

Funktionen der Musiktherapie in der Arbeit mit Sterbenden

**Eine kollektive Fallstudie mit krebskranken
Patienten in einem Hospiz**

Diplomarbeit zum
Abschluß des Ergänzungsstudienganges Musiktherapie
an der Hochschule der Künste Berlin

vorgelegt von:

Astrid Happe
Richardplatz 3e
12055 Berlin
Tel. 030/682 74 33

Berlin, 1.11.2000

BetreuerInnen: Prof. Dr. Karin Schumacher, Georg Mayer
Gutachterinnen: Prof. Dr. Karin Schumacher, Prof. Dr. Mechtild Jahn-Langenberg

Danke

Prof. Dr. Karin Schumacher und Georg Mayer für die intensive und freundliche Betreuung dieser Arbeit

Christoph Steinmetz für das kritische Durchsehen aller Arbeitsschritte, für viele fachliche Diskussionen und beständige emotionale Unterstützung durch Höhen und Tiefen

Dorothea Becker und mit ihr all meinen KollegInnen im Hospiz

All den Menschen, die ich in ihrem letzten Lebensabschnitt begleiten und mit denen ich die Kostbarkeit gemeinsamer Zeit teilen durfte; sie haben mich vieles gelehrt

Prof. Dr. Marina Neumann-Schönwetter und Gabriele Dorrer für fachliche Gespräche

Prof. Dr. David Aldridge, Dr. Dagmar Gustorff und Jörg Fachner vom Institut für Musiktherapie der Universität Witten-Herdecke für spontane Gesprächsbereitschaft und bereitwillige Unterstützung

1. Einleitung und Überblick

Als Musiktherapeutin in einem Hospiz zu arbeiten, bedeutet, terminal erkrankte Menschen jeder Altersstufe in ihrer letzten Lebensphase bis hin zum Sterben zu begleiten.

Mein Einstieg in das Arbeitsgebiet fand im April 1999 statt. Seitdem sind mir viele und sehr verschiedene Patienten im Hospiz begegnet; was sie kennzeichnete, war ihre Krebserkrankung und ihr Wissen um eine begrenzte Lebensspanne. Angesichts des Sterbens begegnete mir bei vielen Patienten, sei es aus körperlichen oder auch seelischen Gründen, Sprachlosigkeit. Die Sprache reichte nicht mehr aus, um sich mitteilen und die eigene Lebenssituation verarbeiten zu können. Und besonders solchen Patienten versuchte ich, mit Hilfe der Musiktherapie zu begegnen, und dadurch Leiden zu lindern. Ich lernte, daß Sterbebegleitung vieles einschließt: Ein desorientierter Mensch benötigt andere Begleitung als ein ansprechbarer. Wieder anderes ist die Arbeit mit jemandem, der durch Krankheit Sprache oder Augenlicht verloren hat. Sterbebegleitung kann auch bedeuten, einen Menschen aus Rückzug und Einsamkeit noch einmal in die Begegnung zu führen, in der er Unterstützung erfahren kann. In wenigen Fällen hieß es für mich, jemandem die letzten Atemzüge und das Loslassen zu erleichtern. So verschieden die Situationen waren, so verschieden auch die Erfahrungen, die ich mit meinen Patienten machte. Was mir jedoch auffiel: Es kam immer wieder zu intensiven Begegnungen und bedeutungsvollen Momenten oder Prozessen in den Therapieverläufen. Dies und die äußerst verschiedenen Lebenssituationen der Patienten scheint ein Charakteristikum der musiktherapeutischen Arbeit im Hospiz zu sein. Wie kann ich aber selbst in einem so emotional bewegenden und vielschichtigen Arbeitsfeld Orientierung finden? Und wie ist es möglich, sich den Patienten, besonders ihren Gefühlen, ihrer Endlichkeit und dem sicheren Abschied tagaus und tagein zu stellen? "Verstehen" ist für mich einer der Schlüssel dazu. Und dies bedeutet für mich, Strukturen zu entdecken. Dafür werden mir nun die bedeutungsvollen Momente und Prozesse besonders zum Anlaß. Ich möchte sie verstehen: verstehen, wie es dazu kam und welche Rolle die Musiktherapie dabei spielte. Denn dies wird in diesen Therapieprozessen ja besonders sichtbar. Und indem ich dort die Funktion der Musiktherapie beleuchte, hoffe ich, auch in einem umfassenderen Sinn, Funktionen der Musiktherapie in der Arbeit mit Sterbenden zu entdecken.

Mein Vorgehen

Nach dem Studium von Literatur zur qualitativen Forschung erstellte ich das Studiendesign und entschloß mich, eine kollektive Fallstudie durchzuführen. Dafür wählte ich einen großen Teil der von mir – nachstehend - beschriebenen und sehr unterschiedlichen "relevanten Prozesse" aus. Ausgangspunkt waren die nach jeder Therapiestunde angefertigten Dokumentationen. Jeden dieser Fälle unterzog ich darauf einer mehrdimensionalen Textanalyse. So extrahierte ich über mehrere Schritte verschiedene Funktionen der Musiktherapie. Erst dann stellte ich die Funktionen der Einzelfälle zusammen, um in einer Gesamtschau Kategorien zu entdecken. Diese abgeleiteten Kategorien sind bildlich vergleichbar einem Landschaftseindruck, in dem ein erster Überblick über Funktionen und damit über Beschaffenheit, Möglichkeiten und Grenzen der Musiktherapie in der Arbeit mit Sterbenden gegeben wird.

Überblick

Um den Leser mit auf den Weg zu nehmen, habe ich versucht, den Prozeß der Erkenntnisfindung nachvollziehbar darzulegen. Um diese Studie einzuordnen, stelle ich zu Beginn grob den Stand der musiktherapeutischen Forschung, bezogen auf die Arbeit mit Sterbenden, dar. Anschließend gebe ich einen Einblick in den klinischen Kontext, in die Entscheidungen bezüglich des Studiendesigns, und beschreibe die Analyseschritte eingehend. Daran schließt sich die Darstellung der Fallanalysen an. Das Ergebnis dieser Analysen wird zusammengefaßt in der Beschreibung von Funktionskategorien. In einer Diskussion werden die Ergebnisse kritisch beleuchtet.

Bezogen auf die Entscheidung für die Formulierungen möchte ich bemerken, daß ich mich um Ausgewogenheit bemüht habe. Wenn ich von der *Therapeutin* schreibe, meine ich natürlich in erster Linie mich selbst, lade aber alle Kollegen ein, sich ebenfalls angesprochen zu fühlen. Im Gegenzug schreibe ich, sofern es sich nicht um eine konkrete Person handelt, immer von dem und den *Patienten*.

2 Stand der Forschung: Musiktherapie in der Arbeit mit Sterbenden

Im Folgenden wird ein grober Überblick über Literatur zum Thema Musiktherapie mit Sterbenden gegeben. Um der Darstellung eine Struktur zu verleihen, werden die Veröffentlichungen unter thematische Oberbegriffe zusammengestellt, auch wenn manche Inhalte natürlich vielschichtiger sind.

2.1 Die Anfänge

Gilbert (1977) stellt Forschungsergebnisse zur Bedürfnislage sterbender Menschen dar und stellt sie in Zusammenhang mit den Möglichkeiten der Musiktherapie. Aus dieser theoretischen Auseinandersetzung leitet sie die Bedeutung der Musiktherapie für die Arbeit mit Sterbenden her und fordert in diesem Bereich tätige Musiktherapeuten auf, deren Effektivität zu bestätigen und darzustellen, damit Musiktherapie in der Arbeit mit Sterbenden als Therapieform etabliert werden kann.

Als praktisch tätige Musiktherapeutinnen beschreiben Munro & Mount (1978) als erste ihre Arbeit in der palliativen Versorgung und diskutieren ihre Fallstudien, um den Nutzen von Musiktherapie bei Sterbenskranken darzustellen.

Munro (1984) stellt in einem Buch die Möglichkeiten der Musiktherapie bei Sterbenden und ihre Bedeutung dar. Anhand von vielen Beispielen erläutert die Autorin ihren primär rezeptiven Ansatz. Dieser hat den Vorzug, daß das Anhören von Musik zum einen als etwas Vertrautes gilt und zum anderen die Tonbänder dem Patienten jederzeit verfügbar sind. Sie beschreibt die Arbeit in verschiedenen Settings, nämlich bei Hausbesuchen und auf der Station. Mit der Musiktherapie verfolgt sie ganzheitliche Ziele. Das Vorgehen ist immer individuell, so auch die Reaktionen der Patienten.

In weiteren Veröffentlichungen anderer Autoren finden erste Darstellungen und Diskussionen verschiedener musiktherapeutischer Techniken in der Arbeit mit Sterbenden statt. Eine Auflistung der Techniken erfolgt weiter unten.

Als erste in Australien in einem Hospiz arbeitende Musiktherapeutin stellt O'Callaghan (1988) ihre Gedanken zur Bedeutung der Musiktherapie für das Lindern von Leiden Sterbenskranker und ihrer Angehörigen dar: Musiktherapie ist nicht zudringlich, kann Kommunikation erleichtern, kann Schmerz mindern, kann musikalischem Interesse begegnen, verschafft Freude im Schmerz und macht auch den Kontakt mit hirngeschädigten Patienten möglich. Die Autorin schneidet auch die Frage der Kontraindikationen an.

2.2 Überblicke

Porchet-Munro (1993a) gibt einen strukturierten Überblick über Musiktherapie in der palliativen Medizin. Sie geht auf die besonderen Eigenschaften der Musik ein, beschreibt die Rolle des Musiktherapeuten und dessen Arbeitskontext. Aus ihrer praktischen Erfahrung leitet sie eine Indikationsliste ab. Sie stellt verschiedene musiktherapeutische Techniken dar und beschreibt den Umgang mit etlichen Symptomen. Darüber hinaus reißt sie einige Besonderheiten an, nämlich die Integration von Angehörigen, Musiktherapie in der Gruppe, die Aufgabe von Volontären, Instrumente und Ausrüstung sowie Weiterbildung der Teammitglieder in

Musiktherapie. Sie bezeichnet die Arbeit mit Sterbenden als sehr vielgestaltig und betont von daher die Notwendigkeit von Forschung.

Aldridge (1994) gibt einen Überblick über Veröffentlichungen aus dem Bereich der Musiktherapie in der medizinischen Literatur in den Jahren 1983-1990, und weist dabei auch auf Literatur zum Thema "Krebstherapie, Schmerzkontrolle und Hospizpflege" hin.

2.3 Spezielle Wirkweisen von Musik

Aldridge (1993) diskutiert den Einsatz von Musik als Therapie von einem medizinischen Standpunkt aus. Forschungen, die die lindernde Wirkung von Musik untersuchen, werden dargestellt. Der Fokus liegt auf dem Einsatz von Tonbändern. In den Studien wird der physiologische Effekt von Musik untersucht, und neben anderen die Wirkung auf Angst, Stress und Schmerzkontrolle.

Magill-Levreault (1993) fokussiert den Aspekt der Schmerz- und Symptomkontrolle in der Musiktherapie mit terminal und chronisch kranken Patienten. Unter Bezugnahme auf das theoretische Modell von Beck (1988) betrachtet sie Musik als einen multidimensionalen Stimulus, der Affektivität, Sensorium und Kognition beeinflusst, und dadurch letztlich Schmerzen endogen moduliert. Fallvignetten illustrieren das musiktherapeutische Vorgehen und die lindernde Wirkung von Musiktherapie.

Salmon (1993) sieht eine gegenseitige Resonanz zwischen Musik und Emotion, wodurch emotionale Erfahrung, emotionaler Ausdruck und das Bearbeiten von Gefühlen in der Musiktherapie mit Sterbenden erleichtert werden. Die Autorin leitet fünf gemeinsame Charakteristika von Musik und Emotion aus ihrer langjährigen Erfahrung in palliativer Musiktherapie ab: 1. Ein Patient mit lebensbedrohlicher Krankheit lebt oft mit einem weiten Spektrum verschiedenster Emotionen; in der Musik können verschiedene Themen gleichzeitig ausgedrückt werden. 2. Musik und Emotion entspringen beide dem dynamischen Zusammenspiel von Spannung und Lösung. 3. Musik ist symbolisch, in seiner Bedeutung nicht festgelegt und dadurch der emotionalen Erfahrung verwandt. 4. Musik und Emotion bewegen sich beide auf ähnliche Weise in der Zeit und sind von ihr definiert. 5. So wie die Musik als Beziehung zwischen Klängen verstanden werden kann, so steht auch das emotionale Leben im Feld der Beziehungen.

2.4 Die Bedürfnisse Sterbender und die Möglichkeiten der Musiktherapie

Aldridge (1995) betont den Bedarf an spiritueller Unterstützung im Sterbeprozess, um den Bedürfnissen schwerkranker Menschen umfassend zu begegnen. Bei der Suche nach existentiellern Sinn im Leben, in der Individuen ihre Existenz und Identität in dem Versuch, zu einer Ganzheit zu gelangen, hinterfragen, kann es notwendig sein, positive Emotionen zu stärken. Als solche nennt der Autor Hoffnung und verbindet sie mit musikalischem kreativen Spiel, in dem sich Ideen in einer kreativen Form realisieren lassen und Patienten sich selber kreativ definieren. In solchen Momenten wird Hoffnung unterstützt, Identität gestärkt und Lebensgefühl vermittelt. Schon Frampton (1986) sieht im kreativen Ausdruck eine positive Möglichkeit für den Patienten, von einer passiven Rolle durch Aktivität wieder zu mehr Selbstwert und Sinnhaftigkeit zu gelangen.

Aldridge (1996) stellt Situation und Folgen von lebensbedrohlichen Erkrankungen wie HIV/AIDS und Brustkrebs dar. Er betont auch hier den Faktor Hoffnung, besonders für HIV-positive und terminal erkrankte Menschen. Er stellt die Möglichkeiten der Musiktherapie und besonders die der Schöpferischen umfangreich dar, um den Patienten in ihrer Situation und ihren Bedürfnissen zu begegnen, ihnen Unterstützung zu bieten und ihre Lebensqualität zu fördern. Er gibt Anregungen für die Therapieforschung bezogen auf HIV-Patienten.

Hoffmann (1998) stellt die Situation Schwerkranker und Sterbender dar, erläutert seinen musiktherapeutischen Ansatz, der auf der Schöpferischen Musiktherapie basiert, und leitet aus seinen praktischen Erfahrungen verschiedene Bedeutungsaspekte musiktherapeutischer Arbeit bei solchen Patienten ab. Dies sind Begegnung, Kommunikation jenseits der Sprache, Eigenwahrnehmung, Veränderung des Körperempfindens, Selbstaktualisierung, "Neue" Werte, Spirituelle Erfahrung und Hilfe für Angehörige.

Aldridge (1999) stellt die Dimensionen von Musik dar: ihre Auswirkungen auf den Körper und Intellekt, ihre Tendenz zum Künstlerischen und Schönen, ihr Potential, Emotionen anzurühren und die Seele mit Transzendenz in Berührung zu bringen. Daneben betont er als wichtige Faktoren in der Arbeit mit Sterbenden folgende Qualitäten der Musiktherapie: Hoffnung und Sinnhaftigkeit nähren, Kontakt, Kreativität und Intimität ermöglichen, Ausdruck des Körpers (eingeschlossen Symptome, Gefühle, Gedanken), der verbal nicht möglich ist, durch die Musik eröffnen, Familie und Freunde mitberücksichtigen.

Weber (1998,1999,2000) stellt verschiedene, für die Arbeit im Hospiz bedeutsame Aspekte von Musiktherapie dar: Musik ist beziehungsschaffend, erleichtert die Kommunikation, erlaubt non-verbale Gefühlsausdruck, macht starke Entwicklungen in kurzer Zeit möglich, ist etwas Positives zwischen zwei Menschen, kann dem Patienten Normalität wiedergeben, ist ein Spiegel der persönlichen Lebensgeschichte (vgl. Storr, 1992), ist eine künstlerische Form, die über das Erleben von Schönheit spirituelle Erfahrungen eröffnet, erweitert die subjektive Welt und fördert physisches, seelisches und spirituelles Wohlbefinden, kann Schmerzen regulieren, schafft Entspannung, vermittelt Beruhigung und Trost und kann Angehörige und Freunde einbeziehen. Durch Musik kann der Patient begleitet werden, auch während er stirbt. Die Autorin stellt ihre Methode dar, nämlich überwiegend für den Patienten zu spielen, und ihm dadurch in verschiedener Hinsicht Erleichterung zu verschaffen. Fallvignetten illustrieren ihre Arbeitsweise.

2.5 Techniken der Musiktherapie mit Sterbenden

In der Musiktherapie mit Sterbenden werden viele Techniken angewendet:

- Song Writing (Bailey, 1984; Lane 1992; Magill Levreault 1993; O'Callaghan, 1990, Salmon, 1993; Slivka & Magill 1986)
- durch Musik unterstützte Gespräche (Forinash, 1990; Bailey, 1984; Munro, 1984; Whittall, 1991)
- Improvisation (Delmonte, 1993, Durham, 1995; Lee, 1995; Magee, 1995b; Salmon, 1993)
- Musik zur Erleichterung der Kommunikation zwischen Patient und Angehörigen (Magill Levreault, 1993; Martin, 1991; Munro, 1984; O'Callaghan 1984b; Salmon, 1993; Slivka & Magill, 1986; Whittall, 1991)
- Lebensrückblick mit Musik (Beggs, 1991; Lloyd-Green, 1990; O'Callaghan, 1984)

- Musik zur Schmerzregulation und Entspannung (Bailey, 1986; Lane 1992; Magill Levreault, 1993; Mandel 1991; Martin, 1989; Munro, 1984; Munro & Mount, 1978; O'Callaghan, 1989b)
- Guided Imagery and Musik (Bruscia 1991b; Erdonmez, 1995; Salmon, 1993; Wylie & Blom 1986)
- Gruppenarbeit (Salmon, 1989; Short, 1984)
(vgl. O'Callaghan, 1996).
- Liedauswahl als Ausdruckshilfe (Hogan, 1999)
- für den Patienten musizieren (Hogan, 1999; Weber, 1998, 1999, 2000)
- bedeutsame Musik des Patienten auf Kassette zusammenstellen (Hogan, 1999; Whittall 1991).

2.6 Ausführungen zu einigen Techniken

Bailey (1984) beschäftigt sich mit der Bedeutung von Liedern in der Arbeit im Hospiz. Sie sieht in dem Gebrauch von Liedern eine besondere Möglichkeit, um körperlichen und/oder seelischen Schmerzen von Patienten und Angehörigen zu begegnen. Lieder stimulieren Emotion und Kognition, sie wecken Erinnerungen, sie können die Kommunikation von wichtigen Themen erleichtern, sie bilden ein Mittel zur Unterstützung und ermöglichen gemeinsame Erfahrung. Die Autorin nennt Themenschwerpunkte von durch Patienten gewählten Liedern und setzt sie mit dem Stadium des therapeutischen Prozesses in Verbindung.

O'Callaghan (1984) verweist für die Technik des chronologischen musikalischen Lebensrückblicks auf Bright (1981), die dieses Konzept in der musiktherapeutischen Arbeit mit alten Menschen entwickelt hat. Beim Lebensrückblick kann der Patient ihm bedeutsame Musik auswählen, um darüber wichtige Lebensereignisse zu reflektieren. Weiterhin gibt sie eine Anleitung zur praktischen Durchführung.

O'Callaghan (1997) faßt die Techniken verschiedener Autoren bezüglich des Song Writing zusammen und zählt die damit verbundenen therapeutischen Möglichkeiten in der Arbeit mit Sterbenden auf.

Hogan (1999) betrachtet das Musizieren für Patienten und bezieht die musikalischen Parameter auf ihre therapeutische Bedeutung für sie. Als weitere Techniken stellt sie die der Liedwahl als Ausdruckshilfe dar und beschreibt den Lebensrückblick mit Musik.

Skaggs (1997) nimmt Bezug auf die Integration von Guided Imagery and Music (GIM) in der Behandlung von Patienten mit terminaler Diagnose in einer privaten Praxis. Die Patienten, die zu ihr kommen, sind noch mobil und haben mehr körperliche und seelische Kraft als in einem Krankenhaus oder Hospiz. Die Spanne von GIM reicht von diagnostischer Arbeit über Schmerzregulation bis hin zur Sterbebegleitung. Alle Themen, die mit Krankheit, Sterben und Tod einhergehen, können untersucht werden. Diese Themen können körperliche Symptome betreffen, aber auch ungelöste Beziehungen, emotionale Wunden und unerfüllte Träume. Damit versteht die Autorin die therapeutische Arbeit als Heilungsprozeß, der Auswirkungen auf Körper, Geist und Seele des Patienten hat.

2.7 Spezielle Klientel

O'Callaghan (1993) sieht in der Musiktherapie einen alternativen und kreativen Weg, um mit hirngeschädigten palliativen Patienten kommunizieren zu können. Folgen von Hirntumor oder -metastasen können zu verschiedenen Beeinträchtigungen führen: Apathie, Gedächtnisstörungen, Lernschwierigkeiten, Enthemmung, Rigidität, Problemlösungsschwierigkeiten und verarmter emotionaler Ausdruck. Da durch Musik und Sprache beide Gehirnhälften angesprochen werden, kann Kommunikation erleichtert und der Isolation dieser Patienten entgegengewirkt werden.

Dehm (1997) beschreibt die besondere Situation dementer Patienten und deren langsamen Sterbeprozess unter dem Fokus von Übergängen.

Schnauffer-Kraak (1997) nennt in der Darstellung der Integrativen Musiktherapie mit pflegebedürftigen alten Menschen auch den Bereich der Sterbebegleitung und betont die transzendierende Kraft der Musik.

Hennings (1999) stellt die musiktherapeutische Arbeit auf einer onkologischen Intensivstation dar, beschreibt dabei auch die Situation der Sterbebegleitung und skizziert ihr Vorgehen.

2.8 Phasenmodelle

West (1994) entwickelt ein Phasenmodell, in das sie die psychischen Dimensionen des Sterbens und die damit korrelierenden Bewältigungsaufgaben integriert. Sie beschreibt vier Phasen der körperlichen und seelischen Bewegung vom Leben zum Sterben. Dieses Phasenmodell fußt auf langjähriger praktischer Arbeit. Die Autorin verfolgt damit das Ziel, daß Musiktherapeuten eine theoretische Grundlage zur Verfügung haben, an dem sie ihre Interventionen orientieren können. Fallstudien illustrieren den Umgang mit dem Modell.

Hogan (1998) behandelt verschiedene theoretische Modelle zu psychologischen Zuständen und Phasen im Sterbeprozess. Diese Modelle verbindet sie mit Vorschlägen für musiktherapeutisches Vorgehen und illustriert sie mit Fallvignetten. Ihr Ziel ist, Musiktherapeuten in ihrer klinischen Arbeit Wissen an die Hand zu geben, damit sie die Patienten in ihrem Prozess bestmöglich unterstützen können. So können auch Rolle und Auftrag der Musiktherapie in jeder spezifischen Phase klarer definiert werden.

Mangold & Oerter (1999) skizzieren, resultierend aus ihrer beruflichen Erfahrung, die besondere Situation von schwerkranken Krebspatienten im allgemeinen und beziehen sie auf die Musiktherapie. Sie stellen die besondere Situation der Therapeutin dar und geben Leitlinien für die musiktherapeutische Grundausstattung. Sie unterscheiden verschiedene Bewußtseinsphasen des Patienten im Prozess des Sterbens und stellen diese Phasen in Bezug zu methodischen Überlegungen in der therapeutischen Arbeit. Dabei fokussieren sie besonders das Klangangebot und ordnen es den Phasen zu.

2.9 Musikthanatologie

Schroeder-Sheker (1993) entwickelt aus 20jähriger praktischer Arbeit das Konzept der Musikthanatologie. Dieses fußt auf einer mönchischen Sitte des 11. Jahrhunderts, in der Musik für die Situation des Sterbens entwickelt und dem Sterbenden vorgespielt wurde. Musikthanatologie meint die Begleitung im Sterben selbst, und versteht sich als musikalische "Geburtshilfe". Im Vorspielen auf der Harfe oder Vorsingen ausgewählter, auf gregorianischen Antiphonen basierender Musikstücke soll den Patienten geholfen werden, sich vom Leben zu lösen. Sechs Grundannahmen liegen der Musikthanatologie zugrunde: 1. Sterben wird verstanden als spiritueller Prozeß und Möglichkeit zum Wachstum. 2. Die "musikalische Totenwache" ist ein kontemplativer Akt innerhalb einer klinischen Anwendung. 3. Der Tod ist kein Feind, sondern ein Teil des Lebenskreises. 4. Das Sterben eines Menschen ist genauso wichtig wie sein Leben; Schönheit, Würde und Intimität gehören zu beidem. 5. Diese Arbeit ist mehr als ein Beruf. 6. Durch Weiterbildung zum Thema Tod und Sterbeprozesse wird Einzelnen und Gruppen Unterstützung gegeben. Musikthanatologie versteht sich nicht als Konkurrenz zur Musiktherapie, sondern als Ergänzung speziell für den Prozeß des Sterbens, auch wenn sie die Charakteristika der Musiktherapie beinhaltet.

2.10 Angrenzende Gebiete

Mandel (1993) widmet ihre Aufmerksamkeit der Rolle der Musiktherapeutin im interdisziplinären Team in der Arbeit mit Sterbenden und betont die Bedeutung von Musiktherapie einerseits für den ganzheitlichen Ansatz eines Hospizes und andererseits für den Erhalt von Lebensqualität der Patienten.

Porchet-Munro (1993b) betont für die Ausbildung von Hospizmitarbeitern die Notwendigkeit, Fähigkeiten und Strategien für den Umgang mit eigenen Emotionen zu vermitteln. Wegen der emotionalen und ausdrucksfördernden Qualitäten der Musiktherapie sieht sie eine Anwendung musiktherapeutischer Techniken im Unterricht als wichtige Ergänzung eines Ausbildungsganges.

2.11 Einzelfalldarstellungen

Beggs (1991), Martin (1991) und Whittall (1991) illustrieren anhand von Fallbeispielen den Gebrauch von Liedgut in verschiedenen musiktherapeutischen Techniken: Indem der Patient Lieder auswählt, wird diesem der Einblick in und der Ausdruck von eigenen Gefühlen erleichtert. Der musikalische Lebensrückblick kann verbunden werden mit einer Zusammenstellung der Musik auf Tonband, sei es für den Patienten selbst oder für seine Angehörigen als eine Art Vermächtnis.

Bruscia (1991) beschreibt die Arbeit mit GIM, indem er den Therapieprozeß mit einem HIV-positiven Patienten darstellt. Über Imagination zu Musik kann der Patient sich traumatischer Ereignissen seiner Vergangenheit nähern, die ihn daran hindern, die emotionale Herausforderung einer HIV-Infektion zu bewältigen.

Jackson (1995) stellt in einer Fallstudie die Musiktherapie mit einer terminal kranken Frau dar, indem sie als Analogie für den Therapieprozeß den Aufbau der Sonate wählt (Introduktion, Durchführung, Reprise, Coda). Der positive Effekt der Musiktherapie, besonders für den Kontakt zwischen Patientin und Familie, wird

deutlich. Auf die Notwendigkeit von Forschung in der Arbeit mit Sterbenden wird hingewiesen.

Hartley (1999) gibt einen persönlichen Erfahrungsbericht über seine Arbeit als Musiktherapeut mit HIV- und AIDS-Patienten.

Ebenfalls aus der praktische Arbeit mit HIV- Positiven und AIDS-Patienten stellt Neugebauer (1999) Fallbeispiele dar, um zu erläutern, wie Musiktherapie helfen kann. Aus der Schöpferischen Musiktherapie stammend ist sein Ansatz der der gemeinsamen Improvisation mit dem Hintergrund, dem Patienten die aktive Teilnahme an seinem Prozeß und dessen eigene Gestaltung zu ermöglichen.

Von Hodenberg (1999) veranschaulicht anhand von Fallvignetten die Bedeutung der Stimme bei der musiktherapeutischen Arbeit in der Sterbebegleitung auf einer onkologischen Station.

Rodi (1999) stellt ausführlich den Therapieverlauf der musiktherapeutischen Arbeit mit einer onkologischen Patientin dar, bei der Schmerzen das Befinden sehr dominieren. Die Therapie umschließt einen weiten Zeitraum von chemotherapeutischer Behandlung bis hin zum Sterben der Patientin. Anschließend reflektiert sie die Entwicklung der Patientin und die Bedeutung der Musiktherapie im Prozeß.

Ursprung (1999) beschreibt anhand eines Therapieverlaufes mit einem schwer kranken Patienten eine seltenere Version der Sterbebegleitung: aufdeckend und konfrontativ. Bis zur letzten Stunde ist mit diesem Patienten aktive Musiktherapie und reflektierendes Gespräch möglich.

In der Großzahl der Veröffentlichungen werden Zeugnisse aus der praktischen Arbeit dargestellt, um den Wert von Musiktherapie in der Arbeit mit Sterbenden zu unterstreichen. Diese positiven Darstellungen unterstreichen den Bedarf experimenteller Studien, die die Effektivität von Musiktherapie untersuchen. Nur in wenigen Fällen wurden empirische Studien durchgeführt (vgl. O'Callaghan, 1996).

2.12 Studien

- Bailey (1983) untersucht den Effekt von Live-Musik gegenüber der vom Band gespielten, indem sie körperliches und seelisches Wohlbefinden und Unwohlsein vor und nach dem Hören der jeweiligen Musik erfragt. Sie stellt fest, daß Krebspatienten, die gesungener Musik zuhören, dabei weniger angespannt und ängstlich sind, eine positivere Gestimmtheit und Vitalität entwickeln, und signifikante positive Veränderungen von Körpermißempfindungen feststellbar sind. Damit stellt sie die Bedeutung des menschlichen Elements in Live-Musik heraus. In einer weiteren Studie (1985) findet sie heraus, daß Patienten, die Musiktherapie erhalten, Schmerzreduktion, Stimmungsverbesserung und Verbesserung der Kommunikation angeben.
- Curtis (1986) untersucht die Effektivität von Musik bei terminal erkrankten Patienten und stellt dabei die Bedeutung von Musiktherapie zur Schmerzregulation fest. Dafür stellt sie in einer empirischen Studie die Frage nach der Wirkung von Musik auf den vom Patienten subjektiv festgestellten Grad der Schmerzlinderung, des körperlichen Wohlbefindens, der Entspannung und Zufriedenheit.

- Auch Whittall (1989) befaßt sich mit der Wirkung von Musiktherapie auf Schmerzminderung und Entspannung und darüber hinaus auf den Angstpegel. Das Absinken von Herz- und Atemfrequenz von Patienten in Musiktherapie läßt auf eine positive Wirkung schließen.
- Forinash (1990) fokussiert in ihrer phänomenologischen Untersuchung die Rolle des Musiktherapeuten in der Arbeit mit Sterbenden. Sie stellt fest, daß diese die eines Begleiters ist, der verschiedene Funktionen übernimmt, während der Patient seinen eigenen Weg geht.
- O'Callaghan (1996) stellt eine Methode für das Song Writing dar und analysiert die Inhalte von 64 mit Patienten verfaßten Liedtexten bezüglich der allgemeinen Ziele von palliativer Versorgung. Dabei stellt sie verschiedene Themenschwerpunkte fest. Mitteilungen, Selbstreflexionen, Komplimente und Erinnerungen gehören zu den meist vertretenen Inhalten.
- Lee (1996) führt eine qualitative Einzelfallstudie mit einem AIDS-Patienten durch, den er über lange Zeit bis zu seinem Tode begleitet. Darin fokussiert er die in Improvisationen entstandene Musik auf dem Klavier, die anfangs aus dem gemeinsamen Spiel entsteht und später vom Patienten, der Pianist ist, allein weitergeführt wird. Neben einer musikalischen Beschreibung und Analyse geht der Autor auf seine Wahrnehmung des Patienten und sein eigenes Erleben ein, und nimmt Äußerungen des Patienten mit auf. Er stellt Überlegungen zum Prozeß an und schließt auf die Bedeutung, die Musiktherapie für den Patienten hat. Er betont die Möglichkeit zum non-verbalen Ausdruck verschiedenartigster Themen in einer primär non-verbalen Beziehung. In der persönlich gehaltenen Arbeit geht er auch auf seine eigene emotionale Situation ein.
- O'Callaghan & Colegrove (1998) untersuchen die Situation des musiktherapeutischen Erstkontaktes mit Krebspatienten in einem Akutkrankenhaus. Sie führen eine Inhaltsanalyse der Dokumentationen dieser speziellen Situationen durch und setzen diese in Beziehung zur Bereitschaft des Patienten für die Teilnahme an Musiktherapie. Als Ergebnisse nennen sie, daß Patienten auf das Angebot eingehen, wenn das Vorgehen niedrigschwellig war, sich an den Interessen des Patienten orientierte, das Thema "Therapie" nicht fokussiert wurde und die Patienten weder stark unter Schmerzen litten, noch sich physisch sehr wohl fühlten.

3 Klinischer Kontext

Die vorliegende Studie findet im klinischen Kontext der musiktherapeutischen Arbeit in einem Hospiz statt. Um dem Leser diesen Kontext zugänglich zu machen, wird er im Folgenden beschrieben und definiert (vgl. Hodder, 1994). Die Kenntnis des Kontextes ist darüber hinaus auch für das Verstehen der zu untersuchenden Phänomene und ihrer Interpretation notwendig (vgl. Altheide & Johnson, 1994).

