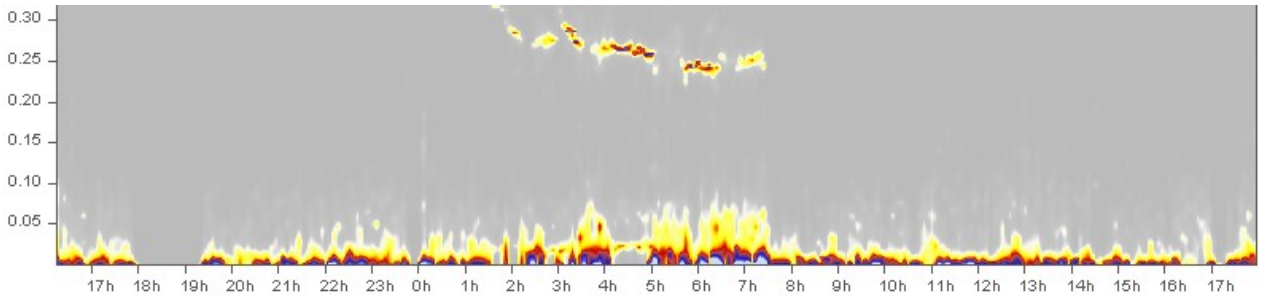
35:00 Sehr kraftvolles ausdrucksvolles musizieren folgt.

38:30 Er berichtet, dass er sich jetzt wieder wie neu aufgestanden fühlt, er sei kurz vollkommen weg gewesen.

Ab der 39.Minute folgt ein ruhigeres Spiel, und ich wechsle auf die Laute. Ich gebe jetzt einmal eine beruhigende Sequenz vor und er steigt mit ein. Und in der 45. Minute sagt er: „Das ist entspannend verstehst. Das ist geil.“

Dann zeigt er mir noch ein paar Aerobik Übungen, die er heute gemacht hat und welche ihm richtig gut gefallen haben.

Wir verabschieden uns im Bewusstsein, in Zukunft wieder im Gruppensetting, weiter zu arbeiten.

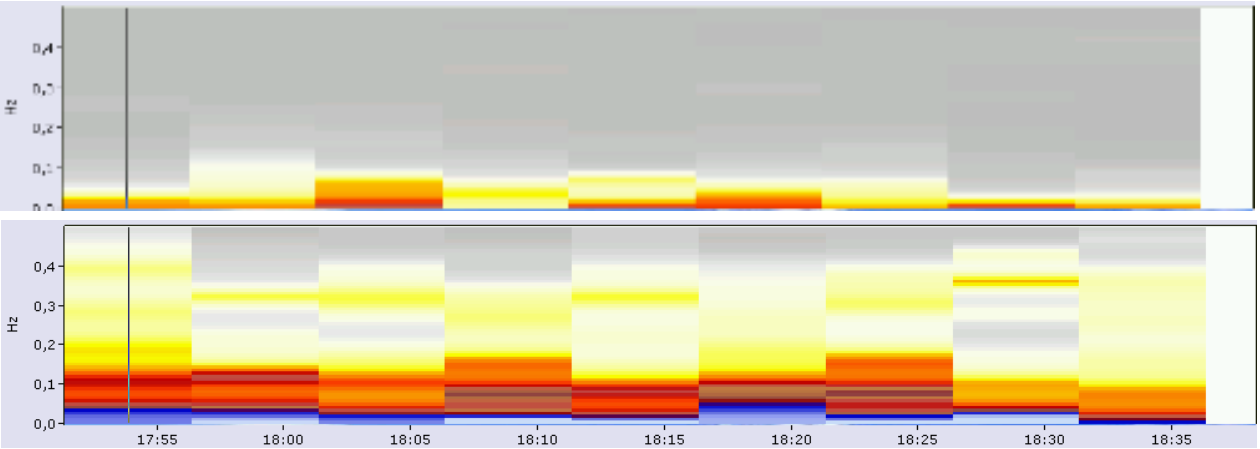


vorher

nachher

In diesen Bildern zeigt sich, dass der Klient wieder unter enormen Stress steht, jedoch seine Vitalität sich ein wenig in der Nachmessung verbessert hat.

Klient



Therapeut

Die Werte von Vorlauf und Nachlauf zeigen einen deutlichen Anstieg der Grundvitalität (VLF). Die Fokussiertheit, welche an diesem Tag wieder eindeutig negativ war hat nachgelassen. (LF) Der regenerative Bereich hat sich kaum verbessert. Und die PNN-50 ist leicht gesunken.

Notiz:	Vorlauf
Parameter	**Aktivität**
Minimale Herzrate	77,00
Maximale Herzrate	124,00
Dynamik min : max Herzrate	47,00
Mittlere HR gesamt	97,46
TotalPower (Total Power)	1074,88
VLF	468,42 (43,58)
LF	163,47 (15,21)
HF	40,00 (3,72)
STD RR	24,82
pNN50	1,00

Notiz:	Nachlauf
Parameter	**Aktivität**
Minimale Herzrate	79,00
Maximale Herzrate	138,00
Dynamik min : max Herzrate	59,00
Mittlere HR gesamt	98,65
TotalPower (Total Power)	1888,61
VLF	666,17 (35,27)
LF	115,93 (6,14)
HF	42,00 (2,22)
STD RR	24,76
pNN50	0,83

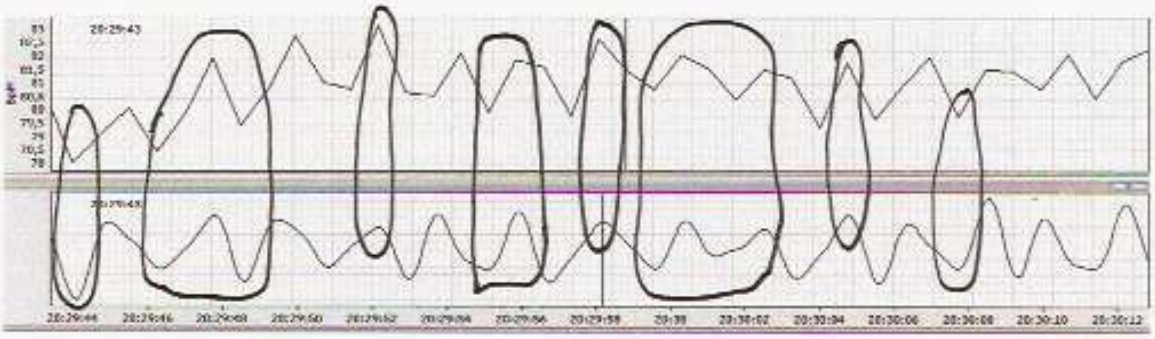
4.4. Synchronisationen

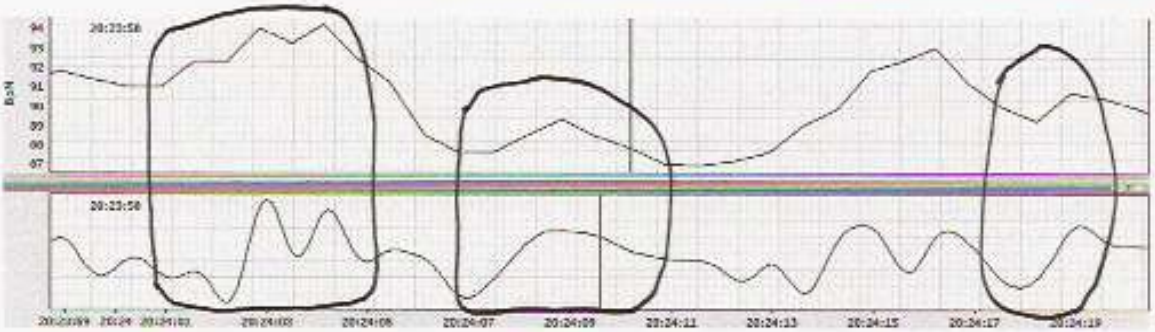
Da diese Art der Evaluation noch zu wenig erforscht ist möchte ich in diesem Kapitel ein paar Denkanstöße in Bezug auf Eigensynchronisation/Kohärenz liefern. Da es noch keine normierten Werte gibt, wann man von einem eher synchronen oder desynchronen Zustand sprechen kann, werde ich nur die Extrembeispiele von Synchronisationen bzw. Desynchronisationen zeigen. Die Interpretation versuche ich logisch zu gestalten jedoch ist der wissenschaftliche Anspruch sehr minimal, da ich auch keine vergleichende Statistik anbieten kann.

gut. Rhythmus spart Kraft und diese Ersparnis kommt der Erholung zugute. (Moser et al., 2006a)

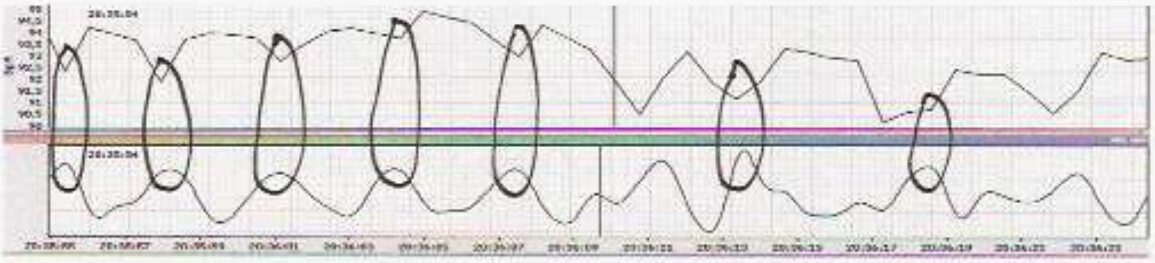
Dies zeigt sich dann in Synchronisationen der Atem- und der Pulskurven.

Eine Synchronisation von den Herzschlägen pro Minute zur Atmung lässt sich durch den ähnlichen Verlauf der Kurven ablesen. Zeigen die Spitzen zur gleichen Zeit nach oben oder unten kann von einer Selbstsynchronisation gesprochen werden, was wiederum für Ökonomie und Erholung steht.



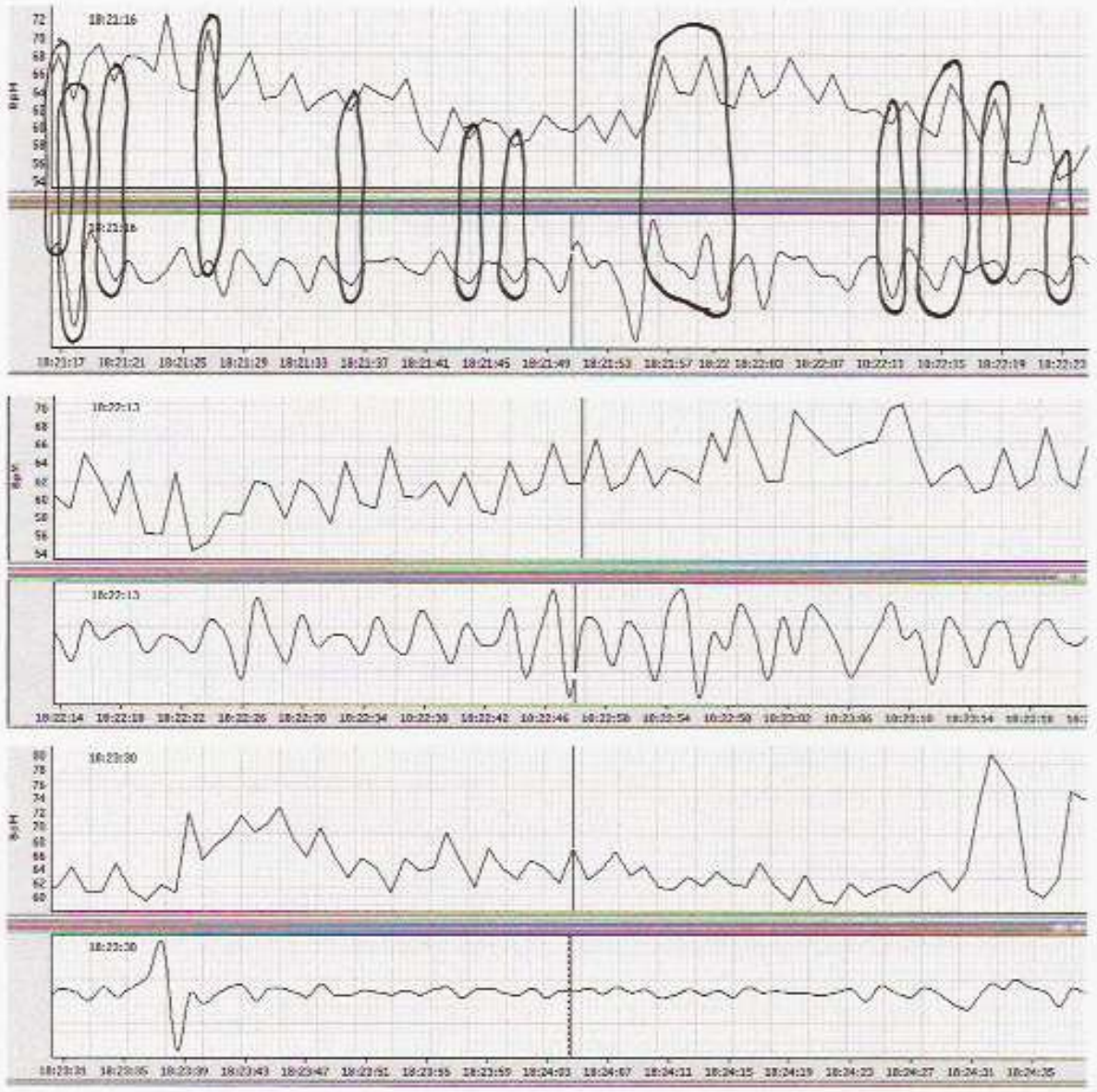


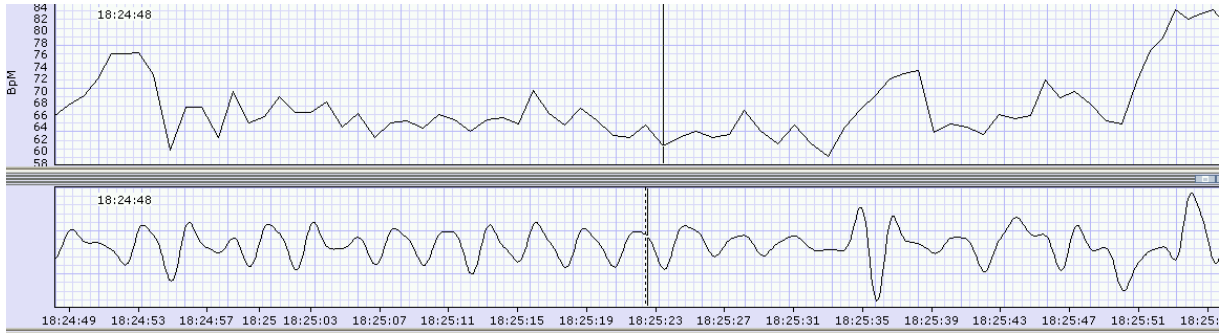
Von einem nicht- synchronen Zustand spricht man wenn die Kurven von Herzschlag und Atmung quasi gespiegelt ausschen, also gleichzeitig zusammen und dann wieder auseinander gehen.

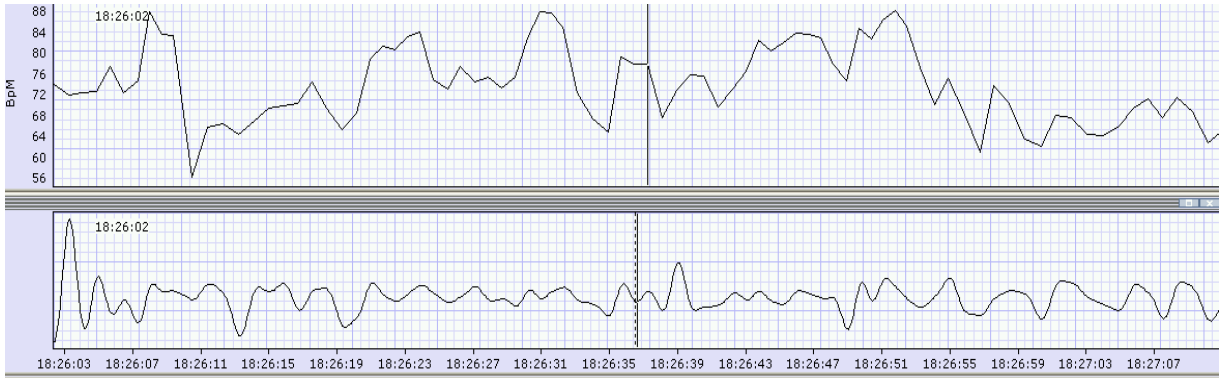


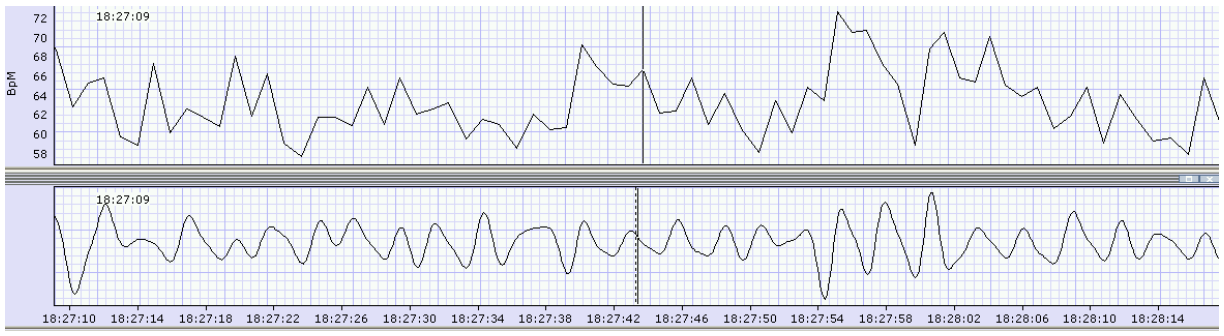
Gerade die Synchronisation von Herz und Lunge ist deshalb sehr entscheidend, weil sie sich aufgrund ihrer anatomischen Nähe, wenn sie nicht synchron laufen, gegenseitig stören. (da sie aneinander drücken, wenn sie beide in der maximalen Ausdehnung sind) Und ich finde es geht mit einer gewissen Logik einher, wenn zwei so lebenswichtige Organe miteinander, anstatt gegeneinander arbeiten.

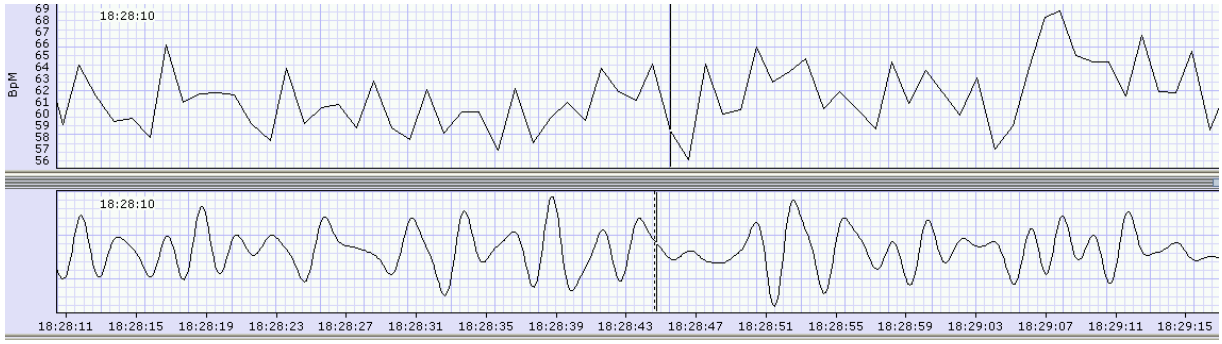
Um zu zeigen wie diese Synchronisation beim Klienten ausschen könnte, wenn er entspannt ist, und sich reguliert, zeige ich anhand meines Beispiels. Zu diesem Zweck zeige ich einen für mich repräsentativen Ausschnitt von elf Minuten. In diesem Ausschnitt wird musiziert und gesprochen. Dies wechselt sich ab und passiert gleichzeitig. Es kommt natürlich manchmal zu kurzen Entsynchronisierungen, jedoch pendelt sich dies bei mir schnell wieder ein.

