

Musiktherapie mit Patienten der gemischt-integrativen gerontopsychiatrischen Station eines Gemeindekrankenhauses

1. Einleitung

2. Institutioneller Rahmen

- 2.1. Station PE der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
- 2.2. Klientel und Krankheitsbild

3. Voraussetzungen

- 3.1. Grundlegende Arbeitsbedingungen
- 3.2. Besonderheiten des Arbeitsfeldes
- 3.3. Räumlichkeiten
- 3.4. Diagnostik, Zieldefinition und Indikation

4. Theorien und wissenschaftliche Aspekte der eigenen Arbeit

- 4.1. Definition und Wirkungsweise von Musiktherapie
- 4.2. Musiktherapie als Gerontotherapie
- 4.3. Zielvorstellungen
- 4.4. Vorgehensweisen

5. Musiktherapeutische Konzepte, Techniken und Interventionen – Orientierung an einem exemplarischen Verlauf

- 5.1. Therapeutisches Behandlungskonzept
 - 5.1.1. Therapeutische Beziehung, Haltung und Motivation
 - 5.1.2. Zusammenstellung der Gruppe
- 5.2. Singen
- 5.3. Begegnung mit Instrumenten
 - 5.3.1. Einführendes Angebot und niederschwelliges Setting
 - 5.3.2. Improvisation und Grenzen
 - 5.3.3. Psycho-vegetative Beeinflussung
- 5.4. Themen, Interventionen und Entwicklungen
 - 5.4.1. Resonanz und Empathie in der Reflexion

6. Weitere Fallbeispiele aus der Einzel- und Gruppenmusiktherapie

7. Resümee, Bewertung, Fazit

8. Literatur

1. Einleitung

Geht man über die Flure von Pflege- oder gerontopsychiatrischen Stationen in Altenheimen, so wird deutlich, woraus der Alltag der Bewohner bzw. Patienten in der Regel trotz vielfältiger Bemühungen der Pflegenden und der Sozialbetreuer zu einem großen Teil besteht:

Die alten Menschen sitzen nebeneinander auf dem Flur, einige scheinen zu schlafen oder vor sich hinzudösen, andere rufen oder agieren ihren verstärkten Bewegungsdrang aus und laufen den Gang auf und ab, manchmal stundenlang.

Die Bewohner bzw. Patienten sitzen zwar räumlich zusammen, doch entsteht eher der Eindruck von Vereinzelung und Isolation als der eines Miteinanders. Gespräche untereinander sind eher selten, eine Art von Erstarrung spiegelt sich oft auch auf den Gesichtern und im Körperausdruck wider. Auf manchen Besucher wirkt diese unbewegte Atmosphäre sehr beklemmend.¹

2. Institutioneller Rahmen

Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik verkörpert die stationäre Psychiatrie des Evangelischen Krankenhauses Bergisch Gladbach mit gemeindenaher Regelversorgung der Orte Bergisch Gladbach, Odenthal, Overath und Rösrath.

Die Klinik ist noch im Aufbau, der erste Bauabschnitt wurde im Januar 2003 abgeschlossen und verfügt seitdem über drei Stationen (mit je 17 oder 18 Betten) und eine psychotherapeutische Tagesklinik (18 Plätze).

2.1. Station PE

Seit Juni 2005 verfügt die Klinik auch über eine gerontopsychiatrische Station mit bis zu 21 Betten.

Zur Versorgung der PatientInnen stehen Schwestern und Pfleger, Ärzte und Ärztinnen, eine Psychologin und eine Sozialarbeiterin zur Verfügung.

Die PatientInnen, die dazu in der Lage sind, werden zu Küchendienst und anderen kleinen Arbeiten herangezogen.

Wenn es nötig ist, werden auch Angehörige in die Behandlung mit einbezogen oder wenigstens zu Gesprächen eingeladen. Für manche von ihnen muss eine Unterbringung in einem Heim oder im betreuten Wohnen gesucht werden. Es dauert unterschiedlich lange, das Leben der PatientInnen neu zu ordnen.

Um die PatientInnen zur Bewältigung des Alltags nach der Entlassung zu befähigen und wieder in ihr gewohntes Umfeld einzugliedern, werden TBT und ÜBT an den Wochenenden geplant.

2.2. Klientel und Krankheitsbild

Die PatientInnen, die auf der gerontopsychiatrischen Station behandelt werden, sind in einem sehr unterschiedlichen Alter und zwischen etwa 35-90 Jahre alt.

¹ Linden, Ulrike: „Gruppenmusiktherapie in der Geriatrie“, in: Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie (Hrsg.): Beiträge zur Musiktherapie, Berlin 1999, S. 1-6

Ich möchte mich an dem Modell von Peter Hoffmann orientieren, der in seiner Praxisdokumentation zur Musiktherapie in der Erwachsenenpsychiatrie im Rahmen der Konferenzen: Formen der Begegnung - Wege zum Dialog, Musiktherapie in der Psychiatrie² diagnoseübergreifend die Leidenssymptome aufzeigt, die die PatientInnen prägen:

- Angst
- hohe Selbstverunsicherung
- Kontakt- Beziehungsstörungen, Abgrenzungsprobleme
- Wahrnehmungsstörungen
- Gefühlseinschränkungen, Veränderungen des Erlebens
- Antriebsstörungen
- Veränderungen des Welt- Realitätsbezuges
- Beeinträchtigungen des Handelns
- Denkbeeinträchtigungen, Sprachbeeinträchtigung
- veränderte Körperwahrnehmung
- vegetative Symptome (Herzrasen, Schwindel etc.)

Dahinter verstecken sich im Einzelfall ganz unterschiedliche Diagnosestellungen:

- Angst- und Zwangserkrankungen
- Depressionen
- Sucht- und Persönlichkeitsstörungen, Psychosen.

Zu den psychischen Alterserkrankungen zählen Psychosen, Altersdepressionen, hirnorganische Erkrankungen und Demenzen, die je nach Schweregraden das Leben mehr oder weniger beeinträchtigen.

Demenzkranken und PatientInnen mit Schlaganfall haben ein außerordentlich hohes Risiko, zusätzlich an einer Depression zu erkranken, die oft zu selten erkannt werden. Sie wird häufig als Befindlichkeitsstörung abgetan und die Beschwerden werden bagatellisiert.

Vor allem alleinstehende Menschen, die den Kontakt zur Umwelt verlieren oder verloren haben, haben ein hohes Depressionsrisiko. Sie geben sich bis hin zur Verwahrlosung auf.³

PatientInnen mit senilen, vaskulären und frontotemporalen Demenzen in verschiedenen Stadien und Ausprägungen oder mit Demenzerkrankungen Typ Alzheimer sind zeitlich, räumlich, situativ und personell desorientiert.

Der Mangel an Orientierung wird als bedrohlich und angstmachend erlebt und trägt zur weiteren Verwirrung bei. Einige der Betroffenen sind zudem körperlich eingeschränkt und leiden an sklerotischen Erkrankungen und Inkontinenz.

Die jüngeren Patienten mit psychischen Störungen (seelische Belastungsreaktionen, Depressionen, Psychosen) haben z.B. durch den Verlust ihres Lebenspartners den Boden unter den Füßen verloren:

² Hoffmann, P.: Aspekte zur Musiktherapie in der erwachsenenpsychiatrischen Abteilung des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke. In: MT Practice News: Research Showcase, 2001. http://www.musictherapyworld.de/resnews/rn_con02.htm (1 - 6) [16.02.2001 17:07:19 Uhr]

³ Johannsen, J.: Depressionen zu selten erkannt. In: Man darf sich nicht schämen, Serienartikel Magazin des KstA v. 30.04.2007, S. 6-7

Sie befinden sich in einer tiefen Lebenskrise und sind nicht selten suizidal. Sie sind plötzlich aus den gewohnten Lebenszusammenhängen gerissen, finden sich alleine (auch mit sich selbst) nicht zurecht und müssen meistens ihre gewohnte Umgebung verlassen und aufgeben.

Manche der jungen PatientInnen finden den Weg auf diese Station, da sie entweder einer intensiven Pflege bedürfen, wie sie z.B. nach einem Schlaganfall oder einem Suizidversuch an den Rollstuhl gefesselt sind.

Oder aber die anderen Stationen sind überbelegt und Hilfesuchende werden für einen kurzen Zeitraum auf dieser Station „geparkt“.

Dadurch sind Konflikte vorprogrammiert, da aufgrund der Altersunterschiede und den unterschiedlichen Ausprägungen von Krankheitsbildern Spannungen in dieser Form des Zusammenlebens nicht zu vermeiden sind. Die PatientInnen leiden dann unter dem mageren Profil von Angeboten, sind enttäuscht oder aufgebracht und die Ansprüche an die wenigen Therapien sind besonders hoch.

So konnte ich zu Beginn meiner Tätigkeit in einigen Einzelmusiktherapien Zugang zu einem jungen Mann finden, der bisher sehr gereizt reagierte, durchgehend schwieg und unruhig den Flur auf- und abfuhr.

Durch eine Ansprache auf Augenhöhe, mehrmalige Versuche, um das anfänglich begründete Misstrauen nach einiger Zeit hinterfragen zu können und die Einladung, vielleicht einmal einen Blick in den Musikraum werfen zu wollen, zunächst eine wohlwollende Beziehungsarbeit nur in der Begegnung also, klopfte Herr W. irgendwann an meine Tür mit dem Eingeständnis, er hätte es sich jetzt überlegt und wollte die Musiktherapie einmal ausprobieren.

3. Voraussetzungen

Mit Beginn meiner Praxistätigkeit im Juni 2005 biete ich bis heute in einem Stundenumfang von maximal 4 Stunden wöchentlich Musiktherapie als Gruppen- oder auch Einzeltherapie an.

Das musiktherapeutische Angebot ist neu. Die Musiktherapie findet zweimal wöchentlich in einer offenen Gruppe mit bis zu 7 Patienten für ca. eineinhalb Stunden statt in einem kleinen, hellen Raum.

Aufgrund des eingeschränkten Stundenkontingents ist eine Teilnahme an der wöchentlich ca. zweistündigen Chefvisite nicht vorgesehen, ebenso ist eine Teilnahme an den Stationsversammlungen, Dienstübergaben und der Team-Supervision aus Kostengründen nicht möglich⁴. Eine Praxisbegleitung kann aus zeitlichen Gründen nicht gestellt werden.

Im Folgenden möchte ich den Rahmen und die Arbeitsbedingungen darstellen, die mein Arbeitsfeld in bedeutsamer Weise prägen.