3.1 Hospiz

Der Begriff "Hospiz" stammt aus dem Lateinischen (*hospitium*) und kann mit Herberge und Gastfreundschaft übersetzt werden. Die zentrale Aufgabe der Hospizbewegung ist die Begleitung unheilbar kranker Menschen. Diesen Menschen soll durch umfassende fachgerechte Betreuung die Teilnahme am Leben bis zum Tod ermöglicht werden.

3.1.1 Geschichte des Hospizes

Hospize als Zufluchtsstätten für arme Wanderer, Kranke und Sterbende gab es bereits seit zweitausend Jahren in ganz Europa. Im Mittelalter waren es üblicherweise Ordensgemeinschaften, die die Hospize führten. Zu dieser Zeit waren Leben und Sterben noch nicht voneinander getrennt. Daher auch die gemeinsame Unterbringung von Sterbenden und Reisenden im Hospiz. Nachdem im Zuge der Reformation in vielen Ländern die Klöster geschlossen wurden, wurden zwar Krankenpflege und Medizin weiterentwickelt, verloren jedoch zunehmend den Bezug zur Begleitung Sterbender. So entstand wieder die Suche nach einem Ort, an dem den Bedürfnissen Sterbender entgegengekommen würde, und wo diese in Frieden und Würde sterben könnten. 1967 wurde in London das St. Christophers Hospiz als erstes modernes Hospiz gegründet. Seit 1986 begannen auch in Deutschland Hospize ihre Arbeit (vgl. Buckingham, 1993).

3.1.2 Hospiz-Gedanke

Hospize machen es sich zur Aufgabe, Menschen in der letzten Phase einer unheilbaren Krankheit zu unterstützen und zu pflegen. Hospize bejahen das Leben und versuchen mitzuhelfen, daß Menschen ihren letzten Lebensabschnitt gestalten und in Würde erleben können. Es geht um Lebensbegleitung im Prozeß des Sterbens. Daher sehen Hospize ihre Aufgabe darin, ihren Patienten, so weit es geht, Lebensqualität und Selbstbestimmung zu ermöglichen. Voraussetzung dafür ist die Linderung von Symptomen und die Kontrolle krankheitsbedingter Schmerzen. Ziel ist, daß ein Mensch die ihm verbleibende Lebenszeit so zufrieden und bewußt, wie es ihm möglich ist, erleben kann. Hospize wollen das Leben nicht verlängern, wenn eine Heilung nicht mehr möglich ist, noch den Tod herauszögern. Hospize zielen auf ganzheitliche Betreuung des Sterbenden. So wird der Patient mit seinen körperlichen, seelischen, kognitiven und spirituellen Bedürfnissen wahr- und ernstgenommen, und diesen wird so weit als möglich nachgekommen. Die Patienten sollen sich trotz aller Veränderungen und Einschränkungen weiterhin als eigenständige Persönlichkeiten erfahren können. In die fachliche Betreuung ist auch menschliche Zuwendung integriert. Es ist möglich, daß auch die Angehörigen sich an der Pflege beteiligen können. In der Betreuung geht es

um ein gegenseitiges Geschehen, das aus Geben und Empfangen besteht. Hospize leben aus der Hoffnung und Überzeugung, daß sich Patienten und ihre Familien soweit geistig und spirituell auf den Tod vorbereiten können, daß sie bereit sind, ihn anzunehmen. (vgl. Buckingham, 1993; Torrence, 1985).

3.1.3 Das Hospiz der Untersuchung

Das Hospiz, in dem die Studie stattfindet, ist ein stationäres. Fünfzehn Patienten finden dort in wohnlichen Einzelzimmern Aufnahme.

Das Hospiz bietet seinen Patienten ganzheitliche und intensive Pflege, sowie gezielte Symtombehandlung und Schmerztherapie, andererseits auch Unterstützung der Angehörigen und Freunde und Angebot der Trauerbegleitung. Für Gespräche stehen alle Mitarbeiter zur Verfügung, auf Wunsch werden Seelsorger der verschiedenen Konfessionen angefragt. Auch der verhältnismäßig große Anteil ehrenamtlicher Mitarbeiter entspricht dem Selbstverständnis des Hospizes, Leben und Sterben nicht voneinander zu trennen, sondern das eine mit dem anderen zu verbinden.

Seit April 1999 ergänzt das musiktherapeutische Angebot die medizinische Versorgung, Pflege und Physiotherapie.

3.2 Die Patienten

Mehr als 95 % aller Patienten sind wegen Krebserkrankung im Hospiz dieser Untersuchung. Die Patienten, mit denen Musiktherapie durchgeführt wurde, sind ausnahmslos Krebspatienten. Neben der Diagnose steht immer auch die individuellen Lebensgeschichten der Patienten. Ein kleiner Abriß soll die Spannbreite veranschaulichen. Bei den Patienten sind vertreten:

- alle Bildungsschichten
- Altersstufen von 25-99 Jahren (die derzeitige Altersspanne im Hospiz)
- alle Religionen
- verschiedene Nationalitäten
- Menschen mit psychischen Vorerkrankungen wie Schizophrenie, Depression, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen
- auch Menschen mit körperlichen Vorerkrankungen, wie Kinderlähmung oder Schlaganfall.

3.2.1 Diagnose Krebs

Mit der Diagnose Krebs tritt viel Verunsicherung und Angst in das Leben eines Menschen. In der Regel schließt sich eine Kette von Behandlungen, Krankenhausaufenthalten, Chemotherapien oder auch Operationen an. Im Krankheitsverlauf kann es zu Remissionen kommen, aber auch zu Rezidiven. Ein Drittel der Patienten kann geheilt werden, bei anderen schreitet die Krankheit fort, führt zu Chronifizierung und Übergang in die Terminalphase. Diese setzt ein, wenn der Krankheitsprozeß fortschreitet und mit kurativen Mitteln nicht mehr aufzuhalten ist, und/oder der Mensch beginnt, sich von seiner Umwelt zurückzuziehen (vgl. Meerwein, 1985; Guex 1994). Im Krankheitsverlauf kann es als Folge der Krebserkrankung zu verschiedenen organischen Folgeerscheinungen kommen, so z.B. Blindheit oder

Lähmungen, Sprachstörungen, demenzielle Syndrome, akute organische Psychosen und oftmals quantitative Bewußtseinsstörungen.

3.2.2 Die seelische Situation

Schwerkranke Patienten sind in ihrer letzten Lebensphase konfrontiert mit Leiden und existentieller Bedrohung, mit Verlust, Abbau und rascher Veränderung, Entwurzelung, ihrer Endlichkeit und der Endgültigkeit, auch mit Lebensrückblick und der Frage nach Sinn, mit der Aufgabe, Abschied zu nehmen und dem Warten auf das Unbekannte. Bei dem Großteil der onkologischen Patienten steigen Werte von Angst und Depression signifikant an. Konfrontiert mit dem eigenen bevorstehenden Tod werden zudem häufig lange verdrängte Konflikte und ungeklärte Beziehungen offenbar. Nicht selten wird dies am Ende noch einmal sehr bedrängend. Innere Anspannung und Ruhelosigkeit sind oftmals die Folge (vgl. Schweidtmann, 1994).

Wiederholt sind die Patienten damit allein, denn das Gespräch über das Sterben ist vielen nicht geläufig und weckt Angst. So mancher ist es auch nicht gewöhnt, Gedanken und Gefühle anderen mitzuteilen, oder es fehlen die Worte dafür. Oft sind auch die Angehörigen dazu nicht in der Lage.

3.3 Musiktherapie im Hospiz

Seit April 1999 werden im Hospiz an einem Tag pro Woche mit durchschnittlich vier Patienten Einzelmusiktherapien durchgeführt.

3.3.1 Rahmenbedingungen für Musiktherapie mit Sterbenden

- Längerfristige therapeutische Begleitung ist wegen einer häufig engen zeitlichen Lebensperspektive nicht möglich, die Dauer ist nicht planbar.
- Der körperliche Zustand erlaubt vielen Patienten nicht, sich einer kräftezehrenden Konfrontation mit ihrem Leben zu stellen.
- In den wenigsten Fällen ist es möglich, das ganze Leben aufzuarbeiten und ihm eine andere Richtung zu geben (vgl. Schweidtmann, 1994).

3.3.2 Ziel der Musiktherapie

Das Ziel der therapeutischen Arbeit ist, Hilfe zu geben, damit sich der Lebenskreis schließen kann, und das, was Blockierung verursacht, ggf. zu bearbeiten. Dies ist oft ein Balanceakt. Es geht nicht darum, den anderen zu führen, wohin er nicht will (vgl. Lückel, 1981). Denn es ist das Recht des Patienten, sich zu schützen und vor bestimmten Dingen die Augen zu verschließen. Andererseits ist Entwicklung im Angesicht des Todes möglich und kann starke Entlastung mit sich bringen. Musiktherapeutische Hilfe in der letzten Lebensphase steht also unter der Prämisse, daß sie Lebenshilfe im Sterben ist (vgl. Schweidtmann, 1994).

3.3.3 Procedere vor Therapiebeginn

Da im Hospiz Ärzte nur zeitweilig vor Ort sind, erfolgt die Empfehlung für die Musiktherapie über das von der Musiktherapeutin geschulte Pflegepersonal. Dieses hat zudem den intensivsten Kontakt zu den Patienten und kennt deren Stimmungs- und Tagungsschwankungen. In gemeinsamer Absprache werden die Patienten für die Musiktherapie ausgewählt:

Als allgemeine Leitlinien gelten folgende:

- der Leidensdruck eines Patienten
- Sprachlosigkeit und Ausdrucksnot
- Isolation
- Verarbeitungsschwierigkeiten
- Spannungszustände

Bei Dringlichkeit findet der Erstkontakt sogleich statt. In anderen Fällen wird Einblick in die Krankenakte genommen, und daraus Informationen über Alter, Herkunft, Krankheit, u.U. Krankheitsverlauf, psychische Auffälligkeiten, Besonderheiten wie "halbseitig gelähmt, blind, taub auf dem linken Ohr", biographische Angaben und Vorlieben ersehen. Oft sind diese Angaben recht sparsam, können jedoch erste wichtige Hinweise für Anknüpfungspunkte für die Kontaktaufnahme und das therapeutische Vorgehen geben.

3.3.4 Räumliche Bedingungen und Instrumente

Die Musiktherapie findet aus räumlichen und situativen Gründen in den Zimmern der Patienten statt. Zum einen sind im Hospiz die räumlichen Möglichkeiten beschränkt, zum anderen sind die Patienten oftmals bettlägerig.

Die Instrumente sind unter verschiedenen Kriterien ausgewählt:

- sie müssen transportabel sein, dazu steht ein Wagen zur Verfügung
- es sollen Instrumente unter ihnen sein, die ohne großen Kraftaufwand und im Bett spielbar sind
- sie decken ein breites Spektrum von Klangerzeugung und Klangfarben ab.

Neben Saiteninstrumenten (Gitarre, kleine Leier, Monochord, Mandoline, Chrotta) sind Fellinstrumente vorhanden (Djembè, Tablas). Auch Klangerinstrumente (Zymbeln, Klangschale, Regenmacher, Gong), kleine Percussionsinstrumente und Stabspiele werden angeboten. Darüber hinaus sind Liederbücher verschiedener Epochen und Stilrichtungen vorhanden.

3.3.5 Kontaktaufnahme

Die Kontaktaufnahme erfolgt informell und niedrigschwellig, orientiert sich stark an Anknüpfungspunkten, die der Patienten bietet und findet oft direkt durch die Musik statt. Für viele Patienten ist Musiktherapie etwas Unbekanntes. Im Einstieg geht es also darum, dem Patienten den Zugang zur Musiktherapie zu eröffnen. Bis auf wenige Ausnahmen wird Musiktherapie von den Patienten angenommen.

3.3.6 Form, Inhalt und Verlauf der Musiktherapie

In der Regel finden die Kontakte wöchentlich statt, zumeist in der dualen Beziehung zwischen Patient und Therapeutin. Selten sind Kollegen aus der Pflege anwesend, und dies nur, wenn es für die Situation erforderlich ist. Angehörigen wird von Fall zu Fall das Angebot zur Teilnahme gemacht. Entscheidend ist hierfür, ob es beim Patienten um dessen eigenen Prozeß oder um die Beziehung zwischen ihm und dem Angehörigen geht.

Form und Inhalt der Therapie orientieren sich an Zustand und Bedürfnis des Patienten. Je nach Mobilität des Patienten bewegt sich dieser im Zimmer, sitzt im Stuhl oder liegt im Bett. Auch das therapeutische Vorgehen ist abhängig vom Zustand des Patienten. Ist der Patient körperlich in der Lage und seelisch dazu bereit, kann gemeinsam improvisiert oder gesungen werden. In anderen Fällen spielt oder singt die Therapeutin für den Patienten. Wenn Patienten sich sprachlich mitteilen können, können Gespräche geführt werden. In diesen Gesprächen nimmt das Zuhören einen großen Platz ein. Immer wieder gehört auch Körperkontakt zur therapeutischen Beziehung. Auch gemeinsames Schweigen kann Teil der Arbeit sein. Bisher kam es nur sehr selten vor, daß miteinander Musik gehört wurde.

Die Dauer einer Sitzung ist abhängig von der Verfassung und dem Bedürfnis des Patienten. Die kürzeste Dauer umfaßt 5 -10 Minuten. In der Regel finden Sitzungen von 35 - 40 Minuten statt. In Ausnahmefällen, z.B. in der Sterbephase selbst, kann eine Begegnung auch länger dauern. Als Richtlinie gilt ein Maximum von 50 min.

Musiktherapie kann als Krisenintervention zum Einsatz kommen oder dauerhaft begleitend fungieren. In der Regel wird eine begonnene Therapie bis zum Tode des Patienten fortgeführt. In seltenen Einzelfällen wird entweder auf Wunsch des Patienten oder in Absprache mit ihm die Musiktherapie unterbrochen oder beendet.

3.4 Die Therapeutin

3.4.1 Die Situation der Therapeutin

Musiktherapie im Hospiz ist ein hochemotionales Arbeitsfeld. In der Begleitung schwerkranker sterbender Menschen ist die Therapeutin mit dem emotionalen Spannungsfeld der Patienten konfrontiert. Intensive Begegnung und Abschied durch den Tod stehen dicht beieinander. Dazu kommt, daß Inhalt und Dauer der Therapien nicht planbar und oft auch nicht vorhersehbar sind. Die große Vielfalt von therapeutischen Situationen erfordert zudem viel Flexibilität seitens der Therapeutin. Ebenso wie bei den Patienten können sich daher auch bei der Therapeutin Verunsicherung und Überforderung einstellen. Verstehen und Verarbeiten, Austausch und Gespräch sind für die eigene seelische Gesundheit unerläßlich. Die Reflexion des Geschehens ist zur inneren Distanzierung notwendig, wachsende Einsicht in die Abläufe fördert die therapeutische Sicherheit.

3.4.2 Die musiktherapeutische Haltung

Damit der Leser Einblick in die Beziehung zwischen Therapeutin und Patient bekommt, wird im Folgenden die musiktherapeutische Haltung, die der Beziehung zugrunde liegt, beschrieben (vgl. Janesick, 1994). Die von Amir (1996) dargestellte musiktherapeutische Haltung läßt sich auf die Arbeit mit Sterbenden gut übertragen.

Die Therapeutin eröffnet dem Patienten einen Weg für seinen eigenen Prozeß

- durch Wissen und Erfahrung,
- durch Aufmerken auf innere Impulse, Instinkt und Intuition,
- durch aufmerksames Achten und Erforschen der Bedürfnisse des Patienten als Ausgangspunkt für die therapeutische Arbeit,
- durch Vertrauen auf die eigenen Fähigkeiten, auf den Patienten und den gemeinsamen Prozeß,
- durch ihre Auffassung von der therapeutischen Beziehung:
"Both client and therapist travelled together to unknown places. To accomplish this, the music therapists fully accepted the clients and supported them in their journey.
(Amir, 1996, 123),
- durch Überzeugungen über die Möglichkeiten von persönlichem Wachstum des Patienten (vgl. Amir, 1996) .

Im Sinne dieser Haltung ist der Patient derjenige, der auf der gemeinsamen Reise vorangeht und die Therapeutin diejenige, die seine Signale aufgreift und ihm den Bewegungsraum dafür eröffnet. Dies kennzeichnet die Art der Beziehung zwischen Therapeutin und Patient.

4 Fragestellung

4.1 Hintergrund der Fragestellung

Grundlage für die Fragestellung bilden 14 Monate musiktherapeutischer Arbeit im Hospiz. Die Fragestellung ist aus der klinisch-therapeutischen Arbeit entstanden und durch das Ziel gelenkt worden, diese besser zu verstehen. (vgl. Miller & Crabtree, 1994; Morse, 1994). In jeder Untersuchung von therapeutischer Arbeit muß dabei anerkannt werden, daß viele Wirkfaktoren mitspielen und nicht alle zu identifizieren sind. Dies sind Wirkfaktoren innerhalb des musiktherapeutischen Settings und innerhalb des Kontextes, in den dieses eingebettet ist.

4.1.1 "Meaningful Moments" und "Relevante Prozesse"

In der Musiktherapie werden Worte oft zweitrangig, die Musik rückte in den Mittelpunkt und bildete die Verbindung zwischen Patient und Therapeutin. In der so entstandenen Beziehung kommt es immer wieder erstaunlich rasch zu viel Nähe und Gefühlsausdruck der Patienten. Diese Momente sind oftmals überraschend und sehr intensiv. Auch so manche Entwicklungen treten in der Musiktherapie unerwartet auf und sind ergreifend. Diese wiederkehrenden Erfahrungen führen zur Frage, welchen Beitrag die Musiktherapie zu diesen Momenten und Entwicklungen leistet.

Um diese wiederkehrenden Phänomene zu definieren, werden die Charakteristika der "meaningful moments" nach D. Amir (1996) angewendet. Die Charakteristika besagen, daß in solchen Momenten innere Bewegungen auf verschiedenen Ebenen von Therapeuten und Patienten erfahren werden: internal, intrapersonal und external, interpersonal. Solche inneren Bewegungen schlagen sich im physischen Bereich beispielsweise in Veränderungen von Körpergefühl oder Gesichtsausdruck nieder. Im kognitiven Bereich können es Veränderungen von Gedanken und Ideen sein. Im emotionalen Bereich führen innere Bewegungen u.a. zu Wandel von Stimmung und Gefühlen. Amir führt auch den spirituellen Bereich an, in dem Verbindung mit Gott und der eigenen Seele erfahren wird (vgl. Amir, 1996).

All diesen Momenten ist gleich, daß eine innere, im Kontext der Musiktherapie ausgelöste Bewegung zu Veränderungen des Patienten und/oder dessen Beziehungen zu anderen Menschen führt.

"It was the process that made the moments possible and the moments that made the process successful." (Amir, 1996, 124)

Die bedeutungsvollen Momente sind immer in einen Prozeß eingebettet. Da rückblickend nie mit eindeutiger Sicherheit festgestellt werden kann, was in einem therapeutischen Prozeß letztlich das Ausschlaggebende war, damit beim Patienten etwas in Bewegung geraten kann (vgl. Wasem, 1994), werden hier anstelle von Momentaufnahmen Prozesse betrachtet. In diesen Prozessen finden kurzfristig, aber auch über einen längeren Zeitraum Bewegungen auf körperlicher, seelischer, kognitiver und u.U. auch spiritueller Ebene statt. Dieses grundlegende Kriterium von Bewegung und Wandel im musiktherapeutischen Kontext kennzeichnet die Prozesse, die für die Studie ausgewählt und hier "relevante Prozesse" genannt werden.

4.1.2 Relevante Prozesse als Kontext der Fragestellung

Die relevanten Prozesse finden im musiktherapeutischen Setting statt, sind aber nicht vorhersagbar. Der Versuch, sie zu verstehen, kann in der Regel nicht im Austausch mit den Patienten stattfinden. Da sie aber in der musiktherapeutischen Beziehung entstanden und durch sie geformt worden sind (vgl. Clandinin & Connelly, 1994), kann die entstandene Beziehung von Therapeutin und Patient Grundlage und Quelle dafür sein, den Beitrag der Musiktherapie für den Prozeß des Patienten von dessen Standpunkt her zu verstehen und zu erfassen (vgl. Janesick, 1994). Die Therapeutin als Mitgestalterin der therapeutischen Beziehung kann sich in einem Verstehensprozeß der Bedeutung des musiktherapeutischen Angebotes für den relevanten Prozeß in der Auswirkung auf die Bewegung des Patienten nähern. Die relevanten Prozesse können somit den Ausgangspunkt bilden, um die allgemeine Frage nach der Funktion musiktherapeutischen Angebotes in der Arbeit mit Sterbenden zu stellen, da in diesen Situationen die Funktion der Musiktherapie besonders gut erkennbar ist.

4.2 Hauptfrage und begleitende Fragen

Die Hauptfrage lautet:

Welche Funktionen hat die Musiktherapie in der Arbeit mit Sterbenden?

Begleitende Fragen sind:

- Wie ist die körperlich-seelische Verfassung der Patienten, bei denen in der Musiktherapie eine Bewegung ausgelöst wurde?
- Wie sehen Intervention und Reaktion/Verhalten des Patienten im therapeutischen Prozeß aus?
- Wie läßt sich der Prozeß musiktherapeutisch verstehen und begründen?
- Welche Interventionsstrategien werden verfolgt und was bewirken sie im Prozeß, welche Bedeutung haben sie für den Patienten?
- Welche Kategorien von Funktionen lassen sich finden?

4.3 Ziel der Untersuchung

Bei einer klinischen Studie spielt auch immer die Frage nach Ziel und Adressat eine Rolle (vgl. Miller & Crabtree, 1994). Durch das Verstehen der Funktionen von Musiktherapie können Möglichkeiten und Grenzen der therapeutischen Arbeit klarer abgesteckt werden. Dies kann zu genauerer Indikationsstellung führen und gezieltes musiktherapeutisches Vorgehen begünstigen. So sind Adressaten dieser Untersuchung zum einen Musiktherapeuten, die in diesem Arbeitsfeld tätig sind. Zum anderen dient ein besseres Verständnis der musiktherapeutischen Möglichkeiten auch der interdisziplinären Verständigung und Zusammenarbeit. Und durch genauere Indikationsstellung kann Musiktherapie in der Arbeit mit Sterbenden klarer begründet werden.

Auf der persönlichen Ebene dient die analytische Auseinandersetzung mit dem Erfahrenen auch der Verarbeitung eigener emotionaler Betroffenheit und der Distanzierung; sie fördert letztlich die Arbeitsfähigkeit. Möglichkeiten und Grenzen der eigenen Arbeit zu kennen, erhöht die eigene Sicherheit in einem stark verunsichernden Arbeitsfeld.

5 Studiendesign

Fokus, Strategie und Design der Studie werden durch klinischen Kontext, klinische Erfahrungen, Fragestellungen, Möglichkeiten und Zielsetzungen bestimmt (vgl. Miller & Crabtree, 1994; Morse, 1994). Das Studiendesign ist elastisch und muß im Verlauf der Studie immer wieder verändert und angepaßt werden. Es dient als Grundlage, um die Welt des Patienten und die Bedeutung der gemeinsamen Erfahrung zu verstehen. (vgl. Janesick, 1994).

5.1 Kollektive Fallstudie

In einer kollektiven Fallstudie wird eine Anzahl von Fällen für die Studie ausgewählt. Über die Untersuchung dieser Fälle können die beschriebenen Phänomene besser verstanden und dadurch erste Generalisierungen bezüglich der Funktionen der Musiktherapie in der Arbeit mit krebserkrankten Sterbenden gebildet werden. Bevor jedoch Generalisierung stattfinden kann, muß zuerst jeder einzelne Fall beschrieben und verstanden werden, damit die Aufmerksamkeit nicht beeinträchtigt wird. Jeder Fall ist einzigartig, er steht aber in bestimmten gemeinsamen Bezügen, welche oben dargestellt wurden. (vgl. Stake, 1994)

5.1.1 Klinisches Ausgangsmaterial (quantitativ)

Die Daten des klinischen Ausgangsmaterials werden hier dargestellt, um die, für die Studie ausgewählten, Fälle in den Kontext der äußeren Rahmenbedingungen einordnen zu können.

Über einen Zeitraum von 14 Monaten waren 42 Patienten in musiktherapeutischer Behandlung. Die Geschlechterverteilung lag bei 27 Frauen zu 15 Männern. Insgesamt fanden 193 Sitzungen statt. In der folgenden Tabelle wird in der oberen Zeile die Zahl der Therapiesitzungen pro Patient aufgeführt, in der unteren die Verteilung der Patienten darauf.

Zahl der Therapiestunden	1	2	3	4	5	7	8	11	17	22	30
Zahl der Patienten	12	8	5	6	3	1	3	1	1	1	1

Der Schwerpunkt aller Therapieverläufe lag bei einmaligen Begegnungen (12), gefolgt von zweimaligen (8) und viermaligen (6). Dies entspricht der durchschnittlichen Liegedauer von vier Wochen im Hospiz der Untersuchung. Nicht immer war abzusehen, daß es nur bei einer einmaligen Therapiestunde bleiben würde. In einigen wenigen Fällen war deutlich, daß sich der Patient in einem präfinalen Zustand befand. Bei einem kleinen Teil der Patienten (3) wurde nach der ersten Sitzung aus anderen Gründen keine weiteren angeschlossen. Weit mehr als ein Drittel aller Therapiesitzungen (insgesamt 80 Stunden) wurden mit vier Patienten mit überdurchschnittlich langer Liegedauer durchgeführt (11 -30 Sitzungen). Durch diese Darstellung wird ein Bild von Art und Dauer der Therapieverläufe in der musiktherapeutischen Arbeit im Hospiz skizziert.

5.1.2 Klinisches Material: Feldnotizen

Die Dokumentationen der Therapeutin im Anschluß an jede Therapiestunde bilden als Feldnotizen das klinische Material für die Untersuchung.

Andere Datenerhebungsmethoden, wie Audio- oder Videographie wurden hier nicht gewählt, da dadurch die Zahl der verfügbaren Therapiesituationen erheblich eingeschränkt worden wäre. In vielen Fällen wäre die Frage nach Einverständniserklärung nicht möglich (z.B. im Sterbeprozess), ethisch nicht vertretbar (bei körperlicher Entstellung) oder störend für den therapeutischen Prozeß gewesen. Das Ziel bei der Datensammlung war jedoch, ein möglichst breites Spektrum an Therapiesituationen und -verläufen in die Untersuchung einzubeziehen. Über die Dokumentationen konnten alle Therapiesituationen für die Untersuchung zugänglich gemacht werden.

Die Form der Dokumentationen ist ein laufender Text mit Sätzen oder Stichpunkten, in dem das Therapiegeschehen frei niedergeschrieben wird. Dies gilt ein explorativer Ansatz, was besagt, daß Beobachtungen und Beschreibungen eines Patienten relativ frei gehandhabt werden, ohne formale Parameter anzulegen (vgl. Aldridge, 1999). Am Anfang des Textes stehen für gewöhnlich allgemeine Informationen der Pflegekräfte zu Veränderungen im körperlich-seelischen Zustand des Patienten, die vor jeder Therapiestunde eingeholt werden. In der Analyse der Dokumentationen läßt sich feststellen, daß sie aus folgenden Inhalten bestehen:

- Beschreibungen zum Stundenablauf, incl. Wahl der Instrumente, Art der Improvisationen, Äußerungen und Verhalten des Patienten,
- Hypothesen zum Patientenverhalten, Gegenübertragungspänomene, Fragestellungen und
- methodische Überlegungen zur Bedeutung des therapeutischen Vorgehens.

Die Dokumentationen umfassen somit verschiedene Perspektiven und wollen dadurch das Geschehen möglichst umfassend wiedergeben, gleichzeitig wird in ihnen der Verstehensprozeß eingeleitet. Die Dokumentationen sind also beschreibend, interpretierend und schließen das Erleben der Therapeutin ein (vgl. Denzin, 1994; Clandinin & Connelly, 1994). Sie sind geformt von der Art der Beziehung, die in diesem Rahmen nicht distanziert, sondern teilnehmend ist (vgl. Clandinin & Connelly, 1994). Sie gründen auf der fortsetzenden klinischen Arbeit und Erfahrung der Therapeutin. Diese schließt das Wissen um Sprache, Regeln, Situation und Kontext ein, um Mitgeteiltes und dessen Bedeutung verstehen zu können (vgl. Altheide & Johnson, 1994).

Dies ist das klinische Material, das, ohne in den Therapieprozeß einzugreifen, zur Verfügung steht. Im Sinne von Feldnotizen bilden die Dokumentationen die Ausgangsdaten für die Untersuchung (vgl. Clandinin & Connelly, 1994). Diese sind bereits vor der Fragestellung aus der laufenden klinischen Arbeit entstanden.

5.2 Analysestrategien

Das Modell von qualitativer Datenanalyse nach Hubermann & Miles (1994) wird für die Untersuchung angewendet. Es beinhaltet drei miteinander verbundene Unterprozesse:

1. Datenreduktion: Die potentielle Menge von Daten wird von vornherein reduziert durch Konzept, Forschungsfragen, Fälle und Untersuchungsmittel. Diese Datenreduktion bildet den ersten Schritt der Datenanalyse. Zusammenfassungen, Themensuche, Schwerpunktbildungen sind Schritte weiterer Datenauswahl und Verdichtung.
2. Datendisplay: Reduzierte und organisierte Daten bilden die Basis, um über die Bedeutung zu reflektieren und Schlüsse zu ziehen. Diese Reduktionen können aus strukturierten Zusammenfassungen, Vignetten, Diagrammen etc. bestehen. Dies ist der weite Schritt der Datenanalyse.
3. Schlüsse ziehen und verifizieren: Hier geht es um Interpretationen, um aus den Daten Bedeutungen abzuleiten. Dazu gibt es viele Vorgehensweisen: Vergleich/Kontrast, Patterns und Themen, Gruppenbildungen, Triangulation, das Einbeziehen negativer Fälle, das Untersuchen von Überraschungen. Dies kann auch als "Datentransformation" (vgl. Gherardi & Turner, 1987) betrachtet werden, in dem Sinne, als daß die Information verdichtet, gebündelt, sortiert und verbunden wird.

Dieser Analysestrategie liegt die Auffassung zugrunde, daß ein Phänomen oder Prozeß nicht nur in der Vorstellung, sondern auch in der objektiven Welt existiert, und daß in der Untersuchung dessen Gesetzmäßigkeiten gefunden werden. Ziel dabei ist, diese Prozesse zu durchleuchten und zu transzendieren, indem vorsichtig Erklärungen konstruiert werden (vgl. Hubermann & Miles, 1994), um letztendlich in das Zentrum der beschriebenen Erfahrung zu gelangen (vgl. Denzin, 1994).

5.3 Sample

Anhaltspunkte für die Auswahl von relevanten Prozessen für das Sample sind die in den Dokumentationen beschriebene Beobachtungen von Bewegung und Veränderung beim Patienten und das dort festgehaltene persönliche Erleben der Therapeutin im Sinne der Gegenübertragung.

5.3.1 Richtlinien des Sampling

Das Sampling erfolgt nach Richtlinien (vgl. Patton, 1990):

1. Suche nach Intensität und nach Teilnehmern, die Experten für eine bestimmte Erfahrung sind und diese gut kennen.

Es ist die Intensität einer bestimmten Erfahrung, die Suche nach "relevanten Prozessen" als Richtlinie, nach der aus den Gesamtdaten Material für die

Untersuchung ausgewählt wird. Dieses Kriterium wurde unter 4.4.1 ausführlicher dargestellt.

2. Extreme oder abweichende Fälle, durch die Faktoren von Wichtigkeit geklärt werden.

Extreme Fälle sind solche, in denen sehr starke und/oder schnelle Veränderungen stattfinden. Als abweichender Fall wird ein Prozeß in das Sample mitaufgenommen, bei dem Wandel oder Bewegung nicht festgestellt werden konnte.

3. Große Unterschiedlichkeit, um ein möglichst heterogenes Sample zu bekommen. Dadurch können Einzigartigkeit und Gemeinsamkeiten identifiziert werden

Dies beinhaltet Unterschiedlichkeiten der Ausgangssituation (verschiedene seelisch, hirnorganisch oder körperliche dominierte Zustände der Patienten), Unterschiedlichkeiten in der Vorgehensweise (z.B. aktiv oder rezeptiv, Improvisation oder Liedgut) und Unterschiedlichkeit in den Prozessen der Patienten.

4. Kritische Fälle und Begebenheiten.

Kritische Begebenheiten sind u.a. solche, in denen es innerhalb der Musiktherapie zu Überforderung des Patienten kam oder dies zu befürchten war.

5. Auswahl von bestätigenden und negativen Fällen zur Anreicherung.

Als negativer Fall wird eine Situation aufgenommen, in der es seitens der Patientin zum Therapieabbruch kommt.

Stake (1994) führt ein weiteres Kriterium an:

6. Typische Fälle und dabei solche, durch die man hofft, mehr Erkenntnisse zu gewinnen.

Die zielgerichtete Auswahl von Informanten hat zur Folge, daß das Sample reichhaltig an Informationen ist.