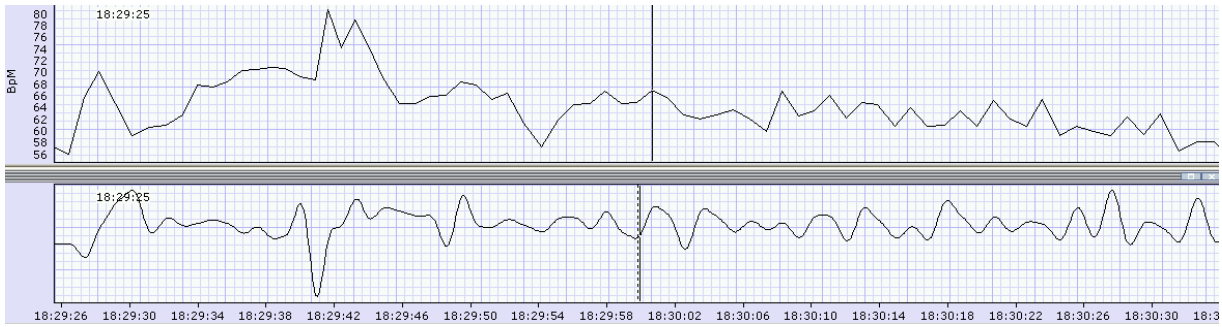


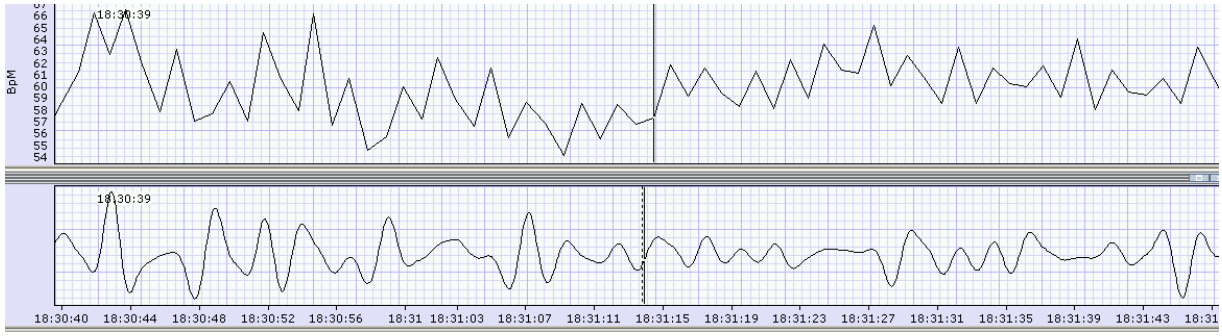

BpM
18:24:48
18:24:48
18:24:49 18:24:53 18:24:57 18:25 18:25:03 18:25:07 18:25:11 18:25:15 18:25:19 18:25:23 18:25:27 18:25:31 18:25:35 18:25:39 18:25:43 18:25:47 18:25:51


BpM
18:26:02
18:26:02
18:26:03 18:26:07 18:26:11 18:26:15 18:26:19 18:26:23 18:26:27 18:26:31 18:26:35 18:26:39 18:26:43 18:26:47 18:26:51 18:26:55 18:26:59 18:27:03 18:27:07


BpM
18:27:09
18:27:09
18:27:10 18:27:14 18:27:18 18:27:22 18:27:26 18:27:30 18:27:34 18:27:38 18:27:42 18:27:46 18:27:50 18:27:54 18:27:58 18:28:02 18:28:06 18:28:10 18:28:14


BpM
18:28:10
18:28:10
18:28:11 18:28:15 18:28:19 18:28:23 18:28:27 18:28:31 18:28:35 18:28:39 18:28:43 18:28:47 18:28:51 18:28:55 18:28:59 18:29:03 18:29:07 18:29:11 18:29:15





Was bedeuten Veränderungen des Herzschlags in Bezug auf Alltagsereignisse bzw. was beeinträchtigt ihn?

Diese Frage habe ich mir gestellt und mir folgendes überlegt:

- Bei einem Panikanfall kommt es zum Herzrasen und zu einer Stockung des Atems (da fast nicht mehr geatmet wird) das kann bis zu Bewusstlosigkeit führen. (die Reaktion von Herz und Lunge sind absolut entgegengesetzt) Das Herzrasen wird in diesem Fall meist durch die Fehlinterpretation externer Reize ausgelöst, dies kann auch unbewusst von statten gehen.

- Am ruhigsten und erholsamsten schlägt das Herz im Schlaf wo keine externen Einflüsse es stören können.

- Stress, welcher auch im Außen gesehen wird und deshalb als schwer veränderbar, führt zu einer Erhöhung der Herzrate sowie zu einem Rückgang der Variabilität. (Stress, kann durch echte Gefahren, subjektiv als identitätsgefährdend wahrgenommene Faktoren, Unterforderung und Überforderung sowie auch durch schwer integrierbare Schicksalsereignisse entstehen)

Was bedeuten Veränderungen der Atmung bzw. was beeinträchtigt sie?

Gedankensammlung:

- Die Atmung geht im Zuge einer Heureka auf, was sich meist in einem tiefen Durchatmen äußert. Das ist intrinsisch gesteuert bzw. eine intrinsische Lösung. (positive Wirkung bei geordneten Gedanken)

- Die Atmung ist flacher, wenn wir für uns negative Gedanken haben. (intrinsisch)

- Gähnen ist eine Funktion, welche uns zu einem langen Atem zwingt und uns eher in Richtung Entspannung reguliert. (Kommt auch nur vor wenn keine bedrohlichen Reize von außen vorhanden sind, bei einer zu hohen Aktivität des Herzens z.B. Flucht kommt es nicht zum Gähnen)

- Stress führt zu einer Abflachung des Atems in zweiter Instanz, weil durch das schnelle Schlagen des Herzens aufgrund der anatomischen Nähe kein Platz für die Lunge ist durchzuatmen.

- Bei starker Konzentration auf einen externen Reiz kommt es zu einer Verflachung des Atems, bei der introspektiven Fokussierung beispielsweise (einem positiven Tagtraum oder positiven intrinsischen Gedankengang kommt es zu einer Vertiefung des Atems)

- In dieser Gedankensammlung erkenne ich, dass positive intrinsische Gedanken zu einer Verbesserung der Atmung führen und negative zu einer Verschlechterung. (negativ sind in diesem Zusammenhang jene Gedanken, welche nicht kohärent mit dem eigenen Selbstbild sind und sich dadurch nicht integrieren lassen)

Selbstverständlich beeinflussen sich diese beiden Organe über vermittelnde neurologische Prozesse gegenseitig, die Frage ist nur wer reagiert zuerst und wer hat dann die Rolle sich anzupassen und wie geht das von statten.

Die neurologische Regulation ist dabei mit entscheidend, da sie das Vegetativum steuert und somit die Steuerungsinstanz für Lunge und Herz (und vieles mehr) darstellt. Emotionales Verarbeiten und emot. Verhalten wird mitunter in der limbischen Region gesteuert. Hier gibt es folgende Hirnregionen, welche aufgrund ihrer Zuständigkeitsbeschreibung durch die vorher beschriebenen Ethnotheorien angesprochen werden können.

Hippocampus: Gedächtniskonsolidierung, Emotion & Vegetativum (das Vegetativum reagiert auf Gefahren mit einem Pulsanstieg um den Körper darauf vor zu bereiten und beeinflusst aber auch die Atmung bei der Entspannung und ist durch bewusstes Atmen beeinflussbar.) Weiters hat der

Hippokampus eine Doppelrolle, da er auch ein fixer Bestandteil des Papez-Kreises ist, welcher für die Gedächtniskonsolidierung verantwortlich ist.

Gyrus Cinguli: vegetative Modulation, psycho- und lokomotorischer Antrieb (Rückzug versus Engagement in der Bindungsforschung)

Gyrus parahippocampalis: Gedächtnis, Distribution sensorischer Info (um externe Reize zu integrieren)

Amygdala: Affektverhalten, Sex, emotionales Lernen, Aktivierung des Sympatikus (Flucht oder Angriff),(emotionaler Ausdruck (Affekt) gehört zu einem kongruenten Verhalten und ist somit durch die klientenzentrierten Ansätze von Rogers beeinflussbar)

Corpus mamillare: Gedächtnis, Affekt, Sex (auch hier wird der emot. Ausdruck mitbeeinflußt was sehr wichtig ist um nicht missverstanden zu werden und in einer positiven Regulation bleiben zu können)

Allgemein kann man sagen, dass eine Störung des limb. Systems eine Einschränkung von Emotionen sowie die Unfähigkeit emotionale Situationen einzuschäzen (PDBS, Depression, ….) nach sich zieht. Das bedeutet in weiterer Folge das die Regulationskompetenz darunter leidet. In Hinsicht auf Kompetenz dadurch, dass die Konsolidierung beinträchtigt wird, in Bezug auf die Bindung da die emot. Situationen nicht mehr richtig eingeschätzt werden und in Bezug auf Autonomie, da der Antrieb erst gar nicht so weit in Schwung kommt um autonom zu handeln.

Des weiteren hat natürlich auch der Thalamus Einfluss auf das Vegetativum, da seine Aufgabe die Modulation der ein- und ausgehenden Informationen zum Großhirn und somit der kortikalen Erregung ist. Die Vagusaktivität geht mit geistiger Entspannung einher und somit mit einer geringeren kortikalen Erregung.

Auch die Basalganglien sind eng mit Affektverhalten verbunden da die Haltung und auch die Art der Bewegungen Emotionen ausdrückt und diese Zuständigkeit bei den Basalganglien liegt.

Daraus folgere ich, dass eine Synchronisation von Herz und Lunge für eine Harmonisierung der limbischen Region steht und somit für integrierbare Gedanken, eine Kohärenz von Gefühl und Affekt (Ausdruck psychischer Gesundheit) und für gelungene Gesamt-Regulation in einem ökonomischen Sinne.

Der Rhythmus von Herz und Atem von Gabriela Holenstein

Das Herz

Der Volksmund sagt es: «Das Herz kann vor Freude hüpfen oder vor Angst in die Hosen rutschen.» Man kann herzhaft lachen, beherzt handeln oder hartherzig werden, außerdem kann man sein Herz an jemanden verlieren.

Das Herz schafft, was keine Maschine schafft! Es schlägt nämlich jeden Tag etwa 100 000 Mal! In 70 Jahren drei Milliarden Mal (Koob O., «Wenn Organe sprechen könnten» Johannes m. Mayer Verlag), ohne zu ermüden, ohne Revisionen und ohne Ferien! Vom Herzen strömt das Blut in alle Richtungen: nach oben, nach unten und in die Tiefe zudem von der Mitte nach außen in die Peripherie. Deshalb galt das Herz immer schon als Sonnenorgan; wärmend und im Zentrum gelegen.

Ab dem 17. Jahrhundert wurde in Europa eine Mechanisierung des Herzens eingeleitet und so immer mehr die Dominanz des kühlen Kopfes über das warme Herz erklärt. (Koob O., «Wenn Organe sprechen könnten» Johannes m. Mayer Verlag)

Deutet man aber mit dem Finger auf sich, zeigt man interessanterweise immer noch zum Herzen! Während das Tippen zum Kopf etwas ganz anderes bedeutet!! Heute wird das Herz wieder mehr und mehr als ein seelisches Organ entdeckt, das sich «freut» bei Güte, Fröhlichkeit und Herzlichkeit, aber auch leiden kann bei Angst, Kaltherzigkeit, Hektik und Einsamkeit. Es gibt sogar Kurse, wo Gefühle wie Mitleid, Freude etc. neu gelernt werden, damit diese Arteriosklerosen in den Herzkranzgefässen mit ihren Verhärtungen des seelischen und körperlichen Herzens heilen können.

(Koob O., «Wenn Organe sprechen könnten» Johannes m. Mayer Verlag)

Die Lungen

Neben dem Herzen ist die Lungentätigkeit, das heißt unsere Atmung Ausdruck eines urrhythmischen Geschehens. In alten Zeiten galt die Atmung als Tor zum Kosmos. Dazu gibt es eine kosmische Zahlenregel:

Wir atmen bei 18 Atemzügen pro Minute 25 920 Mal in 24 Stunden (18x60x24). Genau so viele Jahre benötigt die Sonne um einmal durch den ganzen Tierkreis zu wandern. Dies ist das sogenannte Platonische Weltenjahr.

Kommen wir wieder zurück zur Erde! Auch hier geschieht alles in Rhythmen: Tag/Nacht, Jahreszeiten,

Ebbe/Flut, Organrhythmen, ja man hat sogar den Rhythmus der Hirnflüssigkeit, den cranio-sacralen Rhythmus entdeckt.

Die Atmung aber, das wissen wir, ist die einzige Organfunktion, die sowohl bewusst, als auch unbewusst geschieht. Bewusstsein und Unterbewusstsein werden über die Atmung verbunden.

Die Lunge wird von ihrer Hülle bewegt, weil sie sich selbst nicht bewegen kann. Es ist sehr wirkungsvoll, die Atemmuskeln, inklusive vieler Gelenke, Bänder, Sehnen und Nerven zu bewegen, zu kräftigen, zu dehnen, zu entspannen und geschmeidig zu halten, damit im Brustkorb und im Bauchraum gute Bedingungen entstehen, bzw. erhalten bleiben und die Atmung sich leicht, kräftig und rhythmisch entfalten kann. Und eben, weil die Atmung Bewusstes und Unbewusstes verbindet, ergibt schon diese körperliche/physische Befreiung der Atmung ein Gefühl von Leichtigkeit in unserem Empfinden.

Bei manchen Leuten erhält man den Eindruck, dass die großen Verspannungen in diversen Körpergebieten ein herzhaftes Lachen verunmöglichen, einfach weil so viele körperliche Schranken da sind, die die Leichtigkeit des Seins gar nicht mehr zulassen. Es gibt also körperliche und seelische Blockaden, die sich gegenseitig beeinflussen. Als Atemtherapeutin der Methode Klara Wolf kommt man primär über die Bewegung und die Körper- und Atemwahrnehmung zum seelischen Bereich des behandelten Menschen.

Dass muskuläre Spannungen, aus was für Gründen auch immer (Angst, Stress, Haltungsschwäche, Bewegungsmangel etc.), den Brustkorb und die Atmung einpanzern, ist nachvollziehbar. Aber mitten im Brustkorb schlägt unser Herz und genau gleich wie die Lunge, benötigt auch das Herz viel Raum, damit es seine Aufgabe mit Leichtigkeit erfüllen kann. Ruft man sich in Erinnerung, dass das Pericard unmittelbar mit dem Zwerchfell verbunden ist, wird klar, dass das Herz bei fehlender Zwerchfellbewegung in die Tiefe, bei starren Rippen und bei hektischem Atemrhythmus gleich dreifach leidet. Bei guter Atemraumentfaltung und gepflegter Atmung wirkt der Sog auch auf das Herz und vergrößert sein Schlagvolumen, die Herzkranzgefäße und der Herzmuskel werden besser durchblutet.

Die Atmung ist die größte Herz-Kreislauf-Unterstützung. Interessanterweise gibt es immer mehr Studien,(Von Bonin D., et al. «Wirkungen von Sprachtherapie auf die kardiorespiratorische Interaktion», in Forschende Komplementärmedizin und Klassische Naturheilkunde, 2001),

(Von Bonin D. et al. «Luftkunst. Von der Fähigkeit, mit dem Atem das Herz und den Körper zum Klingen zu bringen») die bestätigen, dass Inspiration und Exspiration eingebettet sind in ein faszinierendes Netzwerk anderer Körperrhythmen und der Atem mit dem Herzschlag in vielfältiger Weise verwoben ist.

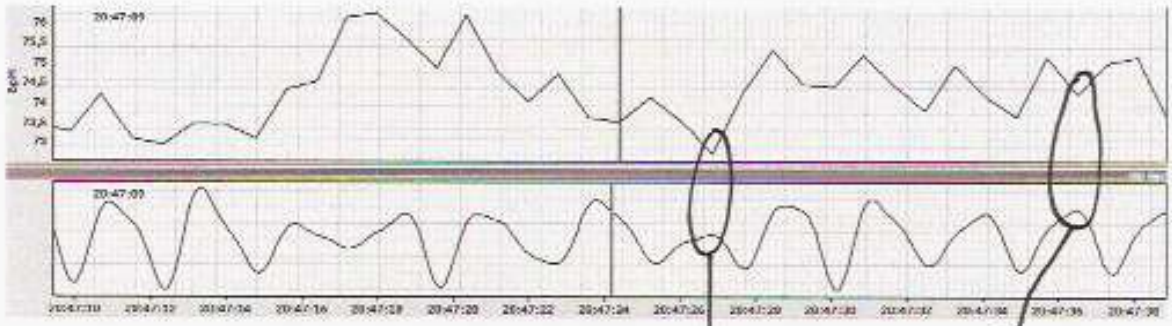
Studien zeigen, dass der Herzschlag mit dem Atem dann am stärksten verbunden ist, wenn sich der Mensch in der Tiefschlafphase befindet. In dieser guten Herz-Atem Synchronisation kann sich das Herz am besten erholen. In dieser erholsamen Verbundenheit, dem abgestimmten Miteinander von Atem und Puls, entsteht eine gesunde HRV. [….]

In alten Zeiten gab es Atemärzte, aber wer übernimmt heute diese Aufgabe? Welcher Arzt kann das Atembild beurteilen, bevor zum Beispiel von Asthma, Panikstörung, Herzinsuffizienz oder Angina pectoris die Rede ist? Mindestens seit der Antike, wahrscheinlich schon seit es menschliche Kulturen gibt, wird der Atem therapeutisch eingesetzt. Steht uns doch mit dem Atem ein Rhythmusgeber zur Verfügung, der die Dynamik des Herzschlages sofort und deutlich beeinflusst.

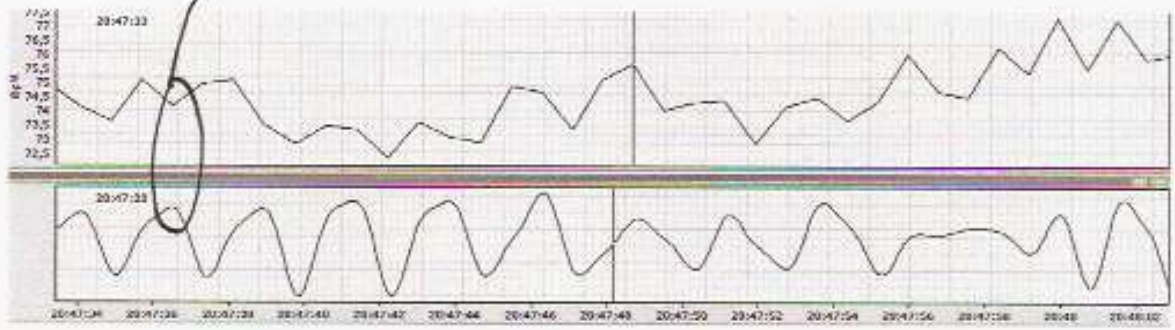
Von Gabriela Holenstein; dieser Artikel ist unter dieser Webadresse zu finden:

www.atem-schweiz.ch/pdf/atemzeit_Heft2_Artikel_3.pdf

Darstellung der Synchronisation der 1. Sitzung



Hier kommt es in der Mitte und am Ende zu einer Entsynchronisierung und im nächsten Bild sieht man wie schnell sich das in diesem Moment wieder reguliert.