3.1. Grundlegende Arbeitsbedingungen

Die Effizienz von Musiktherapie hängt nicht zuletzt von den äußeren Bedingungen ab, unter denen sie stattfindet.

⁴ Durch die Finanzkrise der öffentlichen Haushalte und dem Wettbewerb aufgrund des Fallpauschalensystems gelten vor allem psychiatrische Landeskliniken als potentielle Übernahmekandidaten für Privatisierungen durch Asklepios, Rhön, Helios und Sana

Im Idealfall wird das therapeutische Geschehen von außen unterstützt und verstärkt. Es treten aber von außen einige Irritationen auf, die mögliche therapeutische Fortschritte begrenzen:

In Anlehnung an Plum⁵ besteht die Wirklichkeit, mit der ich in meinem Arbeitsbereich zu kämpfen habe, in:

- Es besteht kein wechselseitiger Informationsfluss, in den ich mit einbezogen werden kann
- Die Rolle, die mir als Musiktherapeut zugestanden wird, ist stark eingegrenzt durch die Finanzierungsproblematik weiterer, nötiger Stunden, die für eine Team- und Fallbesprechung oder interdisziplinär genutzt werden könnten
- Absprachen über Zeit und Gruppenzusammensetzung sind nicht verbindlich
- Die Musiktherapie könnte in einem anderen, größeren Raum auf der Rückseite des Gebäudes untergebracht werden, der allerdings als Fernseh- und Gruppenraum und für Besprechungen oder Teamsupervision genutzt wird
- Es muss mit Störungen gerechnet werden, wie z.B.
- Es gibt keine Grundausrüstung an Instrumenten, Liederbüchern und technischem Gerät

3.2. Besonderheiten des Arbeitsfeldes

Charakteristisch sind:

- Kurze Verweildauern und stark wechselnde Gruppenzusammensetzungen. Sie behindern eine prozesshafte Therapiegestaltung und die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung.
- Ablehnung und Verweigerung von ‚Therapie‘ als Grundhaltung bei den Patienten verhindern eine therapeutische Zusammenarbeit.
- Musiktherapie, wie ich sie praktizieren möchte, wird missverstanden oder abgelehnt bzw. lässt einen anderen Bedürfnis, einen anderen Wunsch dahinter erahnen: „... ich kann kein Instrument spielen ... , ... warum soll ich hier herumklimpern ... , ... “
- Eine symbolische Ebene des musikalischen Spiels ist oft unmöglich oder wird verweigert, ebenso die Reflexion der musikalischen Gestaltungen verbunden mit der persönlichen Bedeutungsgebung
- Alles bleibt überwiegend auf der musikalischen Ebene

3.3. Räumlichkeiten

Die Musiktherapie findet in einem Raum statt, der mit einer Größe von ca. 20 m² für eine Gruppe von 6 bis 7 Teilnehmern eigentlich zu klein ist. Aufgrund der oftmals eingeschränkten Mobilität der PatientInnen ist es allerdings von Vorteil, dass er auf der Station selbst liegt und nicht im Keller, der über einen Fahrstuhl zu erreichen wäre und in dessen Räumen die anderen Therapien (Körper-, Kunst- und Tanztherapie) stattfinden.

⁵ Plum, F.-J.: Erste Erfahrungen zur Musiktherapie in der tagesklinischen Entgiftungsbehandlung polytoxikomaner Drogenabhängiger. In: MT Practice News: Research Showcase, 2001. http://www.musictherapyworld.de/resnews/rn_con02.htm (1 - 6) [16.02.2001 17:07:19 Uhr]

Der Raum hat keine Grundausrüstung an Instrumenten, Liederbüchern oder einer Musikanlage, lediglich ist er einer der wenigen aber größeren Räume auf der Station, der mit einem Teppich ausgelegt ist.

Die im Nachhinein beschriebenen und verwendeten Instrumente wie auch die großformatigen Liedtexte stelle ich der Klinik z.Zt. persönlich zur Verfügung.

In der Mitte des Raumes auf dem Boden liegen kleinere Instrumente zur Auswahl, größere wie Trommeln, Monochord, Schlitztrommeln und Xylophone stehen entlang den Wänden zwischen den Stühlen, die in einem Kreis aufgestellt sind, der zur Türseite hin offen ist.

Auf einem kleinen Tisch in der Ecke liegen Liedtexte bereit und in einem Schrank von der Größe eines Regals wie auch auf der Fensterbank sind verschiedene, kleinere Instrumente untergebracht, die zur Verfügung stehen bzw. hervorgeholt werden können.

Durch die Lage auf der sonnenbeschienenen Seite des Gebäudes schwankt das Raumklima sehr, d.h. je nach Witterungsbedingungen ist es den PatientInnen häufig zu warm, sie ermüden schnell und es muss zwischendurch zum Stationsflur hin gelüftet werden.

3.4. Diagnostik, Zieldefinition und Indikation

„Der Therapeut muss bei jedem Patienten eine Vorstellung davon haben, was er mit seiner Arbeit erreichen kann und will und wie er vorgehen könnte. Und er muss, um überhaupt arbeiten zu können, eine tragfähige Beziehung zu dem Patienten aufbauen“.⁶

In der Regel erfolgen nach der Verordnung durch den behandelnden Arzt 1-2 Einzelsitzungen für Erstinterview und Anamnese, Klärung des Behandlungssettings und der Indikation.

Anamnese⁷ und Diagnose⁸ bilden die Basis für die Definition von Zielen und Wegen. Auf ihrer Grundlage wird überlegt, welche Art von Musik und musikalischer Tätigkeit den Patienten ansprechen könnten und welche Vorgehensweisen in Frage kommen.

Die Indikation zur Teilnahme an der Gruppen-Musiktherapie (oder evtl. Einzeltherapie) erfolgt gemeinschaftlich durch Patient und Musiktherapeut, unter Berücksichtigung der Einschätzung der anderen Team-Mitglieder. Sie findet statt nach 1-2 Einzelsitzungen zur Einführung in das ‚neue Therapieangebot‘.

Ausgangspunkt und grundlegend für meine weitere Tätigkeit war aber die Intention der Leitung, in der neu eingerichteten Abteilung Gerontopsychiatrie strukturierende Angebote von nicht-pharmakologischen Interventionen für die PatientInnen anbieten zu können, um den ganzen Menschen gerecht zu werden.

In meinem derzeitigen musiktherapeutischen Kontext obliegt mir also bisher weder ein konkreter Auftrag noch formuliere ich einen Kontrakt, sondern ich orientiere mich an den im Praxisvertrag vereinbarten Zielen:

⁶ Vieth-Fleischhauer, Hannah: Integrative Musiktherapie für ältere Menschen - Möglichkeiten und Grenzen, Vortrag beim Symposium Music therapy with elderly people, Luxemburg 15.05.2003, S. 16

⁷ Krankheitsgeschichte, Geschichte der Symptome und begleitender Umstände, z.B. begleitender Erlebnisse

⁸ hat nach erfolgter Untersuchung die Ursache oder die Bezeichnung und Ursache eines abnormen Verhaltens, einer Krankheit oder Störung zum Inhalt

- Angebot eines Kontaktprofils
- Gedächtnistraining mit Liedern
- Körper- und Wahrnehmungsaktivierung
- Biographiearbeit und lebensbezogene / existenzielle Themen
- Sensibilisierung von Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Neue Kommunikationsmöglichkeiten einüben / festigen
- Verarbeitung belastender Lebenserfahrungen und Entwicklung neuer Perspektiven
- Emotionale Stabilisierung bei Emotionsstau, Ängsten, Verlustgefühlen und Trauer
- Verbesserung der Lebensqualität
- Wecken / Wiederfinden von Lebensfreude

Um mit Fragen und Zweifeln konstruktiv umzugehen, bedarf es daher des kollegialen Austauschs, des Eingebundenseins in ein Team und der Supervision. Möglichkeiten, mich über die PatientInnen selbst, ihrem privaten, medizinischen und pflegerischen Umfeld ausreichend zu informieren, sind in meinem Arbeitsbereich sehr begrenzt.

Im Laufe der Therapie und des therapeutischen Prozesses erfahre ich aber wichtige Details. Die relevanten Fragen spielten eine Rolle, ergäben aus neuen Erkenntnissen jeweils neue Wege und Ziele und entsprächen einer prozessualen Diagnostik.

In der Praxis fühle ich mich weiterhin festgelegt, den Stationsalltag der PatientInnen abwechslungsreich zu gestalten, d.h. möglichst viele von ihnen in die ‚Musikgruppe‘ zu nehmen, aufgrund der Räumlichkeit also maximal 6-7 PatientInnen.

Dabei steht mir zwar einerseits die Freiheit zu, Musik so einzusetzen, wie ich es für angemessen halte. Andererseits begleitet mich immer wieder grundsätzlich dieselbe Frage: „Wie kann ich Problemsituationen mit Musik begegnen, Musik in weitestem Sinne einsetzen und zu welchen Ergebnissen soll das musikalische Handeln führen?“

So empfinde ich mich in meinem Tätigkeitsbereich als Einzelkämpfer, sowohl was das Therapiekonzept als auch den interkollegialen Austausch betrifft.

4. Theorien und wissenschaftliche Aspekte der eigenen Arbeit

4.1. Definition und Wirkungsweise von Musiktherapie

Musiktherapie ist der gezielte Einsatz von Musik im Rahmen der therapeutischen Beziehung zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer, körperlicher und geistiger Gesundheit.

Sie eignet sich als begleitende Behandlung für Menschen, die mit dem Gespräch nicht oder noch nicht erreichbar sind. Menschen, die sich nicht verbal verständlich machen können, verleiht Musik eine Sprache und führt sie so aus der Isolation.

Die Musiktherapie nutzt die besonderen Wirkungen der Musik: Klang, Rhythmus, Melodie, Dynamik und Form wirken in je eigener Weise auf Körper, Geist und Seele.

Sie bietet die Möglichkeit, Unausgesprochenes und unsagbare Empfindungen durch die Stimme, Klang und Rhythmus mitzuteilen und zu erleben. Dabei wird Musik als nichtsprachliches und vorsprachliches Ausdrucks- und Verständigungsmittel genutzt. Durch aktives Hören, Singen und Musizieren verstärkt sie Erleben und Ausdruck. Innere und äußere Bewegungen, Selbst- und Fremdwahrnehmung werden angeregt und erweitert.

Dadurch kann der Therapeut oft mehr über den Patienten erfahren als im Gespräch: Lebensthemen, die den Menschen im Inneren bewegen (Episoden aus der Kindheit, aktuelle Konflikte, u.ä.).