5.3.2 Quantitative Daten des Samples

Von dem Gesamtumfang aller Therapiesitzungen werden nach diesen Kriterien 28 Ausschnitte ausgewählt. Die Auswahl der relevanten Prozesse beinhaltet verschiedene Arten von Therapieverläufen, umfaßt also solche von einmaliger Begegnung über andere mit mittelfristiger Therapiedauer bis hin zu langfristiger Begleitung.

Zahl der Therapiestunden	1	2	3	4	5	7	8	11	17	22	30
Zahl der Patienten	3	4	2	4	1	1	3	1	1	1	1

Von zwei Patienten werden zwei Ausschnitte aus dem Gesamtverlauf gewählt, von einem drei. Die Daten entstammen Therapien mit 24 Patienten. Die Geschlechterverteilung innerhalb der Auswahl der relevanten Prozesse liegt bei 17 Frauen und 11 Männern.

5.4 Feldtexte: Datenreduktion

Im Sinne der Analysestrategien nach Hubermann & Miles (1994) wird die potentielle Menge von Daten durch die Zusammenfassungen der Feldnotizen zu Feldtexten mit Schwerpunktbildungen reduziert.

5.4.1 Von Feldnotizen zu Feldtexten

In den Feldnotizen finden sich relevante Prozesse innerhalb eines Stundenausschnittes, eines ganzen Stundenverlaufes, oder sie erstrecken sich über mehrere Stunden. In einigen Fällen baut eine Stunde auf der anderen auf, in anderen gibt es Unterbrechungen im Prozeß, die sich durch plötzliche Zustandsveränderungen des Patienten verstehen lassen. Diese und andere Dokumentationsteile, in denen keine Bewegung ersichtlich ist, werden bis auf einen abweichenden Fall (im Sinne des Samplings) nicht in den Feldtext mitaufgenommen, da sie für diese Untersuchung nicht relevant sind.

Die ausgewählten relevanten Prozesse werden zu Feldtexten zusammengefaßt. Darin werden alle Momente, Handlungen und Entwicklungen, die in direktem Bezug zu einem relevanten Prozeß stehen, aufgenommen. Wie die Feldnotizen sind sie durch die Beziehung zwischen Therapeutin und Patient geformt (vgl. Clandinin & Connelly 1994). In der Zusammenfassung werden Themen gesucht, Zusammenhänge entdeckt und die methodischen Überlegungen aus den Dokumentationen fortgeführt. Dies geschieht, um die Daten zu selektieren und zu verdichten (vgl. Hubermann & Miles, 1994).

5.4.2 Aufbau der Feldtexte

Die Feldtexte orientieren sich an den Dokumentationen und geben deren Perspektiven wieder. Von daher leitet sich auch ihre Grobstruktur her: Die Texte leiten ein mit

- Informationen über Alter und Erkrankung des Patienten,
- geben ggf. Angaben und Einschätzungen des Pflegepersonals wieder,
- beschreiben den Eindruck der Therapeutin bezüglich des Zustandes des Patienten zu Beginn der Sitzung,
- bilden den musiktherapeutischen Prozeß ab, durch Beschreibung der musiktherapeutischen Interventionen und Verhalten oder Äußerungen des Patienten.
- Gegenübertragung, Hypothesen zum Patientenverhalten und methodische Überlegungen ziehen sich durch den ganzen Text.
- Um den Rahmen eines relevanten Prozesses darzustellen, wird am Ende des Textes der Umfang der Therapiedauer und der Ausschnitt des Feldtextes genannt.

Ein fester Leitfaden wird nicht gewählt, um in den Zusammenfassungen nah an der Erfahrung zu bleiben.

5.5 Analyse der Feldtexte

Nach der Datenreduktion folgt als nächster Schritt der Analyse nun das Datendisplay als Datenanzeige, und es werden erste Schlüsse aus den Daten gezogen. Jeder Feldtext als Therapieausschnitt eines Einzelfalls wird im Sinne einer kollektiven Fallstudie erst einzeln analysiert, bevor die Ergebnisse miteinander in Bezug gesetzt werden. Im ersten Schritt werden die verschiedenen o.g. Perspektiven im Text farblich markiert, um erste Strukturen und Schwerpunkte sichtbar zu machen und den Text im weiteren aus den in Erscheinung tretenden Blickwinkeln zu betrachten. Dies geschieht nun in verschiedenen Schritten, die im Folgenden erläutert werden:

5.5.1 Zustand des Patienten

Grundlage für jede Bewegung im Patienten ist dessen Ausgangszustand. Um sich diesem zu nähern, werden in einem ersten Vorgang alle entsprechenden Informationen aus dem Text als "Zustandskomponenten" in einer Tabelle aufgelistet. Die Reihenfolge wird durch den Text vorgegeben, Überschneidungen werden zusammengefaßt. Diese Daten des Textes stammen aus den Perspektiven:

- Vorinformationen über Akte bzw. Pflegepersonal,
- Beobachtung,
- Äußerungen des Patienten,
- Gegenübertragung, Hypothesen zum Patienten,
- Verhalten während des Verlaufes, das den Status Quo des Patienten verdeutlicht.

In der Spalte "therapeutische Zustandsbetrachtungen" werden die Zustandskomponenten in ihrer Bedeutung für den Zustand des Patienten und den therapeutischen Prozeß zu verstehen gesucht. Dieses Verstehen ist ein hermeneutischer Prozeß; der Patient soll im Rahmen der verfügbaren Daten in seiner Gesamtheit erfaßt werden. Die "therapeutischen Zustandsbetrachtungen" werden aus der musiktherapeutischen Perspektive, Erfahrung und Kenntnis der Therapeutin vorgenommen (vgl. Miller & Crabtree, 1994).

5.5.2 Prozeßverlauf

In dieser Tabelle wird der Frage nachgegangen, *was* im Prozeßverlauf geschehen ist. Für die Angaben werden nur die Informationen aus dem Feldtext genommen. "Musiktherapeutische Interventionen" werden textnah und konkret beschreibend wiedergegeben, parallel dazu der "Prozeß des Patienten", der auf den Perspektiven "Beobachtungen der Therapeutin" und "Äußerungen des Patienten" gründet. Hier werden methodische Fragen und Gegenübertragung weitestgehend außen vor gelassen. Aktion der Therapeutin und Reaktion/Verhalten des Patienten werden hier gegenübergestellt. Indem der Prozeß auf seine Komponenten reduziert wird, wird Kompliziertes verständlich gemacht (vgl. Bernard, 1988). Durch diesen primär deskriptiven Schritt wird die Frage nach dem Verstehen des Prozesses vorbereitet.

5.5.3 Vom Feldtext zum Forschungstext: Musiktherapeutisches Verständnis des Prozeßverlaufs

Die Frage nach Bedeutung leitet diesen Schritt ein. Dafür wird der Feldtext in ein interpretierendes Dokument, den Forschungstext, umgeschrieben, in dem Versuche zur Sinngebung enthalten sind (vgl. Clandinin & Connelly, 1994). Die Methoden, um Erfahrungen mit Sinn zu versehen, sind immer persönlich. Bedeutung und Interpretation stammen aus andauernder Erfahrung (vgl. Denzin, 1994; Miller & Crabtree 1994). Auf der Grundlage von praktischen Assoziationen entsteht implizites Wissen als praktische Erfahrung (vgl. Hodder, 1994). Dorthinein fließt auch das "schweigende Wissen", das weithin unartikulierte, kontextbezogene Verstehen, das sich oft manifestiert in Nicken, Schweigepausen, Humor und Nuancen, unausgesprochene Regeln beinhaltet und jenseits von Worten liegt (vgl. Altheide & Johnson, 1994). Den Kontext sehr genau zu kennen und zu verstehen, ist Hintergrund für die Interpretation, und bietet das Wissen, um die Botschaft zu verstehen. Eine Erklärung setzt Fakten miteinander in Beziehung und nennt Gründe. Sie ist immer abhängig von Bedingungen und Kontext, und findet darin ihre Grenzen (vgl. Kaplan, 1964). In diesem Zuge muß auch anerkannt werden, daß ein Phänomen immer multiperspektiv ist, und daß daher sicherlich nicht alle relevanten Dimensionen einer Handlung erkannt werden können (vgl. Altheide & Johnson, 1994).

Dieser Verstehensprozeß wird aus allen bisher vollzogenen Analyseschritten gespeist. Hier finden neben

- geschilderten Beobachtungen besonders auch
- Gegenübertragungsphänomene,
- Hypothesen zum Patienten und
- methodische Überlegungen aus dem Feldtext Eingang.

Die Frage, die sich durch den Verstehensprozeß zieht, lautet: Wodurch und mit welcher Intention wurde welche Bewegung beim Patienten erweckt? Es ist der Schritt vom Konkret-beobachtbaren zum Verstehen der Bedeutungen und Hintergründe dessen. Hier wird das Gesamtgeschehen als Prozeß gesehen, den es zu "transzendieren" (vgl. Hubermann & Miles, 1994) gilt. Dabei wird versucht, kleine Zwischenschritte im Prozeß zu entdecken und methodisch zu verstehen. Je weniger mimisch-gestische, musikalische oder sprachliche Anhaltspunkte vom Patienten erkennbar sind und je weniger Gegenübertragungsphänomene im Text enthalten sind, desto mehr treten Hypothesen und Annahmen zur Wirkweise der Musiktherapie in den Vordergrund und bilden die einzige Form der Verstehensmöglichkeit.

5.5.4 Interventionsstrategie und deren Bedeutung für den Prozeß:

Grundlage dieses Analyseschrittes ist die Frage nach Wirkweisen im therapeutischen Prozeß, die im Forschungstext zu entschlüsseln versucht wurden. Vom Text zum musiktherapeutischen Verständnis werden Interventionsstrategien und deren Bedeutung für die Bewegung des Patienten im Prozeß extrahiert, die Ergebnisse am Feldtext überprüft, ggf. durch ihn erweitert und geformt. Unter der Überschrift "Interventionsstrategie" wird die Frage nach Strategien, die den konkreten Interventionen zugrunde liegen, gestellt. Der Grad der Abstraktion ist dabei verschieden. Als Interventionsstrategien werden alle Angebote und Vorgehensweisen innerhalb der relevanten Prozesse seitens der Therapeutin gefaßt. Darunter fallen auch

kleinste Zwischenschritte. Die Frage lautet: Was ist die Bedeutung dessen, was im therapeutischen Prozeß von der Therapeutin vorgenommen und angeboten wird? Die Ergebnisse werden in eine Tabelle gefaßt.

Von der Bedeutung einer Interventionsstrategie *für* den Prozeß leitet sich ihre Funktion her. Die Frage ist hier: Was ist Ziel und Ergebnis der musiktherapeutischen Strategie? Für jede genannte Strategie wird diese Frage gestellt. Alle sichtbaren Reaktionen der Patienten werden in ihrer Bedeutung für den Patienten innerhalb des Kontextes seines Zustands und seiner Lebenssituation zu verstehen gesucht. Soweit verschiedene Strategien im therapeutischen Prozeß *einer* sichtbaren Bewegung beim Patienten vorausgegangen sind, werden auch bezüglich der Zwischenschritte methodische Überlegungen angestellt und die Ergebnisse, den Interventionsstrategien gegenübergestellt, in die Tabelle mitaufgenommen. Da ein therapeutischer Prozeß einer Kette gleicht, in der Reaktionen des Patienten die darauffolgende Interventionsstrategie beeinflussen, findet das in einigen Fällen Abbildung in den Tabellen. Durch die Verallgemeinerung der jeweiligen Bedeutung der Strategie für den Prozeß, in der Betrachtung von Intention und Ergebnis, wird die Funktion der Musiktherapie gefunden. Die Abfolge im Forschungstext gibt die Grobstruktur für die Reihenfolge von Strategie und Funktion vor. In einigen Fällen werden unter der Rubrik "Funktion der Musiktherapie" konkrete Gefühle und Themen in Klammern aufgeführt. Dies dient dazu, in der Zusammenfassung die Funktionen mit konkreten, möglichen Inhalten zu füllen. Soweit auf eine oder mehrere Interventionen eine abwehrende oder keine Reaktion erfolgt, wird dies in der Spalte "Funktion der Musiktherapie" kursiv gedruckt, als "*keine Funktion*" mit entsprechender kurzer Erläuterung aufgenommen. In einigen Sonderfällen bezieht sich die Funktion nicht direkt auf den Patienten, sondern auf den Angehörigen oder die Therapeutin selbst. Diese Sonderfälle werden in den Tabellen gekennzeichnet.

5.6 Einschränkung des Samples

Im Laufe der Analysen traten Themenschwerpunkte in der Rubrik "Funktion der Musiktherapie" hervor, die sich wiederholten. Dies war ein Hinweis auf eine erste Sättigung. Indem nochmals die Kriterien des Sampling überprüft wurden, wurde die Auswahl der Therapieausschnitte auf 16 relevante Situationen reduziert. Möglicherweise lassen sich in einer Analyse der verbleibenden 12 Therapieausschnitte noch feinere Differenzierungen für musiktherapeutische Funktionen finden. Dies würde jedoch den Rahmen dieser Untersuchung sprengen, welche eine erste Feldbeschreibung aus dem Blickwinkel musiktherapeutischer Inhalte vornimmt und grundlegende Funktionen der Musiktherapie in der Arbeit mit schwer krebserkrankten, sterbenden Menschen aufzeigen möchte. Die verbleibenden Ausschnitte werden im Anhang angeführt.

5.7 Funktionen der Musiktherapie

Um Funktionen der Musiktherapie zu erkennen, wird nun ein nächster Analyseschritt eingeleitet.

5.7.1 Datentransformation

Im Sinne der Datentransformation (s. 5.2) werden die Ergebnisse gebündelt, sortiert und miteinander verbunden. Im ersten Schritt werden alle Tabellen der Interventionsstrategien und Funktionen aus ihren Fallbezügen gelöst, zusammengefaßt, verglichen und über die Suche nach Schwerpunkten erste Oberbegriffe und Kategorien entdeckt. Die Kategorien entstammen also den Daten (vgl. Janesick, 1994). Unter Berücksichtigung der Interventionsstrategien werden die einzelnen Funktionen Kategorien zugeordnet, diese dadurch erweitert und ausdifferenziert. Die Verifikation dieses Schrittes geschieht durch die Rückbeziehung der Kategorien auf die Funktionen in der Betrachtung innerhalb der Fallbezüge, da diese den Kontext für die Zuordnung bieten.

5.7.2 Darstellung der Ergebnisse

Um die Gewichtung der Kategorien im Gesamtbild zu verdeutlichen, werden die Kategorien, nach Häufigkeit des Vorkommens geordnet, in einer Tabelle dargestellt. So wird sichtbar, in wie vielen relevanten Prozessen eine Funktionskategorie auftritt.

Die Betrachtung der Strategie- und Funktionstabellen würde ohne Wissen um den Kontext der einzelnen Funktionen innerhalb eines konkreten Falles zu Mißverständnissen und Fehlinterpretationen führen. Daher werden die Ergebnisse unter Einbeziehung der vorhergegangenen Analyseschritte im laufenden Text beschrieben.

Die Funktionen der Musiktherapie werden also in Zusammenhang mit den Interventionsstrategien zu jeweils einer Kategorie zusammengefaßt, gebündelt und vor dem Hintergrund der konkreten Fallsituation beschrieben. Jede Einzelfunktion innerhalb der Tabelle einer Kategorie wird im Kontext der jeweiligen relevanten Situation, ihres Rahmens und Zeitpunktes betrachtet. Eine Funktion steht immer im Zusammenhang des therapeutischen Prozesses, so daß dieser in das Verständnis und die Einordnung der Funktion miteinbezogen wird.

Mit einer zusammenfassenden und verallgemeinernden Darstellung der einzelnen, aus den Fällen gelösten, Funktionen in Kategorien, wird der Schritt zur Generalisierung vorgenommen. Innerhalb der Kategorien werden erste Oberbegriffe für Funktionen der Musiktherapie in der Arbeit mit Sterbenden gefunden. Zur Veranschaulichung einer Kategorie wird auf typische relevante Prozesse verwiesen.

5.8 Glaubwürdigkeit der Studie

Im Sinne des Konzeptes der "trustworthiness" (vgl. Lincoln & Guba, 1985) fand für die Glaubwürdigkeit der Studie eine Orientierung an folgenden Richtlinien und Vorgehensweisen statt:

- Auswahl von genügend Daten, Vielfalt innerhalb der Daten und Sättigung. Wie unter 5.6 erwähnt, wurde während der Analyse eine erste Sättigung festgestellt. Für eine genauere Ausdifferenzierung der Kategorien von Funktionen könnten in einer ergänzenden Untersuchung die im Anhang vorliegenden Fälle ebenfalls analysiert werden.
- Analyse von negativen Fällen, wie im Sample dargestellt.
- Triangulation der Daten:
 - durch verschiedene Teilnehmer in verschiedenen Settings (vgl. Hubermann & Miles, 1994),
 - durch verschiedene Perspektiven innerhalb der Daten,
 - durch verschiedene Perspektiven innerhalb der Interpretation,
 - durch Triangulation der Daten untereinander.
- Verifikation der Ergebnisse dadurch, daß diese mit einer Fachgruppe (die betreuende Professorin und eine weitere Diplomandin) und einem weiteren erfahrenen Musiktherapeuten diskutiert werden und dort entstehende Fragen in die Weiterentwicklung aufgenommen werden,
- ein zweiter Forscher, der den Analyseprozeß kritisch nachvollzieht und die Kategorien überprüft (ein musiktherapeutischer Kollege),
- Darstellung von Konzeptentwicklung und Analyseschritten, um dadurch den Prozeß der Ergebnisfindung für den Leser nachvollziehbar zu machen und ihm zu ermöglichen, seine Sichtweise hinzuzufügen und die Ergebnisse dadurch mitzuformen (vgl. Janesick, 1994; Morse, 1994; Stake, 1994).

6 Analysen

Fall 1

1. Feldtext

Frau X. ist 78 Jahre alt. Sie ist an einem Mamma-Carzinom (Brustkrebs) erkrankt und deshalb seit 13 Jahren bettlägerig. Frau X. fällt im Hospiz dadurch besonders auf, daß sie jedem auf ihrer Mundharmonika vorspielen will. Dabei ist sie dann sehr klammernd und kann den Zuhörer nicht mehr gehen lassen. Da das Pflegepersonal davon überfordert ist, wird sie meine Patientin.

Schon bald wird mir deutlich, wie sehr sie beim Spielen ihrer Mundharmonika unter Anspannung steht: sie hetzt von Lied zu Lied und hört sich selbst nicht zu. Um Anregungen für ihr Spiel zu bekommen, benötigt sie Liederbücher. Mein Ziel ist, sie mittels der Musik mit sich selbst so in Kontakt zu bringen, daß sie sich zuhören lernt und dadurch auch mehr ihre eigene Innenwelt entdeckt. Bald entdecke ich, daß dies im gemeinsamen Singen viel eher geschieht, als wenn wir auf Instrumenten spielen. So versuche ich, zumindest von meiner Seite, die Lieder während des Singens musikalisch zu gestalten, sie mit Leben zu füllen und "beziehungsvoll" werden zu lassen. Als wir in der dritten Stunde auf ihr Lieblingslied treffen, spüre ich erstmals Versunkenheit in ihrem Singen. Und dann bricht vieles aus ihr heraus: ihr jahrelanges Ausgeliefertsein durch die Krankheit, die Erfahrung, in dieser Abhängigkeit schlecht behandelt worden zu sein sowie die Sprachlosigkeit gegenüber ihrem Sohn als einziger Bezugsperson, der ihr nicht gestattet, mit ihm über ihre Situation zu reden. Ihr Ärger bricht heraus, sie weint und ist doch froh, sich vieles endlich einmal von der Seele zu reden. Und ich verstehe allmählich, warum sie so gehetzt sein muß und warum sie nicht bei sich selbst sein kann. Andere sind nicht bei ihr und gestatten ihr nicht, bei sich zu sein. Und sie selbst löst durch ihr Klammern wiederum in anderen den Wunsch aus, sich von ihr zurückzuziehen. So eilt sie über alles hinweg, was Gefühl und eigener Wunsch heißt, und möchte so vermeiden, daß andere sie übergehen können.

Immer wieder schwankt sie in der Musiktherapie zwischen ihrer gewohnten Gehetztheit und Momenten, in denen sie über das Singen mehr Bezug zu sich selbst findet. In der fünften Therapiestunde erwartet Frau X. mich, um mir unter Tränen zu erzählen, daß ihr Sohn die Verlegung eingeleitet habe und daß sie sich deshalb schon wieder ausgeliefert fühle. Spontan wählt sie sich ein Abschiedslied, dem sich weitere Lieder anschließen; noch einmal singen wir gemeinsam oder sie spielt auf der Mundharmonika und ich begleite sie singend und auf der Gitarre. Dabei erlebe ich viel mehr Beteiligung und Innerlichkeit von Frau X. Weil ich spüre, daß sie sich darauf jetzt mehr einlassen kann, improvisiere ich für sie als Abschiedsgeschenk ein Stück auf der Leier und singe dazu. Aufmerksam und empfindend hört sie zu, und herzlich ist der Abschied. Dabei äußert Frau X., daß sie durch die gemeinsame Musik ruhiger geworden sei. Wenig später wird Frau X. in eine andere Einrichtung verlegt.

Stundenzahl: 5

Therapieausschnitt: 1-5

2. Zustand der Patientin

Zustandskomponenten	therapeutische Zustandsbetrachtungen
seit 13 Jahren bettlägerig	langjährig chronisch krank, pflegebedürftig, Beziehungserfahrung: abhängig, ungleichgewichtig
Erfahrung: ausgeliefert, schlecht behandelt worden, darf über ihre Situation nicht reden	Mißachtung erfahren, innerlich einsam/ isoliert
will jedem vorspielen	sucht nach Resonanz
ist klammernd, überfordernd, kann Zuhörer nicht gehen lassen	Kontaktstörung: klammernd, kann nicht loslassen, typische Gegenübertragung: Abwenden
ist unter Anspannung gehetzt, nicht bei sich, kann sich selber nicht zuhören, findet Anregungen nicht in sich	verkümmerter Selbstbezug mit starker innerer Anspannung, mangelnde Resonanzerfahrung
eilt über eigene Gefühle hinweg, damit andere sie nicht übergehen können	Strategie zum Selbstschutz

3. Prozeßverlauf

musiktherapeutische Interventionen	Prozeß der Patientin
mit Patientin Lieder singen	kann sich beim Singen mehr zuhören als beim Spielen auf Instrumenten
Lieder musikalisch gestalten, mit Leben füllen, "beziehungsvoll" werden lassen	beim Lieblingslied ist erstmals Versunkenheit zu spüren - negative Erfahrungen im Umgang mit anderen Menschen brechen hervor - Ärger, sie weint, ist froh, sich vieles von der Seele zu reden
mit Patienten weiter Lieder singen	schwankt zwischen Gehetztheit und Momenten, in denen sie über das Singen mehr Bezug zu sich findet
	erzählt unter Tränen, daß sie verlegt wird, wieder ausgeliefert ist - wählt spontan ein Abschiedslied
gemeinsam verschiedene Lieder singen und spielen	mehr Beteiligung und Innerlichkeit beim Singen und Spielen auf der Mundharmonika
Abschiedslied für Patientin auf Leier improvisieren und dazu singen	hört aufmerksam und empfindend zu
herzlicher Abschied	
	äußert, daß sie durch die gemeinsame Musik ruhiger geworden sei

4. Musiktherapeutisches Verständnis des Prozeßverlaufs

Dadurch daß das der Patientin vertraute Medium Musik wieder mit Leben gefüllt und "beziehungs-voll" gestaltet wird, gewinnt die Patientin allmählich in der Musik mehr Bezug zu sich und ihrer Innenwelt. Als der Selbstbezug steigt, sie in Kontakt mit ihren Gefühlen kommt und die Beziehung sich verdichtet, entsteht Raum für einen starken Gefühlsausdruck. Die Patientin teilt sich mit und kann dabei erfahren, daß jemand sie ernst nimmt und bei ihr ist. Dadurch, daß Selbstbezug und -ausdruck gefördert werden, wächst auch die Selbstbestimmung der Patientin. Durch die neue Beziehungserfahrung in der Musik verändert sich das Beziehungsverhalten der Patientin dahingehend, daß sie die Therapeutin mehr wahrnehmen kann, gelöster wird und zuhören kann. So wird gemeinsam gestalteter und erlebter Abschied möglich, und die Patientin findet trotz Trauer zu mehr innerer Ruhe.

5. Interventionsstrategie und deren Bedeutung für den Prozeß

Interventionsstrategie	Funktion der Musiktherapie
über musikalische Gestaltung ins Erleben führen	Kontakt zur Innenwelt fördern
Selbstwahrnehmung fördern	Selbstbezug stärken
musikalisches Beziehungsangebot	andere Beziehungserfahrung ermöglichen
emotionale Nähe anbieten	Gefühlsausdruck ermöglichen (Ärger, Weinen, Erleichterung)
im Gespräch Annahme vermitteln	Selbstmitteilung ermöglichen (Thema: Krankheit, Abhängigkeit, Einsamkeit)
Patientin mit ihren Bedürfnissen in Kontakt bringen	Selbstbestimmung fördern
andere Beziehungserfahrungen vermitteln	Beziehungsfähigkeit fördern (Gelöstheit, Gegenseitigkeit)
ausgewogene Beziehung schaffen	gemeinsames Gestalten (Abschied) ermöglichen
kontinuierlich in verunsichernder Lebenssituation begleiten	Ruhe vermitteln

Fall 2

1. Feldtext

Frau N. ist 67 Jahre alt. Sie leidet an einem Hirntumor mit intracerebralen Blutungen. Als Folge ist eine motorische Aphasie aufgetreten.

Frau N. ist seit einiger Zeit in einem Zustand der dauernden Schläfrigkeit und daraus nur mit Mühe und für kurze Momente weckbar, sie wirkt darin wie festgehalten. Es mutet an wie ein "Zwischenzustand", und meine Überlegung ist, daß sie erst wach werden muß, um sich vom Leben lösen zu können. Ich singe ihr verschiedene ruhige Volks- und Kirchenlieder zur Gitarre, in der Hoffnung, daß ihr etwas davon bekannt ist und es sie erreichen könnte. Dabei mache ich nach jedem Stück eine längere Pause, um durch Wechsel von Musik und Stille erste Veränderungen in ihren gleichbleibenden Zustand zu bringen. In diesen Pausen beginnt Frau N. sich zu regen: Die Augen rollen unter den geschlossenen Lidern, sie hebt die Augenbrauen und bewegt langsam Finger und Hände. Das Lied "Lobe den Herren" scheint sie besonders anzusprechen. Sie ist jedoch immer noch in ihrer tiefen Schläfrigkeit gefangen. Ich wechsele zur Altflöte wegen ihres zentrierenden und vitalisierenden Klanges, denn ich spüre, daß die Patientin bereit ist, wach zu werden, es aber nicht selber schafft. Darauf spiele ich das Kirchenlied "Ich steh an deiner Krippe hier" und beginne dann, es zu variieren. In der ersten Version spiele ich es langsamer und getragener, mit weniger und lang ausgehaltenen Tönen. In der nächsten Variation halbiere ich dann die Notenwerte, danach halbiere ich diese dann nochmals und spiele zuletzt das nun schnelle Stück zusätzlich mit Punktierungen. Währenddessen regt sich Frau N. vermehrt, wird wacher und wacher, schlägt ab und zu die Augen auf und schaut mich schließlich direkt an. Indem ich das Lied von seinem Charakter ihrem Zustand angenähert habe, konnte es sie dort erreichen und mit auf den Weg der allmählichen Veränderung und Belebung nehmen. Um Frau N. nach ihrer Dauerschläfrigkeit nun Orientierung zu geben, singe ich das Lied in seiner ursprünglichen Fassung noch einmal und schließe auch das "Lobe den Herren" an. Ich singe jetzt anstatt zu spielen, da ich dadurch mehr in Beziehung zu Frau N. treten kann, und da auch das Hören des Textes ihr das Wiedererkennen erleichtern kann. Wieder lege ich Pausen zwischen den Strophen ein, und am Ende ist Frau N. schließlich ganz klar und wach. Zum Abschluß zeige ich ihr die Instrumente, die ich verwendet habe und erzähle ihr, was ich getan habe. Frau N. liegt nun mit wachem, gelösten, warmen und auf mich gerichteten Blick im Bett. Ihre sprechenden, tief empfindenden Augen berühren mich. Zum Abschied reicht sie mir ihre Hand.

In den Notizen aus der folgenden Stunde heißt es:

"Unser Miteinander ist sehr nah und persönlich, obwohl wir kein Wort miteinander wechseln können, und ich spüre, wie sie es genießt. Es findet statt in Berührung, Bewegung, Blick und einem Lied über unser gemeinsames Tun. Frau N. erfährt, daß sie dies mitgestalten kann und daß das, was dort entsteht, schön ist. Selten habe ich im Gesicht einer Patientin soviel Wärme und Licht gesehen."

Stundenzahl: 4

Therapieausschnitt: 2. und 3. Stunde

2. Zustand der Patientin

Zustandskomponenten	therapeutische Zustandsbetrachtungen
Hirntumor mit intracerebralen Blutungen	hirnorganische Beeinträchtigungen
motorische Aphasie	verbale Kommunikation seitens der Patientin nicht möglich
seit einiger Zeit in einem Zustand der dauernden Schläfrigkeit	quantitative Bewußtseinsveränderung verminderte Vigilanz
wirkt wie festgehalten, nur mit Mühe und für kurze Momente weckbar	Hypothese: das Wachwerden könnte ihr erleichtern, sich vom Leben zu lösen
Alter 67 Jahre	alte Volks- oder Kirchenlieder könnten ihr bekannt sein und sie möglicherweise erreichen

3. Prozeßverlauf

musiktherapeutische Interventionen	Prozeß der Patientin
verschiedene ruhige Volks- und Kirchenlieder für Patientin singen, mit Pausen	in den Pausen regt sie sich: Augen rollen unter den geschlossenen Lidern, hebt Augenbrauen, bewegt langsam Finger und Hände
"Lobe den Herren" singen	scheint sie besonders anzusprechen, jedoch immer noch in tiefer Schläfrigkeit gefangen
zur Altflöte wechseln, "Ich steh an deiner Krippe hier" spielen, variieren von getragen bis später schneller, zuletzt punktiert	regt sich vermehrt - wird wacher und wacher - schlägt ab und zu die Augen auf - schaut Therapeutin schließlich direkt an
dasselbe Lied in seiner ursprüngliche Fassung noch einmal singen, danach "Lobe..", wieder mit Pausen zwischen den Strophen	ist ganz klar und wach
verwendete Instrumente zeigen, erzählen, was gemacht worden ist	liegt mit wachem, gelösten, warmen und auf Therapeutin gerichteten Blick - reicht Therapeutin zum Abschied die Hand
nahes und persönliches Miteinander in Berührung, Bewegung, Blick und Lied	
	gestaltet mit - Wärme und Licht in ihrem Gesicht

4. Musiktherapeutisches Verständnis des Prozeßverlaufs

Über vertrautes, sie ansprechendes Liedgut wird die Patientin in ihrem Zustand der quantitativen Bewußtseinsveränderung auf einer tiefen Schicht erreicht und ein erster Bezug zu ihr hergestellt. Indem Pausen in die Musik integriert werden, wird der Patientin etwas Lebendiges, sich Veränderndes und doch zugleich Vertrautes angeboten. Dadurch kann die Aufmerksamkeit der Patientin fokussiert und auf die Musik gerichtet werden, und es führt zu ersten Regungen. Durch Wechsel zu einem Instrument mit zentrierendem und vitalisierendem Klang wird dies unterstützt. Indem musikalisch an dem Charakter des Zustandes der Patientin angeknüpft wird und darüber ein Bezug zu ihrem Ist-Zustand hergestellt wird, kann in der allmählichen Veränderung

der Musik auch der Zustand der Patientin beeinflusst werden. Dadurch kann sie aus ihrer dauernden Schläfrigkeit geweckt werden. Durch ein Wiederholen der Lieder im wachen Zustand wird der Patientin der Übergang zum Wachsein erleichtert, Orientierung geboten und die Beziehung zur Therapeutin ermöglicht und gefestigt. So wird die Patientin nicht nur in das Wachsein, sondern vor allen Dingen in die Beziehung hineingeführt, in der sie ihre eigene Wachheit und Lebendigkeit wahrnehmen und sie in Blick und Geste äußern kann. Dies bildet die Grundlage für eine weitere Begegnung, in der die Patientin erfährt, daß sie trotz schwerster Krankheit Schönes mitgestalten und dabei dichten emotionalen Kontakt erfahren kann.

5. Interventionsstrategie und deren Bedeutung für den Prozeß

Interventionsstrategie	Funktion der Musiktherapie
über Musik Vertrautes anbieten	emotional ansprechen, jenseits der Bewußtseinsveränderung erreichen
Veränderungen und Lebendigkeit in das Vertraute integrieren	Aufmerksamkeit fokussieren, Lebensregungen ansprechen
vitalisierendes Klangangebot	Lebensregungen fördern
Musik am Ist-Zustand orientieren	Bezug zu Patientin herstellen
musikalische Veränderung einleiten	Zustand beeinflussen, Patientin wecken
Inhalte im Wacherwerden wiederholen	Übergang zum Wachsein erleichtern, Orientierung bieten
die Beziehung als Ursprung des Geschehens hervorheben	Wiedererkennen (des Geschehens) erleichtern, in die Beziehung führen
Patientin am Beziehungsgeschehen beteiligen, Gegenseitigkeit eröffnen	sich als Gegenüber erfahren, eigene Lebendigkeit spüren und äußern
emotionale Nähe musikalisch und körperlich herstellen	dichtes Miteinander/emotionalen Kontakt erleben lassen
viele non-verbale Ebenen ansprechen	Gestaltungsmöglichkeiten eröffnen
mit Patientin zusammen gestalten	trotz Krankheit Urheberschaft von Schönem und Gestaltungsmöglichkeiten erfahren

Fall 3

1. Feldtext

Herr C. ist 71 Jahre alt. Er ist an einem Lungencarcinom erkrankt.