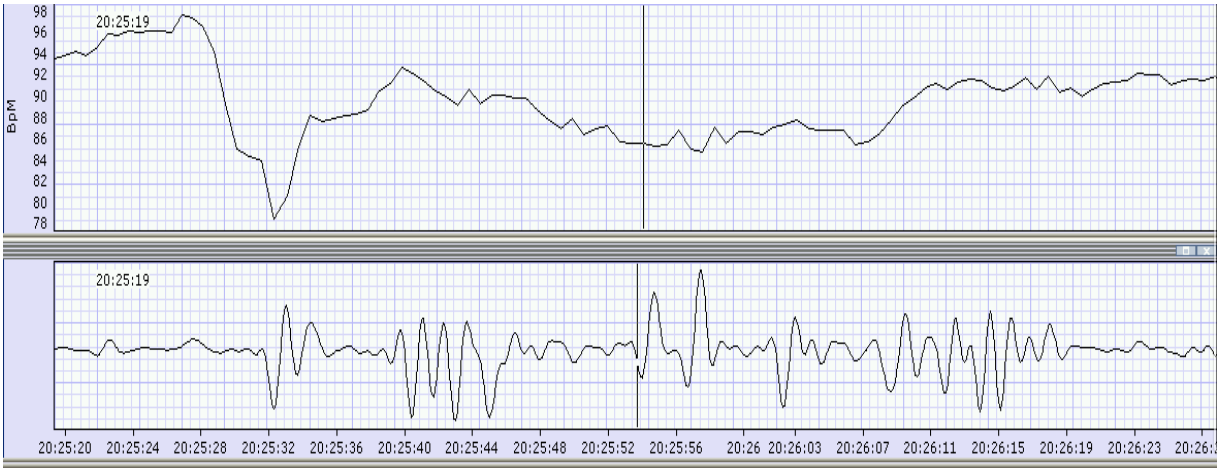


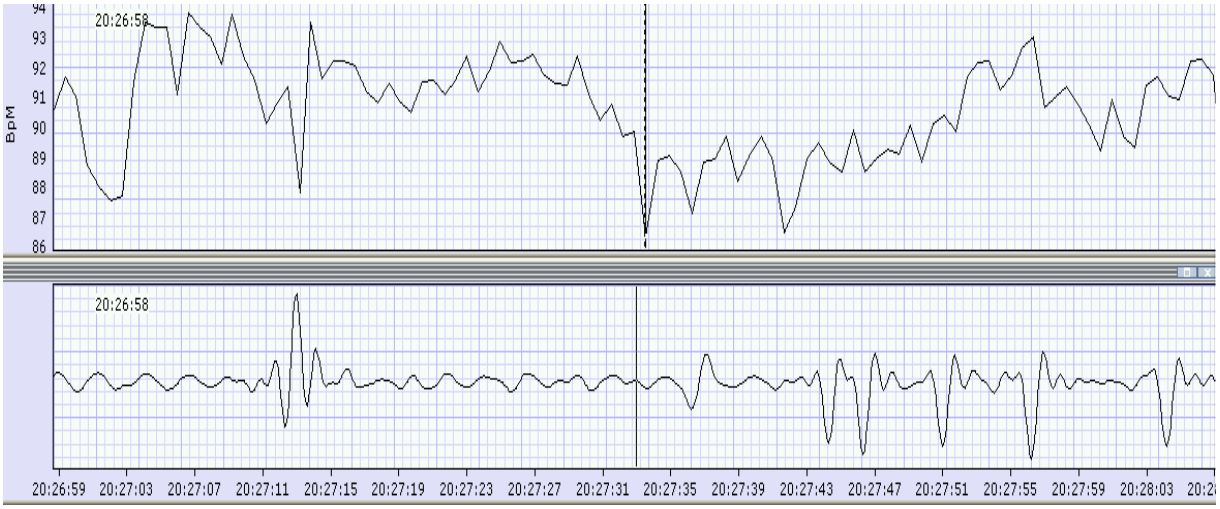
Dies ist die beste Phase der ersten Messung.

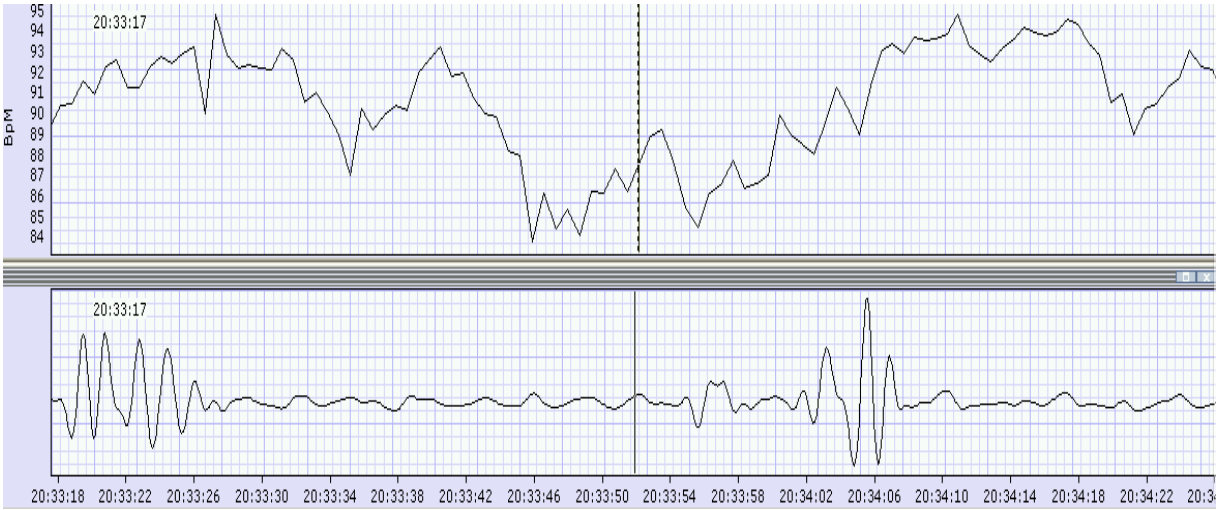
Wenn man das Endbild mit den Bildern am Anfang vergleicht, kann man Synchronisationseffekte am Ende eher erkennen. Auch der Puls sinkt in dieser Endphase einmal auf 63 ab.

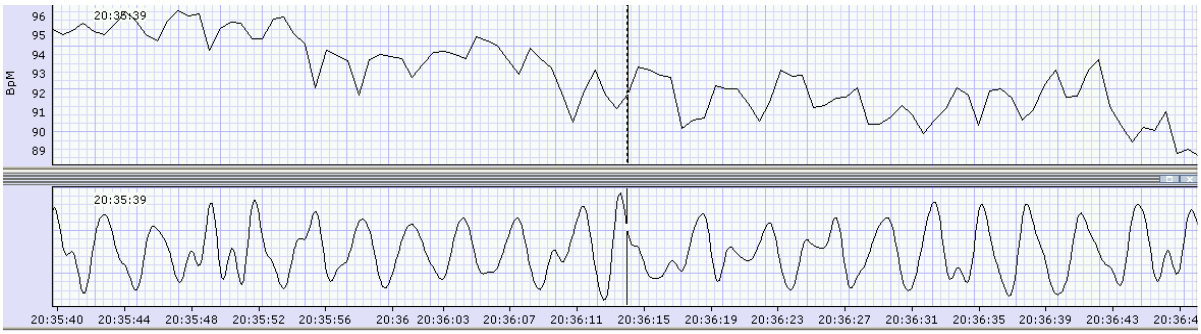
Darstellung der Synchronisation der 2. Sitzung

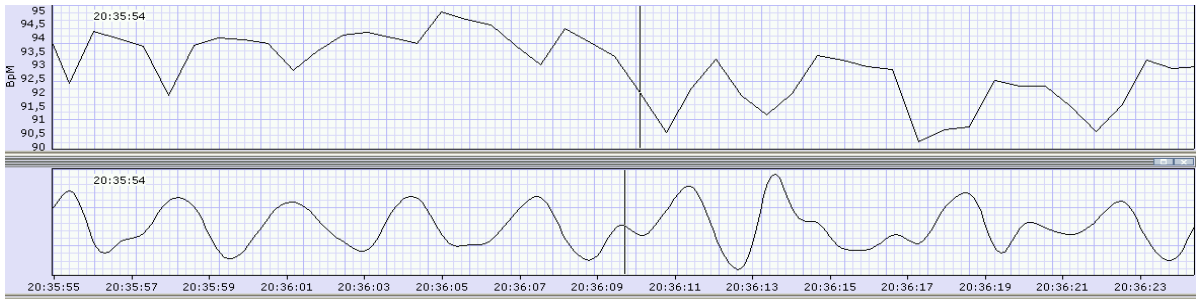
Die Bilder zu Beginn erscheinen eher ungeordnet.


BpM
20:25:19
20:25:19
20:25:20 20:25:24 20:25:28 20:25:32 20:25:36 20:25:40 20:25:44 20:25:48 20:25:52 20:25:56 20:26 20:26:03 20:26:07 20:26:11 20:26:15 20:26:19 20:26:23


BpM
20:26:58
20:26:58
20:26:59 20:27:03 20:27:07 20:27:11 20:27:15 20:27:19 20:27:23 20:27:27 20:27:31 20:27:35 20:27:39 20:27:43 20:27:47 20:27:51 20:27:55 20:27:59 20:28:03

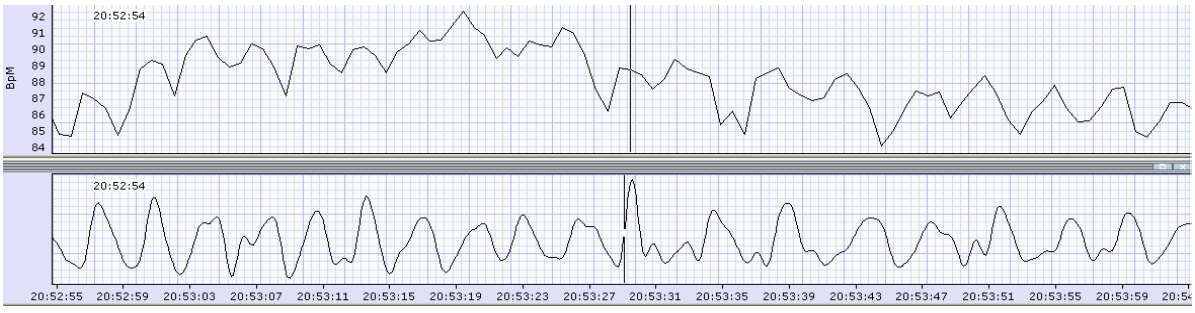

BpM
20:33:17
20:33:17
20:33:18 20:33:22 20:33:26 20:33:30 20:33:34 20:33:38 20:33:42 20:33:46 20:33:50 20:33:54 20:33:58 20:34:02 20:34:06 20:34:10 20:34:14 20:34:18 20:34:22

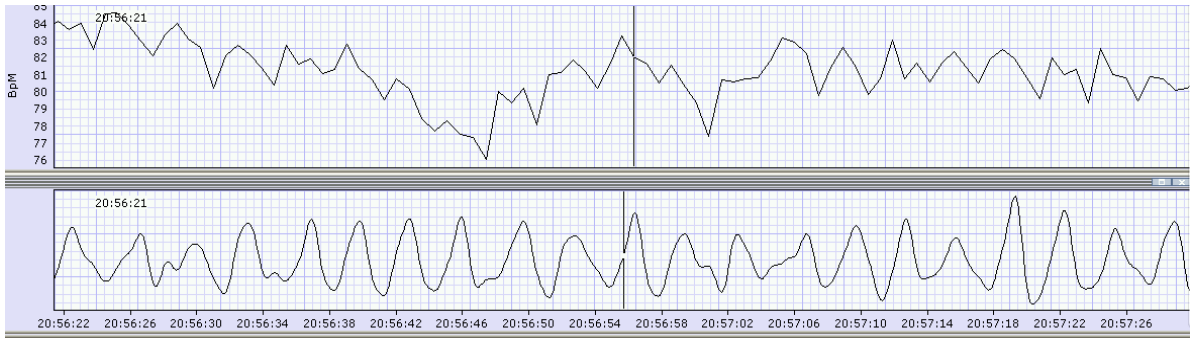




Hier nochmals den gleichen Zustand in einer größeren Auflösung wie darüber.

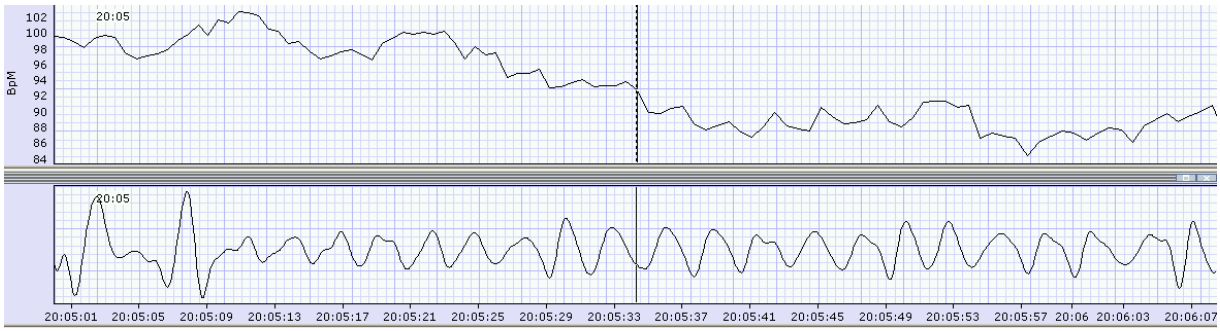
Nach 45 Minuten kann man eindeutig einen synchroneren Verlauf der beiden Kurven beobachten, was für eine Verbesserung des Zusammenspiels dieser beiden Organe spricht.



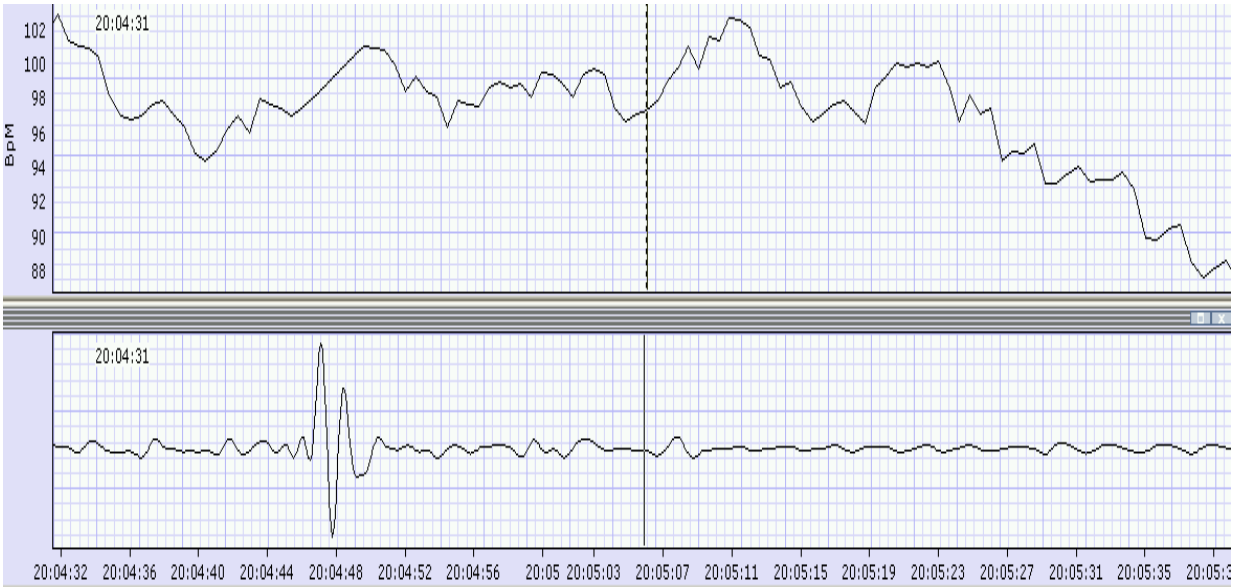


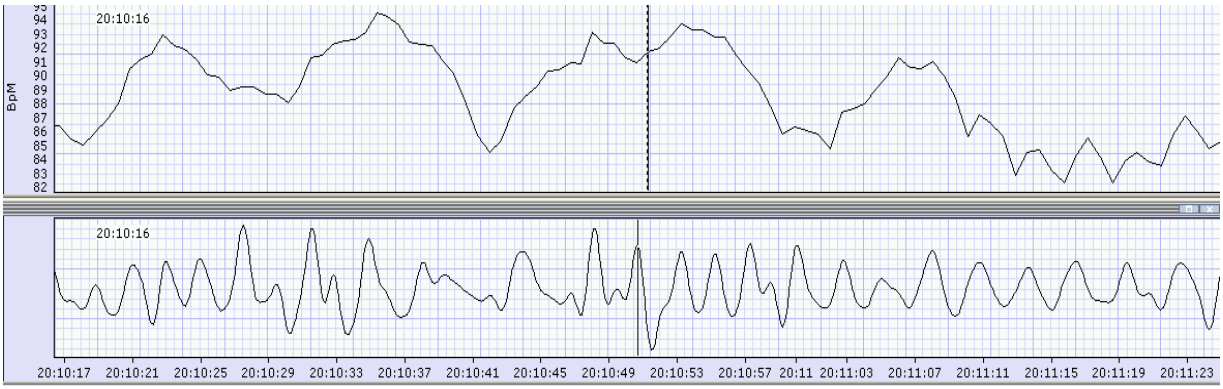
3. Sitzung ist ausgefallen!

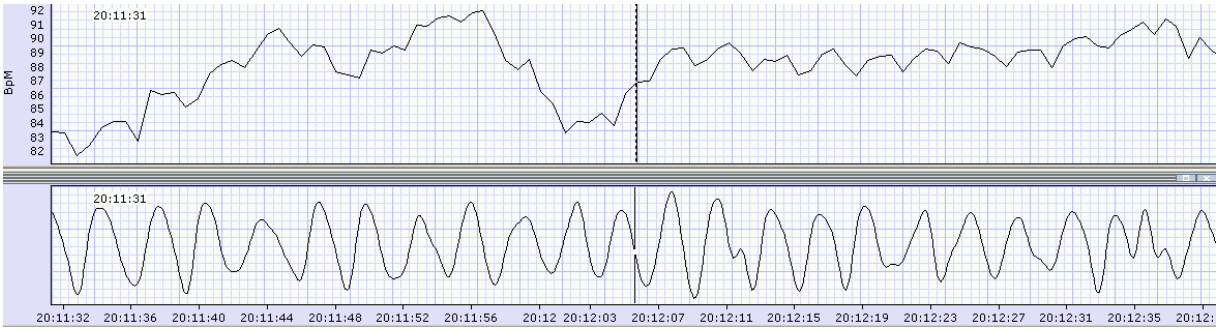
Darstellung der Synchronisation der 4. Sitzung

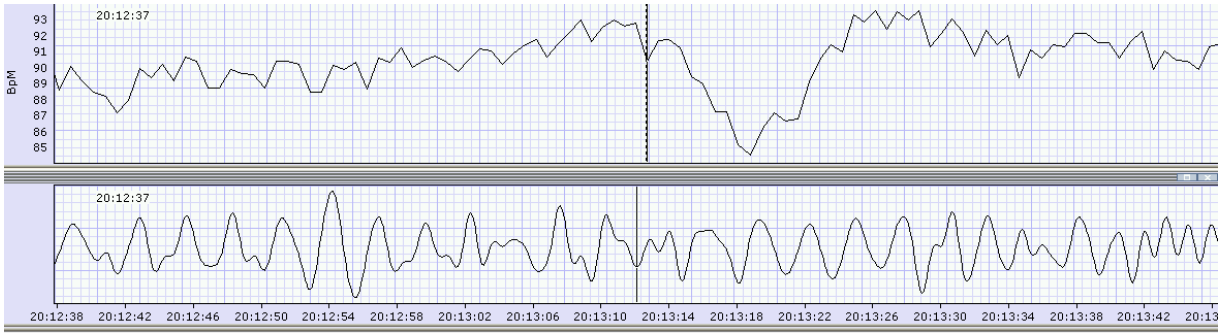


Um die Unterschiedlichkeit der Darstellungsdimensionen zu verdeutlichen habe ich hier eine Zeitüberschneidung, dieser beiden Bilder ausgewählt. Da im unteren Bild ein Artefakt oder eine ungewöhnliche Atemreaktion auftaucht sind die Spitzen und Täler viel weniger ausgeprägt, weshalb ich diese Bilder etwas vergrößert habe. Dies soll jedoch keinen Einfluss auf die Interpretation des Betrachters haben.