Die Besonderheit und Kraft des Mediums Musik wird für die Beziehung zwischen Musiktherapeut und Patient genutzt. Ein wichtiges Element zur Musik ist dabei das Gespräch bzw. die Reflexion über die Gefühle, die die Musik auslöst.

Die Themen können bearbeitet werden durch Rollenspiele, Reinszenierungen, Darstellung von Gefühlszuständen oder Körpersymptomen.

Neben den erforderlichen musikpädagogischen Kompetenzen benötigt das musikalische Handeln folgende soziale Grundkompetenzen:

Sensibilität in der Wahrnehmung, Empathie in der Kommunikation und differenzierte Reflexion.

Die Orientierung an der Person, an ihrer Konfliktlage und an ihren Ressourcen verlangt auch therapeutische Fähigkeiten, wie prozessuale Diagnostik, Nutzung von Übertragungsbeziehungen, Begegnung mit Unbewusstem u.s.f.⁹

Unterschieden wird zwischen aktiver und rezeptiver Musiktherapie.

Bei der aktiven Musiktherapie wirkt der/die PatientIn am musikalischen Geschehen mit, instrumental oder stimmlich.

Als HörerIn ist er/sie aufnehmend, also rezeptiv, was aber keineswegs mit Passivität gleichzusetzen ist, da sich seine Aktivität sozusagen nach innen verlagert.

In der aktiven Musiktherapie steht ein Instrumentarium aus verschiedenen Kulturen zur Verfügung, das spontan ohne musikalische Vorkenntnisse spielbar ist. Dabei wird die musikalische Improvisation genutzt, in der der Therapeut und der Patient miteinander musizieren und kommunizieren.

Sie setzt im nonverbalen Bereich ein und bietet dem Patienten Möglichkeiten an, seine Sorgen und Nöte auszudrücken und unter Hilfestellung des Therapeuten zu bearbeiten.

Beim gemeinsamen Musizieren kann der Therapeut den Patienten in eine bestimmte Richtung lenken und so Veränderungen seiner Gefühle und Verhaltensweisen bewirken.

Das neu Erlebte (Verhalten, Erfahrung und Empfindung) kann bei Bedarf weiterer Improvisationen in Bezug zu den Teilnehmern gesetzt, vertieft und integriert werden.

4.2. Musiktherapie als Gerontotherapie

In der Arbeit mit Senioren werden nach Kapteina folgende Akzentuierungen der musiktherapeutischen Kompetenz erforderlich:

„Man muss Musik flexibel einsetzen können, man muss viel mit den Menschen singen, aber man kann auch mit Instrumenten arbeiten, man muss wissen, was die

⁹ Forum Musiktherapie und soziale Arbeit – Allgemeine Informationen zum Forum Musiktherapie und soziale Arbeit, <http://www.musiktherapie-sasp.de/frames/links/forum/links.htm>, 28.04.2005

alten Menschen in ihrer Jugend gesungen haben und ihren Musikgeschmack akzeptieren, man muss sich mit den Existenzfragen, mit dem Tod und mit dem Glauben auseinandergesetzt haben. Liebe, Geduld und Verständnis für alte Menschen haben und die wichtigsten Krankheiten des Alters kennen.“¹⁰

Linden stellt dazu fest: „Demente Teilnehmer erscheinen hier oft orientiert und gesund, es ist ganz offensichtlich, dass die Anteile der musikalischen Persönlichkeit und tiefe musikalische Erfahrungen von den zerebralen Abbauprozessen nicht oder kaum tangiert werden“.¹¹

Auch gerade dann, wenn die kognitiven Fähigkeiten abnehmen, ist es wichtig, die Erlebnisfähigkeit und Emotionalität im Alter anzuregen und zu erweitern. So können Menschen ein Stück weit aus Resignation und Rückzug geholt werden und erleben, „..., dass sie noch etwas zustandebringen, was ihnen und anderen Freude macht, so reduziert ihre Möglichkeiten auch sein mögen“.¹²

Ein älterer, von einem Schlaganfall gezeichneter und immobiler Patient lauscht den vom Gitarrenspiel begleiteten Volksliedern, die ich in Gegenwart einer anderen Patientin auf seinem Zimmer singe. Er hatte schon einmal an dem Singen teilgenommen, allerdings in einer besseren Verfassung. Dies war Anlass für seine Frau, eine Mundharmonika mitzubringen, die er früher einmal gespielt hat. Herr. W. zeigt auf eine Schublade, der ich die Mundharmonika entnehmen soll. Auch wenn er sehr geschwächt ist, setzt er sie an seine Lippen und spielt ein Lied. Dabei kommen ihm die Tränen.

4.3. Zielvorstellungen

Kapteina¹³ nennt als Ziele musiktherapeutischen Handelns mit alten Menschen:

- Emotionale Aktivierung
- Erinnerungsaktivierung
- Förderung sozialer Verhaltensweisen und Kommunikation
- Freude
- Gedächtnistraining / Realitätsorientierung
- Musikalische Kreativität / Ausdrucksfähigkeit / Phantasie
- Steigerung des Selbstwertgefühls
- Trauerarbeit

Diese möchte ich noch ergänzen um (s. Anhang).

4.4. Vorgehensweisen

Die Vorgehensweise hängt ab von den Bedürfnissen und Potentialen der PatientInnen und damit von den therapeutischen Zielen, die sich der Therapeut in seiner Arbeit setzt.

¹⁰ Kapteina, H.: Stufen der Musikalisch-therapeutischen Ausbildung. In: Allgemeine Didaktische Beiträge, Forum Musiktherapie und soziale Arbeit, S. 30

¹¹ Linden, U.: „Gruppenmusiktherapie in der Geriatrie“, in: Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie (Hrsg.): Beiträge zur Musiktherapie, Berlin 1999, S. 1-6

¹² Vieth-Fleischhauer, Hannah: Integrative Musiktherapie für ältere Menschen – Möglichkeiten und Grenzen, Vortrag beim Symposium Music therapy with elderly people, Luxemburg 15.05.2003, S. 5-7

¹³ Skript zur Vorlesung: Einführung in die Musiktherapie – Musikpsychologische und klinische Grundlagen des Helfens und Heilens mit Musik, Universität Siegen, September 2006, S. 115

Nach Vieth-Fleischhauer¹⁴ schlägt er unterschiedliche Wege ein, je nach dem, ob er beabsichtigt,

- (noch) vorhandene Fähigkeiten zu entwickeln, zu erhalten und zu fördern,
- die Erlebnisfähigkeit zu stärken und zu erweitern,
- die konstruktive Bearbeitung von Konflikten zu ermöglichen.

Dabei ist es durchaus möglich, auf mehreren Wegen mehrere Ziele zugleich zu verfolgen.

Hier können alle Techniken der aktiven und rezeptiven Musiktherapie zum Einsatz kommen: Instrumentalspiel, Improvisationen mit Instrumenten und Stimme, Singen von Liedern, Musikhören.

Die musiktherapeutischen Methoden werden in drei Vorgehensweisen verwendet:

1. Übungszentriert::

Um (noch) vorhandene Fähigkeiten zu entwickeln, zu erhalten und zu fördern, nutzt der Musiktherapeut die übungszentrierte-funktionale Vorgehensweise. Darüber soll dem Abbau von körperlichen, geistigen, emotionalen¹⁵ und sozialen Kompetenzen entgegengewirkt werden und so eine Verbesserung von Lebensqualität und Selbstbild erreicht werden.

Über die Techniken lassen sich lustbetont und ergänzend mit Bewegung üben:

- die Handhabung der verschiedenen Instrumente und Basisarbeit mit den musikalischen Parametern
- Improvisationen, bei denen es darum geht, aufeinander zu hören, Führung zu übernehmen oder abzugeben, z.B. Interaktionsspiele wie Dirigent-Orchester, Frage-Antwort, Dialoge oder
- Improvisationsaufgaben mit emotionalen Inhalten wie z.B. „Wie hört sich Musik an, die fröhlich, traurig, wütend klingen soll?“

Ein funktionales-musikalisches Üben fördert die Beweglichkeit und Feinmotorik, das räumliche Hören, haptisches Erkennen, die Merkfähigkeit von musikalischem Material und von Texten, das aufeinander Hören, das Reagieren auf Gesten, musikalische Signale oder Wortinhalte, das sich Einfügen in ein Gruppengeschehen.

2. Erlebnisorientiert:

In der erlebniszentrierten-stimulierenden Methode geht es darum, die Selbstwahrnehmung zu vertiefen, emotionales Erleben und Erinnern anzuregen und Kontakt, Zuwendung und Bezogenheit in einer Gemeinschaft erfahrbar werden zu lassen. Sie steht im Mittelpunkt der musiktherapeutischen Arbeit mit älteren Menschen.

Über das musikalische Tun und das ebenso aktive Zuhören wird emotional etwas erlebbar und erinnerbar. Darüber ist es möglich, sich im Tun und

¹⁴ Ebda., S. 6

¹⁵ bezeichnet als Affektinkontinenz, eine bisher wenig erforschte und erklärbare Emotionalität im Alter, die unkontrollierbar erscheint

aktiven Kontakt mit anderen selbst zu erfahren und Gefühle, Stimmungen und Bedürfnisse klarer wahrzunehmen.

Vieth-Fleischhauer schreibt: „Überdies haben sich viele von ihm Ihnen kaum damit befasst, die eigenen Gefühle wahrzunehmen oder gar zu benennen. Sie wurden einst dazu erzogen, sich zu beherrschen und Emotionen nicht zu zeigen“.¹⁶

Dies können alle Themen sein, die die PatientInnen in die Gruppe bzw. die Einzelsituation einbringen, non-verbal und verbal, z.B. ein Familienfest, Urlaubereignisse, ein Abschied.

In Improvisationen, musikalischen und außermusikalischen Interaktions- und Kommunikationsangeboten lassen sich die Themen gestalten und verändern.

3. Konfliktzentriert:

Die aufdeckend-konfliktzentrierte Methode ist in der Arbeit mit alten Menschen auf einen eher kleinen Personenkreis beschränkt, denn die konstruktive Bearbeitung von Konflikten setzt die Fähigkeit zu Introspektion, Exzentrizität und Verbalisation voraus.

Entscheidend ist, ob es im Einzelfall möglich und sinnvoll erscheint, eine Verbindung herzustellen zwischen einem gegenwärtigen Konflikt und konflikthaften Erfahrungen in der Vergangenheit.¹⁷

Dies kann in Form von musikalischen Rollenspielen, Identifikationen über ein Musikinstrument oder andere Übergangsobjekte geschehen wie z.B. bei aktuellen äußeren oder intrapsychischen Konflikten, z.B. der Umgang mit Macht- und Ohnmachtserlebnissen.