Herr C. wird mir geschildert als ein Patient, der sich in sein Zimmer zurückzieht, sich völlig selbst versorgt, jede Hilfe ablehnt und auch zu den Mahlzeiten nicht aus dem Zimmer geht. Zu Anfang meines ersten Besuchs ist er sehr abwehrend und mißtrauisch. Ich spüre seine Distanz, die sich bei mir in der Befürchtung bemerkbar macht, ihm zu nahe treten zu können und deshalb hinausgeworfen zu werden. Ich habe das Gefühl, auf einem sehr wackligen Boden zu stehen. Glücklicherweise entdeckte ich seine CD-Sammlung und so haben wir ein gemeinsames Gesprächsthema, bei dem Herr C. auftaut. Das Hören von Musik hat bei ihm mit dem Tod seiner Frau begonnen und bedeutet ihm viel. Nachdem wir uns unterhalten haben und er mir etwas von seinen CDs vorgespielt hat, ist Herr C. mit einem Mal an meinen Instrumenten interessiert. Er schwankt zwischen Interesse ("was ist denn das?") und Ablehnung ("das kann ich nicht"), spielt aber schließlich doch - einfache, leicht handhabbare Instrumente: Zymbeln, Regenmacher und Monochord. Schon etwas kompliziertere Instrumente, wie die Kalimba, verunsichern ihn sehr und führen ihn in Abwehr und Rückzug.

Anfangs benötigt Herr C. viel Anleitung und Struktur, um sich auf dieses ihm fremde Gebiet, auf das Spielerische einlassen zu können. In dieser Sicherheit, die er durch klare Regeln, Einsatzzeichen und Formen erhält, kann er es wagen, zu "spielen". Während der Improvisationen kann ich die Vorgaben allmählich zurücknehmen, da er an Sicherheit gewinnt und sein Spiel Form bekommt. Herr C. findet so den Weg zum Spiel und zum Miteinander, mit der nötigen Sicherheit und dem nötigen Abstand. In unserer letzten Stunde spielt er lange metrisch streichend auf dem Monochord und vertieft sich in diese Klangwelt.

Auch innerhalb des Hospizes verändert Herr C. sich sehr. Zunehmend trifft man ihn auf dem Gang an, wo er mit anderen redet, sein Gesichtsausdruck wird offener, trotz großer Schmerzen. Auch finden schöne Szenen statt, bei denen er das Baby einer Mitarbeiterin bestaunt. Als er spürt, daß er sterben muß, holt er eine Krankenschwester zu sich ins Zimmer, setzt sich neben sie in den Lehnstuhl und stirbt wenig später. Seine Tochter schreibt uns in einem Dankeswort, daß sich ihr Vater im Hospiz so öffnete, wie noch nie in seinem Leben.

Stundenzahl: 4

Therapieausschnitt: Stunden 1,3,4

2. Zustand des Patienten

Zustandskomponenten	therapeutische Zustandsbetrachtungen
zieht sich in sein Zimmer zurück	Rückzug, Isolation
versorgt sich völlig selbst, geht auch zu den Mahlzeiten nicht aus dem Zimmer	vermeidet Kontakt
lehnt jede Hilfe ab, abwehrend, mißtrauisch	Angst vor Kontakt
Gegenübertragung: Befürchtung, ihm zu nahe zu treten und hinausgeworfen zu werden	Kontaktabbruch möglich, Nähe-Distanz-Regulation unsicher
komplizierte Instrumente verunsichern und führen in Abwehr und Rückzug	stark verunsichert, Leistungsanspruch
Musik hat große Bedeutung, begann mit Tod der Frau	Musik im Zusammenhang mit Lebenskrise und Verlust vertraut, hat emotionale Bedeutung

3. Prozeßverlauf

musiktherapeutische Interventionen	Prozeß des Patienten
Gespräch über CD-Sammlung des Patienten	taut auf - erzählt, daß Hören mit dem Tod seiner Frau begonnen hat, daß Musik viel bedeutet - er spielt etwas von seiner Musik vor
Interesse und Anteilnahme zeigen	unvermittelt an Instrumenten interessiert - untersucht sie - schwankt zwischen Interesse und Ablehnung - spielt einfache Instrumente, kompliziertere Instrumente verunsichern ihn
Anleitung und Struktur geben (Regeln, Einsatzzeichen, Formen)	wagt es, zu spielen - läßt sich mehr ein - gewinnt an Sicherheit - Spiel gewinnt Form
Vorgaben während Improvisation allmählich zurücknehmen	findet den Weg zum Spiel
	spielt selbständig lange metrisch streichend auf dem Monochord - vertieft sich in Klangwelt. geht auf den Gang - redet mit anderen - Gesichtsausdruck wird offener - staunt. im Sterben holt er eine Schwester zu sich.

4. Musiktherapeutisches Verständnis des Prozeßverlaufs

Musik ist für den Patienten emotional besetzt, was in diesem Falle dem Patienten den Zugang zur Musiktherapie erleichtert. Das Anknüpfen an den Interessen des Patienten führt dazu, daß dieser sich dem Angebot der Therapeutin zuwenden kann. Leicht spielbare Instrumente ermöglichen den Einstieg, ohne zu verunsichern. Im gemeinsamen Spiel gewinnt der Patient mit klarer Anleitung und Struktur allmählich so viel Sicherheit, daß er eigene Strukturen entwickeln und innerhalb dieser sich spielerisch verhalten kann. So kann er auch das Miteinander aushalten. Allmählich kann er sich dem Klang zuwenden und sich in diese Erfahrung vertiefen. So wird in der Musiktherapie erster Kontakt in strukturierter und damit relativ sicherer Form gewagt, was dazu führt, daß der Patient an Sicherheit und Selbstbezug gewinnt und sich dadurch aus seinem Rückzug heraus auch anderen gegenüber öffnen kann. So wurde eine Brücke zur Außenwelt geschlagen, was dem Patienten ermöglicht, auch in der größten Verunsicherung, im Sterben, die Gemeinschaft eines anderen Menschen zu suchen.

5. Interventionsstrategie und deren Bedeutung für den Prozeß

Interventionsstrategie	Funktion der Musiktherapie
an musikalischem Vorverständnis des Patienten anknüpfen	Zugang zur Musiktherapie erleichtern
Interessen des Patienten in den Mittelpunkt stellen	Wertigkeit vermitteln
im Gespräch Zuwendung geben	Vertrauen aufbauen, Öffnung ermöglichen
niedrigschwelliges musikalisches/instrumentales Angebot	Verunsicherung entgegenwirken, Einstieg erleichtern
klar umrissenen Spielraum anbieten	Sicherheit geben, Gelöstheit ermöglichen
das Spielerische fördern	starr Gewordenes in Bewegung bringen, Selbstbezug fördern
klare Regeln für den Kontakt geben	Kontakt aushaltbar/erfahrbar machen, Angst vor Kontakt senken
Klang- und Instrumentenangebot erweitern	Erlebensraum vergrößern, andere Erfahrungen eröffnen
strukturiertes und sicheres Kontaktangebot	Kontakteinleitung
Sicherheit vermitteln	Entspannung im Kontakt
positive Kontakterfahrung vermitteln	Öffnung zur Außenwelt, Kontakte zu anderen Menschen
Kontaktfähigkeit stärken	Möglichkeit zur Regulation von Nähe und Distanz wieder eröffnen

Fall 4

1. Feldtext

Frau S. ist 84 Jahre alt. Sie ist an einem Colon Carzinom (Darmkrebs) erkrankt und bettlägerig. Es ist viel Hektik im Zimmer, was große Übelkeit bei Frau S. auslöst, etwas, worunter sie seit Tagen immer wieder leidet. Eine Krankenschwester bleibt anfangs im Zimmer und hält Frau S. die Schale. Ich habe das Gefühl, sie heute mit Seidenhandschuhen anfassen zu müssen. Unterdessen habe ich angefangen, leise und zart ihr Lieblingslied "Am Brunnen vor dem Tore" zu summen und zu singen. Ich singe die Melodie lange - langsam und fließend. Dabei vermeide ich dynamische Veränderungen und accelerandi. Die Musik soll einen Hintergrund bilden, den die Patientin aushalten kann, und ist deshalb möglichst unaufdringlich und anschmiegsam. Mein Ziel ist, sie mit der Musik zu umhüllen und ihr, auch durch die Wahl ihres Lieblingsliedes, Ruhe, Geborgenheit und Halt zu vermitteln. So versuche ich, die körperliche und seelische Spannung, die in ihr ist, allmählich zu lösen. Ich passe das Tempo des Liedes der Atmung von Frau S. an. Die Atmung ist für mich der Anknüpfungspunkt zu ihrer Körperlichkeit, die durch die Übelkeit heute so im Vordergrund ist. Gleichzeitig bietet mir dieser Bezug die Möglichkeit, ihre Atmung und dadurch auch ihre Körperspannung zu regulieren. Dies tue ich, indem ich das Tempo minimal allmählich verlangsamt. Dabei ist es wichtig, so dicht an der Patientin zu sein, daß ich sie in der Bewegung nicht verliere. Fast unmerklich läßt nun die Anspannung in Gesicht und Körper von Frau S. etwas nach, so daß ich darauf schließen kann, daß auch ihre Übelkeit abnimmt. Sie liegt mit geschlossenen Augen im Bett. Ich wechsle zu einem anderen, ihr ebenfalls vertrauten Lied und singe es in derselben Art. Dies tue ich, da ich merke, daß Fr. S. allmählich stabiler geworden ist, dadurch die Veränderung verkraften kann und so die Intervention lebendig bleibt. Gleichzeitig bedeutet die Veränderung, daß ich die Aufmerksamkeit von Frau S. wieder mehr nach außen lenke, weg von ihrer körperlichen Verkrampfung.

Um die Stunde zu schließen, singe ich noch einmal ihr Lieblingslied. Jetzt kann ich auch wagen, sie körperlich zu berühren, ohne daß dies sie überfordert, und streiche Frau S. im Tempo der jetzt langsamen Atmung und des Liedes über den Arm. Dies tue ich, um die entstandene Lösung auch in ihrer Körperlichkeit zu verankern. Als ich gehe, ist die Übelkeit von Frau S. gewichen und sie ist entspannt und gelöst.

Stundenzahl: 22

Therapieausschnitt: Stunde 7

2. Zustand der Patientin

Zustandskomponenten	therapeutische Zustandsbetrachtungen
leidet unter großer Übelkeit	körperlich-seelischer Spannungszustand im Vordergrund
körperliche und seelische Spannung	kaum belastbar

3. Prozeßverlauf

musiktherapeutische Interventionen	Prozeß der Patientin
lange leise und zart Lieblingslied summen und singen, langsam, fließend, dynamische Veränderungen und accelerandi vermeiden, Tempo des Liedes der Atmung anpassen, Tempo minimal allmählich verlangsamen	unmerkliches Nachlassen der Anspannung in Gesicht und Körper - Übelkeit nimmt ab - liegt mit geschlossenen Augen im Bett
zu einem anderen vertrauten Lied wechseln	wird allmählich stabiler
nochmals Lieblingslied singen, dabei im Tempo von Atmung und Lied über den Arm streichen	Übelkeit ist gewichen - die Patientin ist entspannt und gelöst

4. Musiktherapeutisches Verständnis des Prozeßverlaufs

Damit die Musik in dieser Situation, in der die Toleranz für Spannung sehr niedrig ist, ausgehalten werden kann, muß sie sich sehr stark im Hintergrund halten und möglichst spannungsarm sein. So kann sie von der Patientin akzeptiert werden und allmählich die Funktion übernehmen, sie zu umhüllen, Ruhe, Geborgenheit und Halt zu vermitteln und dadurch allmählich die körperlich-seelische Spannung lösen. Indem die Musik der Atmung angepaßt wird, kann sie diese verlangsamen und darüber auch die Körperspannung regulieren. Allmählich kann die Aufmerksamkeit der Patientin auf etwas anderes als die körperliche Verkrampfung gerichtet werden. Durch die Berührung wird die entstandene Lösung auch im Körper verankert.

5. Interventionsstrategie und deren Bedeutung für den Prozeß

Interventionsstrategie	Funktion der Musiktherapie
spannungsarmen Hintergrund bilden	Akzeptanz von Musik bei Anspannung ermöglichen
musikalisch umhüllen	Ruhe, Geborgenheit, Halt vermitteln
an Atmung anknüpfen	Kontakt herstellen
über Tempoveränderung Atmung verlangsamen	Körperspannung regulieren, körperlich-seelische Spannung (Übelkeit) lösen, stabilisieren
musikalisches Angebot verändern	Aufmerksamkeit umlenken (weg von Verkrampfung)
Lösung im Körper verankern	Entspannung vertiefen

Fall 5

1. Feldtext

Herr G. ist 51 Jahre alt. Er ist an einem Hirntumor erkrankt und leidet infolgedessen an einer spastischen Halbseitenlähmung und Krampfanfällen.

Herr G. ist ein großer und schwerer Mann. Er ist auf den Rollstuhl angewiesen und muß rundum versorgt werden. Das Reden fällt ihm nicht leicht, und er ist oft schwer zu verstehen. In der Musiktherapie trommelt er häufig auf der Djembè. Im Spiel ist Herr G. oft endlos und strukturlos. Mit der Dauer des Spielens wird dieses immer monotoner, lebloser und unbezogener. Oft habe ich das Gefühl, er versinkt und dämmert weg. Nachdem ich in vielen Stunden versucht habe, die gemeinsamen Improvisationen zu strukturieren und sein Trommeln auf verschiedene Art begleitet habe, um es lebendig werden zu lassen, entscheide ich mich in der 9. Stunde dazu, leichte, angeleitete Rhythmusspiele mit ihm zu machen, vor allen Dingen solche, in denen wir abwechselnd spielen. Anfangs fällt es ihm schwer, Pausen zu lassen, mit der Zeit aber wird er immer wacher und es ist möglich, abwechselnd zu trommeln und dabei sogar teilweise aufeinander einzugehen. Im weiteren Verlauf entsteht ein Wechselspiel, das ich mit Quintrufen begleite und kommentiere ("jetzt spiele ich", "jetzt spielen Sie"). Herr G. nimmt diese Rufe auf, führt sie weiter und beschreibt damit sein eigenes Spiel ("jetzt ist es laut", "jetzt ist es leise"). Dann entdeckt er die Djembè als *Klangkörper*, betrommelt Bauch und Fuß und ruft: "Die Trommel hat Bauchweh". Über klare, strukturierende und auch direktive Interventionen kann Herr G. Bezug zu seinem Spiel aufbauen und darin spielerisch-symbolisch sein Thema einbringen, nämlich das der Krankheit. Oft ist der erste Teil der Stunden nun geprägt davon, Herrn G. zu helfen, in Beziehung zur Musik und zu sich selbst zu gelangen. Dies ist dann die Voraussetzung dafür, daß er in Musik und Sprache ihm bedeutsame Themen ausdrücken kann. So versucht er, als er sich in einer Phase der Autoaggression befindet, ein Protestlied zu spielen und entdeckt dabei seine Angst, zu laut zu sein und abgelehnt zu werden. In einer späteren Stunde trommeln wir laut und anschließend bezeichnet er das Spiel als "Kampf gegen den Geparden": "Heute hätte er ihn in die Flucht geschlagen, aber eigentlich sei es ein unfairer Kampf, letztlich würde der Gepard stärker bleiben." Es ist eine Auseinandersetzung mit dem Stärkeren, vielleicht gründet dies in alten Beziehungserfahrungen, vielleicht ist es auch Ausdruck seiner Beschäftigung mit dem Sterben. Zum Ende dieser Stunde sagt er: "Mit Klängen kann ich mich viel besser ausdrücken als mit Worten." Oft empfinde ich es als mühsam und frustrierend, wenn Herr G. durch seine Bewußtseinsstörungen entgleitet, jedoch gab es wiederholt auch aufregende Momente, wenn Herr G. wacher und dadurch ausdrucksfähig wurde. Dies hat mich immer wieder motiviert, mich mit ihm auf den Weg zu machen.

Stundenzahl: 30

Therapieausschnitt: aus Stunden 5,9,10,11,15

2. Zustand des Patienten

Zustandskomponenten	therapeutische Zustandsbetrachtungen
Hirntumor	hirnorganische Beeinträchtigung
spastische Halbseitenlähmung, auf den Rollstuhl angewiesen	starke Bewegungseinschränkungen
muß rundum versorgt werden	abhängig, angewiesen auf andere
Krampfanfälle	punktueller Bewußtseinsveränderungen als Folge des Hirntumors
versinkt, dämmert weg	quantitative Bewußtseinsstörungen als Folge des Hirntumors, pendelndes Bewußtsein
Spiel ist endlos, strukturlos, wird mit der Dauer monotoner, lebloser, unbezogener	Selbstbezug und Beziehungsfähigkeit als Folge der Bewußtseinsveränderung gemindert
Autoaggression	Wendung der Aggression gegen das Selbst, Selbstverletzung als Ausdruck starker Konflikte in der aktuellen Situation

3. Prozeßverlauf

musiktherapeutische Interventionen	Prozeß des Patienten
gemeinsame Trommelimprovisationen strukturieren, Trommeln des Patienten auf verschiedene Arten begleiten	trommelt endlos, strukturlos - Spiel wird mit der Dauer der Improvisation immer monotoner, lebloser und unbezogener
leichte, angeleitete Rhythmusspiele, vor allem mit abwechselndem Spiel	anfangs fällt es ihm schwer, Pausen zu lassen - mit der Zeit wacher - abwechselnd trommeln - teilweise eingehen auf Spiel der Therapeutin
Spiel mit gesungenen Rufen kommentieren	nimmt Rufe auf - beschreibt damit die Art seines Spieles - betrommelt Bauch und Fuß der Djembè - ruft: "die Trommel hat Bauchweh"
wiederkehrend im ersten Teil der Stunden: dem Patienten helfen, in Beziehung zur Musik und zu sich zu gelangen	drückt in Musik und Sprache symbolisch ihm bedeutsame Themen aus: z.B. versucht Protestlied zu spielen, entdeckt dabei seine Angst, zu laut zu sein und abgelehnt zu werden
gemeinsam laut trommeln	bezeichnet Spiel als Kampf gegen den Geparden - äußert, daß er sich mit Klängen viel besser als mit Worten ausdrücken kann

4. Musiktherapeutisches Verständnis des Prozeßverlaufs

Indem Beziehungsgestaltung und Spiel eine klare Struktur gegeben wird, klärt sich allmählich die Wahrnehmung des Patienten, und sein Zustand der Bewußtseinsminderung verändert sich hin zu mehr Wachheit. Dadurch können Bezug zum Gegenüber und darüber auch zu seinem eigenen Spiel zunehmen. So wächst der Selbstbezug des Patienten, und es wird möglich, daß seine Innenwelt in der Musik spielerisch-symbolisch Ausdruck findet. Dies führt dazu, daß Themen wie Krankheit, Ängste, alte Beziehungserfahrungen, möglicherweise auch das Sterben, auftauchen, und er sich in der entstandenen therapeutischen Beziehung damit auseinandersetzt. Dadurch finden seine Konflikte, die sich ansonsten in Autoaggression niederschlagen, einen Platz, und er wird bei der Verarbeitung seiner Lebenssituation unterstützt.

5. Interventionsstrategie und deren Bedeutung für den Prozeß

Interventionsstrategie	Funktion der Musiktherapie
strukturiertes Spiel- und Beziehungsangebot	Wahrnehmung erleichtern
Außenwahrnehmung fördern	Bewußtseinszustand verändern
in die Wachheit führen	Bezug zum Gegenüber ermöglichen
Selbstbezug durch Kontakt stärken	Innenwelt eröffnen
Bezug zur Musik schaffen	Ausdruck und Symbolisierung ermöglichen
symbolischen Assoziationen im Gespräch Raum geben	Auseinandersetzung mit konflikthaften Themen (Krankheit, Ängste, alte Beziehungserfahrungen, Sterben) ermöglichen
Patienten in seinen Themen/Konflikten akzeptieren und begleiten	Raum zur Auseinandersetzung eröffnen, Unterstützung bei der Verarbeitung der Lebenssituation

Fall 6

1. Feldtext

Frau Q. ist 74 Jahre alt. Sie leidet an einem Bronchial-Carzinom.

Frau Q. ist noch mobil. Sie ist eine resolute Frau, die deutlich Bescheid sagen kann, wenn sie etwas nicht will. Darum wissend gehe ich zur ersten Therapiestunde mit einem etwas mulmigen Gefühl in ihr Zimmer, denn es ist nicht immer leicht, einen Anknüpfungspunkt für Musiktherapie zu finden. Nach Begrüßung und Vorstellung entdecke ich ein Liedblatt an der Wand. Nach kurzer Rückfrage fange ich vorsichtig an, das Lied zu singen. Ich höre, wie Frau Q. plötzlich beginnt, heftig zu weinen und zu schluchzen. Ich spüre, daß ich offenbar einen sehr schmerzhaften Punkt getroffen habe. So setze ich mich neben sie, lege meinen Arm um sie und singe das Lied leise weiter, um ihr dadurch Halt zu geben und sie nicht durch ein plötzliches Abbrechen zu erschrecken. Dies tue ich sehr vorsichtig, um sie nicht noch mehr aufzuwühlen. Dann wechsle ich zu einem anderen, getragenen Lied ("Im schönsten Wiesengrunde"), und Frau Q. wird wieder ruhiger. Als das Lied endet, bittet sie mich, ihr den Rücken kräftig zu rubbeln. Dabei singe ich weiter. Sie legt sich hin. Um wieder etwas mehr Distanz zu schaffen, greife ich zur Gitarre und singe emotional etwas neutralere Lieder ("Auf der Lüneburger Heide" u.ä.). Ihr Weinen und Schluchzen war wie das Aufbrechen einer Schleuse, so plötzlich und heftig kam es. Mein Ziel beim Weitersingen ist, diese vorsichtig wieder zu schließen, um Frau Q. zu schützen und bei ihr keinen Widerstand zu provozieren - immerhin ist es unsere erste Stunde. Denn ihr emotionaler Ausbruch könnte sie überfordern, beschämen und sie die nächste Therapiestunde fürchten oder sogar meiden lassen. Bei den weiteren Liedern bleibt Frau Q. ruhig liegen und weint nicht mehr. Dann setzt sie sich auf und erzählt mir, daß das erste Lied das "Pommernlied" gewesen sei, das Lied ihrer Heimat, aus der sie als junge Frau vertrieben worden sei. Sie erzählt von der Flucht, dem Leben in Berlin und schließlich auch von der derzeitigen Auflösung ihrer Wohnung, einer weiteren Entwurzelung. Hatte dieses Lied sie wohl auch deshalb so tief erschüttert, weil ihre aktuelle Situation soviel Ähnlichkeit mit dem Verlust ihrer ersten Heimat hat? Sie beendet die Stunde mit der humorvollen und resoluten Äußerung: "Jetzt ist die Heulstunde zu Ende, ich habe seit Jahren nicht mehr geweint". Das macht mir bewußt, welche emotionale Wirkung Musik, besonders wenn sie mit Erinnerungen verknüpft ist, haben kann. Und gleichzeitig spüre ich, daß der innere Halt von Frau Q. nicht in Frage gestellt wurde, und bin erleichtert darüber. Vielleicht war solch eine starke Erschütterung notwendig, damit diese resolute Frau ihren Schmerz ausdrücken und ihn im Weinen nach außen, in unsere Beziehung, tragen konnte. Als wir uns verabschieden, ist der Gesichtsausdruck von Frau Q. weich und offen.

Stundenzahl: 4

Therapieausschnitt: 1. Stunde

2. Zustand der Patientin

Zustandskomponenten	therapeutische Zustandsbetrachtungen
resolut	willensstark (möglicherweise Ausdruck von Abwehr)
kann deutlich sagen, wenn sie etwas nicht will	kann Grenzen setzen
bittet, den Rücken zu rubbeln	kann ihre Bedürfnisse äußern
als junge Frau Heimatvertriebene	in Jugendzeit traumatische Erfahrung: Verlust, Entwurzelung
aktuelle Situation: Auflösung der Wohnung	aktuelle Situation hat strukturelle Ähnlichkeit mit traumatischer Erfahrung
seit Jahren nicht mehr geweint	emotionale Blockade

3. Prozeßverlauf

musiktherapeutische Interventionen	Prozeß der Patientin
Liedblatt an der Wand, vorsichtig singen	beginnt auf einmal heftig zu weinen und zu schluchzen
neben Patientin setzen, Arm um sie legen, Lied leise und vorsichtig weitersingen, zu einem anderen stillen Lied überwechseln	wird ruhiger - bittet Therapeutin, ihr den Rücken kräftig zu rubbeln
Rücken rubbeln, dabei weitersingen	legt sich hin
emotional neutralere Lieder zur Gitarre singen	bleibt ruhig liegen - weint nicht mehr - setzt sich auf - erzählt: das Lied ist ihr Heimatlied, von der Flucht und der aktuellen Situation der Entwurzelung - humorvolle und resolute Äußerung: "Heulstunde ist jetzt zu Ende, seit vielen Jahren nicht geweint" - innerer Halt vorhanden
verabschieden	Gesichtsausdruck ist weich und offen

4. Musiktherapeutisches Verständnis des Prozeßverlaufs

Indem ein vertrautes Lied als Anknüpfungspunkt gewählt wird, löst dies einen heftigen Gefühlsausbruch bei der Patientin aus. Unbeabsichtigt knüpft das Lied an traumatische Erinnerungen an, die strukturelle Ähnlichkeit mit der aktuellen Situation von Verlust und Entwurzelung haben. Durch diese emotionale Erschütterung wird eine lang bestehende emotionale Blockade plötzlich gelöst, und die Patientin kann ihren Schmerz ausdrücken. Um bei der Patientin keinen aus Überforderung erwachsenden Widerstand hervorzurufen, wird ihr Halt und Schutz geboten und sie durch stützendes Begleiten emotional wieder zur Ruhe geführt. So wird ihr durch emotionale Regulation Sicherheit im Erleben starker Emotionen geboten, wodurch es ihr erleichtert wird, diese zu integrieren. Die Patientin reguliert sich auch selbst über den Wunsch nach Körperkontakt. Ein emotional neutraleres Angebot wirkt für die Beziehung und das Erleben distanzierend und erlaubt es der Patientin, dieses nachklingen zu lassen und davon auszuruhen. Im Gespräch kann sie das, was in ihr ausgelöst wurde, artikulieren, mitteilen und möglicherweise ein Stück weit verarbeiten. Indem die Patientin

mitgestalten und Grenzen setzen kann, gewinnt sie in einer Situation, in der sie von ihren Emotionen überwältigt wird, trotzdem Sicherheit.

5. Interventionsstrategie und deren Bedeutung für den Prozeß

Interventionsstrategie	Funktion der Musiktherapie
vertrautes Lied anbieten	Erinnerungen wecken (traumatische Erfahrung: Verlust/ Entwurzelung)
durch Musik aktuelle Situation ansprechen	aktuelle emotionale Situation treffen, dadurch Emotionen auslösen (Weinen)
Emotionalität durch vertrautes Lied ansprechen	Lösung emotionaler Blockaden ermöglichen (Weinen)
beim Weinen musikalisch einfühlsam und stützend begleiten	Halt geben, beruhigen
Emotionen (Schmerz und Weinen) musikalisch regulieren	Sicherheit im Erleben starker Emotionen (Schmerz) bieten, Integration von Emotionen fördern
Wunsch nach Körperkontakt erfüllen	Selbstregulierung unterstützen
emotional neutrales musikalisches Angebot	Beziehung distanzieren, Emotionen nachklingen lassen, ausruhen
Gesprächsangebot	Erlebtes (traumatische Erfahrungen) artikulieren, mitteilen, verarbeiten
Mitgestaltung ermöglichen, Grenzen akzeptieren	Sicherheit durch Selbstbestimmung erfahren lassen

Fall 7

1. Feldtext

Herr M. ist 56 Jahre alt. Er hat ein Pankreaskopf-Carzinom.

Herr M. liegt auf dem Rücken im Bett. Er ist nicht orientiert. Seine Augen sind geschlossen. Der ganze Oberkörper befindet sich in Bewegung. Zuckend fahren seine Arme durch die Luft, unwillkürlich und ungesteuert. Er wirkt völlig abgeschnitten von der Umwelt.

Mit der Stimme beginne ich zu summen. Dabei greife ich zu einfachen Melodien, um ihm Halt zu geben; auch nehme ich etwas von seinen Bewegungen in die Stimme auf, um ihm näherzukommen. Mein Metrum ist fließend und offen.

Nach einiger Zeit beginnt Herr M. zu lautieren. Er redet undeutlich vor sich hin und gibt einige langgezogene Töne von sich. Inhaltlich verstehe ich nichts. Ich greife aber seine Lautierungen, und besonders den vielgestaltigen Klang seiner Stimme auf, und beziehe sie in mein Singen mit ein. Manchmal sind unsere Lautierungen sehr parallel, dann wieder ist es wie ein Rufen im Wechsel. Indem ich das Seine aufnehme, schaffe ich einen gemeinsamen Raum, in den er hineintreten kann und der die Möglichkeit zum Kontakt beinhaltet.

Bald öffnet Herr M. seine Augen, mal schaut er richtungslos im Raum umher, mal schaut er mich an. Sein Minenspiel ist sehr lebendig. Darin finde ich die verschiedensten Ausdrücke: Verwirrung, Getriebensein, Ärger, der mit entsprechenden Lauten einhergeht, auch Momente der Freude, wenn unsere Stimmen dicht beisammen sind und wir eine Emotion teilen. Dann schaut er mir direkt in die Augen und lacht. Ob er dabei mich meint oder nur vage wahrnimmt, daß jemand bei ihm ist, vermag ich nicht zu sagen. Nach einiger Zeit singen wir gemeinsam, es erinnert mich an arabische Gesänge. Stellenweise singen wir den gleichen Lauf, dann wieder nebeneinander. Beim Singen ist die Nähe besonders stark, Herr M. ist aufmerksam und kurzzeitig nicht von seinen Bewegungen mitgerissen. Ich kann nicht sagen, daß er bewußt hört oder seine Stimme lenkt. Seine Lautierungen sind unwillkürlich, aber auf einer ganz basalen Ebene nimmt er wahr und schwingt mit. Ich fühle mich nicht abgeschnitten, sondern erlebe im Gegenteil das Singen als etwas Gemeinsames, auch wenn die bewußte Abstimmung von mir ausgeht. Mit meiner Hand berühre ich die seine, halte sie aber nicht fest, sondern lasse ihn durch die Berührung wissen, ich bin da. So streift er bei seinen Bewegungen immer wieder meine Hand. Schließlich wird seine Hand ruhiger und kann in meiner liegen. Jetzt kann er auch körperlich spüren, daß jemand da ist und in der Berührung ruhiger werden. Gleichzeitig ist sein Drängen nach Ausdruck noch stark. So halte ich einerseits seine Hand und andererseits rufen wir, knurren, schimpfen, lachen und singen wir, je nachdem, was gerade in ihm vorgeht. Nach dieser Zeit des vielfältigen Ausdrucks wird der Patient allmählich ruhiger.

Stundenzahl: 2

Therapieausschnitt: 2

2. Zustand des Patienten

Zustandskomponenten	therapeutische Zustandsbetrachtungen
nicht orientiert	ohne Bezug zur Situation (evtl. auch Zeit und Person)
Augen geschlossen	kein Blickkontakt, Kommunikationsmöglichkeiten eingeschränkt
unwillkürliche, ungesteuerte Zuckungen des Oberkörpers	motorische Unruhe, hohe innere Spannung, keine Selbststeuerung
abgeschnitten von der Umwelt	Isolation, Kontaktlosigkeit
sehr wechselhaftes Minenspiel,	emotionaler Aufruhr, den Emotionen ausgeliefert
viel lautieren	Drängen nach Ausdruck

3. Prozeßverlauf

musiktherapeutische Interventionen	Prozeß des Patienten
summen: einfache, haltgebende Melodien, Bewegungen des Patienten in der Stimme aufgreifen, Metrum fließend, offen	beginnt zu lautieren - redet undeutlich vor sich hin - gibt langgezogene Töne von sich
Laute und Klang der Stimme des Patienten aufgreifen und in Singen einbeziehen, parallel zum Patienten lautieren, abwechselnd rufen	öffnet Augen, schaut richtungslos umher, schaut Therapeutin an - lebendiges Minenspiel: Verwirrung, Getriebensein, Ärger, Freude - schaut in die Augen und lacht, wenn Emotion geteilt wird
gemeinsam Singen im Stil arabischer Gesänge, mal den gleichen Lauf, mal nebeneinander, starke Nähe	aufmerksam - kurzzeitig nicht von seinen Bewegungen mitgerissen - schwingt auf basaler Ebene mit
mit der Hand die des Patienten berühren, nicht festhalten	Hand liegt allmählich ruhig in der der Therapeutin - drängt stark nach Ausdruck
Hand halten, gemeinsam rufen, knurren, schimpfen, lachen, singen	wird allmählich ruhiger

4. Musiktherapeutisches Verständnis des Prozeßverlaufs

Dadurch, daß die starken Bewegungen des Patienten in die Stimme aufgenommen und damit hörbar gemacht werden, und gleichzeitig Halt gegeben wird, öffnet sich ein anderer Ausdruckskanal, die Stimme des Patienten. Indem auch diese Äußerungen aufgegriffen und einbezogen werden, entsteht allmählich ein gemeinsamer Raum, der die Möglichkeit zum Kontakt beinhaltet. Nun öffnen sich weitere Sinnes-, und Ausdruckskanäle, Augen und Mimik des Patienten. In dem entstandenen gemeinsamen Kontext kann der Patient die verschiedensten Emotionen lautierend und mimisch ausdrücken und es kommt zu emotionaler Nähe und Kontakt, in dem der Patient auf einer basalen Ebene mitschwingt. Der inneren Spannung, die durch Isolation und Ausdrucksnot entstanden ist, wird ein Weg gebahnt. Die körperliche Berührung bedeutet ein weiteres Kontaktangebot, innerhalb dessen der Patient allmählich motorisch ruhiger wird.