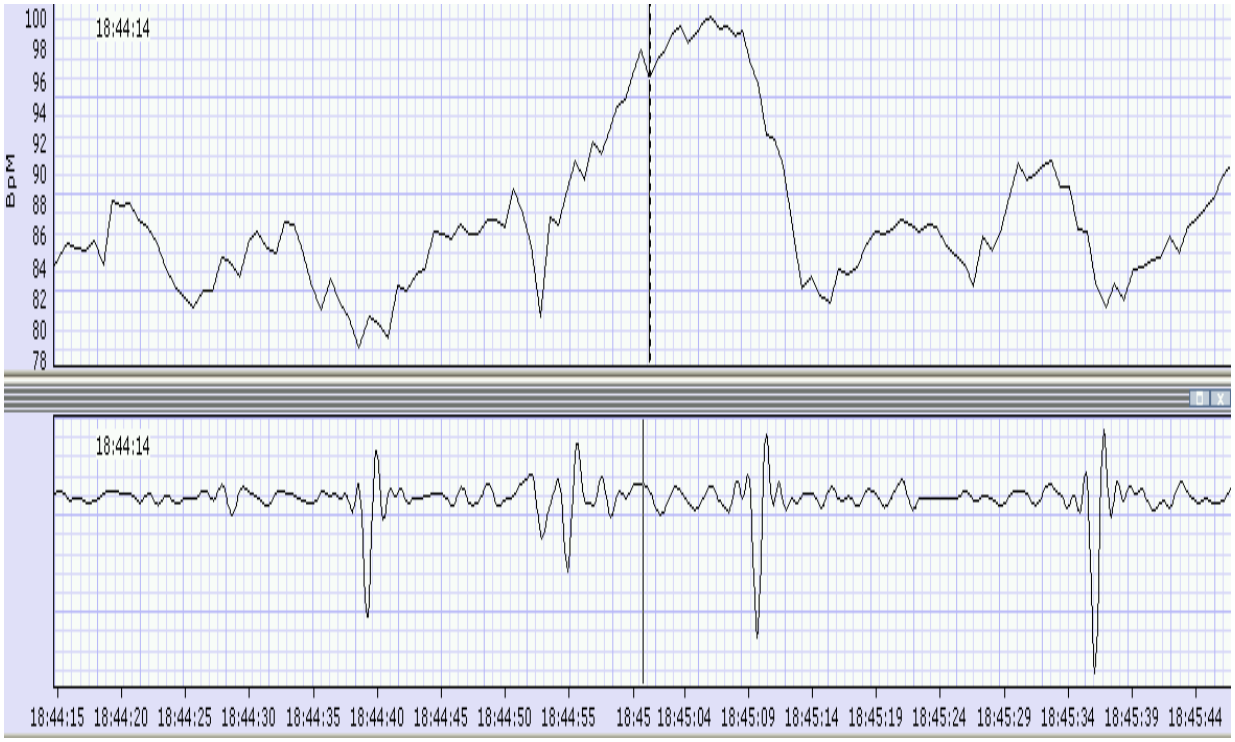


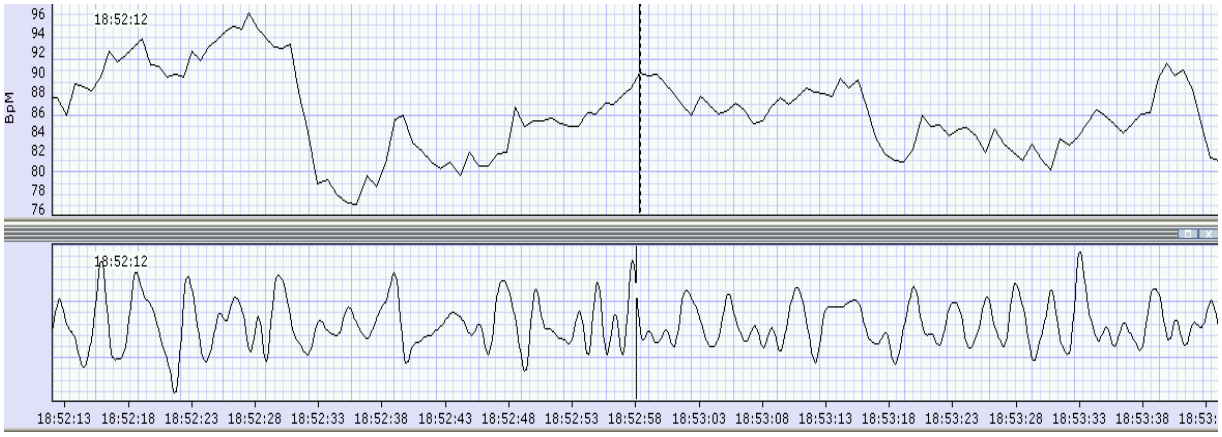


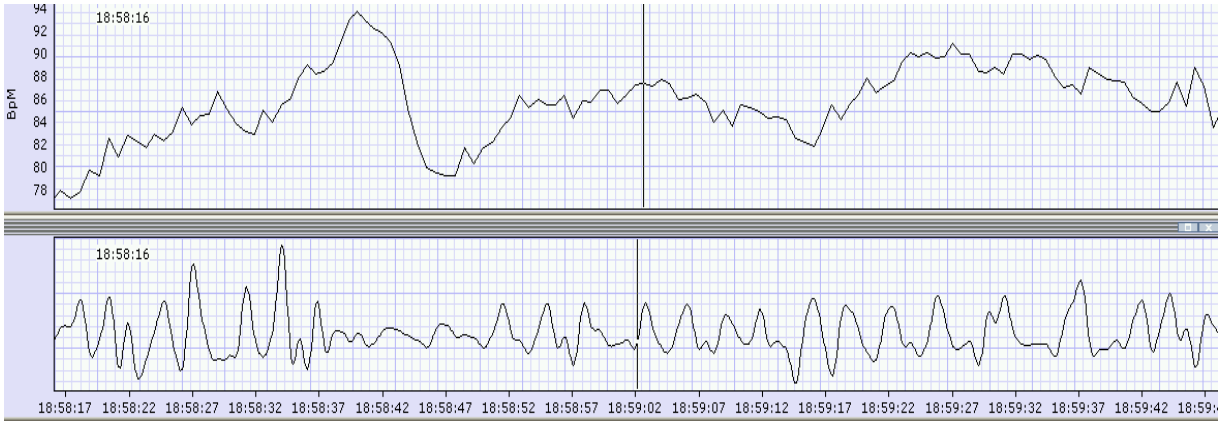


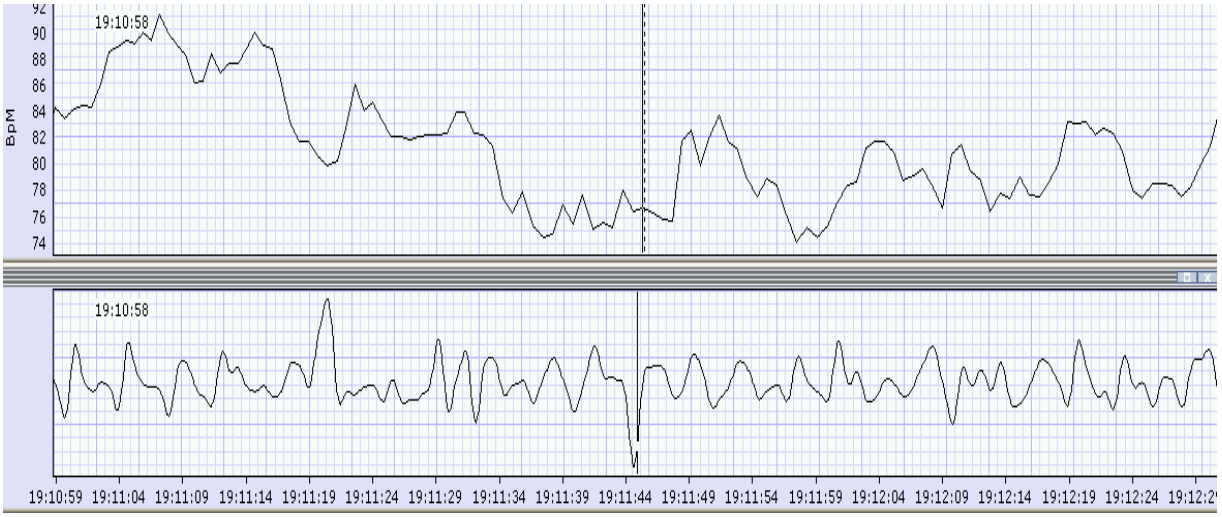
Bis zu diesem Zeitpunkt wurde Harfe gespielt, danach kam es zu Gesprächen wie weiter oben beschrieben. Diese Thematiken lassen sich meiner Meinung nach bei ihm noch nicht vollkommen integrieren und deshalb kam es in weiterer Folge zu einer Verschlechterung der Synchronisation.

Darstellung der Synchronisation der 5. Sitzung



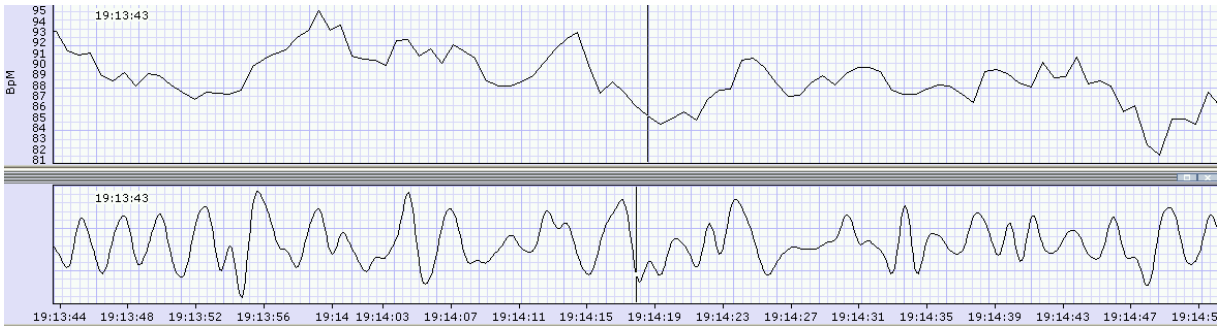


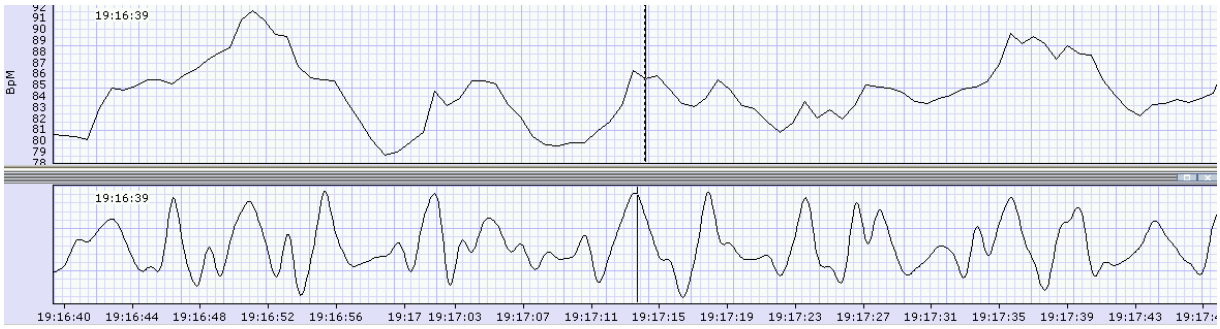


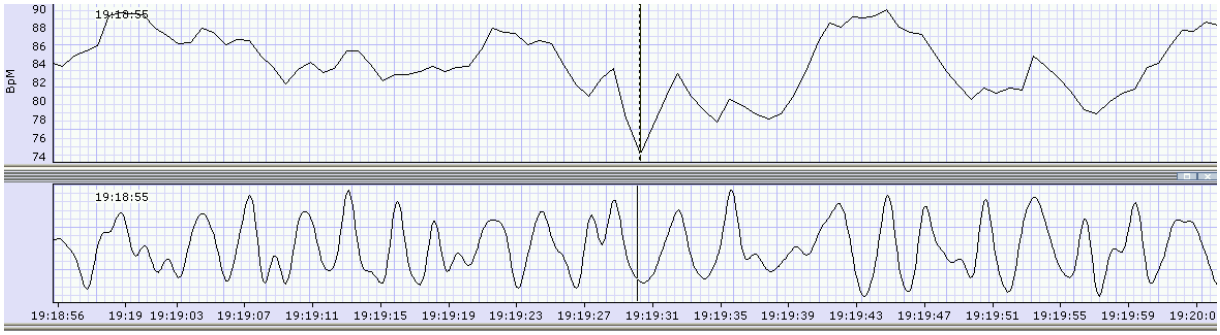


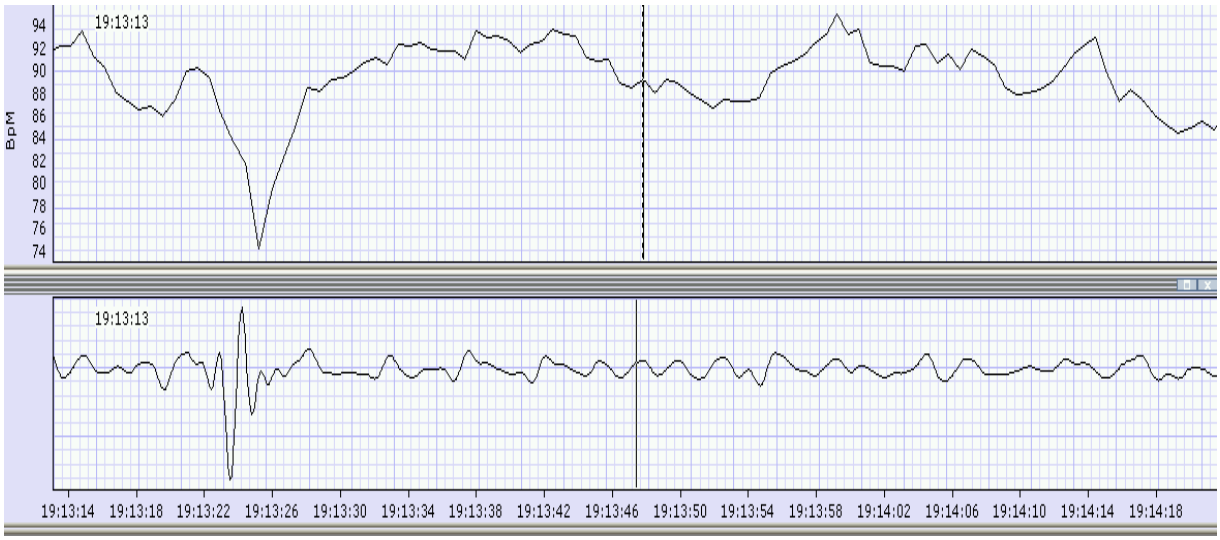
In dieser Sitzung kommt es zu keinen auffälligen Phänomenen.

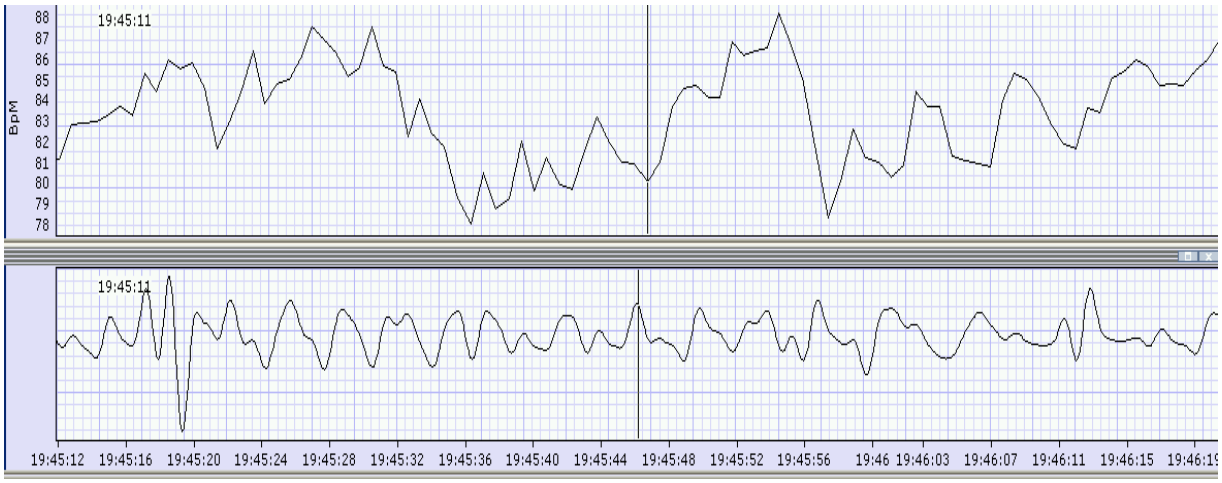
Darstellung der Synchronisation der 6. Sitzung

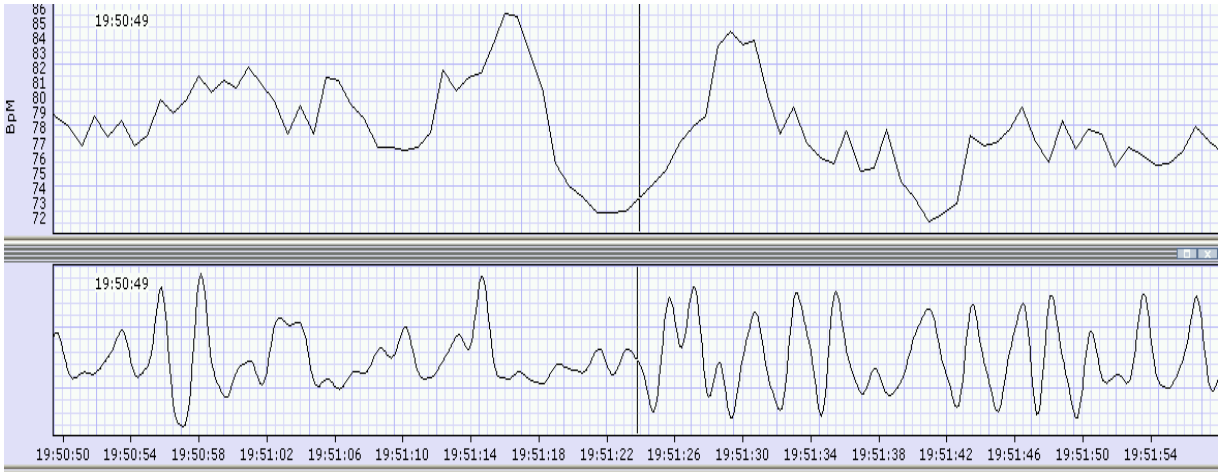


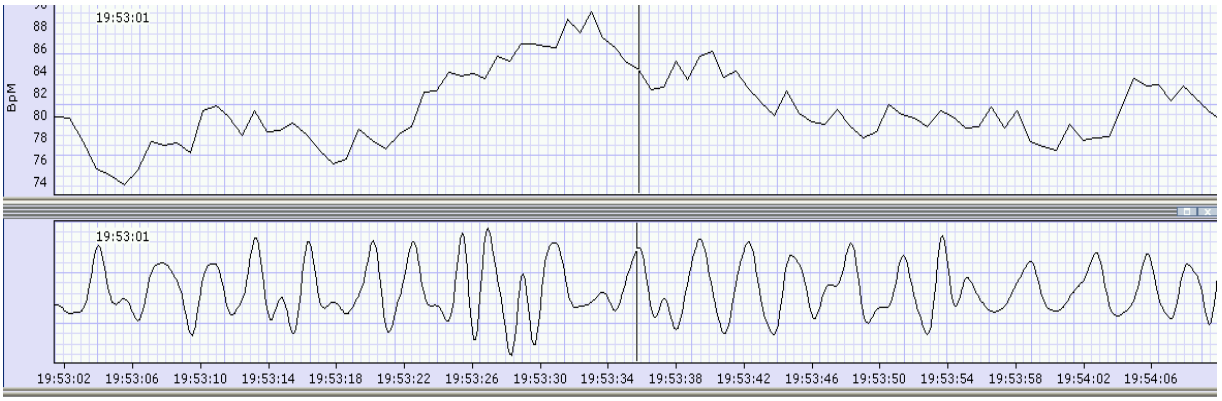

BpM
19:16:39
19:16:39
19:16:40 19:16:44 19:16:48 19:16:52 19:16:56 19:17 19:17:03 19:17:07 19:17:11 19:17:15 19:17:19 19:17:23 19:17:27 19:17:31 19:17:35 19:17:39 19:17:43


BpM
19:18:56
19:18:55
19:18:56 19:19 19:19:03 19:19:07 19:19:11 19:19:15 19:19:19 19:19:23 19:19:27 19:19:31 19:19:35 19:19:39 19:19:43 19:19:47 19:19:51 19:19:55 19:19:59