5. Musiktherapeutische Konzepte, Techniken und Interventionen – Orientierung an einem exemplarischen Verlauf

Unter den gegebenen Bedingungen suche ich zumeist nach Möglichkeiten, mit den PatientInnen ins musikalische Spielen zu kommen und sich musikalisch zu erfahren, d.h. ich konzentriere mich vordergründig auf (ein zu weckendes) Interesse an der Musik. Ich habe in meiner Arbeit keine Dokumentations- und Evaluationsmethoden anwenden können.

5.1. Therapeutisches Behandlungskonzept

Angesichts der großen Altersunterschiede wie auch der Bandbreite an Krankheitsbildern stellte sich grundsätzlich die Frage, wie und in welcher Zusammensetzung die PatientInnen behandelt bzw. eine Gruppe bilden sollten.

5.1.1. Therapeutische Beziehung, Haltung und Motivation

Zunächst muss ich eine tragfähige Beziehung zu den PatientInnen aufbauen können.

¹⁶ Vieth-Fleischhauer, Hannah: Integrative Musiktherapie für ältere Menschen – Möglichkeiten und Grenzen, Vortrag beim Symposium Music therapy with elderly people, Luxemburg 15.05.2003, S. 7

¹⁷ Ebda., S. 7

Viele Patienten sind aufgrund ihres psychischen Zustands nicht in der Lage, alleine zu kommen oder sich an den Raum zu erinnern, dass es ihn gibt und wo er zu finden ist. Aus diesem Grunde finden die Kontakte zwischen den PatientInnen und mir zuerst auf den Zimmern, im Flur oder auf der Terrasse statt.

Hier trete ich schon in eine therapeutische Beziehung, indem ich die PatientInnen begrüße und frage, wie sie sich fühlen. Habe ich den Eindruck, sie sind zu mobilisieren, biete ich ihnen die Musiktherapie an. Bei Einwänden versuche ich, sie zu motivieren, sich einmal eine Ablenkung zu gönnen und vielleicht dennoch teilzunehmen, ohne dass sie singen oder musizieren müssen und einfach nur das Beisammensein genießen können.

Ebenso dränge ich sie nicht, auch wenn sie für die Therapie eingetragen sind, sondern versuche einzuschätzen, wie ihre Befindlichkeit ist, ob sie z.B. erschöpft sind, was sie gerade beschäftigt und sie vielleicht zu betroffen macht, als dass sie sich von meinem Angebot Hilfe versprechen würden.

Fr. K. sitzt in ihrem Zimmer auf ihrem Bett. Tags zuvor war sie noch auf dem Flur untergebracht mit ihren Habseligkeiten hinter einer beweglichen Trennwand, war sehr traurig und weinte bei der Chefvisite.

Ich spreche sie an und ich bemerke schnell, dass ihr einziger Halt im Moment der Besuch von Angehörigen zu sein scheint, den sie angespannt erwartet. Sie ist nicht davon abzubringen, die Zeit bis zu dem Besuch vielleicht zu überbrücken, aus der Angst heraus, ihn zu verpassen. Ich verbalisiere ihre Gefühle, um ihr zu zeigen, dass ich das verständlich finde und wünsche ihr gute Besserung.

5.1.2. Zusammenstellung der Gruppe

Ausschlaggebend für die jeweilige Gruppenzusammensetzung an den betreffenden Tagen waren generell die momentanen Befindlichkeiten der PatientInnen: Körperliche Symptome wie Müdigkeit, Unwohlsein, die dämpfende Wirkung der Pharmakotherapie, die Überwindung kostete, aber auch emotionale Zustände wie Traurigkeit, Entsetzen, Gleichgültigkeit oder Rückzug prägten die Tagesform und damit die Haltung, mit der sie Angeboten begegneten oder sie wahrzunehmen bereit waren.

In der Regel reagierten die älteren PatientInnen mit ängstlichen Nachfragen, wer oder wie viele denn in die Gruppe kämen und es kostete Überredungskunst, sie auch dann zur Teilnahme zu motivieren, wenn nur 3 oder 4 PatientInnen die Gruppe bildeten.

Häufig warten die PatientInnen unruhig auf ihren Zimmern oder dem Flur auf ihren Besuch, wovon sie nur mit Mühe abzubringen sind. Verständlicherweise ist der Kontakt zu den Angehörigen das Tagesereignis ist, je nach dem, wie und wann sie durch ihren Aufenthalt aus einem familiären Zusammenhang gerissen wurden.

Ebenso sind PatientInnen weniger ansprechbar, wenn in der Woche ihre Entlassung ansteht.

Auch die unterschiedliche Verweildauer des Aufenthalts einzelner PatientInnen von einigen Wochen bis zu mehreren Monaten bewirkten, dass sich eine Gruppe in ihrer Größe und Zusammensetzung ständig änderte.

Eine Homogenität in der Gruppe über einen längeren Zeitraum kam daher kaum zustande. So war es nur selten möglich, einmal themenfokussiert und prozessorientiert zu arbeiten.

Ein Beispiel:

Ich betrete die Station und lese, dass die Musiktherapie ausfällt. Dieser Vermerk entstand irrtümlich durch die Annahme seitens einer Pflegekraft, ich würde mit an der Supervision teilnehmen.

Ich begeben mich zu den einzelnen Zimmern, um die PatientInnen aus der letzten Gruppe anzusprechen. Diese hatte sich durch Neuaufnahmen und Entlassungen zu Anfang der Woche neu gebildet.

Auf dem Flur treffe ich auf zwei der neuen PatientInnen, die auf meine Einladung hin erwidern, dass sie nicht singen könnten oder möchten. Für eine wäre es zu anstrengend und sie wolle auch nicht soviel gefragt werden, da sie das schon in der Morgenrunde belasten würde. Eine von ihnen sei zudem heiser. Eine andere erwidert, sie könnte sowieso mit der Musiktherapie nichts anfangen. Ich kann diese PatientInnen jedoch dazu bewegen, noch einmal eine Stunde auszuprobieren.

Einzig eine Patientin auf dem Zimmer kommt gerne dazu, eine andere hat sich gerade übergeben und kommt vielleicht nach. Ihre Zimmernachbarin, mit der ich gerechnet hatte, ist auf eine andere Station verlegt. Ich spreche einzelne neue PatientInnen auf dem Flur an. Einen davon sehe ich in der Lage, an der Gruppe teilzunehmen.

Nach und nach bewegen sich die PatientInnen über den Flur zum Raum. Es dauert eine Weile, bis die Gruppe vollständig ist, einzelne müssen noch auf die Toilette.

5.2. Singen

Für viele alte Menschen ist gemeinsamer Gesang und überhaupt der Umgang mit der Singstimme in aller Selbstverständlichkeit fest verknüpft mit der persönlichen Lebensgeschichte und somit von Bedeutung. Das Erinnern geht über das bloße Memorieren einer Melodie und eines Textes hinaus.

Durch das Singen werden auch Atmung, Stimme, Artikulation und Körperhaltung positiv beeinflusst, Text und Melodie stellen Anforderungen an die Kognition.

Ich verfüge über einen begrenzten Liederkanon, doch ist es besser, als gar nicht zu singen. Das Singen nimmt in meinem Angebot nicht immer oder manchmal einen oder auch keinen festen Platz ein:

Je nach dem, wie sich die Gruppe gerade zusammensetzt und welche Bedürfnisse im Raum stehen, benutze ich das Singen zur Förderung des gemeinschaftlichen Erlebens und des Austausches, zur Abrundung einer intensiven Einheit nach dem Einsatz von Instrumenten, als Einklang zur Aufwärmung und Körperaktivierung oder als Ausklang zur Entspannung.

Nur gelegentlich habe ich das Singen durch Bewegungen oder auch mit Rhythmusinstrumenten, die an bestimmten Stellen (Signalworten, Refrain, Taktschwerpunkt) erklingen sollen, unterstützt.

So z.B. mit untermalenden Geräuschen in dem Lied „Es klappert die Mühle am rauschenden Bach“ durch das Klatschen der Hände oder Spielen der Holzblocktrommel auf die Silben „Klipp-Klapp“ oder mit der Rührtrommel begleitend zur Strophe.

Vieth-Fleischhauer erwähnt „Mit dem gemeinsamen Singen werden vertraute Atmosphären wieder lebendig, man fühlt sich zugehörig einem Kreis einander wohlgesonnener Menschen.

Mit einem bestimmten Lied taucht die Erinnerung wieder auf an Menschen, Situationen und Stimmungen, die mit ihm verbunden waren“.¹⁸

¹⁸ Vieth-Fleischhauer, Hannah: Integrative Musiktherapie für ältere Menschen - Möglichkeiten und Grenzen, Vortrag beim Symposium Music therapy with elderly people, Luxemburg 15.05.2003, S.9

So erinnert sich eine ältere, demenzielle Patientin bei dem Lied „Im schönsten Wiesengrunde“ daran, wie sie in ihrer Kindheit zu mehreren den Berg hinter ihrem Elternhaus regelmäßig hochgerannt waren und sich dort auf die Bank unter einer Linde setzten, um gemeinsam selbstgefertigten Lakritz zu essen.

Eine jüngere, depressive Patientin erinnert das Lied „Im Frühtau zu Berge“ oder „Ein Männlein steht im Walde“ im Verlauf mehrerer Sitzungen, innerhalb derer sie beschreibt, mit ihrer Mutter ausschließlich Lieder im Kindergarten gesungen zu haben, wo diese arbeitete, da der Mutter das Singen zuhause untersagt war. Sie hat diese Art des Beisammenseins mit ihrer Mutter als ungewungen, fröhlich und unbeschwert erlebt und in positiver Erinnerung.

Ein Lied transportiert individuell ganz verschiedene Themen und Gefühle.

Trauer, Trennung, Abschied. Auch der Wunsch nach einem bestimmten Lied ist möglicherweise ein Hinweis darauf, wie einem Menschen zumute ist und was ihn innerlich beschäftigt.

So ist es auch wichtig zu wissen, welche Erlebniswelten sich mit einem Lied aktualisieren können, d.h. ein und dasselbe Lied hat nicht nur biographisch sondern auch geschichtlich unterschiedlich erlebte Hintergründe, z.B. Lieder der Hitlerjugend.

Viele Wanderlieder kennen auch noch die jüngeren PatientInnen aus ihrer Schulzeit und wurden als eben solche bei Wanderungen gesungen, wenn auch nicht mehr mit Instrumentalbegleitung durch ein Akkordeon oder die Gitarre, wie es bei den älteren PatientInnen die Regel war.