5. Interventionsstrategie und deren Bedeutung für den Prozeß

Interventionsstrategie	Funktion der Musiktherapie
musikalisch Halt bieten	Sicherheit vermitteln
Äußerungen des Patienten aufgreifen, am Ist-Zustand anknüpfen	Bezug zum Patienten herstellen Selbstwahrnehmung fördern,
intermodales Angebot	Ausdruckskanal öffnen
Äußerungen aufgreifen und in ein Ganzes einordnen	Nähe schaffen, Gemeinsamkeit herstellen
gemeinsamen Kontext schaffen	Beziehung herstellen, Mitgestaltung des Patienten ermöglichen
Kontakt anbieten	Sinneskanäle öffnen, Wahrnehmung ermöglichen, Bezug zur Außenwelt stärken
Außenbezug fördern	Isolation verringern
Ausdruck aufgreifen und verstärken	Ausdrucksmöglichkeiten erweitern
Intensität aufgreifen	emotionalen Kontakt ermöglichen
emotionalen Kontakt anbieten	innere Spannung reduzieren
Kontaktangebot erweitern (Berührung)	Spannungsregulation fördern (körperliche Ruhe)
innerer Spannung Ausdruck verleihen	zur Ruhe und Entspannung bringen

Fall 8

1. Feldtext

Frau L. ist 65 Jahre alt. Sie ist an einem Colon-Carzinom (Darmkrebs) erkrankt.

Frau L. ist eine schmale, feinsinnige Frau, die sich gerne mit schönen Dingen befaßt, u.a. mit Edelsteinen und kunstvollem Blumenstecken. Sie ist äußerst empfindsam und dünnhäutig. Bald spricht sie davon, daß sie in ihrem Leben viel gekämpft, sich für andere vergessen und eigentlich immer nach Ruhe gesehnt habe. Sie sucht und geht einen spirituellen Weg, hat sich darin jedoch immer alleine gefühlt.

Frau L. wünscht sich stille Musik. Ich biete ihr das Monochord an. Aufgrund mangelnder Kraft kann Frau K. es selber nicht mehr spielen, also tue ich es für sie. Frau L. legt sich auf ihr Bett, ich streiche das Monochord und vokalisieren einfache Phrasen dazu. Sie hört zu, weint leise und wird dann still. Im Anschluß erzählt sie von einer Klangassoziation, dem Bild eines Flusses. Dann redet sie viel von dem Schmerz und der Suche in ihrem Leben. Im Gespräch verhalte ich mich stützend und gebe ihr dadurch Raum, ihr inneres Geschehen mitzuteilen. In den folgenden Stunden wünscht Frau L. sich immer wieder, daß ich auf dem Monochord spiele, um wieder ihre Klangreise vollziehen zu können. Das innere Bild von Frau L. gestaltet sich dabei mehr und mehr: In diesem Bild sieht sie sich am Rande eines Flusses sitzen, ein Boot liegt neben ihr im Wasser und sie schaut auf das gegenüberliegende Ufer, auf dem ein sonnendurchfluteter Wald ist, in dem Engel und Feen sich bewegen. Sie deutet dies selber als Abbild ihrer Lebenssituation, der Weg über den Fluß liegt noch vor ihr, das gegenüberliegende Ufer vermittelt ihr Trost und Hoffnung. Frau L. ist glücklich darüber, daß ein inneres Bild in ihr entstanden ist. Dies hätte sie sich immer gewünscht, als Weg in die innere Ruhe, hätte es aber bisher nie erlebt. Frau L. vollzieht ihre Loslösung von der Welt sehr bewußt, indem sie ihren Besitz verschenkt und bestimmt, wem sie etwas zukommen lassen möchte. Ihr inneres Bild hält sie sehr fest, fast krampfhaft sucht sie, es immer wieder heraufzubeschwören. Ich habe den Eindruck, daß sie sich eine innere Welt von schönen, hoffnungsspendenden Dingen bauen möchte, um darin jenseits ihrer Angst Halt und Geborgenheit zu finden. Ich spüre, wie sehr sie einen inneren Halt braucht, befürchte aber, daß durch ihr starkes Festhalten die Assoziation an Lebendigkeit und damit an echtem Trost verlieren könnte. So folge ich ihrem Wunsch, ihr auf dem Monochord vorzuspielen, gestalte aber die Klang- und Stimmimprovisationen dynamischer, um ihr Zuhören lebendig bleiben zu lassen.

Frau L. verfällt nun zunehmend, in unserer nächsten, der letzten Stunde, gibt es kein Gespräch mehr, dafür aber die ihr und uns vertraute Musik. Ich empfinde ihren Abbau nicht als Leiden, sondern irgendwie neutral: Sie wird weniger und macht sich auf den Weg.

Stundenzahl: 4

Therapieausschnitt: 1.-4. Stunde

2. Zustand der Patientin

Zustandskomponenten	therapeutische Zustandsbetrachtungen
befaßt sich gerne mit schönen Dingen (Edelsteinen, Blumen)	feinsinnig, empfänglich für Schönes
äußerst empfindsam, dünnhäutig	verletzlich, wenig Selbstschutz
spricht bald von Lebensthemen	verbales Kontaktverhalten: mitteilksam, persönlich
viel Kampf im Leben	konflikthaftes Leben
sich für andere vergessen	Lebens- und Beziehungsmuster: Selbstaufgabe
Sehnsucht nach Ruhe, spirituelle Suche	innere, spirituelle Suche
innere Einsamkeit auf ihrer Suche	in ihren Bedürfnissen unverstanden, isoliert
nie Assoziationen aus der inneren Welt erlebt	Erlebensraum eingeschränkt

3. Prozeßverlauf

musiktherapeutische Interventionen	Prozeß der Patientin
offen für Wünsche der Patientin	äußert den Wunsch nach stiller Musik
Monochord zum Selberspielen anbieten	die Kraft dafür mangelt
Monochord streichen und einfache Phrasen dazu vokalisieren	hört zu - weint leise - wird still - erzählt im Anschluß von einer Klangassoziation, auch von Schmerz und Suche im Leben
stützend und raumgebend im Gespräch	teilt ihr inneres Geschehen mit
Offenheit für die Wünsche der Patientin	wünscht sich immer wieder das Vorspielen auf dem Monochord - möchte ihre Klangreise vollziehen
Vorspielen auf dem Monochord	inneres Bild gestaltet sich - sie deutet das Bild als Lebenssituation, als Weg und Ziel - empfindet Trost und Hoffnung - ist glücklich über Bild als Weg in die innere Ruhe (neue Erfahrung)
	vollzieht Loslösung von der Welt, indem sie Besitz verschenkt - hält inneres Bild krampfhaft fest - wünscht sich Klangreise, um Bild heraufzubeschwören
Klang- und Stimmimprovisation dynamischer gestalten	hört zu
	verfällt körperlich, wird weniger
vertraute Musik spielen	

4. Musiktherapeutisches Verständnis des Prozeßverlaufs

Ausgehend von Bedürfnis und Wunsch der Patientin nach Ruhe führt das Vorspielen auf dem Monochord zu innerer Bewegung, löst eine Klangassoziation aus und eröffnet damit den Zugang zur inneren Welt. Im anschließenden Gespräch werden Lebensthemen und begleitende Emotionen ausgedrückt. Die Klangreise wird zum Zentrum des Geschehens, und innerhalb dessen gestaltet sich die symbolische Klangassoziation, die von der Patientin als Lebenssituation und -weg gedeutet wird. Damit treten Trost, Hoffnung und Ruhe ein. Das Bild wird zum Halt da, wo Äußeres schwindet, droht aber starr zu werden. Indem das Vorspielen mehr gestaltet wird, kann möglicherweise die Assoziation lebendig gehalten werden.

5. Interventionsstrategie und deren Bedeutung im Prozeß

Interventionsstrategie	Funktion der Musiktherapie
auf Bedürfnis der Patientin eingehen	Selbstbestimmung ermöglichen, Führung überlassen
gewünschte Musik spielen	innere Bewegung ermöglichen, Emotionalität ansprechen (Weinen)
Raum für Ruhe und Lösung geben	Zugang zur inneren Welt eröffnen
Angebot zu Gespräch und Reflexion	inneres Geschehen verarbeiten
stützendes, akzeptierendes und raumgebendes Verhalten im Gespräch	schmerzhaftes Emotionen und belastende Lebensthemen ausdrücken
meditative Entspannung anbieten	innerer symbolischer Welt und spirituellem Erleben Raum geben
Rahmen für inneres und spirituelles Erleben anbieten	Trost, Hoffnung, Ruhe entstehen lassen
Bedürfnis nach Hoffnungsspendendem erfüllen	Halt in Verlust und Veränderung geben
Spiel dynamisch gestalten	inneres (trostspendendes) Bild lebendig halten

Fall 9

1. Feldtext

Herr G. ist 51 Jahre alt. Er ist an einem Hirntumor erkrankt und leidet infolgedessen an einer spastischen Halbseitenlähmung und Krampfanfällen.

Herr G. liegt schläfrig im Bett. Hin und wieder öffnet er die Augen, aber auch dann ist er wie benommen und nicht bei vollem Bewußtsein. Immer wieder treffe ich bei Herrn G. auf Zustände dieser Art, die sich mit Zeiten der Wachheit abwechseln. Es ist wie ein Atmungsprozeß zwischen Klarsein und Dämmern. Und immer wieder muß ich entscheiden, ob es gut ist, ihn zu wecken oder ob es besser ist, ihn in dort, wo er ist zu lassen und ihn zu begleiten. Ich entscheide mich für den Versuch der Kontaktaufnahme, da er in den vorhergegangenen Malen meistens wach geworden ist. Da ich weiß, daß Herr G. kaum Bezug zu Liedgut hat, improvisiere ich für ihn. Ich beginne damit, daß ich Melodien auf der Leier mit gesungenen Melodien abwechsele, sie auf der jeweils anderen Klangquelle wiederhole oder fortführe. Ich setze die Klänge miteinander in Beziehung, weil ich mir zum einen erhoffe, durch den Wechsel Herrn G.'s Aufmerksamkeit zu ziehen und zum anderen dies eine vorsichtige Einladung zum Kontakt ist. Der Zustand von Herrn G. verändert sich nicht. Im nächsten Schritt beziehe ich mich deutlicher auf ihn, indem ich seine Körperregungen wie Atmung und Seufzer mit in meiner Stimme aufgreife und in eine einfache, sich wiederholende Melodie einbette. Mein Ziel ist, ihn vorsichtig sich selber hörbar zu machen und in dem Wiedererkennen eigener Laute sich derer bewußter zu werden. Auch hier öffnet er ab und zu die Augen, dämmert aber sofort wieder weg. Da mir das Öffnen seiner Augen immer wieder verheißt, daß Herr G. weckbar sein könnte, gehe ich noch einen Schritt weiter und gestalte das Singen rhythmischer, zusätzlich unterlege ich es mit leisem Klatschen und Klopfen. Es kommt keine Reaktion. Ich merke, wie mich das wütend macht, wie dies aber aus meinem eigenen Wunsch nach Kontakt resultiert, der nicht erfüllt wird. Nun löse ich mich von der direkten Aufmerksamkeit auf ihn und beginne, verschiedene Lieder zur Gitarre zu singen. Zum Teil ist es aus Resignation und zum Teil ist es das Akzeptieren seines Zustandes. Ich merke, wie ich mich sammeln muß und singe erst einmal für mich. Es ist nicht leicht, einen Menschen, mit dem in anderen Stunden Beziehungsgeschehen möglich war, sich entfernen zu lassen und ihn dabei zu begleiten - ohne eine Reaktion zu bekommen.

Stundenzahl: 30

Therapieausschnitt: 25. Stunde

2. Zustand des Patienten

Zustandskomponenten	therapeutische Zustandsbetrachtungen
Hirntumor	hirnorganische Beeinträchtigung
spastische Halbseitenlähmung	eingeschränkte Bewegungsmöglichkeiten
Krampfanfälle	punktueller Bewußtseinsveränderungen
schläfrig, benommen, nicht bei vollem Bewußtsein	quantitative Bewußtseinsveränderung, geminderte Vigilanz, Patient kann Vorgehen in der Therapie nicht mitbestimmen
ab und zu Augen öffnen, sofort wieder wegdammern	Schwankungen in der Bewußtseinslage, möglicherweise weckbar
Zeiten von Klarsein im Wechsel mit Dämmern	pendelndes Bewußtsein, kein statischer Zustand, wechselnde Therapieziele und -inhalte

3. Prozeßverlauf

musiktherapeutische Interventionen	Prozeß des Patienten
für Patienten improvisieren: Melodien auf der Leier mit gesungenen Melodien abwechseln	keine Veränderung im Zustand
Körperregungen wie Atmung und Seufzer mit der Stimme aufgreifen und in einfache, sich wiederholende Melodien einbetten	gleichbleibendes Verhalten: Augen öffnen, sofort wieder wegdammern
Singen rhythmischer gestalten, mit Klatschen und Klopfen unterlegen	keine Veränderung im Zustand
aus dem direkten Bezug lösen, verschiedene Lieder zur Gitarre singen, für sich selber singen, Patienten begleiten	keine Veränderung im Zustand

4. Musiktherapeutisches Verständnis des Prozeßverlaufs

Aufgrund von vorhergegangenen Erfahrungen mit dem Patienten wird versucht, ihn in den Kontakt zu führen und zu wecken. Dies soll vonstatten gehen durch die allmähliche Steigerung von Angeboten, die Beziehung einleiten, Selbstwahrnehmung fördern und vitalisieren. Dabei findet eine direkte Orientierung an seinem Zustand statt. Doch die Hypothese, daß der Patient weckbar ist, scheint in diesem Fall nicht zuzutreffen, da sich sein Zustand nicht verändert. So erfolgt eine Umorientierung des Therapieziels dahin, keine Veränderung anzustreben, sondern den Zustand des Patienten zu akzeptieren und ihn darin zu begleiten. Dies findet statt, indem die direkte Aufmerksamkeit der Therapeutin sich vom Patienten löst und auf das eigene Singen und Spielen richtet. Dadurch wird es der Therapeutin möglich, dem Patienten zu gestattet, sich zu entfernen.

5. Interventionsstrategie und deren Bedeutung für den Prozeß

Interventionsstrategie	Funktion der Musiktherapie
Kontaktangebote allmählich steigern:	Zielvorstellung: Aufmerksamkeit lenken, Beziehungsraum schaffen, Selbstwahrnehmung fördern, vitalisieren, über Kontakteinleitung wecken keine Funktion, da keine Reaktion beim Patienten
keine Veränderung anstreben	Zustand akzeptieren Patienten begleiten
für die Therapeutin:	
Aufmerksamkeit vom Patienten lösen	Beziehung entspannen, sich distanzieren
für sich selber musizieren	Selbstregulation
dasein, ohne etwas zu wollen	Reduzierung des Kontaktes im Sterbeprozess akzeptieren

Fall 10

1. Feldtext

Frau S. ist 84 Jahre alt. Sie ist an einem Colon Carzinom erkrankt.

Frau S. liegt auf dem Rücken im Bett. Sie ist eine schmale Frau mit erstaunlich jungem und glatten Gesicht, aus dem mich ihre Augen wach anschauen. In ihrem Leben hat Musik eine große Rolle gespielt, sie hat selbst Instrumente gespielt und ist gerne in Konzerte gegangen. Sie erzählt bald mit großem Drang von ihren musikalischen Erlebnissen und Vorlieben, so als müsse sie vieles noch loswerden, und äußert deutlich ihre Wünsche von dem, was sie hören und spielen möchte. Aufgrund ihrer starken Schwerhörigkeit ist es meistens sie, die redet. Ich muß sehr reduziert und mit wenigen Worten sprechen, damit sie mich versteht. Die Musik hört sie jedoch verhältnismäßig gut. Das erste Lied, das ich für sie singen soll, ist "Am Brunnen vor dem Tore". Wie etwas lang Zurückgehaltenes bricht es danach aus ihr hervor: Nachdem sie als sechsjähriges Kind beim Vorsingen in der Schule verlacht worden sei, hätte sie nie mehr gesungen und sogar Sprechstörungen entwickelt. Im Gespräch unterstütze ich sie dabei, sich emotional auszudrücken und gebe ihr Halt bei starken Gefühlen, die mit ihrer Erinnerungen hochkommen. Vor allen Dingen spüre ich Verletztheit und Wut in ihren Worten. Immer wieder wünscht sie sich von nun an dieses Lied und es gibt keine Stunde, in der sie es ausläßt. Mit anderen gewünschten Liedern kommen alte Zeiten in die Gegenwart und sie redet viel von Erlebnissen und Erinnerungen. Es geht besonders um das Thema Verlust, auch in der aktuellen Situation. In der 5. und 6. Stunde werden ihre Wünsche dringlicher. Es sind vor allen Dingen Lieder, in denen es sich ums Sterben handelt: "Der Tod und das Mädchen" "Die Forelle" und "Die Uhr". Aufmerksam und nachdenklich hört sie diesen Liedern zu, sie selber spricht jedoch über das Thema nicht. Im Vordergrund aller Lieder steht immer noch das erste. Hier empfinde ich ihre innere Bewegung immer am stärksten: Sie entspannt sich, wird ruhig und sehr innerlich, als ob dieses Lied sie zu schönen Orten und Zeiten ihrer Vergangenheit führt, gleichzeitig Ausdruck ihrer Sehnsucht ist und ihr viel Halt gibt. Nur einmal erwähnt sie kurz, daß es mit ihrer Heimat zu tun hat. In der 9. und 10. Stunde äußert sie den Wunsch, das Lieblingslied ihrer Mutter zu hören und das des Großvaters, welches auch auf seiner Beerdigung gesungen worden sei. Sie redet immer weniger, erlebt jedoch beim Zuhören viel, was ich an ihrer Intensität und ihrem Mienenspiel erkenne.

Mit Hilfe der alten Lieder geht Frau S. einen Weg: Vertrautes gibt ihr Geborgenheit in dieser Zeit der existentiellen Bedrohung und des Verlustes. Sie kann sich der Auseinandersetzung mit dem Sterben mit Hilfe von Liedern nähern. Der feste und klar umrissene Rahmen, den die Lieder bieten, gibt ihr dafür die Sicherheit und macht es dadurch möglich, sich mit diesem angstvollen Thema zu befassen. Im Anknüpfen an die Lieder wichtiger Bezugspersonen in ihrem Leben, kann sie sich mit deren Leben und auch Sterben auseinandersetzen und in der Zeit der Entwurzelung ihre Wurzeln wiederfinden. Es geht bei Frau S. nicht so sehr darum, etwas zu erledigen, sondern Erinnerungen wiederzubeleben und dadurch Geborgenheit und vielleicht auch Hilfestellung zu erfahren.

Stundenzahl: 22

Therapieausschnitt: Stunden 2,4,5,6,8,9,10

2. Zustand der Patientin

Zustandskomponenten	therapeutische Zustandsbetrachtungen
waches Anschauen	wach, aufmerksam, interessiert an Kontakt
erzählt mit großem Drang, als ob sie vieles loswerden muß	verbaler Ausdruck: mitteilungsbedürftig, innerer Drang, etwas auszudrücken, affektive Gespanntheit
äußert Wünsche deutlich	Selbstbestimmung vorhanden
stark schwerhörig	Sinneswahrnehmung Hören eingeschränkt
Thema: Musik hat eine große Rolle in ihrem Leben gespielt, Erinnerungen sind damit verbunden	Musik als Brücke in die Vergangenheit
spricht nicht über Sterben	mit Thema Sterben kann verbal nicht umgegangen werden

3. Prozeßverlauf

musiktherapeutische Interventionen	Prozeß der Patientin
zuhören, reduziert und mit wenigen Worten sprechen	erzählt viel - kann Musik trotz Schwerhörigkeit gut hören - wünscht sich Lied "Am Brunnen vor dem Tore"
Wunschlied singen	Erinnerung an frühes traumatisches Erlebnis wird wach, bricht im Gespräch heraus
emotionalen Ausdruck unterstützen, Halt geben bei starken Gefühlen	starke Gefühle kommen mit Erinnerungen hoch- Verletztheit und Wut in ihren Worten
gewünschte Lieder singen	alte Zeiten kommen in die Gegenwart, redet viel von Erlebnissen und Erinnerungen, Thema Verlust
gewünschte Lieder zum Thema Sterben singen	hört aufmerksam und nachdenklich zu - redet nicht über Sterben
erstes Wunschlied wird auf wiederholten Wunsch fester Bestandteil	innere Bewegung am größten: entspannt sich, wird ruhig, sehr innerlich, Sehnsucht und Halt
gewünschte Lieder wichtiger verstorbener Bezugspersonen singen	redet weniger - viel inneres Erleben beim Zuhören, Intensität

4. Musiktherapeutisches Verständnis des Prozeßverlaufs

Für die schwerhörige Patientin ist Musik leichter wahrzunehmen als das gesprochene Wort. So können Kommunikationsschwierigkeiten überbrückt werden. Indem die Wünsche der Patientin nach ihr vertrautem Liedgut erfüllt werden, werden unwillkürlich Erinnerungen geweckt und damit verbundene Emotionen wiederbelebt. Der verbale Ausdruck bietet die Möglichkeit, diese im Erzählen mitzuteilen und zu verarbeiten. Indem die Patientin Lieder wählt, kann sie bestimmen, womit sie sich befassen will. Dies bietet ihr auch die Möglichkeit, sich mit Themen, wie dem Sterben, die nicht im Gespräch benannt werden können oder wollen, im Lied auseinanderzusetzen. Sie kann über vertraute Lieder in der Zeit des Verlustes auch Halt und Geborgenheit erfahren und durch entsprechende Liedwünsche diese Empfindungen aufleben lassen.

5. Interventionsstrategie und deren Bedeutung für den Prozeß

Interventionsstrategie	Funktion der Musiktherapie
musikalische Kommunikationsebene anbieten	Kommunikation erleichtern
vertrautes Liedgut	Erinnerungen wecken (traumatische Erfahrung, Heimat, Beerdigung)
durch Musik Erinnerungen auslösen	mit Erinnerungen verbundene Emotionen wiederbeleben (Verletztheit, Wut)
zuhören, Raum geben	Erinnerungen aktualisieren, mitteilen
verbal en emotionalen Ausdruck unterstützen	Erinnerungen verarbeiten, Emotionen integrieren
auf Wünsche eingehen	Selbstbestimmung und Mitgestaltung ermöglichen (Inhalte, Themen, Empfindungen)
thematisches Liedgut	Auseinandersetzung mit Themen ermöglichen, die sprachlich nicht ausgedrückt werden können (Sterben)
durch Musik Vertrautes schaffen	Geborgenheit und Halt vermitteln, Identität stärken
Wünsche nach Musik mit positiven Erinnerung erfüllen	positive Empfindungen verfügbar machen (Entspannung, Ruhe, Halt, Sehnsucht)

Fall 11

1. Feldtext

Frau O. ist 91 Jahre alt. Sie ist an einem Schilddrüsen- und Brustfell-Carzinom erkrankt. Vom Pflegepersonal wird mir mitgeteilt, daß sie sehr kontrolliert ist und viel unausgesprochenen Schmerz in sich trägt. Auf die Äußerung gegenüber einer Krankenschwester, "sie würde gerne einmal laut schreien, könne dies aber nicht", wird sie mir für die Musiktherapie empfohlen. Frau O. ist eine elegante und höfliche Dame, eloquent und distanziert-freundlich im Umgang. Sie empfängt mich in ihrem Zimmer mit gewandter Konversation, und ich habe das Gefühl, zu einer Teestunde in einem vornehmen Haus geladen zu sein. Im Gespräch wechselt sie rasch zwischen Themen mit emotionalem Gehalt und allgemeingehaltene Aussagen. Es steckt eine hohe Ambivalenz in ihr: "rede mit mir - rede nicht mit mir". Da es schwierig ist, ihr im Gespräch näherzukommen, zeige ich ihr die Instrumente, die ich mitgebracht habe. Aus Höflichkeit spielt sie ein, zwei Instrumente an, wehrt dann aber ab: dafür wäre sie zu alt. Ich versuche, einen anderen Einstieg zu finden, und singe mit ihrem Einverständnis ein Lied, von dem ich meine, daß es ihr bekannt sein dürfte: "Am Brunnen vor dem Tore". Frau O. singt stellenweise mit und fängt dann an zu weinen. Für die anfangs gezeigte Haltung und Fassung ist dies ein extremer Umschwung. Die Musik ist durch ihre Grenzen gedrungen und hat für einen Moment die Abwehr sinken lassen. Ihr Selbstschutz ist jedoch nach kurzer Zeit wieder da und sie spricht von allgemeinen Dingen, so, als ob nichts geschehen sei. Ich ziehe den Schluß, daß ich Musik sehr vorsichtig und dosiert anbieten muß, um ihr nicht ihren Halt zu nehmen und sie zu überfordern. Zum Abschluß möchte sie ein fröhliches Lied hören und stimmt punktuell mit ein. Danach lädt sie mich herzlich ein, in der nächsten Woche wieder zu ihr zu kommen. Dort bekomme ich dann die Retourkutsche dafür, daß sie ausgelöst durch die Musik hatte weinen müssen: Sie wertet die Musiktherapie ab, wertet mich ab, ich sei zu jung für sie, und möchte nicht, daß noch einmal Musik gemacht wird. Die Wirkung der Musik muß ihr viel Angst gemacht haben, vielleicht weil sie jenseits ihrer Kontrolle lag. Oder sie schämt sich vor mir und kann dies für sich nur wieder gutmachen, indem sie mich schlecht macht. Auf jeden Fall ist es für mich schwer, damit umzugehen. Ich versuche den Rest an Kontakt, den wir haben, im Gespräch aufrechtzuerhalten. Ich merke, daß ich sehr vorsichtig sein muß, um überhaupt Zugang zu ihr zu finden. In der nächsten Stunde wechseln Abwertung und aufgeschlossenerere Mitteilungen über ihre Empfindungen einander ab. Da ich wieder mehr Offenheit empfinde, biete ich ihr an, zum Abschied ein Lied vorzusingen, was sie mit einem Lächeln annimmt; dem Lied hört sie aufmerksam zu, sie singt sogar mit. In der darauffolgenden Stunde lehnt sie abrupt und heftig jegliche weitere Begegnung ab.

Stundenzahl: 3

Therapieausschnitt: Stunde 1-3

2. Zustand der Patientin

Zustandskomponenten	therapeutische Zustandsbetrachtungen
sehr kontrolliert, gehalten, gefaßt	Kontrolle als Abwehrverhalten, Überformtheit aus Selbstschutz
viel unausgesprochener Schmerz in sich	angestaute Emotionen, keine Verarbeitungsmöglichkeiten
"würde gerne einmal laut schreien, könne dies aber nicht"	Angst vor emotionalem Ausdruck, emotionale Blockade
distanziert-freundlich, höflich	Kontaktverhalten distanziert
eloquent, gewandte Konversation, schwierig im Gespräch näherzukommen	Kontakt über Sprache erschwert
rascher Wechsel zwischen emotionalen und allgemeinen Themen	hohe Ambivalenz im Kontakt und gegenüber Emotionen

3. Prozeßverlauf

musiktherapeutische Interventionen	Prozeß der Patientin
Gespräch	
Instrumente zeigen	spielt aus Höflichkeit ein, zwei Instrumente an, wehrt dann ab
bekanntes Lied singen	singt stellenweise mit, fängt dann an zu weinen - spricht kurz darauf wieder von allgemeinen Dingen - möchte zum Abschluß ein fröhliches Lied hören - stimmt punktuell mit ein - lädt Therapeutin für kommende Woche herzlich wieder ein
	wertet Musiktherapie ab - wertet Therapeutin ab - lehnt Musik ab
vorsichtig im Gespräch sein	Abwertungen und aufgeschlossenerer Mitteilungen über Empfindungen wechseln einander ab
zum Abschied anbieten, Lied vorzusingen	nimmt es mit einem Lächeln an - hört aufmerksam zu - singt mit
	lehnt abrupt und heftig jede weitere Begegnung ab

4. Musiktherapeutisches Verständnis des Prozeßverlaufs

Über das Gespräch wird versucht, der sehr kontrollierten Patientin in einem ihr vertrauten Medium, Kontakt anzubieten. Da im Gespräch eine starke Ambivalenz bezüglich der Beziehung und eigener Emotionen vorherrscht, wird ein Ebenenwechsel vorgenommen, um einen Raum mit anderer Atmosphäre und damit andere Erfahrungen anzubieten. Dies führt zu einer Beteiligung der Patientin und erstem Kontakt innerhalb der Musik und löst eine starke emotionale Reaktion mit plötzlichem Weinen aus. Durch die Musik wird ihre Abwehr außer Kraft gesetzt und innerer Schmerz dringt nach außen. Die Patientin bewältigt diesen Kontrollverlust nur, indem sie die Erfahrung negiert, abspaltet und den Auslöser und Zeugen (Musik und Therapeutin) abwehrt und abwertet. Die Musik hat also in diesem Falle die Patientin mit ihrer direkten emotionalen Wirkung überfordert, ihr den fragilen Halt genommen und dadurch Angst und Abwehr verstärkt. Dies führt letztlich zum Abbruch der Therapie.

5. Interventionsstrategie und deren Bedeutung für den Prozeß

Interventionsstrategie	Funktion der Musiktherapie
Gesprächsangebot	Kontakt einleiten
Kontakt auf musikalischer Ebene anbieten, um Atmosphäre zu verändern, anderen Erfahrungsraum eröffnen	keine Funktion, da Patientin ablehnt
Wechsel zu vertrautem Liedgut	Sicherheit bieten, Beteiligung leichter machen
Emotionalität über gemeinsames Singen ansprechen	keine Funktion: durch starke emotionale Reaktion plötzlicher Verlust der Abwehrmechanismen, als Folge Verunsicherung, Angst, Abspaltung der Emotionen, Abwertung, verstärkte Abwehr
Musik vorsichtig und dosiert anbieten	emotionale Überforderung vermeiden
Kontakt aufrechterhalten durch Gespräch	Kontaktrest bewahren
vorsichtig wieder Musik einführen	allmählich Erlebnisebene wieder einführen
	Musiktherapie hat keine oder in dieser Form keine Funktion, da sie zu Kontakt- und Therapieabbruch führt.

Fall 12

1. Feldtext

Herr R. ist 67 Jahre alt. Er ist an einem Glioblastom, einem Hirntumor, erkrankt und hat deshalb eine motorische Aphasie mit passivem Sprachverständnis. Des Weiteren wurde ein spontanes Psychosyndrom diagnostiziert.

Herr R. ist ein schwerer Mann mit sprechenden Augen. Er hält viel Blickkontakt, zeigt jedoch keinerlei mimische Veränderungen. Von der Pflege wird mir mitgeteilt, daß Herr R. aus physiologischen Gründen nicht reagieren kann, mittlerweile auch keine Handzeichen mehr gibt.