BpM
19:13:13
19:13:13
19:13:14 19:13:18 19:13:22 19:13:26 19:13:30 19:13:34 19:13:38 19:13:42 19:13:46 19:13:50 19:13:54 19:13:58 19:14:02 19:14:06 19:14:10 19:14:14 19:14:18

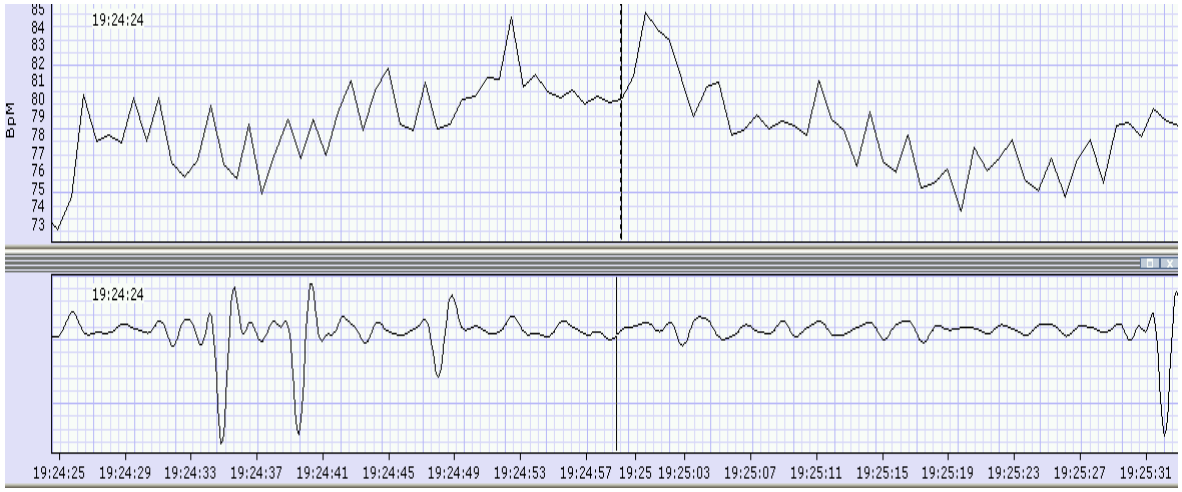


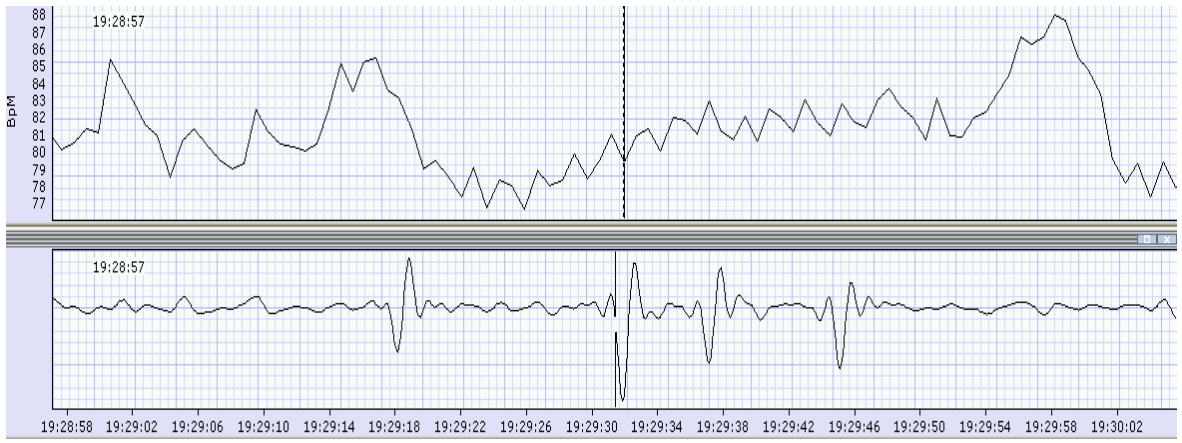


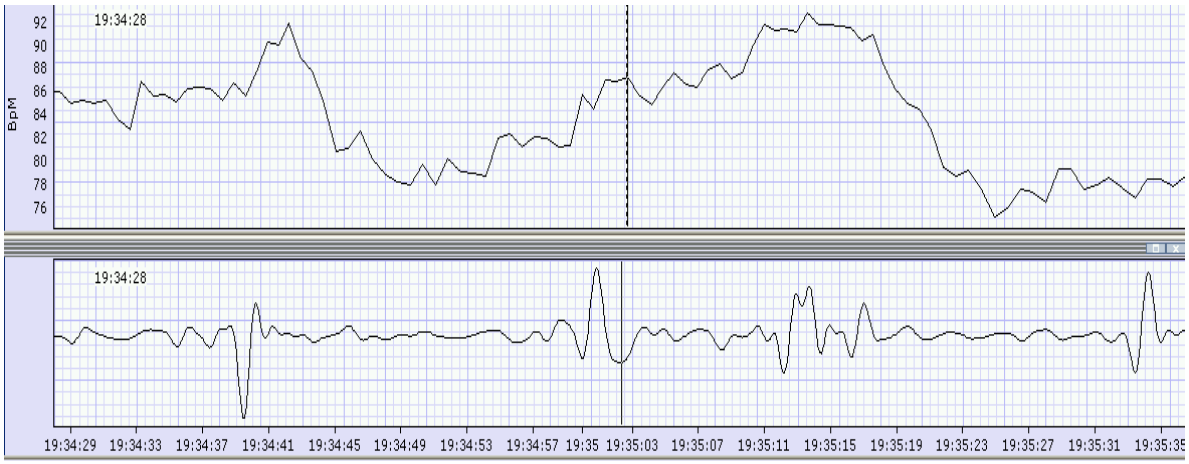


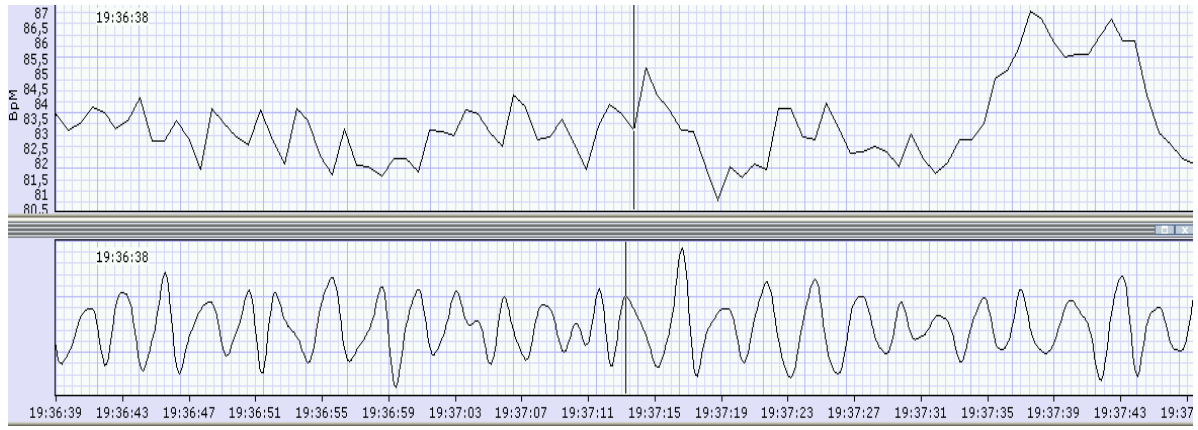
In dieser Sitzung kann man schon am Anfang Synchronisationen erkennen, welche gegen Ende der Therapie noch deutlicher werden.

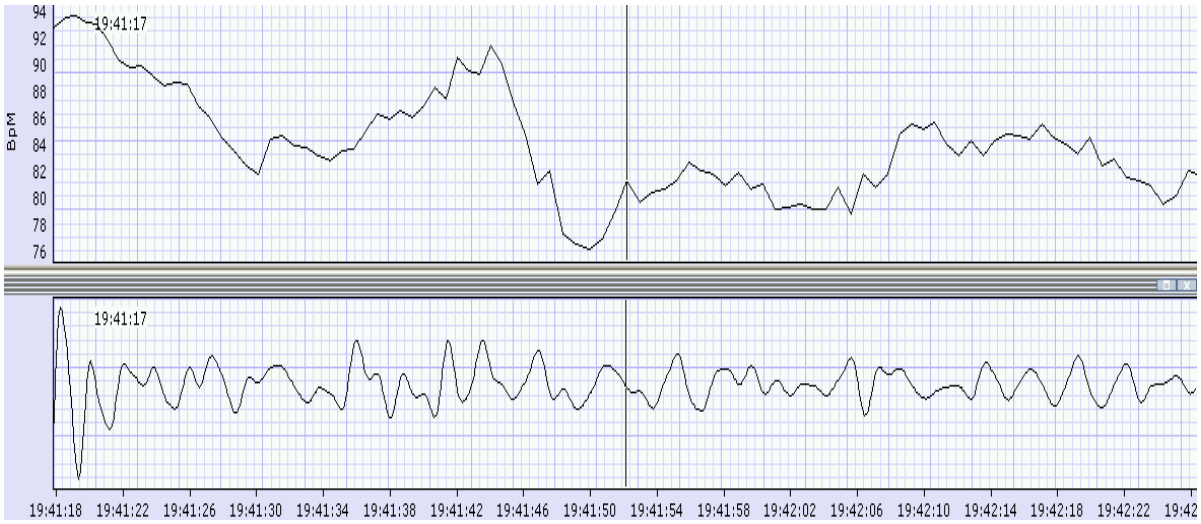
Darstellung der Synchronisation der 7. Sitzung

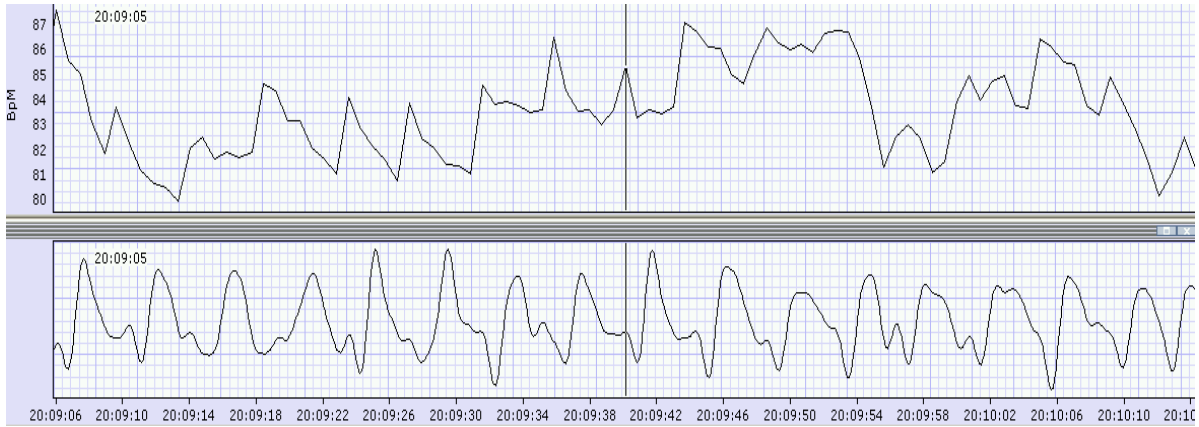






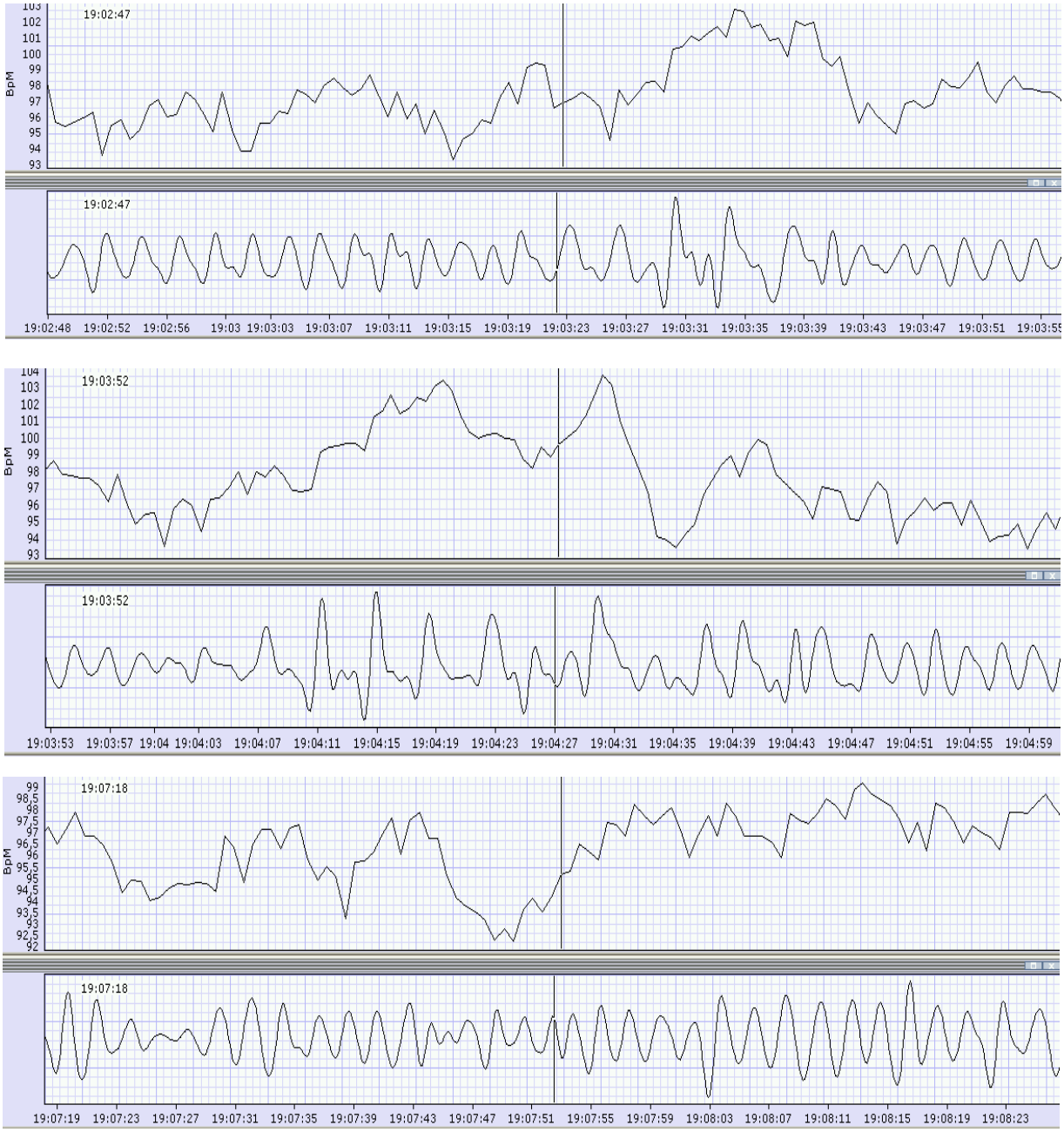




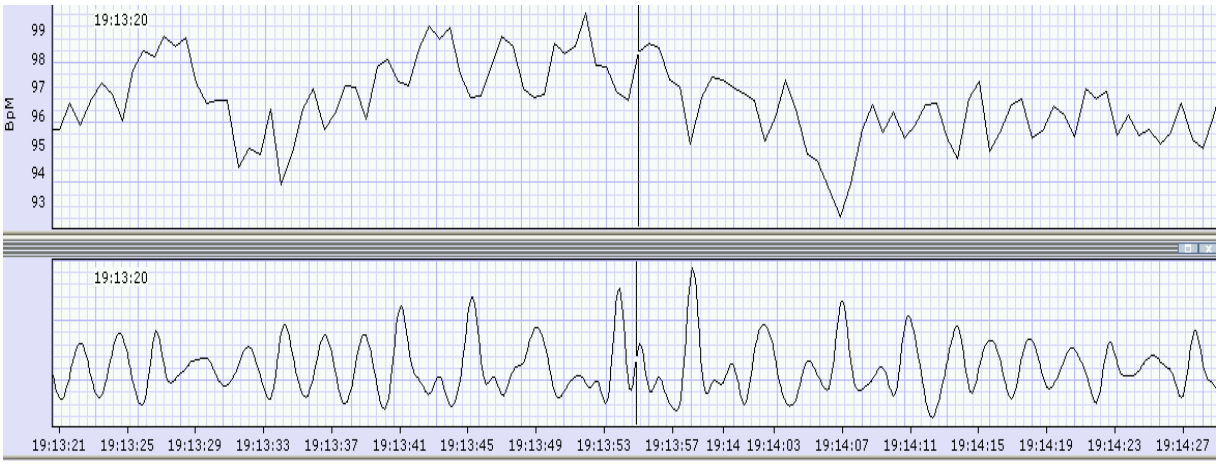


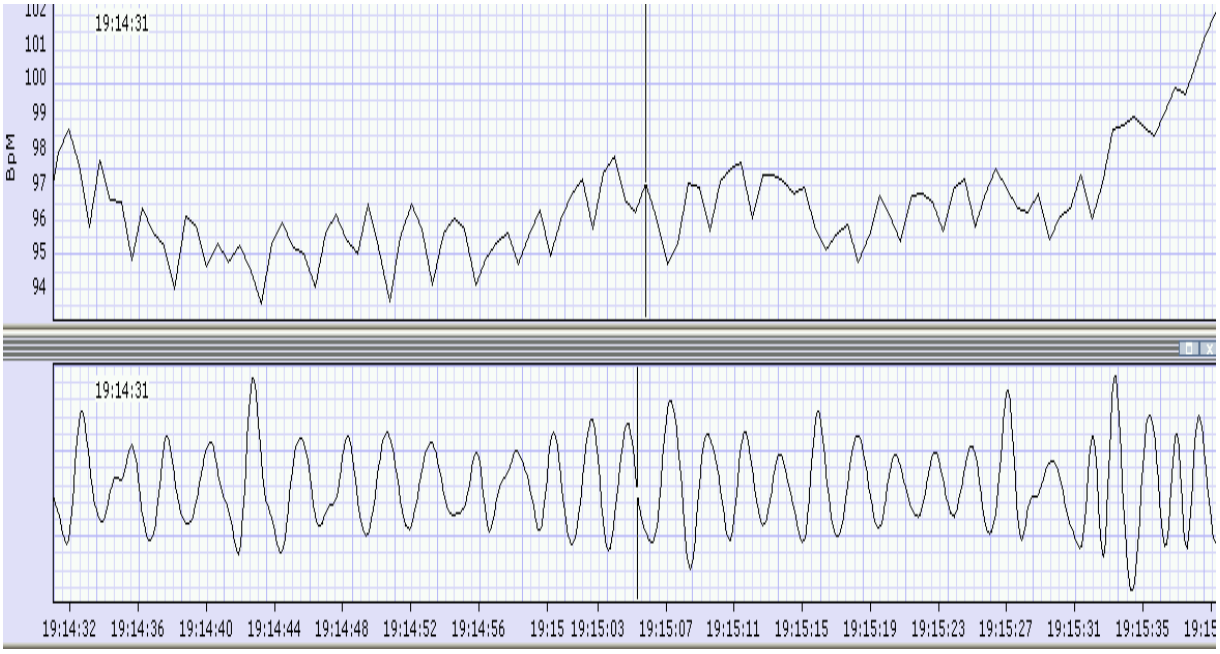
In dieser Sitzung kommt es nur sehr selten zu einer ökonomischen Regulation, da hauptsächlich die Spitzen und Täler der Kurven aufeinander treffen.