In dem Repertoire an Volksliedern, damals ein fester Bestandteil des alltäglichen Lebens, findet sich ein Lied für alle Lebenslagen, eine akzeptierte Form, Gefühle auszudrücken und zu verarbeiten.

Lieder wie „Hoch auf dem gelben Wagen“, „Ein Jäger längs den Weiher ging“, „Freut euch des Lebens“ oder „Mein Vater war ein Wandersmann“ fanden dann Verwendung, wenn die Gruppe eine Portion Humor vertragen oder psychisch wie physisch gefordert werden konnte.

Unter Bezug auf in den Liedern enthaltene Lebensweisheiten, gelobte Tugenden oder Pointen wie ein zum Lachen aufmunternder Refrain, konnten den PatientInnen Alternativen im Umgang mit sich selbst und anderen angeboten und mit ihnen besprochen werden.

5.3. Begegnung mit Instrumenten

Ein Instrument bietet die Möglichkeit, sich expressiv zu äußern. In der Begegnung mit Instrumenten war das Interesse bei den älteren PatientInnen eher gering und die Hemmschwelle vergleichsweise hoch:

Die Heranführung darüber, dass das Instrument vorgestellt wird und zu sehen und zu hören, wie es zum Klingen gebracht wird, es angeboten zu bekommen, um es zu ertasten und zu erkunden oder es selbst zu versuchen und zum Klingen zu bringen, genügt für manchen Teilnehmer als Erfahrung. Auch die Anwesenheit der anderen Teilnehmer, die sich mit ihren Instrumenten befassen, das Wechseln von Instrumenten, Interaktion und Kontakt grenzen schnell an eine Überforderung.

5.3.1. Einführendes Angebot und niederschwelliges Setting

Durch die Heterogenität der Gruppen war der Begriff der Ästhetik in Bezug zur Musik

sehr unterschiedlich angesprochen.

Auf der Seite der jüngeren PatientInnen war die Experimentierbereitschaft und – freude größer als bei den Älteren, die sich in ihrem Musikgeschmack deutlich an zu spielende Melodien oder einer Musik nach Noten orientieren mochten. Dies erscheint auf dem Hintergrund der unterschiedlichen Musiktraditionen hinsichtlich der Biographien der PatientInnen verständlich:

Das improvisierende Spielen – zweckfrei, spontan und kreativ – gilt als kindisch, was in der Sozialisation zur damaligen Zeit begründet sein mag: Es galt nicht als Tugend und warum sollte es jetzt erstrebenswert sein?¹⁹

Um die Begegnung zu erleichtern, habe ich aus diesem Grund zwar Instrumente in unterschiedlicher Form, Material und Klangerwartung gewählt, die in ihrer Melodie aber gemeinsam pentatonisch gestimmt waren:

Dazu zählen große und kleine Daumenklaviere, Leiern, Glockenspiele, Xylophone und Holzschlitztrommeln.

Auch die Klangeigenschaften des Monochords und der Meerestrommel wie auch ihre vergleichsweise einfache Handhabung und die Anziehungskraft ihres tragenden Charakters habe ich angeboten, mit deren Verwendung sich ein Klangteppich installiert, auf dessen klanglicher Basis das Kennenlernen und das Ausprobieren der anderen Instrumente weniger chaotisch oder im Musikgeschmack grenzwertend erfahren werden kann.

Eine positive Bewertung der Musik leitet sich über positiv erlebte Gefühle ab, die die Musik ausdrückt bzw. auslöst und aus positiver Identifikation mit dem Hintergrund der Musik.

5.3.2. Improvisation und Grenzen

Ich orientiere mich bei meinem Vorgehen in Anlehnung an den Regelkreis der Gruppenimprovisation.²⁰

Dabei achte ich unter der Berücksichtigung des Krankheitsprofils darauf, ob eine Improvisation so eingeführt und gestaltet wird, dass spontan Motivation und Spielfreude entstehen und dass verschiedene Erlebnismöglichkeiten im musikalischen Tun berücksichtigt werden, um dem Patienten in seiner Lebenswelt, seinen Gefühlen, Bedürfnissen und Potentialen entgegenzukommen und sich ihm anzunähern.

02.08.07 (themengebundene Improvisation, musikbezogene- und erlebniszentrierte Intervention)

Die Gruppe sitzt nun beisammen und ich spüre in die Befindlichkeit hinein. Am Ende der letzten Stunde hatte ich zum Ausklang sich die PatientInnen nach dem Singen entspannen lassen, indem ich sie einlud, sich zurückzulehnen, wer von ihnen möchte, die Augen zu schließen und den Mund zum Atmen zu öffnen.

Ich strich über das Monochord und spielte im Wechsel oder gleichzeitig die Saiten der größeren Leier

¹⁹ Vieth-Fleischhauer, Hannah: Integrative Musiktherapie für ältere Menschen - Möglichkeiten und Grenzen, Vortrag beim Symposium Music therapy with elderly people, Luxemburg 15.05.2003, S.10

²⁰ Kapteina, H.: Stufen der Musikalisch-therapeutischen Ausbildung. In: Allgemeine Didaktische Beiträge, Forum Musiktherapie und soziale Arbeit, S. 27

an. Wie mein Spielen ausklingt, bemerkt eine Patientin spontan, dass es wohltuend gewesen sei. Eine andere ergänzt: „Ja, das war sehr entspannend“. Ich sammle noch von den anderen PatientInnen Bemerkungen zu ihrem Erleben, u.a. „Ja, das tat gut“.

Ich beschließe, mit dem Ausklang der letzten Stunde die Gruppe zu beginnen, um den PatientInnen zunächst die Gelegenheit zu geben, sich sammeln zu können und bei sich anzukommen. Ich steige mit der Frage ein, ob sich erinnert werden kann, wie die letzte Stunde endete. Den PatientInnen dazu Gelegenheit zu geben und mit ihnen zu erarbeiten bedeutet eine Form des Gedächtnistrainings, da fast alle von einer Vergesslichkeit betroffen sind.

Die Patientinnen folgen den Einladungen, ich wiederhole das Spielen in der gleichen Form und frage anschließend, wie es erlebt wurde.

Dazu bemerkt Fr. A., dass sie die hellen Töne bevorzugen würde, die tieferen wären ihr unheimlich und zu dunkel. Da sie dem Musizieren sehr skeptisch gegenübertritt, frage ich sie, ob sie ausprobieren möchte, die Klänge, die sie mag, einmal selber zu spielen. Hierzu spiele ich die Leier kurz an und reiche sie ihr dann entgegen. Sie willigt ein, zupft einzelne Saiten und spielt vorwiegend mit den hohen Tönen. Dazu bemerkt sie, dass sie die Klänge wie an ein Schlaflied erinnern würden. Um ihr wertschätzend entgegenzukommen, reiche ich ihr die kleinere Leier mit den hohen Saiten.²¹

Ich frage Fr. D., welches der Instrumente, von denen ihr die meisten schon bekannt wären, sie spielen möchte. Sie wählt das Glockenspiel, stellt dann aber fest, dass sich darauf keine bekannte Melodie spielen lässt.

Fr. F. nimmt eine Handtrommel mit Schlegel und spielt sie pulsierend.

Fr. S. biete ich das Monochord an. Sie kenne sie als sehr zurückhaltend, jedoch fällt mir auf, dass sie schmunzelt, wie die anderen PatientInnen ihre Instrumente anspielen. Daraus entnehme ich ein Interesse, eine Neugier und einen Zugang zu einem Instrument, sehe aber, dass sie schnell damit überfordert wäre, sich eines auszusuchen, da ich sie als verunsichert kenne.

Herrn Dr. S. ist ein neuer Patient und ich spiele einige Instrumente an, um ihm einen Eindruck von der Klangvielfalt zu geben: das große und kleine Daumenklavier, die große Leier und die Meerestrommel. Er entscheidet sich für letztere und probiert diese ausgiebig und sehr differenziert in den unterschiedlichen Dynamiken. Ihre Handhabung und die verschiedenen Geräusche zu entlocken bereitet ihm offensichtlichen Spaß.

Die anderen PatientInnen schauen aufmerksam und erstaunt, hören intensiv darauf, was Hr. Dr. S. aus dem Instrument an Klängen und Dynamiken hervorbringt. Er selbst versinkt in seinem lebhaften und differenzierten Spiel, bis er irgendwann aufschaut und sagt: „Die Trommel freut sich“, worauf ich aber nicht näher eingehe.

Die PatientInnen sollen einmal um sich schauen und bemerken, wer welches Instrument in Händen hält. Da sich die Konzentrationsfähigkeit je nach Krankheitsbild schnell erschöpft, gehe ich dazu über, spontan und direkt mit einem gemeinsamen Spielen zu beginnen. Ich selber wähle zur Unterstützung von Fr. F. eine große Handtrommel.

Die Gruppe spielt zunächst einen Klangteppich, aus dem heraus sich ein aus der Gruppe entstehendes oder von mir angeregtes Thema gestaltet werden kann.

Ich teile die Gruppe in zwei Hälften, eine mit Geräusch- und Melodieinstrumenten, die andere mit den Handtrommeln.

Als nächstes spielen die Gruppen jeweils abwechselnd und solange sie möchten. Ich sehe, dass Fr. F. beim Trommeln noch verhalten und vorsichtig ist und sie auf meine spielerischen Interventionen in der Dynamik nicht reagiert bzw. nicht folgen möchte.

Gelegentlich spielt aber Hr. Dr. S. mit uns beiden und er greift die Dynamiken auf bzw. gibt sie vor, indem er die Meerestrommel hin und her schaukelt oder schnell kreisen lässt.

Ich reflektiere mit der Gruppe die musikalischen Unterschiede, die in den beiden Gruppen zu hören sind. Eine Patientin meint, das Spiel der Meerestrommel würde wie Wind und Wellen, wie ein Sturm klingen und es wäre insgesamt lauter und lebhafter durch die Trommeln im Vergleich zu dem Spiel der

²¹ Natürlich wäre naheliegend gewesen, den Charakter der dunklen Töne anzusprechen und Assoziationen zu erarbeiten, jedoch ist Fr. A. die Patientin, die nicht ständig gefragt werden möchte, was ich zunächst einmal respektieren wollte.

Einen anderen Hinweis gibt sie mit der Bemerkung an das Schlaflied, welches sie mit den hohen Tönen in Verbindung bringt und später einmal aufgegriffen werden kann.

anderen Instrumente.