Herr R. liegt auf seinem Bett. Erst spiele ich für ihn einige Lieder und umsinge ihn. Er liegt unbeteiligt da und seine Augen fallen zu. Bald tritt bei mir ein Gefühl der Verärgerung auf. Ich spüre seine Möglichkeiten und Kraft in ihm, habe aber das Gefühl, daß er sich hängen läßt. Da ich sein Wegdämmern nicht unterstützen will, beginne ich auf der Gitarre zu improvisieren, und es entwickelt sich eine Musik mit spanischem Charakter, rhythmisch-feurig. Herr R. öffnet auf einmal seine Augen, schaut mich an, ist präsent und hört zu. In einer späteren Improvisation spiele ich ein Rockschema auf der Gitarre, über das ich eine sehr lebendige und rhythmische vokale Improvisation lege und mit dynamischen Veränderungen spiele. Bei keinem anderen Patienten würde ich wagen, ihn so sehr durch meine Lebendigkeit und Kraft zu fordern. Aber bei ihm sind gerade in diesen Situationen Aufmerksamkeit und Beteiligung am größten. Unwillkürlich steigere ich meine Art zu improvisieren hin zu einer Trommelimprovisation, über die ich ein synkopisches Aufforderungslied singe: "Trommeln Sie mit mir, spielen Sie mit mir..." - so sehr vermittelt er mir seine Ressourcen zu eigenem Spiel. Er ist durchgängig aufmerksam und hält Blickkontakt zu mir und der Trommel. In der vierten Stunde sitzt Herr R. wach im Rollstuhl. Ganz unwillkürlich suche ich Instrumente zusammen, die für ihn möglicherweise spielbar sein könnten. Ich wähle die Zymbeln, spiele sie und singe dazu ein Lied, das aus aufwärtsstrebenden Vierklängen besteht: "Die Glocken, sie klingen, sie spielen für Herrn R.". Ein tiefer Seufzer ist seine Reaktion. Ich nähere die Zymbeln seiner Hand, damit er sie spürt. Ich glaube kaum, was ich sehe: Herr R. bewegt seine Finger, dann nimmt er die Zymbeln in seine Hand, hebt allmählich den Arm, und läßt sie ganz leise erklingen. In einer langen Improvisation spielt er, ich besinge sein Spiel mit der Melodie des kleinen Liedes vom Anfang, später greife ich zu einem zweiten Zymbelpaar, um zusammen mit ihm zu spielen und in einer "gemeinsamen Sprache reden" zu können, zeitweilig singe ich dazu. Bei allem hört er aufmerksam zu und schaut mich intensiv an. Dann halte ich meine Zymbeln dicht an seine und biete ihm damit viel Nähe an. Er berührt meine Zymbeln mit seinen und es entsteht ein gemeinsamer Klang. Als er nach vielleicht 20 min. seine Zymbeln weglegt, singe ich noch einmal von dem gemeinsamen Spiel. Daran schließt sich eine für mich sehr lange Zeit an, in der wir uns in die Augen schauen. Ich lege meine Hand auf seine und er drückt sie.

In der nächsten Stunde ist Herr R. körperlich sehr verfallen, er hat begonnen, "sich auf den Weg zu machen". Ich singe und spiele ein stilles Lied für ihn. Als er dies hört, holt er seine Hand unter der Bettdecke hervor und reicht sie mir, er möchte sie halten. Er öffnet die Augen, schaut mich an. Viele Lieder singe ich so: Auge in Auge, Hand in Hand. Dann läßt er meine Hand los und beginnt, sich mit zittriger Hand "zurechtzumachen": er säubert sich die Augen, streicht die Haare zurecht, ordnet den Schlafanzug. Er greift wieder nach meiner Hand, legt unsere Hände auf seine Brust,

seine Vitalfunktionen reduzieren sich und er schläft ein. Am folgenden Morgen verstirbt Herr R. ganz ruhig.

Stundenzahl: 5

Therapieausschnitt: 2.-5. Stunde

2. Zustand des Patienten

Zustandskomponenten	therapeutische Zustandsbetrachtungen
Hirntumor	hirnorganische Beeinträchtigung
motorische Aphasie mit passivem Sprachverständnis	physiologisch keine sprachliche Artikulation möglich, jedoch Verstehen
asponantes Psychosyndrom, keine mimischen Veränderungen kann aus physiologischen Gründen nicht reagieren,	physiologisch Initiative und Ausdruck nicht möglich, Kontakt sehr erschwert
gibt keine Handzeichen mehr	psychoreaktiver Rückzug oder physiologischer Abbauprozess
sprechende Augen	Ausdruckswunsch
viel Blickkontakt	Kontaktwunsch

3. Prozeßverlauf

musiktherapeutische Interventionen	Prozeß des Patienten
für Patienten Lieder spielen und ihn umsingen	unbeteiligt - Augen fallen zu - wegdämmern
Gitarrenimprovisation, Charakter: spanisch, rhythmisch-feurig	öffnet auf einmal seine Augen - schaut Therapeutin an, ist präsent, hört zu
Gitarrenimprovisation: Rockschemata mit lebendiger, rhythmischer vokaler Improvisation, dynamische Veränderungen	Aufmerksamkeit und Beteiligung groß
Trommelimprovisation mit synkopischem Aufforderungslied	durchgängig aufmerksam - hält Blickkontakt zu Therapeutin und Instrument
	sitzt wach im Rollstuhl
Zymbeln spielen, dazu Situationslied singen	tiefer Seufzer
Zymbeln seiner Hand nähern	bewegt seine Finger, nimmt Zymbeln in die Hand - hebt Arm, läßt Zymbeln leise erklingen - spielt lange
sein Spiel besingen mit der Melodie des Situationsliedes, später auf einem zweiten Zymbelpaar spielen, zeitweilig dazu singen	hört aufmerksam zu, schaut Therapeutin intensiv an
Zymbeln dicht an die des Patienten halten	berührt Zymbeln der Therapeutin mit den seinen, ein gemeinsamer Klang entsteht - legt Zymbeln nach ca. 20 min. weg

vom gemeinsamen Spiel singen	
	lange gegenseitig in die Augen schauen
Hand auf seine legen	er drückt sie
	körperlich sehr verfallen
stilles Lied singen und spielen	holt Hand unter der Bettdecke hervor, reicht sie der Therapeutin, möchte Hand halten, öffnet Augen, schaut Therapeutin an
viele Lieder singen mit stetigem Blickkontakt, Hand halten	schaut Therapeutin beim Zuhören in die Augen - läßt Hand los - macht sich zurecht - greift nach Hand der Therapeutin - legt sie auf seine Brust Vitalfunktionen reduzieren sich - schläft ein- verstirbt am nächsten Morgen ruhig

4. Musiktherapeutisches Verständnis des Prozeßverlaufs

Indem Signale des Patienten bezüglich seiner Kontakt- und Ausdruckswünsche in dem Charakter der Improvisation widergespiegelt und verstärkt werden, führt dies zu erhöhter Aufmerksamkeit und Beteiligung des Patienten. Durch den folgenden Kreislauf von Improvisationen mit Aufforderungscharakter, die dem Patienten eine positive Hypothese bezüglich seiner Ressourcen vermitteln und von ihm durch seine Reaktionen bestätigt werden, wird ihm der Weg zu eigenem Spiel eröffnet. Trotz starker hirnganische Einschränkungen und eventuellem psychoreaktiven Rückzug entwickelt der Patient einfache selbstiniizierte Handlungen. Im instrumentalen Zusammenspiel wird eine gemeinsame Ebene jenseits der verbalen Ausdrucksmöglichkeiten gefunden. In Musik, Blick und Berührung findet viel Nähe statt. Dieser beidseitig gestaltete Kontakt reicht bis in die Sterbephase hinein. Dort sucht der Patient von sich aus die körperliche und emotionale Nähe, in der er sich für seinen endgültigen Abschied bereitmachen kann.

5. Interventionsstrategie und deren Bedeutung für den Prozeß

Interventionsstrategie	Funktion der Musiktherapie
nicht-sprachliche Signale des Patienten aufgreifen	Kontakt einleiten
Signale des Patienten verstärken	Kontakt intensivieren, Nähe herstellen
positive Hypothese bezüglich der Möglichkeiten des Patienten vermitteln	Selbstbewußtsein stärken
an vermuteten Ressourcen anknüpfen	Ressourcen von Initiative wecken
Weg zu eigenem Spiel durch niedrigschwelliges Instrumentenangebot eröffnen	Initiative und Ausdruck ermöglichen
gemeinsame nicht-sprachliche Ebene anbieten	gemeinsames Gestalten von Kontakt und Nähe ermöglichen
eigenes Handeln ermöglichen	Selbstbestimmung fördern
gewachsene Beziehung, körperliche und emotionale Nähe auch im Sterbeprozess	Kontaktwunsch im Sterbeprozess realisierbar machen,

bereithalten	Unterstützung im Sterbeprozess, Loslösung erleichtern
--------------	--

Fall 13

1. Feldtext

Herr E. ist 58 Jahre alt. Er ist an einem Leberkarzinom erkrankt. Von einer Krankenschwester werde ich gebeten, zu Herrn E. zu gehen, da er schon seit einiger Zeit mit dem Sterben kämpft, aber aus Todesangst nicht loslassen und sterben kann. Es ist die Bitte, ihn aus seiner Qual zu befreien - ein hoher Anspruch. Bevor ich ins Zimmer von Herrn E. gehe, wende ich mich an seinen anwesenden Lebenspartner und biete ihm an, mitzukommen. Auf seinem Gesicht stehen Panik und der Wunsch zu fliehen, aber irgendwie kommt er doch mit. Im Zimmer finde ich einen völlig ausgemergelten Mann vor, dessen Augen halboffen stehen und blicklos sind, und bei dem ich nicht mehr erkenne, ob er noch lebt. Die Krankenschwester ist mit ins Zimmer gekommen, um seine Hand zu halten, und spürt dabei auch seinen Puls. Unterdessen habe ich begonnen, erst ein Schlaflied ("Weißt du, wieviel Sternlein stehen") und dann ein Abendlied ("Abend wird es wieder") langsam und mit stiller Gitarrenbegleitung zu singen und zu summen. Da ich den Patienten nicht kenne, wähle ich diese Lieder, die so einfach, still und friedvoll sind und sonst gesungen werden, um uns in die Ruhe der Nacht zu führen und den Übergang zu erleichtern. Nach einigen Minuten teilt die Schwester uns mit, wie sie spüren konnte, daß sich der Puls allmählich löste und nun stillsteht. Der Freund bricht in Schluchzen aus und die Schwester ist bei ihm, ihn zu trösten. Ich entscheide mich weiterzuspielen, zum einen, um den Übergang für Herrn E. weiterzuvollziehen, zum anderen, um dadurch auch seinen Freund zu stützen. Ich spiele noch einige Minuten und der Freund entscheidet sich dann, sich noch alleine von dem Verstorbenen zu verabschieden. Erst später erfahre ich, welche unsagbare Angst er davor hatte, beim Sterben seines Freundes dabeizusein, daß er es diesem jedoch versprochen hatte und sich von daher in einer starken Ambivalenz befunden hätte. Ich empfinde, daß durch die Musik dieser angstvolle Raum gefüllt wurde, und dadurch ein Rahmen geschaffen wurde, der ihm Halt bot, und es ihm doch ermöglichte, dabeizusein.

Stundenzahl: 1

Therapieausschnitt: 1. Stunde

2. Zustand des Patienten

Zustandskomponenten	therapeutische Zustandsbetrachtungen
kämpft seit einiger Zeit mit dem Sterben	langer Todeskampf, qualvoller Zustand
kann aus Todesangst nicht loslassen und sterben	existentielle Angst, hohe seelische Anspannung
ausgemergelt, blicklose Augen, nicht mehr sichtbar, ob er noch lebt	maximal reduzierte Vitalfunktionen, keine sichtbaren Anknüpfungspunkte

3. Prozeßverlauf

musiktherapeutische Interventionen	Prozeß des Patienten (P) / Angehörigen (A)
anwesenden Lebenspartner einladen, mitzukommen	A: auf seinem Gesicht Panik und Wunsch zu fliehen - kommt aber doch mit
Schlaflied und Abendlied langsam und mit stiller Gitarrenbegleitung singen und summen	P: Puls löst sich und steht still A: bricht in Schluchzen aus
weeterspielen	A: entscheidet sich, sich alleine von dem Verstorbenen zu verabschieden

4. Musiktherapeutisches Verständnis des Prozeßverlaufs

In diesem Falle laufen zwei Prozesse ab, der des Patienten und der des anwesenden Angehörigen. Dem Patienten wird durch das Vorsingen vertrauter und einfacher Abend- und Schlaflieder Ruhe vermittelt und an frühere Situationen des Einschlafens, also des Übergangs angeknüpft. In der entstandenen Atmosphäre von Geborgenheit lösen sich Anspannung und Angst im Todeskampf. Dies führt dazu, daß der Patient binnen kurzer Zeit sich vom Leben lösen und "ins Sterben einwilligen" kann.

Dem Angehörigen, der sich in starker Angst vor dem Miterleben des Sterbens seines Freundes befindet, gleichzeitig sich aber durch ein Versprechen gebunden hat, wird durch die Musik ein Rahmen geschaffen, der es ihm ermöglicht, dabeizusein. Durch das Lied wird die Zeit gestaltet und die Atmosphäre verändert.. Dadurch ist etwas Drittes ist im Raum, das trägt und Halt gibt.

5. Interventionsstrategie und deren Bedeutung für den Prozeß

Interventionsstrategie	Funktion der Musiktherapie
für den Patienten:	
an Vertrautes anknüpfen	Ruhe vermitteln
Einschlafsituation herstellen	Übergang im Sterben erleichtern
Atmosphäre von Geborgenheit bereiten	Anspannung und Angst lösen
Entspannung bieten	Loslassen erleichtern
für den Angehörigen:	
durch Musik einen Rahmen bieten	Atmosphäre gestalten, Sicherheit geben
vertraute und einfache Musik	Angst mindern
Zeit durch die Musik gestalten	Struktur und Halt geben
durch Musik Unterstützung geben	Stabilisierung in existentieller Situation, Anwesenheit im Sterben erleichtern

Fall 14

1. Feldtext

Frau T. ist 76 Jahre alt. Sie ist an einem Hirntumor erkrankt. Einen Monat, bevor sie ins Hospiz kam, traten erste neuropsychologische Ausfälle auf, die Diagnose wurde ein bis zwei Wochen später gestellt. Frau T. zeigt als Folge ihrer Erkrankung eine beginnende Aphasie mit Wortfindungs- und Sprachverständigungsstörungen. Frau T. wird als depressiv und suizidal beschrieben, sie blockte Kontakt ab.

Frau T. ist eine schmale Frau mit offenem und wachem Gesicht. Als ich sie kennenlerne, kann sie noch alleine gehen. Sie findet die Worte, die sie sucht, nicht mehr, bemerkt dies aber anfangs noch und leidet sehr darunter. In den ersten Therapiestunden singt sie noch Bruchteile von alten Liedtexten mit. Fr. T. ist glücklicherweise sehr ansprechbar über Körperkontakt und Bewegung. Nach einigen Liedern tanzen wir auf ihren Impuls hin gemeinsam in ihrem Zimmer und summen dazu, das Miteinander ist sehr intensiv. Immer wieder bricht sie jedoch in Tränen aus und möchte mich dann hinausschicken. Da ich ihre Überforderung durch die Affektlabilität spüre, möchte ich sie damit nicht alleinlassen, sondern versuche, sie durch einen musikalischen Fluß sie immer wieder im Kontakt zu halten. Frau T. bemüht sich wiederholt und dringlich, mir etwas mitzuteilen. Inhaltliche Bezüge sind jedoch für mich nicht mehr erkennbar. Da ich ihre Ausdrucksnot spüre, antworte ich ihr klanglich-vokal, d.h. ich greife ihren Tonfall in meinem auf, fülle ihn mit mehr Klang und damit Emotionalität, verstärke dies auch mimisch und benutze Worte und Silben nur als Träger des Klangs. So nähere ich mich ihrer Art zu sprechen an und versuche, ihr dadurch zu einem "Gesprächspartner" zu werden. Ich stelle mir vor, wie überfordert diese Frau sein muß von ihrem so raschen Krankheitsverlauf, der zusätzlich mit Sprachverlust gepaart ist. Dadurch ist sie drastischen Veränderungen ausgesetzt, ohne die Fähigkeit, zu verarbeiten und auszutauschen. Deshalb möchte ich ihr einerseits die alten Lieder geben, mit denen Vertrautes wiederbelebt wird und sie dadurch vielleicht Orientierung und Halt finden kann. Andererseits möchte ich den Ausdruck, den sie im Klang ihrer Stimme noch zur Verfügung hat, in klanglich-vokalen Antworten aufgreifen, damit sie Kontakt erfährt und darin die Möglichkeit zur Regulation ihrer durcheinandergewirbelten Emotionen.

Sehr schnell verliert Frau T. immer mehr ihren Wortschatz, bald ist sie durch einen eingetretenen Schlaganfall auch bettlägerig. Aber es bleiben lange unsere Nonsense-Gespräche und Lautierungen, in denen viel emotionaler Kontakt stattfindet, der beiderseits von Freude und Lachen begleitet ist. Bis zur letzten Stunde sind es ihre Hände, die auch nach dem Eintreten der völligen Sprachlosigkeit noch "reden", sie hat eine ausgeprägte "Handsprache": Wir drücken unsere Hände gegenseitig, schaukeln sie zur Musik in der Luft, manchmal tanze ich zu ihren Armbewegungen, dann wieder spielt sie still mit meinen Fingern. Dabei ist es immer wieder Fr. T., die die Bewegungen initiiert, die ich wiederum mit meinen Bewegungen beantworte oder stimmlich begleite. Und so ist bis zur letzten Stunde Begegnung in ihrer "Sprache" möglich und selbst als sie zuletzt sehr schwach ist, öffnet sie die Augen, um mich dabei anzusehen.

Stundenzahl: 8

Therapieausschnitt: Schwerpunkte der Stunden 1-8

2. Zustand der Patientin

Zustandskomponenten	therapeutische Zustandsbetrachtungen
Hirntumor	hirnorganische Beeinträchtigung
Diagnose erst 2-3 Wochen vor Aufnahme ins Hospiz	überaus rascher Krankheitsverlauf, plötzliche drastische Lebensbedrohung
beginnende Aphasie mit Sprachverständigungs- und Wortfindungsstörungen	verbaler Kontakt kaum/nicht möglich, Veränderungen können kognitiv nicht verarbeitet werden, drohende Isolation
depressiv	wahrscheinlich Folge der Überforderung, möglicherweise auch organisches Psychosyndrom
suizidal	"
Affektlabilität	"
blockt Kontakt ab	zieht weitere Überforderung nach sich
offenes und waches Gesicht	Rückzug, eventuell auch aufgrund von Überforderung durch verbales Kontaktangebot
leidet sehr unter Wortfindungsstörungen	innere Lebendigkeit, Einladung zum Kontakt
versucht wiederholt und dringlich etwas mitzuteilen	Ausdrucksnot
ansprechbar über Körperkontakt und Bewegungen	Ausdruckswunsch
	Körperkontakt als Ausdrucks- und Kommunikationsmöglichkeit

3. Prozeßverlauf

musiktherapeutische Interventionen	Prozeß der Patientin
altes Liedgut singen	singt Bruchteile mit - gibt Impuls zum Tanzen
gemeinsam tanzen, dazu summen, intensives Miteinander	
	bricht immer wieder in Tränen aus, möchte Therapeutin hinausschicken
durch musikalischen Fluß in Kontakt halten	versucht wiederholt und dringlich, Therapeutin etwas mitzuteilen
keine inhaltlichen Bezüge erkennbar, daher klanglich-vokal antworten, verstärken, Angebot als "Gesprächspartner"	
	verliert schnell immer mehr vom Wortschatz
gemeinsame Nonsens-Gespräche und Lautierungen, viel emotionaler Kontakt, beiderseits von Freude und Lachen begleitet	
	völlige Sprachlosigkeit tritt ein, redet mit den Händen, initiiert Bewegungen

Hände gegenseitig drücken, zur Musik schaukeln	
	bewegt den Arm
zu Armbewegungen tanzen	
	spielt mit den Fingern der Therapeutin
mit Bewegungen beantworten oder stimmlich begleiten	öffnet Augen selbst als sie sehr schwach ist, um Therapeutin anzusehen

4. Musiktherapeutisches Verständnis des Prozeßverlaufs

In der Situation massiver Überforderung kann über altes Liedgut Vertrautes wiederbelebt werden und dadurch Orientierung und Halt angeboten werden. Im musikalischen Fluß kann die Patientin trotz hirngestützter Einschränkungen Zusammenhänge erfahren, auch kann dort erster Kontakt hergestellt werden. Der sprachlichen Ausdrucksnot wird klanglich-vokal begegnet und dadurch eine auch der Patientin zugängliche Basis hergestellt, innerhalb derer Kontakt, emotionaler Ausdruck und darüber emotionale Regulation stattfinden kann. Dadurch, daß die Patientin Impulse zu Bewegung und Körpersprache gibt, entsteht ein zweite gemeinsame Basis, in der auch über Sprachverlust und körperlichen Abbau hinaus Miteinander intensiv erfahren werden und die Patientin dieses gestalten kann. Hier kann sie sich als Menschen erfahren, der nicht nur "patients", also erleidend und passiv ist, sondern kann erleben, daß sie Schönes (tanzende Bewegungen) auslösen und gestalten kann, was sicherlich ein wichtiger Gegenpol zur sonstigen Lebenssituation ist. Dieses Erleben ist gewiß ein wichtiger Faktor, der Kraft und Hoffnung vermittelt. Indem andere Ausdruckskanäle als die der Sprache gefunden werden, kann die Patientin auf dem Weg in den vollständigen Sprachverlust und ihrem rasanten körperlichen Abbau begleitet werden und dadurch Hilfestellung und möglicherweise Erleichterung erfahren. Und so kann sie auch ihren Wunsch nach Begegnung und Miteinander bis zuletzt sich selbst erfüllen.

5. Interventionsstrategie und deren Bedeutung für den Prozeß

Interventionsstrategie	Funktion der Musiktherapie
über Musik an Vertrautes anknüpfen	Orientierung und Halt vermitteln
musikalischen Fluß herstellen	Zusammenhänge erfahrbar machen (trotz hirnorganischer Einschränkungen)
musikalisch Zusammenhänge herstellen	Kontakt möglich machen
klangliches Angebot an Äußerungen der Patientin orientieren	gemeinsame Basis herstellen
Angebot so gestalten, daß die Patientin daran teilnehmen kann	Kontakt und Kommunikation ermöglichen, Mitgestaltung ermöglichen
emotionalen Kontakt und Kommunikation im Medium der Patientin anbieten	emotionalen Ausdruck ermöglichen, Ausdrucksnot erleichtern
Ausdruck der Patientin aufgreifen und verstärken	Nähe herstellen, emotionale Regulation fördern
Bewegungsimpulse der Patientin aufgreifen	Kontakt herstellen, Kontakt- und Ausdrucksmöglichkeiten erweitern
non-verbale Kontakt aufrechterhalten	auf dem Weg in Sprachverlust und körperlichen Abbau begleiten
durch das Begleiten Hilfestellung geben	Leidensdruck mindern
Impulse der Patientin gestalterisch verwenden	trotz Krankheit Urheberschaft und Gestaltungsmöglichkeiten erfahren
Raum für Schönheit und Gestaltung geben	Kraft, Hoffnung vermitteln
vertrautes Kontaktangebot durchgängig aufrechterhalten	Kontaktwunsch auch in körperlicher Schwäche realisierbar machen

Fall 15

1. Feldtext

Herr A. ist 62 Jahre alt. Er ist an einem Glioblastom, einem Hirntumor, erkrankt.

Herr A. sei von seiner Frau zu uns abgeschoben worden, so ist die Mitteilung vom Pflegepersonal. Er ist depressiv und spricht wenig.

Herr A. ist ein runder, schwerer, grauhaariger Mann. Er liegt in seinem Bett und macht auf mich einen passiven, sich gehen lassenden Eindruck. Er ist nicht besonders gepflegt. Um einen Einstieg zu finden und ihn und seine musikalischen Vorlieben kennenzulernen, frage ich ihn danach. Er redet nicht, in seinem Gesicht entdecke ich aber eine Regung, als ich von Schlagern spreche. "Veronika, der Lenz ist da", als ich es ihm vorsinge, lächelt er leise, am Ende jedoch beginnt er zu weinen. Er wehrt weiteres Singen ab und ich biete ihm verschiedene Instrumente an. Er wählt die kleine Tabla und beginnt sofort, sie zu explorieren. Er spielt schnell, wirbelnd und leise. Es entsteht ein dialogisches Spiel auf der Tabla, in dem wir voneinander Impulse aufnehmen. Herr A. genießt es, mich zu jagen. Rhythmisierung ist nicht erkennbar, jedoch Dynamik. In eigener körperlicher Anspannung spüre ich sein Aufgeladensein und gleichzeitig seine Angst davor.

Aus körperlicher Schwäche kann er mit seinen Händen nicht mehr laut trommeln. Um ihm dies aber als Möglichkeit zur Verfügung zu stellen, biete ich ihm Schlägel an. Wieder entsteht ein langes, dialogisches Spiel in ähnlicher Art. Dies wird immer mehr ein zu einem Spiel mit den Schlägeln: Herr A. nähert seinen Schlägel dem meinen an, zieht sich zurück, schlägt spielerisch auf meinen Schlägelkopf, spielt mal lauter und mal leise. Meine Assoziationen sind: Das Trommelfell ist das Terrain, die Schlägelköpfe sind zwei Personen, zwischen diesen findet viel Beziehungsgeschehen statt, der schwarze Punkt auf der Tabla ist der Ort, auf dem man laut spielen darf, ein Ort der Stärke oder sogar Macht. Es geht hierbei nicht mehr in erster Linie um die Musik, sondern das Instrument ist die Plattform für eine spielerische Beziehung: Streit, Spiel und auch Flirt finden statt. Ich antworte ihm innerhalb seines "Verhaltensrepertoires", bin mal zurückhaltender, mal forscher.

In der folgenden Stunde, die ich wieder mit einigen vorgesungenen Schlagern einleite, kann er diesmal die Tränen laufen lassen und die innere Bewegung zulassen. Auf mich wirkt es, als ob er etwas ausweint, das in ihm steckt. Wieder schließt sich ein Beziehungs-Trommel-Spiel an, in dem viel Intensität und Dynamik liegt. Eine lange Spielphase, in der er den Rand der Trommel exploriert, schließ sich daran an: er nähert sich dem Rand vorsichtig, geht an die Kippe, läßt den Schlägel kurz hinüber fallen und zieht ihn dann schnell wieder zurück. Meine Phantasie dazu ist, daß er symbolisch den Übergang vom "Spielfeld des Lebens" zum Tod probt. Ein Gespräch über unsere Spiele ist nicht möglich, da Herr A. kaum redet. Dieses symbolische Geschehen spielt sich zudem bei ihm in einem so verletzlichen und unbewußten Bereich ab, daß der Sprung ins Verbalisieren in seiner Situation mir zu gewagt wäre, da es ihm bedrohlich erscheinen könnte oder er es einfach nicht verstehen würde. Im gemeinsamen Spiel gebe ich ihm deshalb Raum fürs Erleben und, indem ich seine Ideen aufgreife, leite ich erste Schritte in Richtung Bewußtwerdung ein. Daß viel Bedeutung und Bedeutsamkeit in dem Spiel liegt, spüre ich, und er selber kommentiert es am Ende der Stunde mit einem aus tiefer Seele kommenden Wort: "Schön!"

Stundenzahl: 17

Therapieausschnitt: Stunden 1,2,4,5,6

2. Zustand des Patienten

Zustandskomponenten	therapeutische Zustandsbetrachtungen
Hirntumor	hirnorganische Einschränkungen möglich
von Frau abgeschoben	Kontaktabbruch, Verlust
depressiv	abnorme Trauerreaktion
spricht wenig	verbaler Kontakt erschwert
passiv, ungepflegt	Ausdruck von Resignation
Lächeln und Weinen kurz hintereinander	affektlabil
emotional geladen - emotional gebremst	Aggressionshemmung, Emotionen sind angstbesetzt

3. Prozeßverlauf

musiktherapeutische Interventionen	Prozeß des Patienten
nach musikalischen Vorlieben fragen	eine Regung in seinem Gesicht beim Thema Schlager
Schlager vorsingen	lächelt leise - weint am Ende - lehnt weiteres Singen ab
verschiedene Instrumente anbieten	wählt kleine Tabla - beginnt sofort zu explorieren - spielt schnell, wirbelnd, leise
dialogisches Spiel, voneinander Impulse aufnehmen	
	genießt es, Therapeutin zu jagen - Dynamik im Spiel
Schlägel anbieten, damit er lauter trommeln kann	nähert seinen Schlägel dem der Therapeutin, zieht sich zurück, schlägt darauf - mal lauter, mal leiser
langes dialogisches Spiel - Spiel mit den Schlägeln	
innerhalb des Verhaltensrepertoires des Patienten antworten, mal zurückhaltender, mal forscher	
Schlager vorsingen	läßt Tränen laufen, kann innere Bewegung zulassen
Beziehungs-Trommel-Spiel mit viel Intensität und Dynamik	
	exploriert lange den Rand der Trommel
mit Patienten mitspielen, Ideen aufgreifen	kommentiert das Spiel: "Schön"

4. Musiktherapeutisches Verständnis des Veränderungsprozesses

Durch das Hören eines ihm positiv vertrauten Liedes wird der Patient direkt emotional angesprochen, was ihn überfordert und zu Abwehr führt. Das gemeinsame Instrumentalspiel ist in dieser Situation distanzierend und ermöglicht, daß der Patient im Kontakt bleibt. Dieses Spiel eröffnet dem averbalen Patienten den Dialog, ein Miteinander ohne Worte. Hier kann der Patient seine Themen spielerisch in Szene setzen, sich aufgestauten Emotionen nähern und Akzeptanz in der Beziehung erfahren. Im gemeinsamen Spiel entsteht beim Patienten so viel Sicherheit und Vertrauen, daß er seiner aufgestauten Traurigkeit beim Zuhören freien Lauf lassen kann. Auch andere Themen - möglicherweise das Sterben - können symbolisch im Spiel erfahren werden. Indem diese im gemeinsamen Spiel mitvollzogen und erlebt werden, kann dies ein erster Schritt zur Bewußtwerdung sein.

5. Interventionsstrategie und deren Bedeutung für den Prozeß

Interventionsstrategie	Funktion der Musiktherapie
vertraute Musik anbieten	Gefühle ansprechen (Lächeln, Weinen), keine Funktion, da emotionale Überforderung, Abwehr
Distanzierung bei emotionaler Überforderung	Kontakt aufrechterhalten
non-verbale, gemeinsame Ebene im Spiel eröffnen	Dialog ermöglichen
dialogische Impulse aufgreifen und gestalten	akzeptierende Beziehungserfahrung vermitteln
in der Musik den Patienten führen lassen	Selbstbewußtsein stärken
Raum geben für symbolisches, nicht-sprachliches Spiel	Auseinandersetzung mit eigenen Themen ermöglichen (Beziehung, Streit, Übergang)
dynamische Impulse aufgreifen	emotionalen Ausdruck (Anspannung) unterstützen/fördern
gemeinsames Improvisieren im Repertoire des Patienten	Vertrauen rasch wachsen lassen
Vertrauensbeziehung anbieten	emotionalen Ausdruck ermöglichen, aufgestaute Gefühle ausdrücken (weinen, trauern)
symbolisches Spiel mitvollziehen	Bewußtwerdung der eigenen Handlungen fördern

Fall 16

1. Feldtext

Herr O. ist 77 Jahre alt. Er ist an einem Colon-Carzinom erkrankt.

Herr O. ist bettlägerig und sehr ausgemergelt. Ich werde zu Herrn O. gerufen, da dieser heute desorientiert ist und ständig davon redet, er müsse zur Arbeit gehen Er ist völlig außer sich. Dabei versucht er, über das Bettgeländer zu steigen, wodurch die Gefahr eines Sturzes sehr groß ist. Er ist körperlich und seelisch sehr angespannt und läßt sich durch nichts von seinen Versuchen, aus dem Bett zu steigen, abbringen. Direkt in diese Situation hinein beginne ich zur der Gitarre zu singen, alte Volkslieder von denen ich meine, daß er sie kennen könne. Noch während er versucht, aus dem Bett zu klettern, beginnen die Lieder ihn zu erreichen. Er schaut zu mir herüber, läßt mehr und mehr von seinem Vorhaben ab und liegt schließlich ruhig in seinen Kissen. Ich merke, daß seine Orientiertheit zunimmt. Die vertrauten Lieder knüpfen meines Erachtens an erhaltene Erinnerungen an und wecken Empfindungen. Dadurch wird er wieder zu sich zurückgeführt. Ich singe, er hört die Lieder, erkennt sie, wird gefühlsmäßig angesprochen und nimmt Blickkontakt auf. So kann ein Bezug zwischen uns entstehen. Durch diesen Kontakt gewinnt Herr O. auch wieder Bezug zur Situation. Und dadurch kann er Ordnung und Sinnhaftigkeit erleben.

Herr O. beteiligt sich nun, indem er am Ende der Lieder klatscht, "Bravo" ruft oder sie kurz kommentiert. Am Ende der Stunde verabschiedet mich ein sehr müder, aber klarer und zufriedener Patient.

Stundenzahl: 4

Therapieausschnitt: 1. Stunde

2. Zustand des Patienten:

Zustandskomponenten	therapeutische Zustandsbetrachtungen
heute nicht orientiert	momentane Orientierungsstörung, ohne Bezug zu Situation und Umwelt
er will zur Arbeit gehen	Situationsverkennung, Realitätsverlust
versucht über Bettgeländer zu steigen	Erregungszustand
außer sich	gelockerter Selbstbezug
körperlich und seelisch sehr angespannt	Affektlage: sehr angespannt hohe Körperspannung
läßt sich durch nichts beeinflussen	von der Umwelt abgeschnitten, kein Kontakt möglich

3. Prozeßverlauf

musiktherapeutische Interventionen	Prozeß des Patienten
alte Volkslieder zur Gitarre singen	Lieder erreichen ihn, während er versucht, aus dem Bett zu steigen - hört und erkennt die Lieder - hört zu - wird gefühlsmäßig angesprochen - entdeckt, daß Musik von Therapeutin kommt - schaut zur Therapeutin - läßt mehr und mehr von seinem Vorhaben ab - liegt ruhig in seinen Kissen - Orientiertheit nimmt zu
vertrautes Liedgut weitersingen, Blickkontakt halten	gewinnt Bezug zur Therapeutin und der Situation - kann Ordnung und Sinnhaftigkeit erleben - beteiligt sich: klatscht am Ende der Lieder, ruft "bravo", gibt kurze Kommentare - am Ende müde, klar, zufrieden

4. Musiktherapeutisches Verständnis des Prozeßverlaufs

In der Situation der Erregung und Situationsverknennung wird durch das Vorsingen von vertrauten Liedern an erhaltene Erinnerungen angeknüpft und damit verbundene Empfindungen geweckt. Dadurch wird die Aufmerksamkeit des Patienten auf etwas gerichtet, zu dem er einen sinnvollen Bezug hat. Indem seine Aufmerksamkeit sich nach außen wendet und er erkennt, was dort geschieht, nämlich, daß das ihm Vertraute von der Therapeutin kommt, wird auch die Situation für ihn sinnvoll. So wird der Bezug zu sich und zur Situation wieder gefestigt und er kann wahrnehmen und verstehen, was um ihn geschieht. In wiederhergestellter Sinnhaftigkeit der Situation löst sich die Erregung.