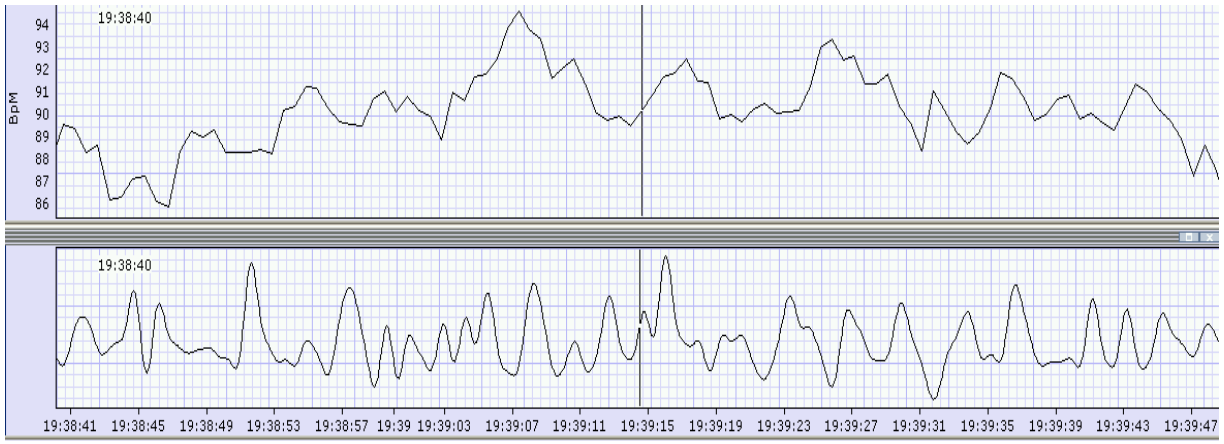
Darstellung der Synchronisation der 8. Sitzung

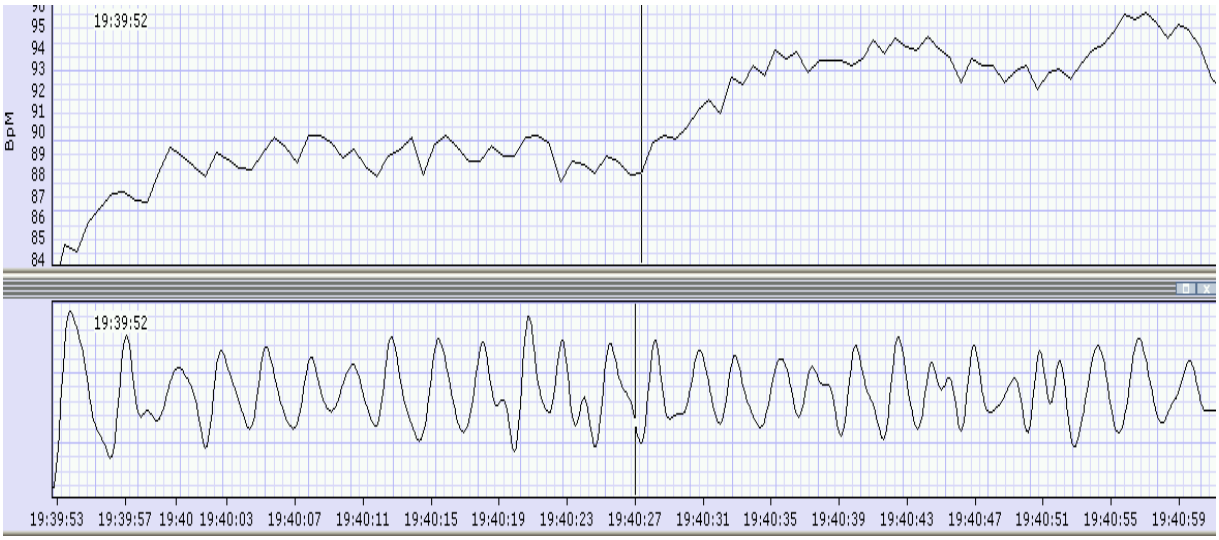


In diesen Anfangsbildern kann man erkennen, dass der Puls sehr hoch ist und die Spitzen sehr oft aufeinander treffen.


19:13:20
BpM
99
98
97
96
95
94
93
19:13:20
19:13:21 19:13:25 19:13:29 19:13:33 19:13:37 19:13:41 19:13:45 19:13:49 19:13:53 19:13:57 19:14 19:14:03 19:14:07 19:14:11 19:14:15 19:14:19 19:14:23 19:14:27

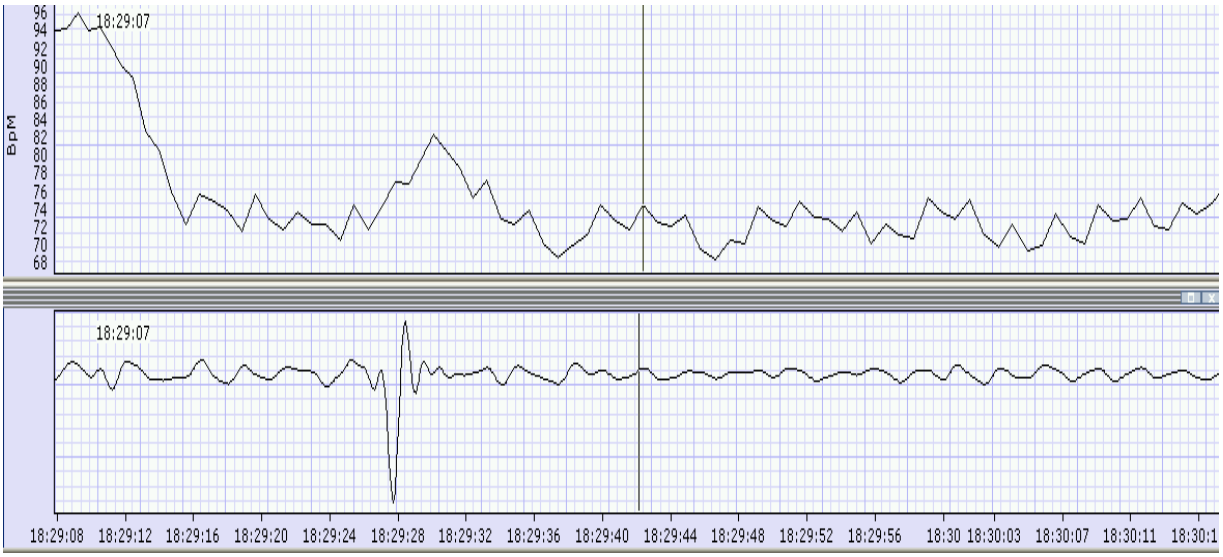

19:14:31
BpM
102
101
100
99
98
97
96
95
94
19:14:31
19:14:32 19:14:36 19:14:40 19:14:44 19:14:48 19:14:52 19:14:56 19:15 19:15:03 19:15:07 19:15:11 19:15:15 19:15:19 19:15:23 19:15:27 19:15:31 19:15:35

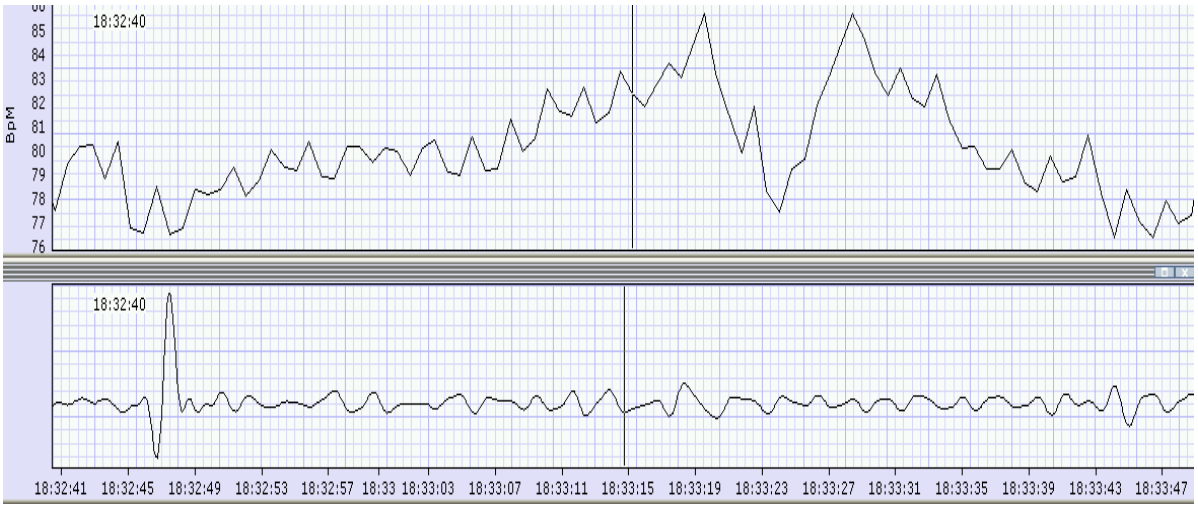

19:38:40
BpM
94
93
92
91
90
89
88
87
86
19:38:40
19:38:41 19:38:45 19:38:49 19:38:53 19:38:57 19:39 19:39:03 19:39:07 19:39:11 19:39:15 19:39:19 19:39:23 19:39:27 19:39:31 19:39:35 19:39:39 19:39:43 19:39:47

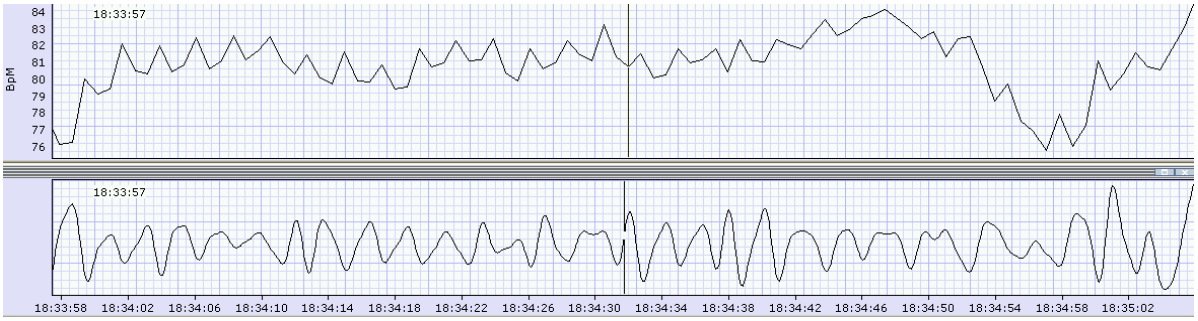


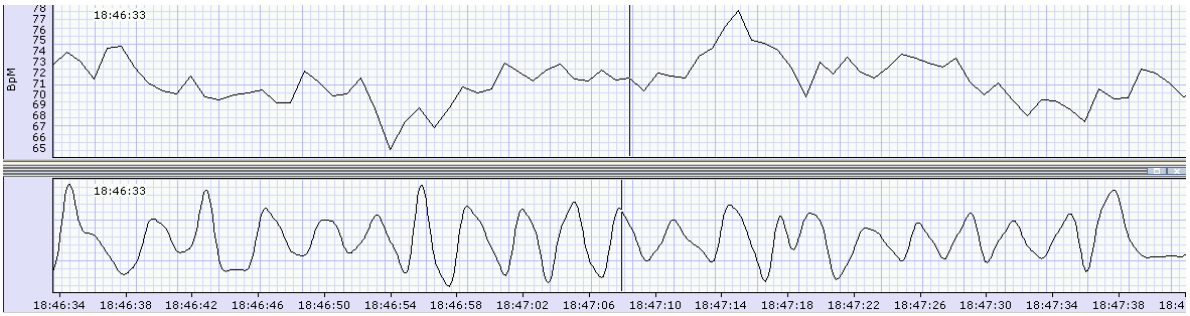
In dieser Sitzung hat es sehr lange gedauert bis es zu einer Regulation kam und sich Herz und Lunge annähernd synchronisierten. Jedoch ist ein klarer Unterschied von den beiden letzten zu den ersten Bildern festzustellen.

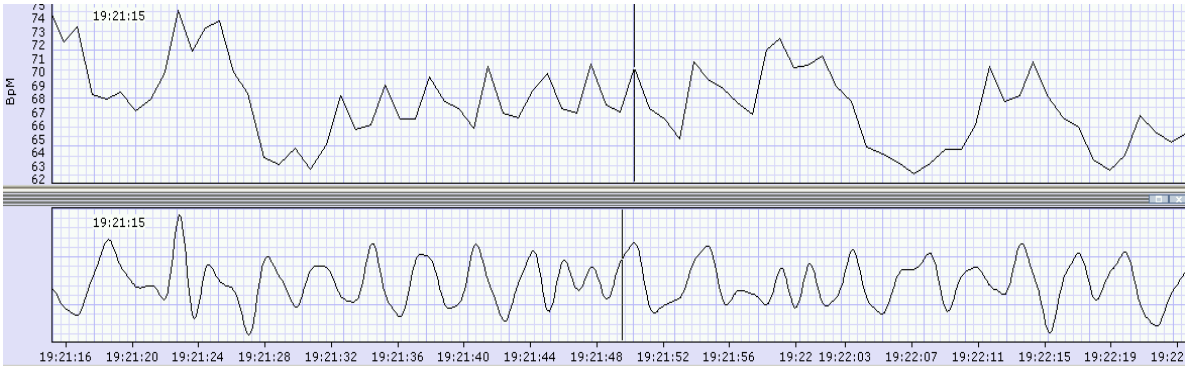
Darstellung der Synchronisation der 9. Sitzung

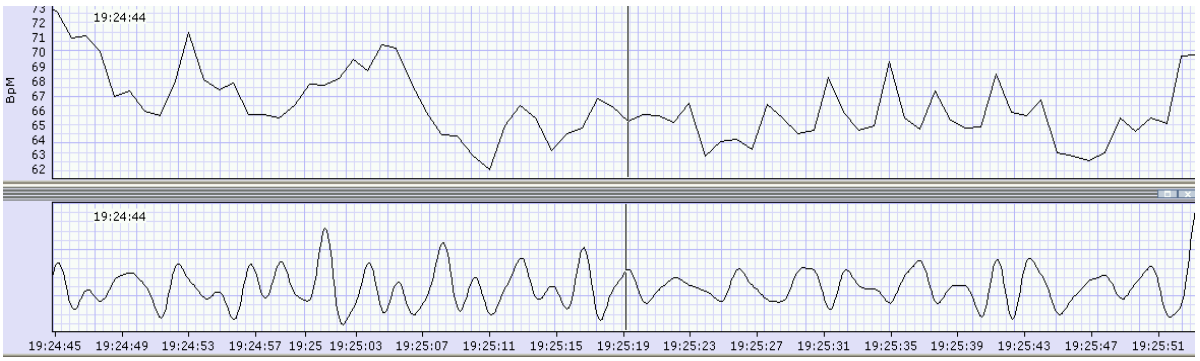



18:32:40
BpM
18:32:40
18:32:41 18:32:45 18:32:49 18:32:53 18:32:57 18:33 18:33:03 18:33:07 18:33:11 18:33:15 18:33:19 18:33:23 18:33:27 18:33:31 18:33:35 18:33:39 18:33:43 18:33:47


18:33:57
BpM
18:33:57
18:33:58 18:34:02 18:34:06 18:34:10 18:34:14 18:34:18 18:34:22 18:34:26 18:34:30 18:34:34 18:34:38 18:34:42 18:34:46 18:34:50 18:34:54 18:34:58 18:35:02

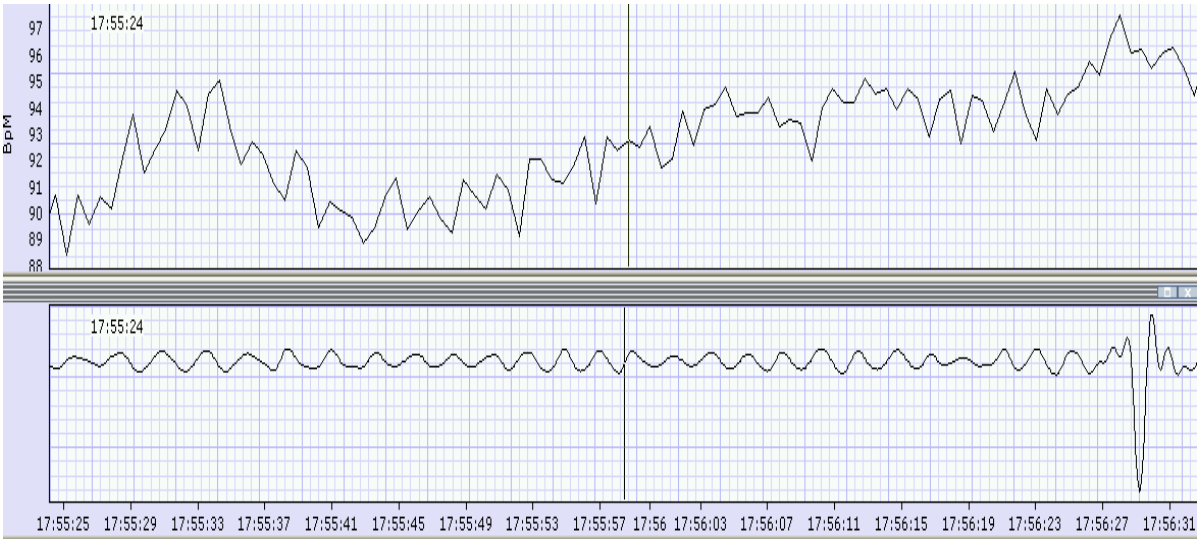

18:46:33
BpM
18:46:33
18:46:34 18:46:38 18:46:42 18:46:46 18:46:50 18:46:54 18:46:58 18:47:02 18:47:06 18:47:10 18:47:14 18:47:18 18:47:22 18:47:26 18:47:30 18:47:34 18:47:38

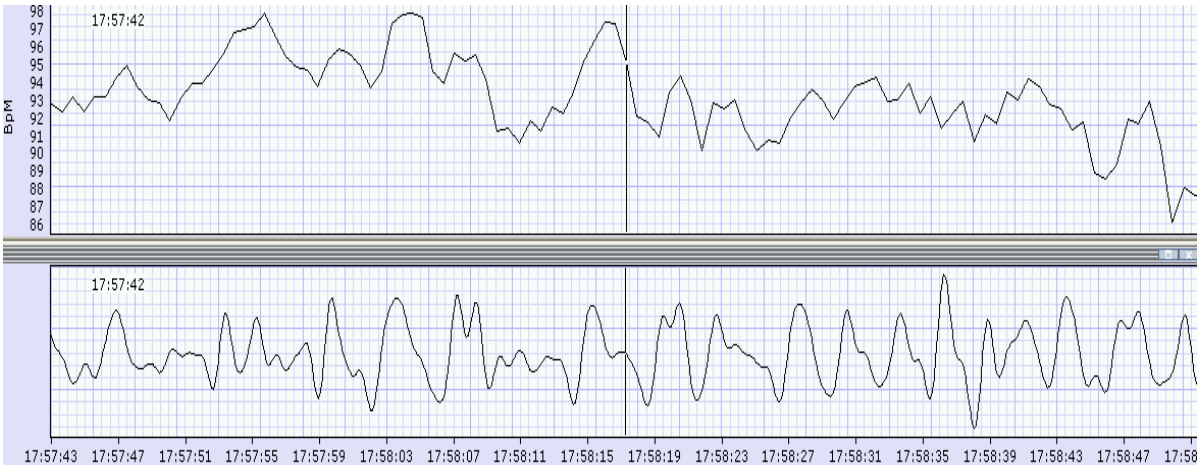

19:21:15
BpM
19:21:15
19:21:16 19:21:20 19:21:24 19:21:28 19:21:32 19:21:36 19:21:40 19:21:44 19:21:48 19:21:52 19:21:56 19:22 19:22:03 19:22:07 19:22:11 19:22:15 19:22:19 19:22

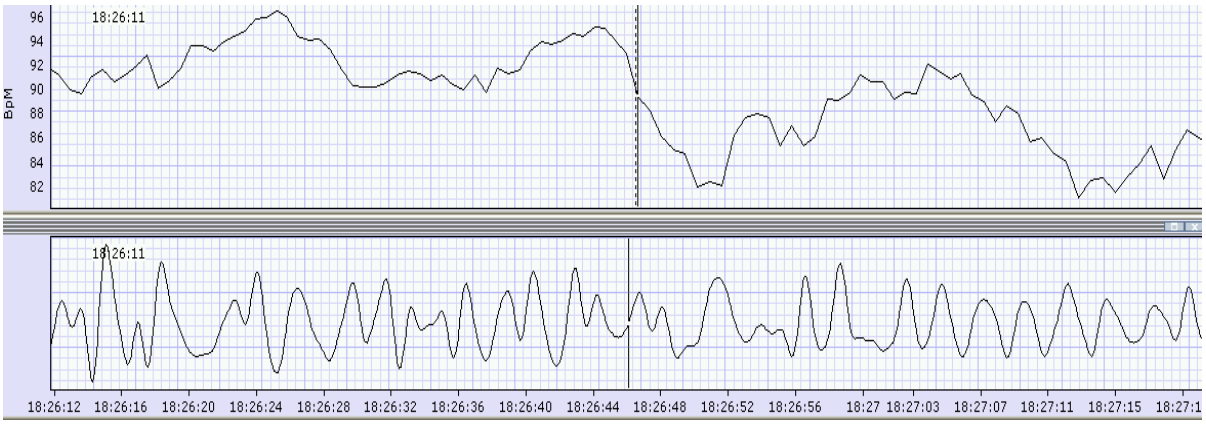


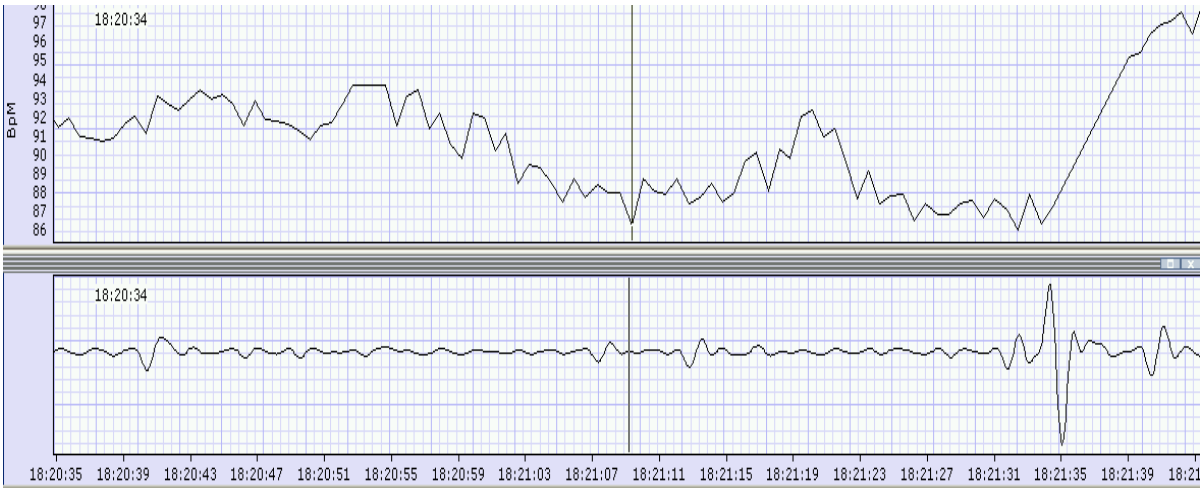
In dieser Sitzung kann man durchwegs ganz gute Synchronisationen erkennen. Sehr deutlich ist auch der Pulsabfall, welcher sich zum Schluss am niedrigsten von allen Sitzungen ist. Das spricht für eine bessere Ausgeglichenheit und weniger externen Stress nach meiner vom Alltag abgeleiteten Hypothese weiter oben. Weiters sind auch die HRV- Werte bei dieser Sitzung am besten.