Ich entscheide mich, das impulsive und vitale Spiel von Herrn Dr. S. und das verhaltene Spiel von Fr. F. aus der Gruppe heraus aufzunehmen und über ein von mir angeregtes Thema zu einem musikalischen Ablauf zu gestalten: Regen-Gewitter-Sonnenschein.

Ich bespreche und erörtere mit den PatientInnen gemeinsam, welche Instrumente in ihrem klanglichen Charakter den aufkommenden Regen, das herannahende Gewitter und nach dem Verziehen der Wolken den wieder auftauchenden Sonnenschein vertonen können.

Ich stelle der Gruppe zur Wahl, mit welcher Wettereigenschaft begonnen werden soll. Die erste Gruppe beginnt damit, den Sonnenschein zu spielen, bis sich die zweite Gruppe dazu mischt und allmählich den Sonnenschein verdrängt. Das Unwetter rollt an und dehnt sich aus, bis es zu einem Gewitter kommt, dass sich in Form von lautem Donner entlädt und dann wieder abklingt. Wie es ganz verklingt, taucht der Sonnenschein wieder auf.

Ich reflektiere das musikalische Geschehen und stelle zur Wahl, wer einmal in die andere Gruppe bzw. die Instrumente wechseln und Gewitter bzw. Sonnenschein vertonen und spielen möchte. Diesmal erwähne ich, dass die Klänge wie ein Musikstück verstanden werden können, welches eine Überschrift trägt, die lautet: Ein Gewitter zieht vorbei.

In einer weiteren Reflektion spreche ich das Tun und die Emotionalität einzelner PatientInnen an (Veränderung in der Atmung, Mimik und Muskeltonus oder im Verhalten) und frage nach klanglichen Unterschieden in den verschiedenen Improvisationen. Ich lade die PatientInnen schließlich ein, im Rahmen des Gewitters die Möglichkeit zu nutzen, einmal aus sich herausgehen zu können und auszuprobieren, auch laut spielen zu dürfen.

Nach einem erneuten Wechsel schließt sich eine dritte und letzte Improvisation an, in der einige der Teilnehmer auch zu anderen Handtrommeln greifen. Diesmal möchten die PatientInnen, dass mit dem Gewitter begonnen wird. Diesmal sind werden die Gegensätze im das Spielen deutlicher. Fr. S nutzt den Raum dafür, den Verlauf des Gewitters an- und abschwelend zu gestalten, mit einem Höhepunkt, der sich durch ein lauter werdendes Schlagen auf der Trommel anbahnt, sich über längere Zeit ausdehnt und dann abschwillt. Dabei verkrampft Fr. S etwas, sie hat aber offensichtlichen Spaß, die ansteigende Dynamik zu bestimmen und zu halten, bis sie sich dann von selbst beruhigt. In der abschließenden Reflektion wird der Unterschied benannt, der im Vergleich zu den vorherigen Improvisationen deutlich wahrzunehmen war.

09.08.07 (themengebundene, erlebniszentrierte Improvisation)

Fr. L kommt mit in die Gruppe; obwohl es ihr nicht gut geht, probiert sie es aus. Wie ich mit dem letzten Pat. komme, hat(te) sie schon die Leier in ihrer Hand bzw. sie liegt neben ihr. Ich hatte wegen des Wetters und des Themas ‚vorbeiziehendes Gewitter‘ ‚Heho, spann den Wagen an‘ als Einstieg gewählt, um auch dem Singen einen, falls notwendigen Raum zu geben. Fr. A. lässt bei der Ansprache im Flur schon erkennen, dass sie die lauten Trommeln und die tiefen Töne mancher Instrumente nicht hören mag und fragte auch prompt, ob wir heute etwas anderes machen würden.

Ich begrüße einen neue Patientin, Fr. G., die gerne mitkommen mochte. Ich nehme keine Besonderheiten an ihr wahr und erkundige mich nach ihren musikalischen Vorerfahrungen: Sie hat einmal Klavier gespielt und sie erkennt das Monochord wieder, das sie aus der Begleitung zum Obertongesang kennt.

Wie die Gruppe beisammen ist, nehme ich den Impuls von Fr. L. auf und lasse sie auf ‚ihrem‘ Instrument spielen. Ich biete ihr an, sie zu begleiten und zu unterstützen, wenn sie das möchte und nehme dazu die große Leier. Den PatientInnen biete ich an, zuzuhören und die Musik auf sich wirken zu lassen bzw. wenn sie sich dazu inspiriert fühlen würden, ein Instrument spielen zu wollen, was ihrem Empfinden nach zu dem von Fr. L. passt, dies zu tun und dann nacheinander damit einzusetzen.

Fr. L. und ich beginnen und die Gruppe setzt vorsichtig mit ihrem Spielen ein. Sie bekommt plötzlich mehrere Hustenanfälle, die ihr peinlich sind und unterbricht sich mehrere Male. Ich biete ihr schließlich an, ganz auf das Spielen verzichten zu können, wenn sie das vorziehen würde. Ich könnte ihr Instrument weiterspielen, damit sie sich zurücklehnen und die Augen schließen könnte, wenn sie mag.

Sie willigt ein und entspannt sich sichtlich. Ich nehme den Moment zum Anlass, in dem Zusammenhang das Spiel ‚Der kranke König‘ bzw. ‚Die kranke Königin‘ zu erklären. Ich animiere die PatientInnen, in sich hineinzuspüren, welche Musik, welche Klänge ihnen selber in der Situation entsprechen würden, um vielleicht das eine oder andere Instrument wechseln zu können. Dazu könnten sie sich aus dem Fundus in der Mitte des Raumes bedienen. Fr. G. probiert dazu kurz Obertöne aus. Ein interessanter Impuls, den ich jedoch später als ein Potential von ihr aufnehmen möchte.

Die PatientInnen beginnen wieder mit ihrem Spielen und setzen es leise und bedächtig fort.

Fr. L.: --
Fr. G.: Triangel (sie spielt sie nur stellenweise, aber in einer wiederholten, ausholenden Bewegung zu Fr. L. hin, wie das Schwenken eines Weihrauchgefäßes)

Hr. Dr. S.: Schlitztrommel
Fr. D.: ein Paar Rasseln
Fr. S.: Oceandrum
Fr. A.: Glockenspiel
MT: kleine Leier

Ich reflektiere kurz das Spielen mit der Gruppe und frage nach Unterschieden zu der Musik aus der letzten Stunde. Es sei bedächtiger, leiser und vorsichtiger gewesen, stellen die PatientInnen miteinander fest. Die Bedenken und Vorurteile gegenüber der Qualität des Musizierens schwinden ein wenig. Die PatientInnen sind etwas gebannt von dem Verlauf und wirken konzentriert auf die Aufgabenstellung und gespannt.

Fr. G. möchte als nächstes das Spiel fortsetzen. Sie spielt die Schellen („Die sind richtig für meine Krankheit“) kurz und schüttelt sie abrupt punktuell und rhythmisch.

Fr. L.: setzt aus (Sie kommentiert: „Das hört sich an wie mein Bronchialkatarh“)
Fr. G.: --
Hr. Dr. S.: Oceandrum²²
Fr. D.: ein Paar Rasseln
Fr. S.: große Leier und wechselt dann zur Schlitztrommel
Fr. A.: kleine Leier
MT: Monochord

Die Gruppe spielt ebenso vorsichtig und bedächtig wie zuvor.

Fr. G. hat ein differenziertes Empfinden und mochte besonders das rhythmisch feine Spiel zwischen Monochord und Oceandrum, zu dem das Spiel zwischen Herrn Dr. S. und mir fand. Sie war von dem Spiel von Fr. S. an der Schlitztrommel überrascht, das sie als sehr einfühlsam und behutsam wahrgenommen hatte.

Schließlich spielt Fr. S. noch „ihr Kranksein“, ihre Befindlichkeit auf der Schlitztrommel. Da sie die Schlitztrommel auf ihrem Schoß behalten will, biete ich ihr als eine Möglichkeit an, über ihr Spielen mitzuteilen, ob, wann und wie die ‚Medizin‘ gewirkt hat.

Fr. L.: Ihr geht es sichtlich nicht gut; ich stelle ihr frei, wieder auf ihr Zimmer gehen zu können, was sie dankend annimmt.

²² Sie wollte, dass die Schlitztrommel nicht gespielt wird, weil sie ihr zu laut sei und Hr. Dr. S. willigt ein, die Oceandrum zu spielen. Stattdessen nimmt nun Fr. S. die Schlitztrommel spontan an sich.

Fr. G.:	Daumenklavier (sie streicht mit ihren Fingern quer über die Lamellen)
Hr. Dr. S.:	Monochord
Fr. D.:	ein Paar Rasseln
Fr. S.:	--
Fr. A.:	kleine Leier (sie schaut mehrere Male zu Fr. S. hinüber, um sich zu versichern, ob die Töne auch bei ihr ankommen würden)
MT:	Klangschalen und großes Xylophon

Fr. S. spielt nur vereinzelt Töne auf ihrem Instrument oder verbindet sie zu kurzen Melodien. Sie verfügt über einen malerischen Wortschatz und kommentiert ihr Spielen ausführlich mit den Worten:
„Bei meiner Schizophrenie ...“.

Mein Eindruck ist, dass sie auf der Schlitztrommel ihre Störung bipolar gestaltet, indem sie den einzelnen Zungen rechts und links kommentierte Inhalte zuweist. Da sie sehr skurril²³ ist, frage ich auch hier nicht genauer nach, um die Aufmerksamkeitsspanne der Gruppe nicht zu überstrapazieren. Sie mischt sich später in das Spielen ein und beendet die Musik mit einer Betonung, die von einzelnen der Gruppe aufgenommen und erwidert wird.

Aus meinem Spiel auf dem Xylophon und dem von Herrn. Dr. S. auf dem Monochord gewinnt sie den Eindruck, dass ihr eine Menge Tabletten verabreicht worden wäre. Aus dem Spielen der Gruppe entnimmt sie, dass die Musik ihr geholfen hätte, sodass sie sich jetzt besser fühlen würde.

Da die übrigen PatientInnen die Gelegenheit des Spiels nicht nutzen möchten, wende ich mich noch einmal an Fr. A., deren Spiel auf der Leier mir in der letzten Stunde aufgefallen war, wie sie bemerkte, zu dem Klang der hohen Saiten würde jetzt noch ein Schlaflied fehlen.

Ich spiele die Leier noch einmal an und frage sie, wie sie denn auf diese Idee gekommen wäre und beides miteinander in Verbindung bringen würde.