5. Interventionsstrategie und deren Bedeutung für den Prozeß

Interventionsstrategie	Funktion der Musiktherapie
vertraute Lieder anbieten	Erinnerungen/ Emotionen wecken Orientierung vermitteln
mit Liedern an Erinnerungen anknüpfen	Selbstbezug fördern
Aufmerksamkeit des Patienten durch das Angebot von Musik umlenken	Fixierung (in Situationsverknennung) lösen
Kontaktangebot über Vertrautes	sinnvollen Bezug herstellen
sinnhaftes koordiniertes Reizangebot	Realitätsbezug wiederherstellen
dem Patienten Sinn und Bezug vermitteln	Erregung lösen

7 Kategorien von Funktionen der Musiktherapie in der Arbeit mit Sterbenden

Die Kategorien der Funktionen sind der Betrachtung einer Landschaft vergleichbar. Zwischen den jeweiligen Ausschnitten einer Landschaft gibt es keine scharfen Konturen. Ebenso auch die Kategorien. Sie stehen miteinander in Verbindung, es gibt Überschneidungen, manche Inhalte tauchen in mehreren Kategorien auf und werden dort unterschiedlich fokussiert. Die Überschneidungen der Kategorien werden nicht genauer analysiert, auch deren unter Funktionen gefaßte Inhalte sind eher als Skizzen, denn als Kartographien zu verstehen. Die Kategorienbildung ist also als ein erster Landschaftsüberblick zu verstehen. Detailliertere Darstellungen dieses Bildes bedürfen weiterer Untersuchungen.

Um die Gewichtung der Funktionskategorien im Gesamtbild zu illustrieren, werden in der nachfolgenden Tabelle diese nach Häufigkeit des Vorkommens geordnet, so daß sichtbar wird, in wie vielen relevanten Prozessen sich jeweils eine Kategorie wiederfindet.

Kategorien	Häufigkeit (von 16)
Kontakt und Beziehung	11
Emotionen	11
Abbau/Übergang	11
Selbstbestimmung/Mitgestaltung	10
Ausdruck	9
Selbstbezug	7
Auseinandersetzung/Verarbeitung	7
Erinnerungen	6
Quantitative Bewußtseinsstörung/Vigilanzminderung	4
Desorientierung	4
Körperspannung	3
Sonderkategorien:	
<i>Therapeutin</i>	1
<i>Angehörige</i>	1

7.1 Kontakt und Beziehung

Eigentlich sind Kontakt und Beziehung Teil jedes musiktherapeutischen Geschehens. Jedoch sind Kontaktaufnahme oder Beziehungsgestaltung nicht bei allen Patienten kritisch oder Fokus der Therapie. Doch hat gerade hier die Musiktherapie besondere Möglichkeiten, unter denen sich manche ungeahnte Reaktionen und Wandlungen des Patienten auf tun können.

Kontakt einleiten: Die Kontakteinleitung in der musiktherapeutischen Arbeit im Hospiz geschieht grundsätzlich über die Ebene, die der Patient anbietet und bereithält. Das kann bei dem einen das Gespräch sein, aber auch alle nicht-sprachlichen Signale, wie Bewegungen, Lautierungen, Mimik und Blick und alle Körperregungen, können als Anknüpfungspunkte dienen. Der Kontakt wird also eingeleitet, indem die Therapeutin einen Bezug zum Ist-Zustand des Patienten herstellt. Im äußersten Falle kann dies auch allein über Atmung oder andere Körperregungen eines Patienten geschehen.

Bei wachen und artikulierungs-fähigen Patienten kann die Art des Erstkontaktes entscheidend für den Verlauf der Therapie sein. Denn in der Regel ist den Patienten Musiktherapie nicht oder wenig vertraut. Wenn sie nicht selbst den Wunsch danach geäußert haben, kann das Angebot von Musiktherapie zu einer anfänglichen Verunsicherung führen. Besonders bei Menschen mit Beziehungsstörungen und Angst vor Kontakt entscheidet sich in dieser Phase, ob eine therapeutische Beziehung entstehen kann. Deshalb muß darauf geachtet werden, den Einstieg in die Musiktherapie so leicht wie möglich zu gestalten. Denn in der stark verunsichernden Lebenssituation von Krankheit, körperlicher Veränderung und der Konfrontation, in absehbarer Zeit sterben zu müssen, ist es von großer Wichtigkeit, zusätzliche Verunsicherung zu vermeiden. Andererseits kann für manchen Patienten eine Kontakteinleitung in der Musiktherapie der Auftakt zu einer allmählichen Öffnung nach außen bedeuten.

Bei nicht sprechenden Patienten kann in besonderem Maße durch und in der Musiktherapie Kontakt möglich gemacht werden. So kann musikalisch Bezug zu einem kaum weckbaren Patienten hergestellt werden, und dieser dadurch den Weg in die Wachheit finden, in der er sich wieder als mitgestaltender Teil einer Beziehung erfahren kann. Bei anderen nicht-sprechenden Patienten wird durch das Eingehen auf ihre Signale und nicht-sprachliche Äußerungen eine gemeinsame Basis hergestellt. Für manchen desorientierten Patienten kann dies auch bedeuten, daß er seine Sinnesorgane wieder gebraucht, um seine Außenwelt wahrzunehmen. Auch darüber, daß solchen Patienten durch Musik Zusammenhänge wieder erfahrbar gemacht werden, wird Kontakt eingeleitet. So kann auch für aphasische, desorientierte Patienten, die deshalb resigniert oder angespannt sind, auf einer ihnen zugänglichen Kontaktebene gemeinsam erlebte und gestaltete Nähe erfahrbar werden. In dieser Weise kann Isolation überbrückt, und im Kontakt der Patient auch in seiner emotionalen und/oder körperlichen Regulation unterstützt werden.

Beispiele, die diese Funktionen illustrieren, sind zu finden in Fall 3, ein sprechender Patient, weiterhin in der Therapie mit einer nicht weckbaren Patienten in Fall 2; auch der Patient mit vollständigem Verlust eigener Initiative in Fall 12 und die aphasische, desorientierte Patientin in Fall 13 veranschaulichen diese Funktionen.

Kontakt und Beziehung gestalten: Obwohl jedes Geschehen in der Musiktherapie innerhalb der therapeutischen Beziehung stattfindet, geht es bei dieser Funktion um die Situationen und Patienten, bei denen die Beziehungsgestaltung im Vordergrund des Geschehens steht. Es betrifft nicht diejenigen Patienten, bei denen es beispielsweise um geteilten emotionalen Ausdruck oder das Verarbeiten von Lebensthemen geht, denn dort ist die Beziehung als Voraussetzung oder Rahmen schon vorhanden. Die musiktherapeutische Funktion der Beziehungsgestaltung bezieht sich vielmehr auf Patienten mit Kontakt- und Beziehungsstörungen, seien es sprechende oder nicht-sprechende, und Situationen, in denen eine Kontaktstörung bis hin zum Kontaktabbruch zu befürchten ist. In diesen Fällen tritt die Gestaltung der Beziehung in den Vordergrund des therapeutischen Geschehens. Diese findet vor allem in der Musik, besonders dem gemeinsamen Spielen, Lautieren oder auch Bewegen statt.

So manche Patienten, die aufgrund von negativen Erfahrungen Kontakt- und Beziehungsstörungen entwickelt oder sich sogar von ihrer Umwelt zurückgezogen haben, können innerhalb des gemeinsamen Spiels öffnende Beziehungserfahrungen machen. Dies bedeutet für den einen, daß er durch die Achtung seiner Impulse

Akzeptanz erlebt und deshalb bei ihm Vertrauen wachsen kann. Für einen anderen heißt es, daß durch Klarheit der musikalischen Beziehungsgestaltung ihm Sicherheit vermittelt wird. Ein Dritter erlebt in der Musik statt Anspannung Ausgewogenheit im Kontakt. So können diese Patienten in der Musik Gegenseitigkeit und Miteinander erfahren, und ihnen dadurch der Dialog wieder eröffnet, Beziehungsfähigkeit gefördert und auch Selbstbezug gefördert werden. Dadurch kann die entstandene Beziehung für diese Patienten Ort für Gefühlsausdruck, Auseinandersetzung mit ihrer aktuellen Situation, dem Verarbeiten von Erinnerungen und sogar dem gemeinsamen Gestalten des Abschiedes werden. Wachsende Beziehungsfähigkeit kann auch zu einer erneuten Öffnung der Umwelt gegenüber führen, was zur Folge haben kann, nicht einsam, sondern in der Nähe anderer Menschen zu leben und zu sterben.

Immer wieder gibt es Situationen, in denen die Beziehung durch Emotionen sehr dicht geworden ist, und es dadurch beim Patienten zu Überforderung kommen kann. Durch Distanzierung innerhalb der Musik oder den Wechsel auf die Gesprächsebene kann der Kontakt zum Patienten aufrechterhalten werden und Kontaktabbruch möglichst vermieden werden. Die Gestaltung von Nähe und Distanz in der Beziehung kann Patienten bei Regulationsschwierigkeiten Sicherheit geben.

Beziehungsebene eröffnen: Desorientierte, nicht-sprechende oder körperlich sehr schwache Patienten sind leicht von Isolation bedroht. In der Musiktherapie kann dem entgegengewirkt werden. Indem, wie oben beschrieben, emotionale Nähe im Rahmen der Möglichkeiten des Patienten hergestellt wird, wird diesem eine ihm zugängliche Beziehungsebene eröffnet. So wird ihm neben emotionalem Ausdruck auch die Mitgestaltung der Beziehung und dadurch auch mehr Selbstbestimmung ermöglicht. In der Mitgestaltung der Beziehung kann ein sonst isolierter, durch vollständige Pflege immer von anderen abhängiger, möglicherweise auch passiver Mensch sich noch einmal als Gegenüber erfahren. Ihm diese Würde zu vermitteln, kann für einen Menschen, der mit Verlust und auch körperlicher Veränderung lebt, sicherlich eine Unterstützung in seiner Lebenssituation bedeuten. Diese Funktion der Musiktherapie kann so weit gehen, daß ein Patient den gewachsenen Kontakt auch in größter körperlicher Schwäche oder im Sterbeprozess sucht, und dadurch Unterstützung und Erleichterung erfährt. Beispiele von Therapieausschnitten, die diese Funktion verdeutlichenden, sind u.a. in den Fällen 3, 12 und 15 nachzulesen.

7.2 Emotionen

Die Funktion der Musiktherapie für den Bereich der Emotionen ist in der Arbeit mit Sterbenden eine ziemlich ausgeprägte. Sie betrifft den größten Teil der Patienten, seien sie bewußtseinsklar oder nicht, orientiert oder verwirrt, mit oder ohne Sprache, und sie reicht bis in den Sterbeprozess hinein.

Emotionen ansprechen: Es geschieht wiederholt, daß in der Musiktherapie die Gefühle der Patienten angesprochen werden, und dies zu starken emotionalen Reaktionen führt. Oft äußert sich dieser Gefühlsausdruck in Tränen. Gerade durch das Angebot von vertrautem Liedgut oder auch einer gewünschte Musik, werden Erinnerungen wach und damit verbundene Emotionen nochmals belebt. Oft sind damit

schmerzhafte Erinnerungen verknüpft. Auch Gefühle, die die aktuelle Situation betreffen, werden angerührt. Mancher Schmerz kommt bei den Patienten zutage, auch Verletztheit und Wut werden spürbar. Es können aber durch die Musik auch angenehme, unterstützende Empfindungen geweckt werden, und dadurch Entspannung, Freude und Geborgenheit im Patienten entstehen.

Die Tiefenwirkung von emotionaler Ansprache durch Musik ist auch bei Patienten mit quantitativer Bewußtseinsveränderung (z.B. Dauerschlaf) oder zeitweiliger Desorientierung und Erregung zu beobachten. Besonders das vertraute Liedgut kann dazu genutzt werden, die Patienten emotional zu erreichen, sie u.U. dadurch zu wecken oder ihnen Orientierung zu vermitteln (s. Kategorien Quantitative Bewußtseinsstörung und Desorientierung).

Manchen Patienten wird über die emotionale Ansprache durch Musik erst wieder der Zugang zu ihrem Inneren eröffnet.

Die emotional ansprechende Wirkung von Musik muß jedoch mit großer Vorsicht behandelt werden. Bei starker Gefühlsansprache können die Sicherheit gebenden Strukturen eines Menschen ins Wanken geraten. Nicht selten geschieht dies zudem in einer ersten Therapiestunde, unvorhersehbar als direkte Reaktion auf die Musik. Eine Vermutung hierfür ist, daß die innere Spannung der Patienten in dieser Lebenssituation sehr hoch ist, und durch die Musik eine plötzliche Entspannung eingeleitet wird. Da die therapeutische Beziehung in der ersten Stunde noch nicht gefestigt sein kann, ist eine solche Situation nicht unkritisch. Im positiven Falle kann ein Gefühlsausbruch zur Lösung einer emotionalen Blockade führen, in der ein Mensch nach langen Jahren seinen Empfindungen wieder Raum gibt. Bei vielen Patienten kann durch Stützen seitens der Therapeutin ausreichend Halt vermittelt werden. Bei einigen wenigen besteht das Risiko, daß das Auftreten von Emotionen zu Überforderung, Angst und Abwehr, auch zu Kontakt- und im Extremfall zu Therapieabbruch führen kann. Insofern ist einerseits vorsichtiger Umgang mit Musik als Emotionen auslösendem Medium geboten, es ist jedoch oftmals nicht abzusehen, welche Musik zu welcher Reaktion führt, denn gerade im Bereich des Liedgutes sind es persönliche Erfahrungen und Erinnerungen, die die emotionale Reaktion bedingen.

Wird von vornherein Angst vor emotionaler Ansprache vermutet oder spürbar, ist es für den Patienten hilfreich, wenn Musik vorsichtig, über neutrales Liedgut oder über entsprechendes Instrumentenangebot, eingeführt wird. So kann ihm ermöglicht werden, sich einer Erlebnisebene allmählich (wieder) zu öffnen und neue Erfahrungen zuzulassen. Jedoch kann Angst vor emotionaler Ansprache, bei gleichzeitiger unsicherer innerer Struktur des Patienten auch ein Grund dafür sein, weshalb Musiktherapie gerade jetzt nicht indiziert ist, da bei dem Patienten zu große Verunsicherung entstehen kann.

Eine sichere Vertrauensbeziehung ist für manche Patienten Voraussetzung, um dort ihren Emotionen überhaupt wieder Raum geben zu können und dadurch Entspannung und Lösung zu erfahren. Manchmal wird durch emotionale Ansprache der Weg zur inneren Welt eröffnet und manchmal auch der zu anderen Menschen.

Emotionen regulieren: Unterstützung in der Regulation der aufgetretenen Emotionen seitens der Therapeutin ist für das Sicherheitserleben der - ohnehin durch

ihre Lebenssituation verunsicherten - Patienten immer unerlässlich. Die Regulation findet in der Musik, über Berührung und durch die Unterstützung im verbalen Ausdruck statt. So können die ausgelösten Gefühle nachklingen, verarbeitet werden und deren Integration gefördert werden. Auch ist es wichtig, die Wünsche des Patienten in einer solchen Situation möglichst zu erfüllen, seine Selbstregulierung zu unterstützen und ihn dadurch Sicherheit erfahren zu lassen.

Emotionale Regulation bedeutet auch, bestehende Spannungszustände (z.B. resultierend aus Ausdrucksnot oder Angst) zu lösen. Hier kann der Patient emotional reguliert werden, indem er in seinem emotionalen Ausdruck begleitet wird (s. Kategorie Ausdruck).

Für den Bereich der Emotionen liegt in der Musiktherapie große Wirksamkeit. Für einige wenige Patienten jedoch führt emotionale Ansprache zu Überforderung. Zwei diese Gegensätzlichkeit skizzierende Beispiele stellen Fall 6 und Fall 11 dar.

7.3 Ausdruck

Die Kategorie des Ausdrucks ist umfassend. Sie umschließt verbalen und non-verbalen Ausdruck. Auch verschiedene Grade des Ausdrucks finden sich hier. Basal verstanden wird schon ein Laut oder eine Bewegung als Ausdruck eines Patienten und damit als Anknüpfungspunkt zur Kommunikation gewertet. Der höchste Grad des Ausdrucks ist der emotional geteilte. Ausdruck findet also auf verschiedenen Ebenen statt: in der Musik - in Spiel und Lautieren -, in der Bewegung und Berührung, im Weinen oder Reden. In der Musiktherapie geht es darum, diesen Ausdruck zu ermöglichen, zu erweitern, zu erleichtern und zu unterstützen. In der Zeit der Verunsicherung und Veränderung im Sterben sind seelische und auch körperliche Anspannung sehr hoch. Im Fördern des Ausdrucks kann die Spannung nachlassen und das Leid gemindert werden.

Ausdruck ermöglichen: Dies kann bedeuten, daß Patienten, die aus körperlichen oder seelischen Gründen sich über die Sprache nicht ausdrücken und ihre Situation verarbeiten können, eine musikalische Ebene eröffnet wird, innerhalb derer Ausdruck und Kommunikation stattfinden kann. Patienten, denen die Sprache als Ausdrucksmöglichkeit verloren gegangen ist, sind oft isoliert und angespannt. Durch Kontaktangebot im Medium des Patienten (z.B. Lautieren, Bewegen, Berühren) kann Ausdruck ermöglicht, dadurch Ausdrucksnot gemindert und Erleichterung erfahren werden. Dies bedeutet, daß kleinste Ausdrucksimpulse aufgegriffen und gefördert werden oder der Weg zu eigenem Spiel eröffnet wird. Wenn dem Ausdruck des Patienten Raum gegeben und begegnet wird, kann sich Spannung reduzieren und der Patient möglicherweise zu mehr Ruhe finden. So kann gerade bei bewußtseinsgestörten, desorientierten und aphasischen Patienten die emotionale Regulation ermöglicht und unterstützt werden. Musikalischen Ausdruck ermöglichen kann bedeuten, daß bei mangelndem Bezug zur Musik (wie z.B. bei Vigilanzschwankungen) dieser erst hergestellt wird, um das Spiel dann auch symbolisch belegen zu können.

Ausdruck erweitern: Es gibt Patienten, deren Ausdruck sich nur auf einer Ebene niederschlägt, beispielsweise der motorischen Unruhe. Wenn dieser Ausdruck des Patienten in einem anderen Medium aufgegriffen wird, z.B. der Stimme, kann dies dazu führen, daß dadurch der Patienten ebenfalls beginnt, zu lautieren. Indem die

Ausdrucksmöglichkeiten eines Patienten erweitert werden, kann dessen innere Spannung sinken.

Ausdruck durch Ebenenwechsel erleichtern: Dies bezieht sich besonders auf sprechende Patienten, die jedoch das, was sie bewegt, in Worten nicht mitteilen können. Sei es, weil die Lebenssituation und deren seelische Beanspruchung sie sprachlos werden läßt, oder sei es, weil sie es nie gelernt haben, ihre Gefühle in Worte zu kleiden. Diesen Patienten kann der Ausdruck durch einen Ebenenwechsel vom Wort zur Musik erleichtert werden.

Ausdruck unterstützen: Bei einigen Patienten ist auch der musikalische emotionale Ausdruck gehemmt, vielleicht angstbesetzt, obwohl sie unter Anspannung stehen. Sie wagen es nicht, das, was vielleicht an Ärger in ihnen steckt, in der Musik hörbar zu machen. Innerhalb der Musik kann ein solcher Patient in seinem Ausdruck unterstützt und gefördert werden, um aufgestauten Gefühlen einen Platz zu geben.

Wenn Patienten durch die Musik emotional angesprochen worden sind, treten manche aufgestaute Empfindungen zutage. Etwa Ärger, Anspannung, Trauer, Schmerz, aber auch Erleichterung können dann auftauchen. Bei dem einen kommt es schneller zu Gefühlsausdruck, ein anderer benötigt Zeit, damit eine Vertrauensbeziehung wachsen kann. Das, was dort an schmerzhaften Erinnerungen und belastenden Lebensthemen berührt worden ist, verlangt nun nach Ausdruck. Auch die Krankheit mit ihren Folgen, sich abhängig und einsam zu fühlen, findet dort einen Platz. Sprechenden Patienten ist es möglich, diese Dinge im Gespräch mitzuteilen. Indem sie ausgedrückt werden, kann Lösung stattfinden und eine Auseinandersetzung damit eingeleitet werden. Der Raum, in dem dieser Ausdruck stattfinden kann, ist dadurch gekennzeichnet, daß die Therapeutin emotionale Nähe bereithält, Annahme vermittelt, im Gespräch sich stützend, akzeptierend und raumgebend verhält und zuhört.

Die Funktion der Musiktherapie für den Ausdruck bezieht sich zum einen auf sprechende Patienten, bei denen in der Musik Emotionen angesprochen und/oder Erinnerungen aktualisiert wurden, die dann einen Ausdruck finden. Der andere Teil bildet sich aus Patienten, die aus körperlichen oder seelischen Gründen nicht sprechen und unter Ausdrucksnot leiden. Beispiele dafür sind Fall 10 und Fall 7.

7.4 Selbstbezug

Die Funktion der Musiktherapie für die Kategorie des Selbstbezugs betrifft solche Patienten, bei denen dieser durch Störung von Orientierung oder Bewußtsein reduziert ist, und auch solche Patienten, bei denen, sei es durch dauerhafte Prägungen oder die Anspannung in der aktuellen Situation, dieser sich stark eingeschränkt hat.

Selbstbezug fördern: Den Selbstbezug zu fördern, bedeutet, den Menschen in Bezug mit sich selbst und seinem Inneren zu bringen. Damit dies geschehen kann, muß

oftmals die Therapeutin zuerst Kontakt zum Patienten aufnehmen und Bezug zu ihm herstellen.

Die basalste Ebene, wenn jemand sich weder äußern noch beteiligen kann, ist, ihm durch ihm bekannte und vielleicht mit Erinnerungen verknüpfte Musik etwas Vertrautes zu schaffen, innerhalb dessen er sich vielleicht auf seine Identität jenseits der Erkrankung und des Sterbens rückbesinnen kann und dadurch Stärkung derselben erfährt.

Bei Patienten mit pendelnder Bewußtseinslage kann durch die Gestaltung des Kontaktes der Selbstbezug gestärkt werden, wodurch diesen Menschen erst Ausdruck und Auseinandersetzung mit ihren Innenleben ermöglicht werden.

Auch bei anderen Patienten scheinen Äußerungen (z.B. Lautierungen) oder auch das eigene Spiel manchmal wie unbewußt. Durch das Mitvollziehen kann die Selbstwahrnehmung gefördert und dem Patienten das eigene Spiel allmählich ins Bewußtsein geführt werden. So kann er sich mit dem Geschehen und den Inhalten mehr verbinden.

Bei Patienten mit Desorientierung kann über den Selbstbezug die Orientierung gefördert werden, indem beispielsweise mit vertrauten Liedern an Erinnerungen angeknüpft wird.

Verunsicherung und Angst, aber auch andere negative Erfahrungen können einen Menschen innerlich angespannt und starr werden lassen. Wenn in einem sicheren musikalischen Rahmen das Spielerische im Menschen angesprochen, dadurch Bewegung ausgelöst und er ins Erleben geführt wird, kann ein lebendigerer Kontakt zu sich selbst wachsen. Auch dadurch, daß durch das Zuhören in der Musik die Selbstwahrnehmung wächst, wird der Selbstbezug gefestigt.

Innenwelt eröffnen: Über das Ansprechen der Emotionen durch Musik kann eine innere Bewegung entstehen, welche einen Patienten mehr mit sich in Kontakt bringen und wodurch ein Bezug zur Innenwelt entstehen kann. Auch eine musikalisch gestaltete Atmosphäre der Ruhe kann helfen, sich zu lösen und den Zugang zur inneren Welt mit inneren Bildern und ggf. spiritueller Erfahrung eröffnen, was Trost mit sich bringen kann. Durch die Musik kann dieses innere Erleben geweckt und lebendig gehalten werden.

Durch Stabilisierung des Selbstbezugs kann Orientierung gefördert, Anspannung gelöst, Ausdruck ermöglicht, Selbstbestimmung erweitert, der Kontakt zur Innenwelt gefördert und Trost und Ruhe erfahren werden. Beispiel hierfür sind u.a. Fall 1 und Fall 8.

7.5 Selbstbestimmung/Mitgestaltung

Im Abnehmen körperlicher Kräfte, in massiven Lebensveränderungen, im Zugehen auf den Tod kann ein Mensch sich der Situation, aber auch anderen Menschen, besonders bei Pflegebedürftigkeit, ausgeliefert fühlen. Ein wichtiger Aspekt des Hospiz-Gedankens ist aber, den Patienten, so weit es geht, ein selbstbestimmtes Leben und Sterben zu ermöglichen. Dazu leistet die Musiktherapie einen Beitrag, ist es doch eine Grundhaltung in der musiktherapeutischen Arbeit mit Sterbenden, diesen den Bewegungsraum für ihren eigenen Weg zu eröffnen.

Selbstbestimmung eröffnen: Voraussetzung, damit ein Patient bestimmen kann, was und wie er etwas möchte, ist, ihm eine Ebene zu eröffnen, auf der er mitgestalten kann. Damit dies geschehen kann, muß auf kleinste Impulse des Patienten geachtet, und diese als bedeutsam und wertvoll aufgenommen werden. Dies gilt für alle Patienten, besonders aber für bettlägerige, nicht-sprechende und körperlich schwache. Indem ihnen in der Musiktherapie non-verbale Ebenen (Instrumentalspiel, Lautieren, Bewegung Berührung) eröffnet und dort ihre Impulse von der Therapeutin gestalterisch aufgegriffen werden, wird auch ihnen ein Mitgestalten ermöglicht.

Für einen Patienten mit Vigilanzschwankungen kann ein Schritt Richtung Mitgestaltung darin bestehen, daß er in die Wachheit geführt wird, wo er sich in der Beziehung als Gegenüber erfahren und seine Lebendigkeit spüren kann.

Manch einem Patienten sind durch Lebenssituation und Erkrankung eigene Impulse verloren gegangen. Über den achtsamen und wertschätzenden Umgang mit kleinsten Impulsen kann er eine Stärkung seines Selbstbewußtseins erfahren, und können so verschüttete Ressourcen geweckt werden. Dies kann zur Folge haben, daß ein Patient erstmalig wieder Initiative zeigen, sich ausdrücken und Momente von Selbstbestimmung erfahren kann. Indem einem Menschen eigenes Handeln nochmals erschlossen wird, kann er dadurch Kontakt und Nähe wieder mitgestalten, kann er erfahren, daß er an etwas Gemeinsamem, Schöpferischen mitwirkt, und kann er auch sein Sterben selbstbestimmter gestalten. So kann ein Patient, trotz starker Einschränkung durch die Krankheit, Urheberschaft und eigene Gestaltungsmöglichkeiten wieder erfahren. Sicherlich werden dadurch einem Menschen Kraft und Hoffnung vermittelt, die er in dieser Lebenssituation so notwendig braucht.

Anderen Patienten, die körperlich zu Selbstbestimmung und Mitgestaltung noch in der Lage sind, denen diese aber von ihrer Erfahrung her nichts Selbstverständliches ist, kann durch therapeutische Beziehungsgestaltung, in der den Interessen des Patienten viel Wertigkeit vermittelt wird, erfahrbar gemacht werden, daß ihre Bedürfnisse geachtet werden. Durch solch eine Beziehungserfahrung kann einem zurückgezogenen und verschlossenen Menschen möglich werden, sich wieder zu öffnen, da er erlebt, daß er wahrgenommen wird. So kann ein Patient auch mit eigenen verschütteten Bedürfnissen wieder in Kontakt kommen. Dadurch wird es manchem erst möglich, diese auszudrücken. So kann es dazu kommen, daß ein Patient das, was ihn beschäftigt oder er sich wünscht, äußert und dies gemeinsam mit der Therapeutin gestaltet. Das kann z.B. der Umgang mit Tod, Sterben und Abschied sein, der mit den Angehörigen vielleicht nicht möglich ist.

Dadurch, daß auf die Wünsche und Bedürfnisse eines Patienten eingegangen wird, wird ihm die Mitgestaltung des Geschehens ermöglicht, und er kann auch in der Therapie den Weg, den er gehen will, selber bestimmen. So kann er Themen, Inhalte und deren Umfang auswählen, und erfährt Sicherheit dadurch, daß seine Grenzen akzeptiert werden. Zwei verschiedene, diese Funktion besonders verdeutlichende Prozesse sind in Fall 3 und Fall 12 zu finden.

7.6 Auseinandersetzung/Verarbeitung

Grundvoraussetzung für eine Auseinandersetzung des Patienten mit seinen aktuellen oder Lebensthemen und Konflikten ist die Haltung der Therapeutin, den Raum dafür zu eröffnen, indem sie den Patienten akzeptiert, wie er ist, und ihn auf seinem Weg begleitet. Der Patient bestimmt Art und Maß der Auseinandersetzung. Es gibt verschiedene Ebenen der Auseinandersetzung, etwa das Gespräch, Symbolik oder Reinszenierungen von Themen in der Improvisation und die Wahl von Liedern. Die Patienten, die sich mit ihrer aktuellen Situation oder Vergangenheit auseinandersetzen können, sind Menschen, die zur Symbolisation und/oder dem Verbalisieren in der Lage sind.

Begleitung und Unterstützung der Auseinandersetzung: Wenn in der Musiktherapie beim Patienten Emotionen angerührt worden sind und diese vielleicht zu Gefühlsausdruck geführt haben, kann das Gespräch Ort der Auseinandersetzung mit dem inneren Geschehen werden. Mit Unterstützung der Therapeutin kann dieses artikuliert werden. Indem Erinnerungen, konflikthafte Themen (der Vergangenheit oder Gegenwart), Ängste und andere Emotionen mitgeteilt werden, kann Verarbeitung eingeleitet werden. Bei manchen Patienten bleibt es beim Mitteilen, andere können sich im Gespräch mit Unterstützung ihren Emotionen nähern, mit wenigen ist Reflexion möglich. Allein schon das Schildern von Erinnerungen, Erfahrungen und Emotionen bedeutet jedoch eine Entlastung für den Patienten.

Es gibt Patienten, die nur symbolisch mit ihren Themen umgehen und bildhaft darüber sprechen. Andere bleiben mit ihren Themen in der Musik und inszenieren sie in der gemeinsamen Improvisation. Indem die Therapeutin das Spiel mitvollzieht, kann die Bewußtwerdung gefördert werden. Auch durch gezielten Wunsch nach Liedern kann ein Patient sich, ohne darüber zu sprechen, gedanklich und emotional mit Themen, die ihn beschäftigen, auseinandersetzen. So können auch Patienten, die einige Themen nicht über die Sprache ausdrücken und verarbeiten können, sich doch der Auseinandersetzung mit ihnen nähern. In dieser Form kann mancher mit dem bevorstehenden Sterben überhaupt nur umgehen. Fall 5 und 15 illustrieren neben anderen diese Kategorie.

7.7 Erinnerungen

Anknüpfen an Erinnerungen ist selbst bei Patienten in großer körperlicher Schwäche, mit Desorientierung oder Bewußtseinsveränderung möglich (s. auch die Kategorien Desorientierung und Bewußtseinsveränderung). Voraussetzung für das Anknüpfen an Erinnerungen über Liedgut ist natürlich der gewachsene Bezug zu ihnen.

Erinnerungen wecken: Die Reaktion auf vertraute Musik ist häufig verbunden mit Erinnerungen. Die Emotionen, die durch Erinnerungen ausgelöst werden, sind oftmals sehr stark. Und nicht selten sind die auftretenden Erinnerungen traumatischer oder schmerzhafter Art: Es sind Erinnerungen, die mit Verlust und Entwurzelung zu tun haben, andere, die mit zugefügtem Unrecht verbunden sind, als einmalige oder sich wiederholende Erfahrungen. Oft tritt durch die Musik solch eine Erinnerung sehr plötzlich und unvermittelt auf und kann von Tränen begleitet sein, auch Verletztheit und Wut können dann zutage treten.

Erinnerungen als Trost und Halt: Hier kann der Patient sich über Musik, insbesondere vertrautes Liedgut, mit Themen der Vergangenheit befassen, sich in seine

Heimat zurückversetzen und dort Halt und Ruhe finden. Die identitätsstiftende und haltgebende Wirkung von Erinnerungen ist in einer Zeit starker Veränderung und Entwurzelung von großer Bedeutung. Selbst Menschen, deren Orientierung wechselhaft ist, können über durch Musik ausgelöste Erinnerungen den Bezug zu sich und der Realität wiederfinden.