Darstellung der Synchronisation der 10. Sitzung

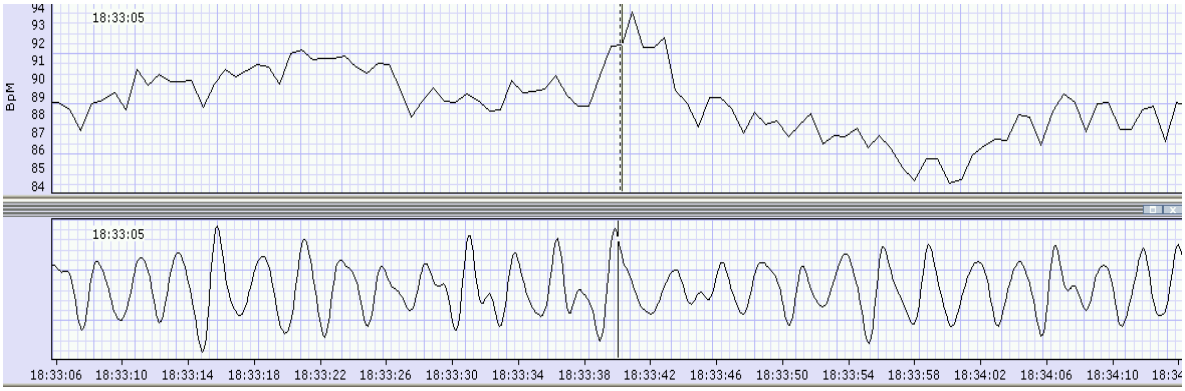


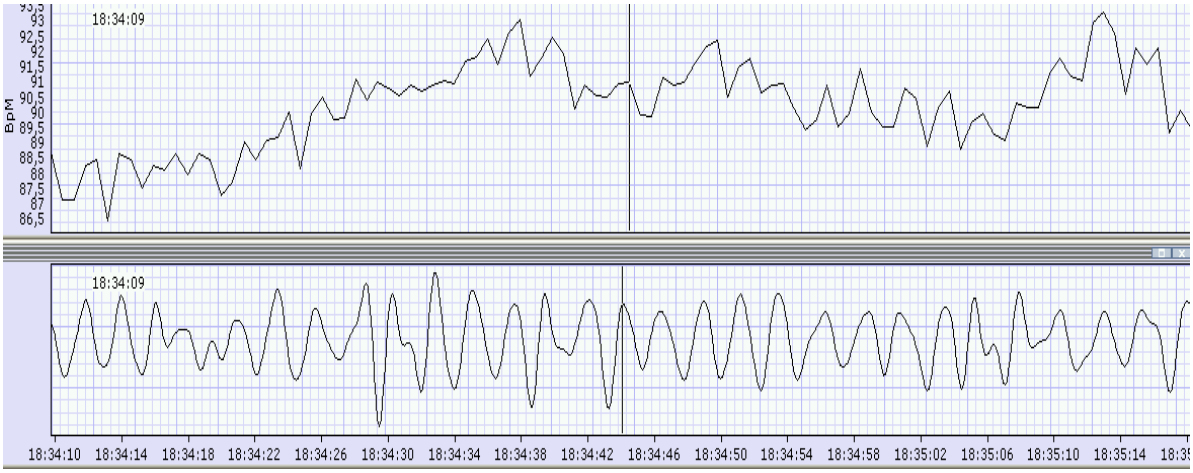


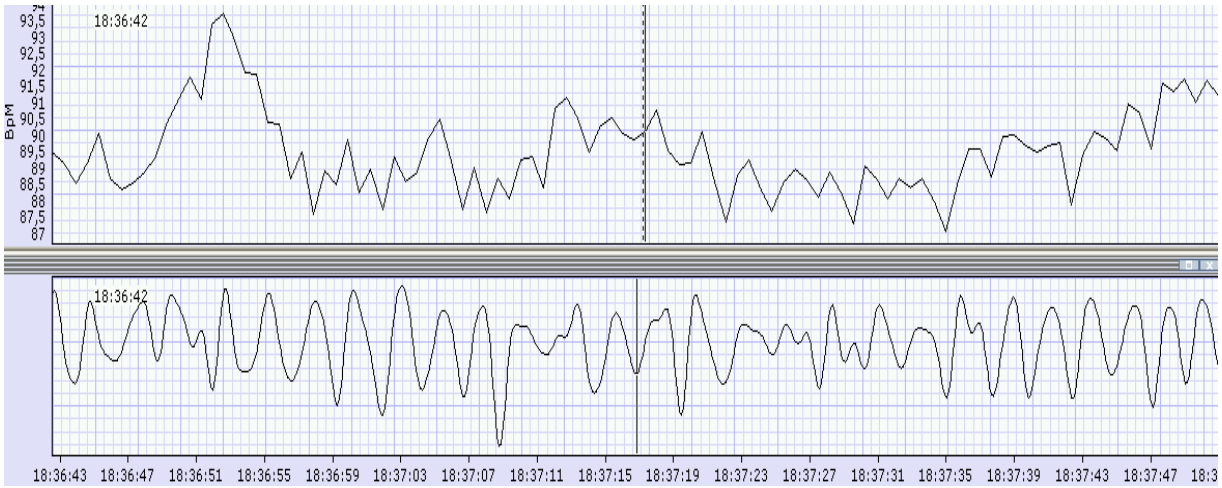




Ab hier kommt es zu einem sehr schönen Zusammenspiel von Herz und Lunge.







Auch bei dieser Sitzung kann man eine sehr gute Regulation über den Verlauf der Therapie erkennen. Die letzten drei Bilder sind die schönsten über alle Sitzungen hinweg.

4.5. Zusammenfassung und Eindrücke der Synchronisationen

Auffällig ist eine Kurvenangleichung in den Sitzungen, sowie über die Sitzungen von Anfang bis Ende. Deshalb denke ich, dass das Zusammenspiel von Herz und Lunge besser geworden ist. Dies bedeutet, unter Berücksichtigung dieser Zitate, „*In der Phase der Erholung schwingt der Organismus besonders stark und der Herzschlag lässt sich vom Atemrhythmus modulieren. Das Herz lehnt sich sozusagen am Atem an.* (Schwingung und Gesundheit, Hrsg. W. Bossinger und R. Eckle, S.69); *Ein gut koordinierter Organismus, in dem die Körperrhythmen zusammenspielen und zusammenwirken, erholt sich besonders schnell und besonders gut. Rhythmus spart Kraft und diese Ersparnis kommt der Erholung zugute.* (Moser et al., 2006a)“, und wenn die oben aufgestellte Hypothese stimmt, dass es zu einer besseren Regulationsfähigkeit, sowie zu einer verbesserten Entspannungsfähigkeit gekommen ist.

Des weiteren fällt auf, dass eine höhere HRV mit einem niedrigeren Puls einhergeht. Der Puls ist tendenziell während der Sitzung immer etwas gesunken.

5. Ergebnisse und Eindrücke in Bezug auf die Fragestellung

Allgemein gesehen, zeigt diese Arbeit, dass die Ethno-Musiktherapie die ideale Lösung zu den beschriebenen Problemen (Gratz, Goffman, Singer,....) in totalitären Institutionen ist.

„Im Strafvollzug Spiegelneuronen verkümmern zu lassen, kann ein Akt persönlich funktionaler psychischer Regulation sein." (GRATZ, 2008: S. 39)

Langeweile, Demoralisierung sowie Diskulturation, also ein „Verlern-Prozess, der den Betreffenden zeitweilig unfähig macht, mit bestimmten Gegebenheiten der Außenwelt fertig zu werden, wenn und falls er hinausgelangt" (GOFFMAN, 1973: S. 24) sind gängige Erscheinungen der individuellen Anpassungsmechanismen an die totale Institution.

Menschen mit problematischen Verhaltensdispositionen als schlecht oder böse abzuurteilen, bedeutet nichts anderes als das Ergebnis einer schicksalshaften Entwicklung des Organs, das unser Wesen ausmacht, zu bewerten." (SINGER, 2004: S. 8)

Und zwar in Bezug auf die Verbesserung der Therapiefähigkeit aufgrund der Empathie (wofür die Spiegelneurone entscheidend sind), der verbesserten Krankheitsresistenz durch die Stressreduktion, und die erhöhte Sozialkompetenz durch Aneignung von Regulationskompetenzen.

5.1. Beantwortung der Forschungsfrage

1. Kann der Rückzug im Sinne der Bindungsforschung, welcher Krankheit und Unterdrückung der Emotionen zur Folge hat, durch die Ethno-Musiktherapie zu einem neuen lebensbejahenden Engagement transformiert werden?

Diese Frage ist gemäß meinen Forschungen nach mit ja zu beantworten. Da der Klient in weiterer Folge soziale Kompetenzen übernommen hat, wie beispielsweise einen Pflegedienst für einen Mitklienten. Er hat an mehreren Freizeitaktivitäten teilgenommen und das gesamte Team hat ihn einstimmig zu dem Klienten mit dem größten Fortschritt in unserer Einrichtung gekürt. Des Weiteren ist die HRV bei ihm in der Therapie immer gestiegen, was für eine bessere Regulation und damit für eine höhere Krankheitsresistenz spricht. (Regulation in den Grundbedürfnissen Autonomie, Bindung

und Kompetenz, ist laut Bindungsforschung nur dann möglich, wenn der Klient vom Rückzug weg zum Engagement kommt) Da er begonnen hat den Autonomieraum zu nutzen und dabei Kompetenzen erlernte und sich dabei seine Bindung zu mir immer weiter stabilisierte, ist von einer Verschiebung im Rückzugs-Engagement-Kontinuum in Richtung Engagement auszugehen. Auch das krankheitsbedingte Fernbleiben von der Arbeit ist weniger geworden.

2. Sind die persönlichen Regulationsstrategien und die Regulationskompetenz, mittels Anwendung durch Ethno-Musiktherapie, in produktivere Bewältigungs- bzw. Regulationsstrategien wandelbar?

Hierfür spricht einerseits die Verbesserung der HRV während der Sitzungen und über den Sitzungszeitraum hinaus. Und, dass der Klient nach einer musiktherapeutischen Einheit, eigenen Angaben zufolge sich geordnet und stark genug gefühlt ha,t um einen zwischenmenschlichen Konflikt in einem langen Gespräch aufzulösen. Nach Angaben seines direkten Bezugsbetreuers Herrn Roger, haben sich seine Gefühlsschwankungen verringert. Dies ist auch meine eigene Beurteilung und auch die des restlichen Teams gemäß der durchgeführten Teamsitzungen. Er hat gelernt, Emotionen so auszudrücken, sich Luft verschaffen kann, ohne andere in die Enge zu treiben.

5.2. Detailergebnisse in Bezug auf die Borderline Persönlichkeitsstörung

Bezugnahme auf die Diagnosekriterien 1, 2, 5, 6 und 7 einer Borderline Persönlichkeitsstörung nach DSM-4:

1. Starkes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassen-Werden zu vermeiden. Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbst verletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.

Vorher:

Unsicherheit oder die Angst verlassen zu werden, löste beim Klienten immer wieder aus, dass er versuchte die Beziehung vorher zu beenden, um bei seinem Partner wieder die Ängste Des-Verlassen-

Werdens zu aktivieren und so die Bindung zu festigen.

Oder der Versuch den Partner fester zu binden, durch stetige Überwachung, Einschränkung dessen Freiheiten und Eifersuchtsszenen, sowie Liebesgeständnisse und Familienpläne.

Des Weiteren wurde jeder irgendwie potentielle Konkurrent abgewertet und beschimpft.

Nachher:

Durch das Verständnis und die Akzeptanz seiner Persönlichkeitsstörung und jener seines Partners konnte er Stimmungsschwankungen und Handlungen seines Partners besser akzeptieren und zeigte nicht immer gleich die Anzeichen von Angst verlassen zu werden. Dies wurde vor allem über das Bewusstmachen seiner Bindungsfähigkeiten (Stabilität, Gelassenheit/Elastizität, Partizipation) erreicht, auf welche er zum der Therapie schon richtig stolz war.

Dass die stetige Überwachung keinen Sinn macht, und die Gedanken welche damit zusammenhängen seinem Körper schaden, konnte er selbst an den HRV- Spektogramms erkennen. Des Weiteren wurde der Fokus darauf gelenkt die Beziehung im hier und jetzt zu genießen und dabei so eigenständig zu bleiben, dass man auch ohne Partner glücklich leben kann. (siehe Sitzung 9)

In Bezug auf den Umgang mit potentiellen Konkurrenten, haben wir stark an der Thematik des beeinflussbaren und des nichtbeeinflussbaren gearbeitet.

2. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.

Vorher:

Personen, welche in dem einen Moment noch die besten Freunde waren konnten im nächsten Moment die schlimmsten Feinde sein. So isolierte er sich zu Beziehungsbeginn von allen seinen Freunden, weil sein Partner auf sie eifersüchtig war, und seine Freunde ihm Ratschläge geben wollten, welche er nicht integrieren wollte/konnte.

Auch Therapeuten und Betreuer, welche ihn auf Schwierigkeiten aufmerksam machten wurden abgewertet, wobei sie, wenn sie ihm bei der Konfliktlösung behilflich waren sofort wieder aufgewertet wurden. Betreuer, welche zu potentiellen Konkurrenten (aus Punkt 1) freundlich waren wurden auch sofort abgewertet.

Nachher:

Durch das stabile Beziehungsangebot in der Musiktherapie und die stetige unbedingte Wertschätzung seiner Person in jeglichem Gefühlszustand (vollkommene Abwertung bzw. übertriebene Aufwertung seiner Person von sich selbst) konnte er die positiven Auswirkungen von Stabilität wertschätzen lernen.

Des Weiteren wurde stark auf die Thematik eingegangen, dass Beziehung ein stetiger Entwicklungsprozess ist, und Konfliktpotential eine Chance zur Weiterentwicklung bzw. eine Lösungschance von belastenden Gedanken.

Jeder darf Fehler machen und keiner will verurteilt werden, war auch eine Thematik, welche er verstanden hat.

5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.

Vorher:

Selbstmordandeutungen oder -drohungen waren stetige Begleiter, wenn es zu Beziehungskrisen gekommen ist. Das Selbstverletzungsverhalten um sich zu spüren war ein Thema, vor allem, weil er oft keine Schmerzen wahrnehmen konnte und sich aufgrund dessen immer wieder über blaue Flecken und Blutergüsse wunderte.

Nachher:

Er erkannte, dass Selbstmorddrohungen in Beziehungsstreits sofort zu Eskalation führen und daher nicht sinnvoll sind. Dies wurde bearbeitet, indem wir auf die gemeinsame Suche nach besseren Strategien gegangen sind. Strategien, welche er sich stattdessen aneignen konnte, waren: den Partner halten, zärtliche Worte spenden, Verständnis trotz anderer Meinung. Auf das Ergebnis war er sehr stolz.

In Bezug auf seine Schmerzwahrnehmung sind wir stark auf seine Gefühlszustände eingegangen, welche er hat, wenn er Schmerzen spüren oder nicht spüren kann. Dabei sind wir in seiner Psyche zu dem Zeitpunkt des Auslösers der Schmerzunempfindlichkeit zurück gegangen. Es kamen Erlebnisse zu Tage, wie das Sehen des Sterbens des Vaters mit sechs Jahren sowie danach das stetige verprügelt werden durch die der Mutter. Es wurden Berührungspunkte geschaffen, an welchen weiter gearbeitet wird, jedoch konnte noch keine offensichtliche Veränderung beobachtet werden.

6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige

Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).

Vorher:

Seine Schwankungsbreite von ängstlich zu übertrieben mutig und von traurig zu übertrieben fröhlich und von selbständig zu übertrieben hilfsbedürftig war enorm. Außerdem, konnte sich die Stimmung alle paar Minuten ändern.

Nachher:

Hier hat er gelernt seine Stimmung nicht immer nur von einem äußeren Umständen abhängig zu machen und sich Abzugrenzen wenn er nichts verändern kann. Des Weiteren hat er verstanden, dass es nur ihm selbst schadet wenn er gereizt ist oder angst um nicht in seiner Hand liegende Sachverhalte hat. Es wurde besonders an der Bewusstmachung in Bezug auf seine Schwankung von „himmelhoch jauchzend" bis „zu Tode betrübt" gearbeitet, und als Lösung aufgezeigt, dass der Zustand dazwischen aus welchem heraus man Ausflüge in beide Richtungen machen kann der ökonomischste und gesündeste ist.

7. Chronische Gefühle von Leere.

Vorher:

Chronische Gefühle von Leere äußerte er immer wenn er sich lange keinen Ausdruck verschaffen konnte. Oder wenn er einen Streit hatte, wo es zwischen ihm und seiner Freundin zu keinem Konsens kam und er aufgrund seiner Liebe, es nicht schaffte sie zu entwerten und einfach als Feindbild anzusehen, was bei jedem anderen seine Strategie gewesen wäre.

Nachher:

Um das chronische Gefühl von Leere nicht aufkommen zu lassen, arbeiteten wir an Strategien wie er sich ausdrücken kann ohne Widerstand zu erzeugen. Beispielsweise, dass es sinnvoll ist etwas Positives zu erwähnen, bevor man Kritik äußert und seine Gefühle und Bedürfnisse darlegt. Und, dass es sein Recht ist, seine Gedanken preis zu geben.

Alle unter „Nachher" angeführten Punkte, bedürfen natürlich immer wieder der Bewusstmachung durch sich selbst und durch den Therapeuten. Sie sind jedoch bereits in der Selbstreflexion verankert, auch wenn es manchmal etwas Zeit benötigt bis der Klient sich dieser wieder bewusst wird. Durch weiteres Arbeiten mit den erarbeiteten Regulationsstrategien und der Verinnerlichung

(Regulationskompetenz) sollten diese Strategien dauerhaft helfen, mit der Persönlichkeitsstörung besser umgehen zu können.