Sie erzählt davon, dass sie immer sehr gut schlafen würde und sich dies schon als Kind von ihrer Mutter abgeschaut hätte. Damals hätte sie im Bett gelegen, in den Himmel geschaut und die Wolken gezählt, Tiere in ihnen gesehen und den Mond ehrfürchtig betrachtet.

Sie ist damit einverstanden, einmal auszuprobieren, ein Schlaflied zu singen und von den Liedern, die ich vorschlage, wählt sie „Der Mond ist aufgegangen“. Sie erzählt anschließend ...

Fr. D. meldet sich schließlich zu Wort (sie hatte die Zeit über ihre Instrumente nicht gewechselt und fortwährend Kaugummi gekaut) und wünscht sich „Guten Abend, Gut Nacht“. Da die Stunde dem Ende naht, vermittele ich ihr nur, dass sich etwas in ihr bewegt zu haben scheint und sie sich erlaubt hätte, ihrem Wunsch zu entsprechen.

Wir sprechen noch gemeinsam darüber, wer als Kind in den Schlaf gesungen wurde und enden mit „Schlaf Kindchen, schlaf“. Die Gruppe meint zum Schluss, dass dies ein schöner Ausklang gewesen sei.

5.3.3. Psycho-vegetative Beeinflussung

Nicht zuletzt beinhaltet dieses Konzept – neben seinen Einschränkungen – den Vorteil, die PatientInnen je nach ihrer momentanen Befindlichkeit dort abzuholen, wo sie gerade sind und dies nicht selten in einem Verhältnis der Bedürftigkeit nach Ruhe, Geborgenheit und Entspannung oder Ablenkung und Aufmunterung, Belebung oder zur Unterstützung zeitlicher und räumlicher Orientierung wie Abwechslung.

Ein älterer Patient sehr kräftiger Statur ruft mit lauter Stimme, auf dem Flur mit den anderen Patienten sitzend, unentwegt: „Mutter, ich muss die Fußnägel geschnitten kriegen, wenn die quellen, dann platzen die raus“ oder auch ständig nur: „Mutter“.

²³ Fr. S. hatte in einer Stunde zuvor einmal die Leier gespielt mit der sinngemäßen Beschreibung: „Ich bin die Zeit. Die Zeit verstreicht, indem ich immer wieder die drei oberen letzten Saiten anzupfe“, was sie auch fortwährend tat.

So ergibt sich mit der angespannten Situation auf der Station nach nächtlichen Ruhestörungen durch das Schnarchen, Umherlaufen oder Schreien des Zimmernachbarn oder anderer PatientInnen auf dem Flur, das Bedürfnis nach dem Entrinnen aus der Wirklichkeit des Klinikalltags, vielleicht nach Entgrenzung und Auflösung, nach einer Unendlichkeit.

Unter Berücksichtigung des Bedürfnisses nach Sicherheit und Geborgenheit verwende ich die Klänge dann zur Einhüllung oder später zur Anbindung an Vertrautem.

Über den Einsatz verschiedener Instrumente ermögliche ich den PatientInnen, sich selbst zu regulieren.

Hierzu haben sich die Klangeigenschaften und -spektren des Monochords und der Oceandrum als vorteilhaft erwiesen, da sie mit Empfindungen und Bildern assoziiert werden können, die Weite und Getragensein vermitteln.

Die PatientInnen nehmen das Angebot dann gerne an, wenn sie sich rezeptiv den Klängen hingeben dürfen. Anders reagieren sie, wenn ich ihnen vorschlage, die Instrumente selbst zu spielen, jeweils zu zweit oder, wenn sie nicht aktiv sein mögen, diese dann an den Sitznachbarn weiterzureichen.

Strobel schreibt zu den Wirkungen beider Instrumente, dass die Oceandrum: „... oberflächlich Assoziationen weckt von Wasserbrandung, Gischt oder Meer“. Aber „Wer sich tiefer einlässt, kann ein Sich-Versenken erfahren [...] im Freisein von allem Machen-Wollen“ und weiter: „Dieser Klang kann also die Sehnsucht erfüllen, sich im Nicht-Tun und Im-Geschehen-Lassen aufzulösen“.²⁴

Anders wird durch den Klang des Monochords „... so etwas wie eine innere Gesetzmäßigkeit des Kosmos auf einer unbewussten Ebene sinnlich erfahrbar, eine innere Harmonie und tiefe Ordnung“, die wahrgenommen wird als ein Getragen-Sein, ein Aufgehoben-Sein und Verbunden-Sein mit allem.²⁵

Bei diesem Setting erfahren sich die PatientInnen einerseits gefordert, andererseits auch in einer Selbständigkeit oder einem kreativen Potential, um festzustellen: „Ich kann selbst etwas für mich tun“.

So entstand auch das Spiel „Ein Tag am Meer“, das ich einmal zur Entspannung einsetzte oder auch von einer Patientin in veränderter Form gewünscht wurde, wie z.B. „Ein weiterer Tag am Meer“ oder „Mein letzter Tag am Meer“, als sie sich aus der Gruppe verabschiedete.

Zur gelegentlichen Belebung benutze ich Trommeln als Klangquellen, die zu Begegnung und Interaktion einladen. Hier folgen nach einer kurzen Aufwärmung Imitations-, Echo- und Signalspiele, die später in dem Spiel Wetterstation münden, in dessen Verlauf ein Spieler das Unwetter spielt und die anderen dieses als Seismographen aufzeichnen und verstärkt wiedergeben.

5.4. Themen, Interventionen und Entwicklungen

Im folgenden möchte ich exemplarisch den Fortlauf bzw. Entwicklung in einer Gruppenmusiktherapie beschreiben, der stellvertretend für viele, ebensolche

²⁴Strobel, Wolfgang: Grenzzustände in der Musiktherapie. In: Schroeder, Wolfgang C.: Musik – Spiegel der Seele, Paderborn 1995, S. 284

²⁵ebenda, S. 286

Verläufe steht, die sich im Rahmen meiner Praxistätigkeit unter ähnlichen Bedingungen und Voraussetzungen ergeben und weiterhin ergeben werden.

Ich nähere mich dem Lebensraum Pflegestation aus musiktherapeutischer Perspektive und orientiere ich am Befinden der dort lebenden Menschen um einzuschätzen, welche Intervention ihren Bedürfnissen entspricht, d.h. auch, dass ich mit Musik experimentiere.

13.08.07 (freie und themenbezogene Improvisation, konfliktzentrierte Intervention)

Die Gruppe ist heute mit 4 Patienten kleiner, da eine Patientin nicht da ist, eine andere die Gruppe verlassen hat, da ihr übel war und Fr. L. sich mit ihrem Husten der Gruppe nicht mehr zumuten möchte.

Da die Gruppe im Musizieren bereits Erfahrung hat und sich einige der Patientinnen bereits Instrumente ausgesucht haben, wage ich heute den Schritt, direkt mit einer Improvisation einzusteigen zum Thema: „Wie geht es mir, wie bin ich heute hier“? Es braucht einige Verdeutlichungen und Hilfen, in denen ich beschreibe, dass das, was nicht gesagt oder über Worte ausgedrückt werden kann, den Weg über das Musizieren finden kann. Stimmungen können hörbar, deutlich und bewusst werden.

Fr. A. spielt die Barchimes an und meint: „Nein, die klingen zu fröhlich. So fröhlich bin ich nicht.“ Sie wählt ein Paar Rasseln, Fr. G. das große Xylophon, welches ich ihr auf die Trommel stelle und Herr Dr. Spieler die große Leier.

Durch die Art und Weise im Verhalten von Fr. S. („Ich weiß nicht, welches Instrument ich denn spielen soll“) wird deutlich, dass sie fremdbestimmt wirkt. Ich unterstütze sie darin, sich Zeit zu nehmen und in sich hineinzuspüren.¹

Sie greift zu mehreren Instrumenten und kann sich nicht für die pentatonische Schlitztrommel entscheiden. Sie ist darauf festgelegt, eine Tonleiter spielen zu wollen, vielleicht aus einem Sicherheitsbedürfnis, obwohl ich sie aus den vorherigen Stunden gar nicht so kenne.²⁶ Schließlich findet sie das diatonische Glockenspiel für sich.

Die Gruppe beginnt zu spielen, jeder für sich. Ich nehme Impulse, Klänge und Ideen von einzelnen auf, resonanziere klanglich variabel auf meinem Kalimba mit jedem der PatientInnen und verstärke ihr Spielen über ein verdeutlichendes Feedback.

Zwischen Fr. G. und mir kommt über das Herausragen von Tönen es dabei zu einem lebhaften Dialog, sie schmunzelt. Herr Dr. S. streicht scharrend über die Saiten der Leier und hat mich aufmerksam im Blick, er orientiert sich sehr an mir. Während ich seine Art zu spielen spiegele, verändere ich mein Spielen und er reagiert prompt auf meine Interventionen, wenn auch nachahmend. Fr. A. setzt mit den Rasseln aus.

Die Improvisation nimmt eine Richtung, wie Fr. S. mit dem Schlegel in einem galoppierenden Rhythmus die Trommel anspielt, zu der sie wechselte. Ich greife den Impuls von Fr. S. leicht auf, Fr. G. wie auch darauf Herr Dr. S. erwidern den Rhythmus auf ihren Instrumenten (!) und es entsteht ein gemeinsames Spielen. Fr. G. blüht auf, während Fr. A. zum Fenster hinausschaut oder auf ihre Uhr. Sie ist aus dem Kontakt geraten und scheint verunsichert und betroffen darüber, was gerade passiert. Die Musik wird allmählich leiser und verklingt schließlich.

In der Reflektion benennt Fr. A. ihr Spielen als traurig, es sei immer derselbe Klang und monoton. Auf die Traurigkeit angesprochen meint sie, dass sie erwartet hätte, früher entlassen zu werden. Gleichzeitig bemerkt sie, dass sie sich davor ängstigt, wie es denn zuhause weitergehen würde. Sie

¹ Fr. S. ist fast erblindet aufgrund eines Glaukoms des linken Auges, rechts trägt sie ein Glasauge.

² Die Schlitztrommel hat zwar eine immanente Tonleiter, die sich jedoch nur mit einiger Übung und Geschick finden und spielen lässt. Fr. S. zeigte aber bisher eine Entdeckungsfreude und Ungehemmtheit wie eine hohe Sensibilität und Gestaltungskraft im Spielen verschiedener Instrumente. Diesmal möchte sie eine Überschrift für die Improvisation haben

ist mit der bevorstehenden Chefvisite beschäftigt und könnte im Moment nichts daran ändern, ihre Verfassung sei eben so.

Fr. G., die zu Anfang sehr bedächtig spielte, fühlte sich animiert, hinauszureichen und sich mitreißen zu lassen.

Fr. S. spielte die nächtliche Unruhe auf der Trommel, während sie das Spiel der Instrumente links und rechts von ihr als die Struktur der Traumwelt bezeichnet. Auf dem Glockenspiel spielte sie die Melodie „Der Mond ist aufgegangen“, wie sie und Fr. G. sagen, was mir aber nicht aufgefallen war („Haben Sie das nicht gehört?“). Ich sage ihr, dass ich darauf noch einmal zurückkommen möchte.

Sie beschreibt die Musik als „Teils-teils“, als süße und zärtliche Musik.

Herr Dr. S. beschreibt sein Erleben als gedämpft, wobei er aber nicht von sich spricht, sondern von den anderen PatientInnen und mir.

Aus der Wahrnehmung der veränderten Gruppensituation heraus entschieße ich mich, die Themen von Fr. G. und Fr. S. weiter zu verfolgen, da ich bei Fr. A. spüre, dass sie mit ihrem Zustand genügend in Berührung ist und sich drängenden Fragen ungerne stellt. Herrn Dr. Spieler verliere ich etwas aus meiner Wahrnehmung, da seine Desorientiertheit einen zu großen Fokus beanspruchen würde, den die anderen Gruppenteilnehmer nicht mitzutragen in der Lage sind.

Da Herr Dr. S. sich grundsätzlich in das Spielen mit einfügt und Interaktionen aufnimmt, wird er nicht all zu sehr in den Hintergrund geraten und bleibt im Gruppengeschehen beteiligt.²⁷

Da Fr. G. im Musizieren miteinander aufgeblüht war, lade ich sie ein, Kontakte einmal selber gestalten zu können und wahlweise musikalisch in einen Dialog zu gehen, indem sie jemanden anschaut und über Nicken, Gesten oder Ansprache („Spielst Du mit?“) zum Spielen einlädt.

Im Folgenden beginnt die Gruppe mit einem Klangteppich, der ausklingt und Fr. G. spielt weiter. Sie fordert die PatientInnen im einzelnen nacheinander auf.

Diesmal gestaltet sich das Spielen so, dass die Gruppe schnell in einen gemeinsamen Rhythmus findet, in dem auch Fr. A. ihre Rasseln rhythmisch einsetzt. Dabei spielt sie zwischendurch auch einmal die Barchimes an.

Bevor Fr. G. auch mich zum Spielen einladen kann, wie sie später bedauert, verklingt das Spiel der Gruppe genau so schnell, wie es entstanden ist. Kommentar von Fr. G. dazu: „Die Luft war raus“.

In der Reflektion frage ich sie, ob sie etwas daran gehindert hat, weiterzuspielen oder das Spiel noch einmal aufzunehmen und was passiert wäre, wenn sie sich für das Weiterspielen entschieden hätte. Fr. G. bemerkt dazu, dass sie wieder nach innen gehen und eine Klangschale spielen möchte, was sie wieder zu sich selbst bringen würde.

Ich nehme das zur Kenntnis, moderiere aber in einer Verunsicherung weiter, um Fr. A. noch einmal anzusprechen: „Wie war das, einmal hinauszulangen und die Barchimes anzuspielen? Was ist passiert?“

Ich selbst bemerke nicht, dass ich mich unter den Druck stelle, auch noch mit Fr. S. arbeiten zu wollen.

Fr. G. schließt mit: „Wir haben ja heute richtig gearbeitet“.

Im Verlauf des Musizierens boten sich einige zahlreiche Interventionsmöglichkeiten, die bei dem/der einen oder anderen PatientIn den Prozess vertieft hätten, jedoch habe ich bewusst entschieden, darauf zu verzichten und vielleicht später darauf zurückzukommen, wenn die Gruppe in dieser Zusammensetzung vielleicht länger erhalten bleiben würde.

Es erfordert ein feines Gespür dafür zu erkennen, wenn Grenzen im Auffassungsvermögen, in der Konzentrationsfähigkeit oder im Erkennen und Verstehen deutlich werden und sich eine allmähliche Ermüdung bei den PatientInnen

²⁷ Herr Dr. S. ist in seinem Aufnahmevermögen und seinem kreativen Potential ein idealer Patient für eine Einzelmusiktherapie, da er z.B. sehr gerne in Kontakt geht und nachfragt, wenn ich ihn abhole. Er verbringt seinen Stationsalltag damit, einen Stapel an Zeitungen und Broschüren zu sammeln und mit sich herumzutragen

einstellt.

Ich stelle den Prozess dann in den Dienst der Gruppe, d.h. der ‚Flow‘, das fortgesetzte Miteinander und die innere Beteiligung des Einzelnen stehen dabei im Vordergrund. Die einzelnen Auffälligkeiten in Form von Bemerkungen, Spielweisen oder im Verhalten, bin ich bemüht zu memorieren und später in Notizen festzuhalten, um darauf noch mal je nach Gelegenheit im einzelnen zu sprechen zu kommen.

5.4.1. Resonanz und Empathie in der Reflexion

Das im musikalischen Geschehen Erlebte und Erfahrene zu verstehen, geschieht in einem Prozess des Begreifens auf sprachlicher Ebene über Bestätigung und Klärung im Dialog.

Gedächtnis, Abstraktionsvermögen und Sprache als kognitive Fähigkeiten ermöglichen verbale Äußerungen.

Eingeschränkte kognitive Möglichkeiten bedingen, dass es für Empfindungen und Wünsche keine Begriffe (mehr) gibt oder dass das Erlebte und Erfahrene ins Vergessen gerät.²⁸

Das Angebot zur Reflexion oder das Ansprechen kognitiven Erlebens wurde in den Alterstufen sehr unterschiedlich aufgenommen.

Bezüglich der Ansprache emotionaler Inhalte waren die älteren PatientInnen überfordert: Um das in der Improvisation Erlebte aufzugreifen, orientierte ich mich mehr an nonverbalen Signalen.

Hier gehe ich dazu über, die PatientInnen anzusprechen, ihnen meine Aufmerksamkeit zu schenken, Wertschätzung entgegenzubringen, dass sie sich über den angebotenen Kontakt in ihrer Person und ihren Grundbedürfnissen wahrgenommen und respektiert fühlen. Dies ist um so wichtiger, dass ich für einige der PatientInnen als Therapeut eine Woche später wieder eine fremde Person bin²⁹

Auch bei den jüngeren PatientInnen war abschließend die Frage, was sich vielleicht in ihrem Erleben verändert hat oder sie in Form eines Stichwortes hinaus mit in den Alltag nehmen, ausreichend und die Verarbeitung einer Erfahrung somit begrenzt.

So waren die PatientInnen dennoch in ihrem Mut und ihrer Kreativität, in ihren kognitiven und sozialen Fähigkeiten gefordert und wurden über die Formen des Zusammenspiels in ihrer Emotionalität angesprochen.

6. Weitere Fallbeispiele aus der Einzel- und Gruppenmusiktherapie

Im Laufe meiner Praxistätigkeit, die Mitte 2006 in eine geringfügige Anstellung als Honorarkraft übergegangen ist, habe ich zuletzt 250 Stunden überwiegend Gruppenmusiktherapie angeboten bzw. anbieten müssen.

²⁸ Vieth-Fleischhauer, Hannah: Integrative Musiktherapie für ältere Menschen - Möglichkeiten und Grenzen, Vortrag beim Symposium Music therapy with elderly people, Luxemburg 15.05.2003, S. 17

²⁹ Ebda, S. 15

In meiner Arbeit habe ich viele solcher Spiele angeboten, die in einem Kontaktprofil aufgebaut sind:

Nachahmende Spiele auf der Trommel wie Echo-Spiele, Dialoge, Frage-Antwort, Ich bin bei mir – Ich bin bei der Gruppe, das Hallo-Spiel, Wetterstation, Trommelgewitter u.ä.

Wurden Themen in der Gruppe deutlich und das miteinander Musizieren und Spielen wie auch die PatientInnen untereinander waren vertraut, gelangen Spiele wie die Reise; der See, die Elfen und der Wassermann; mein persönlicher Klang-Blumenstrauß oder die Umsetzung eines Klangbildes, z.B. die Symphonie der Station PE.

7. Resümee, Bewertung, Fazit

Entfaltet Musik als Selbstzweck heilsame Wirkungen?

Ob wir das Spielen reflektieren oder nicht, ob wir ihm eine Bedeutung geben und darüber Einsicht gewinnen oder nicht, im Grunde genommen passiert das Gleiche wie in der Musiktherapie:³⁰

- Wir spielen mit- oder auch gegeneinander
- Wir handeln nach Gefühl, fühlen uns ein und kommen in Kontakt mit anderen oder auch nicht
- Im Spielen gestalten und erleben wir unterschiedliche Stimmungen und Gefühle
- Wir erfahren Gemeinschaft, Beziehung, aber auch Abgrenzung und Selbständigkeit
- Wir nehmen uns selbst und andere wahr und entwickeln gestalterische Fähigkeiten
- Wir spielen ohne Bedeutungsgebung und Reflexion, um einfach nur die Freude am gemeinsamen Spiel spürbar werden zu lassen und auch selbst zu spüren

Wenn wir einfach miteinander spielen bzw. wenn es Möglichkeiten für Nicht-Musiker gibt, miteinander ins musikalische Spielen zu kommen, erkenne auch ich hier eine Menge musiktherapeutischer Ziele.³¹

Abhängig von der verfügbaren Zeit und entsprechend der Stabilität in der Gruppenentwicklung gelang es, die Musiktherapie als Beziehungsarbeit durchzuführen und auch themenfokussiert zu arbeiten, d.h. die symbolische Ebene der musiktherapeutischen Arbeit wurde erkannt und genutzt.

In den Phasen, wenn viele Wechsel in der Gruppe stattfinden und die vertrauensenerweckende Stabilität ausbleibt, nutze ich wieder rein ‚musikalische‘ Angebote und versuche zu erkennen, ob die PatientInnen davon profitieren.

Ich lerne weiter in einem Arbeitsfeld, wo es ständig neue originelle Menschen und Situationen gibt, die mich herausfordern und an professionelle Grenzen bringen.

³⁰ Vgl. hierzu Kapteina, H.:

³¹ Plum, F.-J.: Erste Erfahrungen zur Musiktherapie in der tagesklinischen Entgiftungsbehandlung polytoxikomaner Drogenabhängiger. In: MT Practice News: Research Showcase, 2001.
http://www.musictherapyworld.de/resnews/rn_con02.htm (1 - 6) [16.02.2001 17:07:19 Uhr]

8. Literatur