6. Schlusswort

Die einleitende Fragestellung kann abschließend im Ergebnis als richtig beurteilt werden. Auch wenn sich der Weg zur Lösung der gestellten Aufgaben doch als recht schwierig herausstellte. Geeignetes Material, insbesondere unterstützende Literatur, bedeutete eine Herausforderung. Die Studien an Patienten über einen längeren Zeitraum stellte sich ebenfalls schwieriger heraus, als ursprünglich angenommen. Meine relativ hoch gesteckten Erwartungen haben sich erfüllt und decken sich mit den erreichten Zielen. Das Pilotprojekt konnte, mit Ausnahme des Ausfalls eines Testtages, wie geplant durchgeführt werden. Ich bin überzeugt, dass ich mit meiner Arbeit einen Beitrag für meine eigene Fortentwicklung geleistet habe. Sollte es darüber hinaus gelungen sein, Anregungen für den erfolgreichen Einsatz von Ethno-Musiktherapie im Massnahmenvollzug zu geben, die helfen, Patienten wieder in die Gesellschaft einzugliedern, würde ich mich sehr darüber freuen.

7. Literaturverzeichnis

ANTONOVSKY A., 1997, Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. dgvt-Verlag, Tübingen

BECKER-STOLL Fabienne, Das Familienhandbuch des Staatsinstituts für Frühpädagogik (IFP)

BOSSINGER Wolfgang, ECKLE Raimund, 2008, Schwingung und Gesundheit, Traumzeit- Verlag

BRITSCH Karl Heinz, HELLBRÜGGE Theodor, 2009, Wege zur sichern Bindung in Familie und Gesellschaft, Klett- Cotta

DECKER-VOIGT Hans Helmut und WEYMANN Eckhard, 2009, Lexikon Musiktherapie, 2. überarbeitete Auflage, Hogrefe

FRANKE Alexa, 2010, Modelle von Gesundheit und Krankheit, 2. überarbeitete Auflage, Huber-Verlag

GOFFMAN Erving, 1973, Asyle - Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main

GOLD Christian, *Effects of Music Therapy for Prison Inmates: phase 2 (MT-PRIS2) - Periode: 01.01.10 - 31.12.12* (Diese Studie ist auf der Homepage der GAMUT - The Grieg Academy Music Therapy Research Centre nachzulesen unter der Webadresse: http://helse.uni.no/Projects.aspx?site=4&description=0&project=2364 [abgerufen am 15.05.2011]

GRATZ W., 2008, Im Bauch des Gefängnisses - Beiträge zu Theorie und Praxis des Strafvollzugs. 2. durchgesehene und verbesserte Auflage, NWV-Verlag,

HOLENSTEIN Gabriela, 2009, „Der Rhythmus von Herz und Atem“, dieser Artikel ist unter dieser Webadresse zu finden: www.atem-schweiz.ch/pdf/atemzeit_Heft2_Artikel_3.pdf [abgerufen am 15.05.2011]

HUTTERER Robert, 2009, Personenzentrierte Perspektive (Reader zur Vorlesung)

JUSLINE Österreich, Gesetze - Gesetz Verzeichnis – Entscheidungen von Höchstgerichten - Gesetze aus Österreich im Volltext, *www.jusline.at/*

KRYSPIN-EXNER Ilse, 2005, Klinische Psychologie1 und 2

LOHNINGER Alfred, 2010, „Brennen - ohne auszubrennen!“, Ausbildungsunterlagen Lebensfeuer 1,

2, 3 und 4 unter http://www.lebensfeuer-analyse.com/herzratenvariabilität, http://www.lebensfeuer.com/, und https://portal.lebensfeuer.com/ [alle abgerufen am 15.05.2011]

PARLAMENTSKORRESONDENZ, Anfragebeantwortungen der Bundesministerin für Justiz zum Thema „die Unterbringung geistig abnormer Rechtsbrecher (§ 21 StGB)“ unter http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/AB/AB_02991/fname_172336.pdf [abgerufen am 15.06.2011] und unter http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/AB/AB_02992/fname_172335.pdf [abgerufen am 15.06.2011] sowie zum Thema Errichtung einer forensischen Psychiatrie auf dem Gelände der Justizanstalt Asten unter http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIII/AB/AB_02603/fname_100533.pdf [abgerufen am 15.06.2011].

RIS (Rechtsinformationssystem des Bundes) unter http://www.ris.bka.gv.at/. (Das Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS) ist eine vom Bundeskanzleramt betriebene elektronische Datenbank. Sie dient der Kundmachung der im Bundesgesetzblatt zu verlautbarenden Rechtsvorschriften sowie der Information über das Recht der Republik Österreich)

ROGERS Carl, 1983, Therapeut und Klient - Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Fischer Verlag, Frankfurt

ROMANOWSKI-GRÜNEKE Bob, 2007, der gesamte von ihm selbst überarbeitete Vortrag ist auf seiner Homepage unter http://www.musiktherapie-berlin-praxis.de/musiktherapie-im-strafsystem/ zu finden [abgerufen am 15.05.2011]

ROSENBERG M.B., 2010, Gewaltfreie Kommunikation – Eine Sprache des Lebens. Junfermann Verlag, Paderborn

SCHIFFER E., 2001, Wie Gesundheit entsteht - Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung. Weinheim: Beltz

SCHORN, Herbert: Leben als geistig abnormer Straftäter in Asten: Von Lethargie bis Lebensmut. Artikel in den Oberösterreichischen Nachrichten vom 27. Mai 2010, unter http://www.nachrichten.at/oberoesterreich/linz/art66,399707 [abgerufen am 15.06.2011].SCHWARZ Christoph, 2010, Diplomarbeit – Ethno-Musiktherapie mit „geistig abnormen Rechtsbrechern“

SERVAN-SCHREIBER David, 2006, Die neue Medizin der Emotionen, Goldmann- Verlag

SINGER Wolf, 2004, Entscheidungsgrundlagen, Max-Planck-Institut für Hirnforschung, Frankfurt am Main: Keiner kann anders als er ist. Verschaltungen legen uns fest: Wir sollten aufhören, von Freiheit zu reden. www.mpih-frankfurt.mpg.de/global/Bilder/FAZ.pdf [abgerufen am 15.05.2011]

THOME Helmut, 2008, 2.11., Notizen zu Neurobiologie, Willensfreiheit und Schuldfähigkeit, unter www.soziologie.uni-halle.de/thome/docs/neuro_notes5.pdf [abgerufen am 15.05.2011]

TUCEK Gerhard, 2000, Altorientalische Musik- und Tanztherapie. In: Jahrbuch für Transkulturelle Medizin und Psychotherapie 1996/1997: S. 105-150, Hg.: Karl Hörmann, VWB, Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 2006, Psychophysiologisches Monitoring während einer Altorientalischen Musiktherapie – Untersuchung der Beziehung zwischen Therapeut und Patient. In: Sonderheft Hogrefe Musik, Tanz- und Kunsttherapie, 2001, 17. Jg, Heft 2

WIKIPEDIA, „Maßnahmenvollzug“, unter http://de.wikipedia.org/wiki/Ma%C3%9Fnahmenvollzug [abgerufen am 15.06.2011].

WYDLER H., KOLIP P., ABEL T., 2010, Salutogenese und Kohärenzgefühl, 4. Auflage, Juventa

ZEUCH Andreas, 2002, Aspekte zur Musiktherapie in der Sozialtherapeutischen Anstalt Baden-Württemberg und in der Behandlung herzinsuffizienter Patienten im Rahmen eines Trainingsprogramms des Uniklinikums Heidelberg in Kooperation mit der Rehaklinik Kohlhof, Heidelberg. Siehe unter http://www.wfmt.info/Musictherapyworld/modules/mmmagazine/issues/20020328090455/20020328095607/Zeuch.pdf [abgerufen am 15.05.2011]

8. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Skizze der Beziehungen „Klient-Therapeut“ aus Personenzentrierte Perspektive-Beratung, Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung, von R. Hutterer, S. 98 …...… 35

Abbildung 2: Entwicklungsmodell von Skinner und Wellborn, 1991, Abb. 3., S. 106 39

Alle anderen Abbildungen entstammen aus dem Lebensfeuer Analyse Portal; eine Ausnahme bilden die Spektogramme während der Therapie, die mittels der stationären Softwear von Dr. Alfred Lohninger erstellt wurden.

9. Anhang

Wichtige in Betracht kommenden Rechtsnormen (auszugsweise aus dem RIS (Rechtsinformationssystem des Bundes), unter http://www.ris.bka.gv.at/)

Allgemeine Bestimmungen – Begriffsbestimmungen gemäß § 1 des Strafgesetzbuch (StGB)

§ 1. Im Sinne dieses Bundesgesetzes ist:

1. Strafurteil: jedes Erkenntnis eines Strafgerichtes, mit dem wegen einer den Gerichten zur Aburteilung zugewiesenen strafbaren Handlung eine Freiheitsstrafe verhängt worden ist;

2. Verurteilter: jede Person, über die in einem Strafurteil eine Freiheitsstrafe verhängt worden ist;

3. Strafgefangener: jeder Verurteilte, an dem eine in einem Strafurteil verhängte Freiheitsstrafe vollzogen wird;

4. Untergebrachter: jede Person, an der eine mit Freiheitsentziehung verbundene vorbeugende Maßnahme vollzogen wird;

5. Strafzeit: die Zeit, die der Verurteilte auf Grund eines Strafurteiles oder mehrerer unmittelbar nacheinander zu vollziehender Strafurteile in Strafhaft zuzubringen hat. Als Strafhaft ist jede dem

Vollzug eines Strafurteiles dienende Haft anzusehen. …

§ 21 StGB Unterbringung in einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher

(1) Begeht jemand eine Tat, die mit einer ein Jahr übersteigenden Freiheitsstrafe bedroht ist, und kann er nur deshalb nicht bestraft werden, weil er sie unter dem Einfluss eines die Zurechnungsfähigkeit ausschließenden Zustandes (§ 11) begangen hat, der auf einer geistigen oder seelischen Abartigkeit von höherem Grad beruht, so hat ihn das Gericht in eine Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher einzuweisen, wenn nach seiner Person, nach seinem Zustand und nach der Art der Tat zu befürchten ist, dass er sonst unter dem Einfluss seiner geistigen oder seelischen Abartigkeit eine mit Strafe bedrohte Handlung mit schweren Folgen begehen werde.

(2) Liegt eine solche Befürchtung vor, so ist in eine Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher auch

einzuweisen, wer, ohne zurechnungsunfähig zu sein, unter dem Einfluss seiner geistigen oder seelischen Abartigkeit von höherem Grad eine Tat begeht, die mit einer ein Jahr übersteigenden Freiheitsstrafe bedroht ist. In einem solchen Fall ist die Unterbringung zugleich mit dem Ausspruch über die Strafe anzuordnen.

§ 21 StGB Unterbringung in einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher, Entscheidungstext OGH vom 13.01.2005, 15 Os 149/04, siehe unter http://www.jusline.at/index.php?cpid=ba688068a8c8a95352ed951ddb88783e&lawid=11&paid=21

Rechtssatz (Entscheidung) des Obersten Gerichtshofes (OGH)

In eine Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher nach § 21 Abs 1 StGB ist einzuweisen, wer eine Tat begeht, die mit einer ein Jahr übersteigenden Freiheitsstrafe bedroht ist, und nur deshalb nicht bestraft werden kann, weil er sie unter dem Einfluss eines die Zurechnungsfähigkeit ausschließenden Zustandes (§ 11 StGB) begangen hat, der auf einer geistigen oder seelischen Abartigkeit von höherem Grad beruht. Könnte der Täter ungeachtet des erwähnten Einflusses schon aus einem anderen Grund nicht bestraft werden, so darf er nicht eingewiesen werden. Rücktritt vom Versuch hindert daher die Einweisung.

http://www.jusline.at/index.php?cpid=77cc2619465c939cd4189c33216b2d0c&feed=374053,

§ 21 StGB Unterbringung in einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher, Entscheidungstext OGH vom 13.01.2005, 15 Os 149/04, siehe unter http://www.jusline.at/index.php?cpid=ba688068a8c8a95352ed951ddb88783e&lawid=11&paid=21 und http://www.jusline.at/index.php?cpid=77cc2619465c939cd4189c33216b2d0c&feed=374053 [alle abgerufen am 15.06.2011].

§ 166. Strafvollzugsgesetz (StVG) Unterbringung nach § 21 Abs. 2 des Strafgesetzbuches (StGB)

Für den Vollzug der Unterbringung nach § 21 Abs. 2 des Strafgesetzbuches gelten folgende besondere Bestimmungen:

1. Die Untergebrachten sind zur Erreichung der Vollzugszwecke (§ 164) entsprechend ihrem Zustand ärztlich, insbesondere psychiatrisch, psychotherapeutisch, psychohygienisch und erzieherisch zu betreuen. Soweit danach Abweichungen von den Bestimmungen über den Vollzug der Unterbringung (§ 167) erforderlich sind, hat der Anstaltsleiter diese Abweichungen im Rahmen des § 165 Abs. 1 Z 1

und 2 anzuordnen.

2. Eine Unterbrechung der Unterbringung darf nur gewährt werden, wenn anzunehmen ist, dass der Untergebrachte während der Zeit der Unterbrechung keine gerichtlich strafbare Handlung begehen wird. Im übrigen gilt hiefür § 99 dem Sinne nach mit folgenden Maßgaben:

a) Eine Unterbrechung im Sinne des § 99 Abs. 1 Z 1 ist zulässig, sobald die voraussichtlich noch zu verbüßende Strafzeit drei Jahre nicht übersteigen würde, eine Unterbrechung im Sinne des § 99 Abs. 1 Z 2, sobald diese Strafzeit ein Jahr nicht übersteigen würde.

b) Eine Unterbrechung darf auch gewährt werden, soweit dies zur Behandlung des Zustandes des Untergebrachten (Z 1) oder zur Vorbereitung auf das Leben in Freiheit notwendig oder zweckmäßig erscheint. In diesem Fall darf das zeitliche Ausmaß der Unterbrechung bis zu einem Monat betragen. Über eine Unterbrechung von mehr als vierzehn Tagen entscheidet das Vollzugsgericht

§ 166. StVG Unterbringung nach § 21 Abs. 2 des Strafgesetzbuches siehe unter http://www.jusline.at/index.php?cpid=ba688068a8c8a95352ed951ddb88783e&lawid=197&paid=166&mvpa=184 [alle abgerufen am 15.06.2011]. http://www.jusline.at/index.php?cpid=ba688068a8c8a95352ed951ddb88783e&lawid=11&paid=21 und

§ 167. StVG Ergänzende Bestimmungen

(1) Soweit die §§ 164 bis 166 nichts anderes bestimmen, gelten die §§ 20 bis 129, 131 bis 135, 146 bis 150 und 152 dem Sinne nach. Eine Anhörung des Untergebrachten durch das Gericht vor der Entscheidung über die bedingte Entlassung (§ 152a) hat mindestens einmal innerhalb von zwei Jahren stattzufinden.

(2) Vor der Entscheidung über eine bedingte Entlassung ist auch den Sicherheitsbehörden, in deren Sprengel sich der Entlassene zuletzt aufgehalten hat und voraussichtlich aufhalten wird, Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

§ 167. StVG Ergänzende Bestimmungen siehe unter http://www.jusline.at/index.php?cpid=ba688068a8c8a95352ed951ddb88783e&lawid=197&paid=167&mvpa=185 [abgerufen am 15.06.2011].

Auszug aus Rechtssatz (Entscheidungstext) des Verwaltungsgerichtshofes (VwGH)

Beim Beschwerdeführer handelt es sich weder um eine zur Unterbringung geistig abnormer Rechtsbrecher gemäß § 158 Abs. 1 StVG bestimmte Anstalt noch um eine öffentliche Krankenanstalt für Psychiatrie, an der eine Unterbringung im Sinne des § 158 Abs. 4 StVG vollzogen werden könnte. Es handelt sich vielmehr um einen Verein, der geistig abnorme Rechtsbrecher - während einer Unterbrechung der Unterbringung (in der psychiatrischen Abteilung eines Landeskrankenhauses) - betreut, indem er zum einen für ihre Unterkunft und Verpflegung durch eine näher bezeichnete Person, mit der er einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen hat, sorgt, und ihnen zum anderen psychosoziale Betreuung angedeihen lässt. Diese Betreuung zielt auf die Rehabilitation der geistig abnormen Rechtsbrecher, die während dieser Zeit der Unterbrechung ihrer Unterbringung zwar im Sinne des § 166 Z. 2 StVG die vorgeschriebenen Bedingungen und Auflagen einzuhalten haben. Diese Betreuung stellt aber keine dem StVG unterliegende Unterbringung geistig abnormer Rechtsbrecher in einer nach dem StVG dazu bestimmten Anstalt dar. Eine Ermächtigung der zur Vollziehung des StVG berufenen Organe, Private wie beispielsweise ein Verein mit Aufgaben des Strafvollzugs zu betrauen, sieht das Gesetz nicht vor. Vielmehr darf die Unterbringung geistig abnormer Rechtsbrecher ausschließlich in den dafür besonders bestimmten Anstalten sowie in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie vollzogen werden.

Die Unterbringung geistig abnormer Rechtsbrecher im Sinne des § 21 StGB ist gemäß § 158 Abs. 1 StVG in den dafür besonders bestimmten Anstalten zu vollziehen, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird.

Gemäß § 158 Abs. 4 StVG darf die Unterbringung nach § 21 Abs. 1 StGB (unter bestimmten Voraussetzungen) durch Aufnahme in eine öffentliche Krankenanstalt für Psychiatrie, die Unterbringung nach § 21 Abs. 2 StGB gemäß § 158 Abs. 5 StVG auch in besonderen Abteilungen der Anstalten zum Vollzug von Freiheitsstrafen vollzogen werden.

Für den Vollzug der Unterbringung nach § 21 Abs. 2 StGB gelten gemäß § 166 StVG folgende besondere Bestimmungen:

1. Die Untergebrachten sind zur Erreichung der Vollzugszwecke (§ 164) entsprechend ihrem Zustand ärztlich, insbesondere psychiatrisch, psychotherapeutisch, psychohygienisch und erzieherisch zu betreuen. Soweit danach Abweichungen von den Bestimmungen über den Vollzug der Unterbringung (§ 167) erforderlich sind, hat der Anstaltsleiter diese Abweichungen im Rahmen des § 165 Abs. 1 Z. 1 und 2 anzuordnen.

2. Eine Unterbrechung der Unterbringung darf nur gewährt werden, wenn anzunehmen ist, dass der

Untergebrachte während der Zeit der Unterbrechung keine gerichtlich strafbare Handlung begehen wird. Im Übrigen gilt hiefür § 99 dem Sinne nach mit folgenden Maßgaben:

a) Eine Unterbrechung im Sinne des § 99 Abs. 1 Z. 1 ist zulässig, sobald die voraussichtlich noch zu verbüßende Strafzeit drei Jahre nicht übersteigen würde, eine Unterbrechung im Sinne des § 99 Abs. 1 Z. 2, sobald diese Strafzeit ein Jahr nicht übersteigen würde.

b) Eine Unterbrechung darf auch gewährt werden, soweit dies zur Behandlung des Zustandes des Untergebrachten (Z. 1) oder zur Vorbereitung auf das Leben in Freiheit notwendig oder zweckmäßig erscheint. In diesem Fall darf das zeitliche Ausmaß der Unterbrechung bis zu einem Monat betragen. Über eine Unterbrechung bis zu einem Ausmaß von vierzehn Tagen entscheidet der Anstaltsleiter. Soweit es erforderlich erscheint, ist die Unterbrechung nur unter Auflagen oder Bedingungen zu gestatten.

Gemäß § 167a Abs. 1 StVG sind die öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie verpflichtet, die nach den §§ 158 Abs. 4 und 161 eingewiesenen Personen aufzunehmen und anzuhalten. Unterbrechungen, Ausgänge und Entlassungen sind nur nach Maßgabe der §§ 162 und 166 Z. 2 dieses Bundesgesetzes sowie des § 47 des Strafgesetzbuches zulässig. Im Übrigen gelten für die Vollziehung der Anhaltung die §§ 33 bis 38 des Unterbringungsgesetzes mit näher dargelegten Maßgaben sinngemäß.

VwGH Erkenntnis 2008/03/14 2006/10/0221, im RIS seit 28.04.2008.