Ein Patient kann sich über entsprechendes Liedgut auch an verstorbene Angehörige und deren letzten Lebensweg erinnern und sich dadurch seiner eigenen Situation annähern.

Erinnerungen verarbeiten: Hier kann durch stützendes, raumgebendes Zuhören dem Patienten geholfen werden, aufgetauchte Erinnerungen zu artikulieren und durch emotionale Unterstützung im Gespräch ein Stück weit zu verarbeiten. Seltener findet eine längerfristige Arbeit mit Erinnerungen statt.

Die Patienten, bei denen die Musiktherapie dazu beiträgt, sich eingehender mit ihren Erinnerungen zu beschäftigen, sind Menschen, die verbalisieren können und die körperliche und seelische Kraft für eine solche Rückbesinnung haben. Es ist aber auch die Qualität der Erinnerungen selbst, die deshalb, weil sie drängend oder aktuell von Bedeutung sind, an die Oberfläche geraten und nach Ausdruck verlangen. Der Fall 10 ist typisch für diese Funktion.

7.8 Quantitative Bewußtseinsveränderung/ Vigilanzminderung

Viele Patienten mit Hirntumoren, -metastasen oder intracerebralen Blutungen leiden unter quantitativen Bewußtseinsminderungen. Diese reichen von Somnolenz (dösig, schläfrig, benommen) über Sopor (getrückt, aber noch beeinflussbar) bis hin zum Koma (bewußtlos, nicht mehr weckbar). Manche Patienten pendeln in ihrer Bewußtseinslage zwischen Benommenheit und Wachheit.

In der Musiktherapie besteht die Möglichkeit, diese Bewußtseinszustände zu beeinflussen. Damit auch hier das Vorgehen am Patienten orientiert werden kann, ist dichter Kontakt zu ihm und aufmerksames Wahrnehmen seiner von Seiten der Therapeutin Voraussetzung. Wenn der Patient nicht auf die Kontaktangebote reagiert, gilt es, das zu akzeptieren und den Patienten in seinem Zustand zu begleiten, ohne Veränderungen einleiten zu wollen.

Vigilanzstörungen beeinflussen: Es ist möglich, trotz Vigilanzminderung musiktherapeutisch Kontakt zum Patienten aufzunehmen und diesen zu erreichen. Das kann über emotionale Ansprache durch vertraute, vorgesungene Musik geschehen, über das Anknüpfen an Lebensregungen, wie Atmung und Geräusche, oder auch darüber, daß die Musik dem Zustand des Patienten angenähert wird. Bewegung innerhalb des Wachheitsgrades kann über allmähliche Veränderung der Musik oder den gezielten Umgang mit Klangqualität eingeleitet werden. Dadurch können Aufmerksamkeit gebündelt und Lebensregungen verstärkt werden. Dies kann zur Folge haben, daß der Patient allmählich wacher wird. Ein solcher Prozeß verläuft immer individuell.

Für Patienten, die zwar spielen, aber aufgrund ihrer Vigilanzminderung dabei wie zu versinken scheinen, können Strukturen im Zusammenspiel hilfreich sein, um

Wahrnehmung zu erleichtern. Dadurch kann der Bewußtseinszustand bis hin zum Wachsein verändert werden.

Durch eine solche musiktherapeutische Unterstützung können einem durch Vigilanzminderung isolierten Patienten Bezug zum Gegenüber und Miteinander ermöglicht werden, in dem emotionaler Kontakt, Ausdruck und Auseinandersetzung mit der Lebenssituation stattfinden können. Diese Funktion betrifft nur einen kleinen Teil der Patienten, kann bei diesen jedoch zu starken Veränderungen führen und ihnen den Raum der Beziehung noch einmal eröffnen. Beispiele finden sich in Fall 2, Fall 5 und 9, die letzteren beschreiben denselben Patienten in unterschiedlichen Situationen.

7.9 Desorientierung

Bei manchen Patienten tritt zeitweilig oder dauerhaft Desorientierung auf. Die Gründe dafür können körperlich sein, z.B. hirnorganische Beeinträchtigung durch den Tumor, starker körperlicher Abbauprozess oder aber Vigilanzminderung mit Desorientierung als Begleiterscheinung. Auch seelische Komponenten, wie starke Überforderung, sind denkbar. Mit Orientierungsverlust gehen oftmals Isolation, Anspannung und Erregung einher. Diesem Leidenszustand kann musiktherapeutisch begegnet werden.

Bezüge (wieder)herstellen: Durch ein haltgebendes musikalisches Angebot können einem desorientierten Patienten Unterstützung und Sicherheit vermittelt werden. Auch vertrautes Liedgut birgt es in sich, über damit verbundene Erinnerungen und Emotionen Halt zu vermitteln und erste Orientierung zu geben. Obwohl für stark desorientierte Patienten Zusammenhänge in ihrer Umwelt nicht mehr erkennbar sind, vermag ein musikalischer Fluß, beispielsweise im Lied, diese ein Stück weit wieder erfahrbar zu machen. Auch über die oben dargestellte Kontaktaufnahme ist es möglich, desorientierten Patienten zu begegnen. Über all diese Interventionen kann erster sinnvoller Bezug zwischen Therapeutin und Patient hergestellt werden. Bei dem einen kann dies dahin führen, daß der Realitätsbezug wiederhergestellt wird und dadurch Fixierung oder Erregung sich lösen. Bei einem anderen kann trotz weiterbestehender Desorientierung Kontakt hergestellt, und dadurch über geteilten emotionalen Ausdruck die emotionale Regulation gefördert werden.

Einem durch Vigilanzminderung desorientierten Patienten wird der Übergang zum Wachsein durch ein orientierungsschaffendes Beziehungsangebot erleichtert.

Durch diese musiktherapeutische Funktion ist es möglich, aus Desorientierung resultierende Spannungs- und Erregungszustände zu lösen oder ihnen vorzubeugen werden. Auch im Sinne der Krisenintervention kann Musiktherapie hier eine wichtige Rolle spielen. Das Beispiel aus Fall 16 illustriert dies.

7.10 Körperspannung

Bei körperlicher Anspannung sind verschiedene Ursachen denkbar: Die Anspannung kann aus Desorientierung und Situationsverknüpfung resultieren und sich möglicherweise in Erregung niederschlagen, sie kann mit Ausdrucksnot einhergehen und sich in motorischer Unruhe äußern, tritt in Verbindung mit Angst auf oder kann mit

einer mehr körperliche Komponente, wie z.B. Übelkeit oder auch Schmerz, zusammenhängen.

Körperspannung regulieren: Ziel der Musiktherapie ist, diese Körperspannung zu regulieren, bestenfalls zu lösen. Dafür ist es sinnvoll, an den Ursachen der Anspannung anzuknüpfen.

Bei Desorientierung kann über das Vermitteln von Sinn und Bezug, z.B. über vertraute Musik, Anspannung und Erregung gelöst werden.

Bei Ausdrucksnot kann die Spannungsregulation darüber eingeleitet werden, daß emotionaler Ausdruck ermöglicht wird, und dadurch der Patient zu seelischer und körperlicher Ruhe finden kann.

Steht die körperliche Komponente im Vordergrund, kann an Körperregungen, speziell an der dann oft beschleunigten Atmung, angeknüpft werden. Indem die Musik an deren Intensität und Rhythmus orientiert und dann allmählich verlangsamt wird, kann eine Regulation der Körperspannung erzielt werden. Ist der Patient gelöster, kann durch kleine Veränderungen im musikalischen Angebot die Aufmerksamkeit von dem körperlichen oder seelischen Streßmoment allmählich abgelenkt werden. Die Entspannung kann auch durch Berührung unterstützt und vertieft werden.

Zu beachten ist, daß bei körperlicher Anspannung, wie z.B. Übelkeit, die Akzeptanz für Musik gemindert sein kann, so daß der Einstieg sehr vorsichtig gestaltet und möglichst spannungsarm sein muß, um zu einer lösenden Wirkung führen zu können. Körperliche Spannungsregulation kann zu einer deutliche Erleichterung führen. Dies wird besonders in Fall 4 veranschaulicht.

7.11 Abbau/Übergang

Im Hospiz geht es um Begleitung und Unterstützung in einer Zeit der Veränderung und Verunsicherung, in Abbau und Übergang. Übergang ist der individuell dauernde Prozeß, in dem der Patient aus dem irdischen Leben geht – wir wissen nicht, wohin.

Im Grunde geht es in allen musiktherapeutischen Funktionen um die Unterstützung in der Zeit des Sterbens, wird aber in dieser Kategorie besonders fokussiert. Die supportive Funktion der Musiktherapie steht hier im Vordergrund. Sie nimmt zu mit dem Voranschreiten des körperlichen Abbaus, ist aber zu jeder Zeit Grundhaltung in der Begleitung sterbenskranker Menschen.

Sicherheit vermitteln: Es geht um den stützenden und haltgebenden Umgang mit dem Patienten. In der Sterbebegleitung ist es besonders wichtig, Sicherheit zu bieten, besonders in verunsichernden Situationen. Das kann für die Musiktherapie bedeuten, dem Patienten den Einstieg so leicht wie möglich zu gestalten, es kann auch heißen, aufbrechende Emotionen wieder zu schließen, anstatt diese zu thematisieren. Immer steht das Sicherheitsempfinden des Patienten im Vordergrund und ist ausschlaggebend für den Weg, den die Therapeutin einschlägt. Ein Beispiel dafür findet sich in Fall 6.

Stützend begleiten: Wenn der Übergang, das Sterben, näher rückt, kann durch die Musik Geborgenheit, Ruhe und Entspannung ausgestrahlt oder auch Hoffnung und Trost vermittelt werden. Das musikalische Angebot ist umhüllend, Vertrautes wird aufgegriffen, Bedürfnisse werden direkt erfüllt, auch wenn ein Lied zehnmal hintereinander gewünscht wird. Entsprechend der Bedürfnislage werden die innere Welt des Patienten und auch sein spirituelles Erleben durch Musik genährt, die meditativen Charakter besitzt oder mit persönlichen Assoziationen verknüpft ist.

Auch die kontinuierliche Begleitung in der dem Patienten vertrauten Form ist eine wichtige Hilfestellung im Prozeß von Veränderung und Abbau.

Ziel des stützenden Begleiten ist, dem Patienten Erleichterung zu verschaffen und seinen Leidensdruck zu mindern. Oft findet kein Austausch mehr statt, und die Therapeutin ist dann die allein Aktive. Es ist nicht immer leicht, dies zu akzeptieren und den Patienten in seinem Zustand zu begleiten. Am Ende von Fall 10 und Fall 9 finden sich Beispiele für die begleitende Funktion der Musiktherapie. Besonders der zweite Fall stellt die emotionalen Anforderungen dieser Funktion an die Therapeutin dar.

Im Sterbeprozess beistehen: Im Sterbeprozess selbst kann durch Musik eine Atmosphäre der Geborgenheit bereitet werden, die beispielsweise an eine Einschlafsituation erinnert. Darin kann ein angespannter und angstvoller Patient sich möglicherweise entspannen und dadurch leichter loslassen. Dies kann einem Menschen den Übergang erleichtern.

Es ist jedoch auch möglich, daß der Sterbeprozess vom Kontaktwunsch des Patienten gekennzeichnet ist. Da, wo eine therapeutische Beziehung gewachsen ist, können körperliche und emotionale Nähe auch im Sterbeprozess vom Patienten gewünscht werden, kann er diese suchen, um darin Unterstützung im Sterben zu erfahren. Manch einer entfernt sich im Sterben, ein anderer sucht die Nähe. Der Sterbeprozess und die Begleitung sind daher ganz individuell. Zwei verschiedene Prozesse des Übergangs werden in Fall 12 und 13 beschrieben.

7.12 Sonderkategorien

Da diese Kategorien aus nur jeweils einem relevanten Prozeß abgeleitet sind, können sie keine repräsentativen Ergebnisse darstellen. Als begleitende Ergebnisse werden sie der Vollständigkeit halber jedoch ebenfalls aufgeführt. Eine Vertiefung bleibt weiteren Untersuchungen überlassen.

7.12.1 Therapeutin

In der Arbeit mit Sterbenden kann es für die Therapeutin zu starker emotionaler Beanspruchung kommen. Denn die Veränderung des Patienten durch körperlichen und seelischen Abbau und damit einhergehend seine allmähliche Entfernung, führen zu einem qualitativen Wandel der therapeutischen Beziehung. Die letztendliche Zielsetzung in der Musiktherapie mit Sterbenden ist nicht, Entwicklung zu fördern, sondern, den Abschied vorzubereiten, zu erleichtern und zu begleiten. Dieser therapeutische Auftrag widerspricht dem natürlichen menschlichen Bedürfnis nach Wachstum und Entwicklung und ebenfalls dem grundlegenden therapeutischen Selbstverständnis. Daher sind besonders diese Umbruchssituationen im therapeutischen Prozeß von großer emotionaler Herausforderung für die Therapeutin. Für die Therapeutin bedeutet dies, die Zielsetzung in der Arbeit zu verändern, die Reduzierung des Kontaktes zu akzeptieren und sich vom Miteinander zu verabschieden, um nunmehr den Patienten allein als Gebende zu begleiten, oftmals auch ohne jede sichtbare Reaktion.

In einer solchen Situation kann es hilfreich sein, für sich selbst zu musizieren, um sich aus dem Wunsch nach Kontakt zu lösen, zuzulassen, daß die Beziehung sich distanziert und die eigenen auftretenden Emotionen von Wut, Trauer und Enttäuschung zu regulieren. Dies kann durch das Medium Musik, das der Therapeutin auch für sich selbst zur Verfügung steht, erleichtert werden. In Fall 9 wird Besagtes veranschaulicht.

7.12.2 Angehörige

In der Arbeit mit Sterbenden ist das therapeutische Setting nicht immer klar definierbar. So kommt es von Zeit zu Zeit auch dazu, daß Angehörige bei Therapien anwesend sind oder auch direkt in das Geschehen miteinbezogen werden. Dies ergibt sich aus den wechselhaften Umständen und Situationen in der Arbeit mit Sterbenden und ist daher selten planbar. In einigen Fällen benötigen Patient und Angehörige Unterstützung in ihrer Kommunikation und Beziehung.

Die Anwesenheit Angehöriger verändert das therapeutische Geschehen. Je nach Situation ist auch die Funktion der Musiktherapie verschieden. So kann sie beispielsweise zwischen Patient und Angehörigem Verständigung und Kontakt fördern.

In dieser Studie dagegen ging es eher um die stabilisierende Wirkung von Musik für den Angehörigen im Sterbeprozess. Die Funktionen der Musiktherapie in der Arbeit mit Patient und Angehörigen sind damit keineswegs umfassend dargestellt. In Fall 13 wird diese Kategorie berührt.

8 Diskussion und Ausblick

"Welche Funktionen hat die Musiktherapie in der Arbeit mit Sterbenden?" – Diese Frage lag der Studie zugrunde und hat sich durch alle Arbeitsschritte hindurchgezogen. Am Ende stehen als Ergebnis eines langen Analyseprozesses nun eine Anzahl von Funktionen, die in Kategorien gegliedert sind.

In der Diskussion der Studie und ihrer Ergebnisse werden folgende Bereiche angerissen: Der Bezug zur Literatur wird hergestellt, das Studiendesign wird in einigen Punkten eingehend betrachtet, die Ergebnisse werden bezüglich ihrer Art, Inhalte, Bedeutung und Anwendungsmöglichkeiten reflektiert. Arbeitsschritte, die die Arbeit ergänzen könnten, sind als Ausblick in die Diskussion integriert.

8.1 Kontext der musiktherapeutischen Forschung

Die Fragestellung der Studie fußt auf dem Wunsch, Funktionen der Musiktherapie in der Arbeit mit Sterbenden möglichst umfassend darzustellen, um darüber auch die Ausgestaltung dieses Arbeitsfeldes und die Möglichkeiten der Musiktherapie zu erkennen. Wie aus dem Abriss über den Stand der Forschung ersichtlich wird, fehlt eine solche Untersuchung bisher. Viele Falldarstellungen haben das Feld bereichert und oftmals ist die Bedeutung der Musiktherapie aus der Evidenz der praktischen Arbeit abgeleitet worden. Jedoch sind vergleichsweise wenig Studien vorgenommen worden. Die qualitative Analyse einer Anzahl von Fallausschnitten mit dem Ziel, das musiktherapeutische Feld abzustecken, ist bisher nicht erfolgt. Mit dieser Untersuchung werden allgemeine Funktionen der Musiktherapie in der Arbeit mit Sterbenden beschrieben. Daß diese nicht so speziell ausformuliert sein können, wie das in eingrenzteren Fragestellungen der Fall ist, muß berücksichtigt werden.

8.2 Studiendesign

Das Studiendesign birgt immer Vorteile und Nachteile in sich. Daher wird es bezüglich einiger Punkte hier eingehender betrachtet.

Die Form der Untersuchung ist abhängig von den Rahmenbedingungen der klinischen Situation. Daher sind die Therapiedokumentationen das Ausgangsmaterial für die Untersuchungen. Diese Erhebungsform erlaubt eine sehr breit gestreute Auswahl an Therapiesituationen, was für die Fragestellung von Vorteil ist. Weiterhin schließt sie Erfahrung, methodische Überlegungen, Hypothesen und Gegenübertragung der Therapeutin und ihr Wissen um den Kontext ein, was die Interpretation bereichert. In den Dokumentationen wird neben der Wahrnehmung auch dem inneren Erleben viel Raum gegeben. Schon dort wird der Prozeß des Verstehens im Dialog zwischen Idee und Offensichtlichem eingeleitet (vgl. Hubermann & Miles, 1994).

Ein Nachteil dieses Verfahrens könnte sein, daß es beim Wechsel der Ebenen, nämlich dem Übersetzen von Erfahrungen in der Musik in die Welt der Sprache, zu Verlusten kommen kann (vgl. Aldridge, 1999). Eine Ergänzung durch andere Datenerhebungsmethoden wie Audio- oder Videographie hätte die anderen Wahrnehmungsdimensionen einschließen und dadurch die Erfahrung ergänzen, ggf. auch umformen können. Aufgrund der klinischen Gegebenheiten müssen aber diese Einschränkungen der Dimensionen für die Untersuchung in Kauf genommen werden.

Für die Qualität der Dokumentationen spricht jedoch, daß diese vor dem Zeitpunkt der Fragestellung entstanden sind. Daher läßt sich annehmen, daß diese, bezogen auf die Fragestellung, weitgehend frei von Vorabinterpretationen geblieben sind. Dieses induktive Vorgehen ist der weitgefaßten Fragestellung angemessen und läßt darauf schließen, daß Kategorien und Funktionen aus der Analyse der Daten entstanden sind, was für die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse spricht.

Um Glaubwürdigkeit zu gewährleisten, sind auch andere Richtlinien befolgt worden. Zwei weitere sollen noch diskutiert werden: Indem ein zweiter Forscher das Analyseverfahren und die daraus resultierenden Zwischenschritte und Endergebnisse kritisch überprüft hat, und diese auch mit einer Fachgruppe kontinuierlich diskutiert worden sind, wurden Analyse und Interpretationen über die persönliche Sichtweise der Untersucherin hinaus einer Betrachtung unterzogen und an den Einwänden der Fachgruppe bzw. des zweiten Forschers geschärft oder auch korrigiert.

8.3 Kategorien und Funktionen

8.3.1 Allgemeine Betrachtungen

Eine Ordnung der Kategorien ist zwar nach der Häufigkeit des Vorkommens, noch nicht aber nach inhaltlichen Kriterien vorgenommen worden. Bei dem Versuch, die Kategorien mehr zueinander in Beziehung zu setzen und ein entsprechendes Schaubild zu erstellen, wurde schnell deutlich, daß dies die Aufgabe einer eigenen Arbeit bedeuten würde. Dafür müßten zuerst die Clusterbildungen untersucht werden, Überschneidungen der Kategorien analysiert und Abgrenzungen gefunden werden. Wie in dem Bild der Landschaft angedeutet, bilden die Kategorien zudem verschiedene Ebenen ab. So ist die Ebene "Desorientierung" eine andere als die der "Emotionen". Erstere beschreibt einen Zustand und schließt die musiktherapeutischen Funktionen im Umgang mit diesem ein. Die Zweite bezieht sich eher auf einen Aspekt in der therapeutischen Arbeit. Der Versuch, alle Kategorien einer einzigen Ebene anzugleichen, hätte viele Aspekte ausgeklammert oder nivelliert.

Die Funktionen innerhalb der Kategorien sind als erste, grobe Annäherung an Beschreibung und Untergruppenbildung aufzufassen. Für eine differenziertere Ausarbeitung der Funktionen könnte eine Erweiterung des Samples von Nutzen sein. Des weiteren müßte eine vertiefte Analyse der Kategorien vorgenommen werden, um die Funktionen zu ergänzen, zu erweitern oder zu verdichten. Auch die Beziehung der Funktionen zueinander innerhalb einer Kategorie müßte genauer untersucht werden.

Es muß also berücksichtigt werden, daß die Kategorien und Funktionen in dieser Arbeit nur ein erster Entwurf sind. Sie sind sie auch noch nicht, auf ihre Relevanz hin, auf andere Fälle rückbezogen worden. Zwar sind "relevante Prozesse" wegen der Deutlichkeit der Bewegungen und Veränderungen des Patienten für eine Analyse von Vorteil, es muß jedoch überprüft werden, ob die Ergebnisse auch auf andere Situationen und Patienten anwendbar sind.

8.3.2 Bezug zu anderen Forschungsergebnissen und Erfahrungen

Ebenfalls sind Kategorien und Funktionen noch nicht mit Ergebnissen der thanatologischen und psychoonkologischen Forschung bezüglich der Lebenssituation, Bedürfnisse und Ängste terminal krebserkrankter Menschen in Bezug gesetzt worden. Da die entsprechende Literatur sehr umfassend ist, hätte eine Auseinandersetzung damit den Rahmen dieser Arbeit gesprengt. Um die Relevanz der Funktionen, ihren Umfang und ihre Differenzierung zu diskutieren, müßten die dargestellten Schritte jedoch vollzogen werden. Um die Diskussion bezüglich der thanatologischen Forschung anzuregen, werden hier die drei Hauptbedürfnisse Sterbender, über die es, neben vielen verschiedenen Auffassungen in der Literatur, Übereinstimmung gibt, kurz gestreift (vgl. A. Fitzgerald & H. Toplak, 1994):

1. Kontrolle über die Schmerzen
2. Erhaltung von Würde oder dem Gefühl des Selbstwertes
3. Liebe und Zuwendung

(vgl. Glaser & Strauss, 1979; Olivant & Taylor et al. 1986).

Als erstes Resümee läßt sich, bei kurzer Betrachtung dieser Hauptbedürfnisse, feststellen, daß Punkt 1 in den Funktionen wenig Berücksichtigung findet, die Kategorien "Selbstbestimmung" oder auch "Körperspannung" könnte diesem noch am nächsten kommen. Musiktherapeutische Forschungen, u.a. die von Curtis (1986) und Whittall (1989), gehen eingehender auf diesen speziellen Aspekt ein.

Der Erhalt von Würde und Selbstwert (Punkt 2) hat zur Kategorie der Selbstbestimmung den direktesten Bezug; als Grundhaltung in der musiktherapeutischen Arbeit mit Sterbenden findet sich jedoch die Berücksichtigung dieses Bedürfnisses in verschiedenen Kategorien wieder, so beispielsweise in der Kategorie "Kontakt und Beziehung" im wertschätzenden und achtsamen Verhalten der Therapeutin, weiterhin in der Beachtung der Mitteilungsmöglichkeiten eines Patienten, aber auch dessen Grenzsetzung und Sicherheitsempfinden; letzteres wird am Anfang der Kategorie Abbau/Übergang speziell thematisiert. Punkt 3 kann ebenfalls mit der beschriebenen Grundhaltung in Verbindung gebracht werden. Auch die Zuwendung zu einem desorientierten Menschen oder das Begleiten im körperlichen und seelischen Abbau spielen dort hinein.

Sicherlich wäre es ebenfalls aufschlußreich, die Kategorien mit den Erfahrungen anderer Musiktherapeutinnen in der Arbeit mit Sterbenden zu vergleichen, um Übereinstimmungen oder Abweichungen festzustellen. Die Fragen, die sich dahinter verbergen, sind folgende: Wieviel von den Ergebnissen ist abhängig von Persönlichkeit und fachlicher Prägung der Therapeutin/Untersucherin? Beschreibt das Arbeitsfeld sich selber durch den Bedarf der Patienten oder wird seine Darstellung durch das musiktherapeutische Angebot geprägt? Stößt man vielleicht mit unterschiedlichen Begrifflichkeiten auf ähnliche Inhalte oder unterscheiden sich auch diese voneinander?

8.3.3 Inhaltliche Betrachtungen

Die Kategorien sind, soweit dies beurteilt werden kann, recht umfassend und schließen einen weit gefaßten Personenkreis ein. Dies hängt mit der Vielfalt des Samples zusammen. Es werden Patienten mit massiven körperlichen, seelischen und kognitiven Einschränkungen beachtet. Aber auch den Menschen, die Fähigkeiten zu Reflexion haben, wird im musiktherapeutischen Angebot begegnet. Die Kategorien schließen auch verschiedene Phasen der körperlichen Zustände ein. Dies bedeutet, daß in der Musiktherapie ein Patient von dessen Aufnahme im Hospiz an, bei der er

möglicherweise noch gehfähig ist, bis zu völliger körperlicher Schwäche im Sterben durchgehend begleitet werden kann. Die Kategorien beziehen sich auch auf verschiedene seelische Zustände. In der Musiktherapie kann beispielsweise zu resignierten und sich isolierenden Patienten Kontakt eingeleitet werden, es kann aber auch einem Patienten, der sich mitteilen und ausdrücken will, der Raum dafür geschaffen werden. Auch Patienten mit verschiedensten kognitiven Fähigkeiten und Bewußtseinslagen kann musiktherapeutisch begegnet werden. Die Funktionen beinhalten schwerpunktmäßig supportive Ansätze, aber auch psychodynamische finden sich, beispielsweise in der Kategorie Auseinandersetzung, wieder. Neben diesen psychotherapeutischen Qualitäten steht auch ein eher funktioneller Aspekt, besonders mit der Kategorie der Körperspannung. In den Kategorien finden sich verschiedene musiktherapeutische Vorgehensweisen wieder: Arbeit mit Improvisation, mit Stimme und Berührung, mit Liedgut, mit Vorspielen von Musik oder im Gespräch, mit Erinnerungen und Assoziationen. Die Kategorien beziehen sich allerdings auf Einzeltherapien, Gruppenarbeit ist nicht untersucht worden.

8.3.4 Grenzen der Kategorien und Funktionen

Beobachtung, Benennung und Interpretation sind aus der Perspektive der Untersucherin vorgenommen sind und spiegeln deshalb auch deren Menschenbild und fachliche Prägung wider. Daß beispielsweise Beziehungsgestaltung, Ausdruck und Emotionalität so viel Gewicht beigemessen wurde und andere Bezeichnungen nicht aufgetaucht sind, ist sicherlich, neben den Charakteristika des Arbeitsbereiches, auch darauf zurückzuführen. Die Kategorien hinsichtlich ihres Hintergrundes zu untersuchen, würde Aufschluß darüber geben. Damit wird anerkannt, daß die Ergebnisse einer Untersuchung immer in einem gewissen Kontext von Vorverständnis stehen.

Sicherlich finden die Kategorien ihre Grenzen in der Anzahl der ausgewählten relevanten Situationen und der Analyseperspektiven. Eine Erweiterung des Samples könnte möglicherweise die Ergebnisse bereichern und weitere Informationen zur Ausdifferenzierung der Kategorien bieten.

Neben den bereits erwähnten finden, die Kategorien ihre Grenzen darin, daß sie auf den Patienten bezogen bleiben und dessen Umwelt bzw. Familie nicht einschließen. Angedeutet wird die Wichtigkeit einer umfassenderen Betrachtung des musiktherapeutischen Feldes in Fall 13, der den Bereich der Angehörigen mitaufnimmt. Diese Kategorie müßte eingehender untersucht werden, um die Funktionen der Musiktherapie diesbezüglich genauer zu differenzieren. Angedeutet wird unter "Sonderkategorien" auch die der Funktion der Musiktherapie für die Therapeutin selber, die auch Weber (2000) für ihre praktische Arbeit betont. In einer stark emotional beanspruchenden Arbeit wie dieser, in der die eigene Betroffenheit in der Auseinandersetzung mit endgültigem Abschied und eigenem Sterben mehr oder weniger immer mitschwingt, in der die Therapeutin auch besonders in der Zeit des Überganges als Unterstützende und Gebende gefragt ist, kann diese starke Beanspruchung nicht unbeachtet gelassen werden. Auch hier kann in dieser Untersuchung nur angedeutet werden, daß diese Frage weitere Beachtung verdient.

Innerhalb der Kategorien werden an einigen Stellen Einschränkungen der Funktionen unternommen. Dies beruht auf entsprechenden Reaktionen der Patienten. Besonders die Funktion der emotionalen Ansprache führte in einigen wenigen Fällen zu Abwehr oder sogar zu Therapieabbruch. Der notwendige vorsichtige Umgang mit dieser Funktion ist skizziert worden; es stellt sich jedoch darüber hinaus die Frage, welches die Patienten waren, die diese Reaktion zeigten. Diese Frage drängt darauf, genauer untersucht zu

werden, denn Antworten würden weiteren Aufschluß über mögliche Grenzen musiktherapeutischer Funktionen geben. Eine Hypothese dazu ist, daß besonders Patienten mit frühen, strukturellen Störungen Musiktherapie in der zusätzlich verunsichernden, emotional angefüllten Situation der tödlichen Erkrankung als starke Labilisierung ihrer ohnehin schwachen Ich-Strukturen erleben. Und in einem solchen Fall wäre es eine Überforderung sowohl für den Patienten als auch für die Therapeutin, lebenslang eingeübtes Vermeidungs- und Schutzverhalten verändern zu wollen (vgl. Schweidtmann, 1994). Ein anderer Fall, bei dem das musiktherapeutische Angebot zunächst keine Funktion hatte, bezieht sich auf eine Veränderungssituation im Therapieverlauf, aufgrund derer die vorgenommene Interventionsstrategie nicht mehr der Situation des Patienten entsprach und sie erst durch Veränderung der Intention wieder eine adäquate Funktion erhalten konnte. Dies führt zu der Frage der konkreten Anwendung der Funktionen im therapeutischen Prozeß und der Indikation.

8.3.5 Weiterführende Überlegungen zur Indikationsstellung

Das Wissen um Wirkungsmöglichkeiten der Musiktherapie reicht für die konkrete Anwendung nicht aus. Hinzukommen muß das Verständnis um Zustandsbilder terminal krebserkrankter Menschen und deren Lebenssituation, Bedürfnisse und Ängste. Das Zusammenspiel dieser beiden Komponenten könnte die konkrete Anwendung und Zielsetzung von Musiktherapie in diesem Feld fördern.

Mit den eben dargestellten Einschränkungen der Funktionen wurde die Frage der Kontraindikation gestreift, und damit auch die nach Indikationsstellung im allgemeinen aufgeworfen. Denn im Blick auf die Kategorien und Funktionen liegt es nahe, zu diskutieren, ob von dort auf Indikationen rückgeschlossen werden kann. So könnten von den Kategorien möglicherweise allgemeine Indikationsfelder abgeleitet werden, indem sie in Störungsbilder wie "emotionale Störungen", "Ausdrucksstörungen", "Beziehungsstörungen" etc. umgewandelt würden. Jedoch nicht mit allen Kategorien kann so verfahren werden. Der Bereich "Erinnerungen" zielt beispielsweise zum großen Teil auf die Ressourcen eines Patienten. Die Kategorien "Quantitative Bewußtseinsveränderung", "Desorientierung" und "Körperspannung" beschreiben bereits Störungsbilder. Der Frage nach Ableitung von Indikationskatalogen muß daher eine eingehendere Beschäftigung mit den Kategorien, wie oben angeregt, vorausgehen. In der Rückbeziehung der Kategorien auf andere Fälle könnten neben der Verifizierung ebenfalls die Indikationsbereiche überprüft werden. In diesem Zuge könnten die Grenzen der Indikationsbereiche klarer abgesteckt werden. Dies ist notwendig, um differenzierte Indikationen stellen zu können. Sichtbar geworden ist diese Notwendigkeit an der Diskussion über die Grenzen der Funktion "Emotionen ansprechen", die sich an Patientenreaktionen abgezeichnet haben. Auch in der Funktion "Im Sterbeprozess beistehen" wird deutlich, wie differenziert die Funktionen zu handhaben sind. Ob in dieser Phase ein Mensch die Beziehung sucht oder sich aus ihr entfernt, ist ein sehr individuelles Geschehen, das einen individuellen Umgang fordert. Die Frage, wann welche Funktion indiziert ist, wurde oben bereits aufgeworfen. Wie dort erwähnt, gehört ein vertieftes Verständnis der Zustandsbilder von Patienten ebenfalls immer zur Frage der Indikationsstellung. Da das musiktherapeutische Arbeitsfeld in der Arbeit mit krebserkrankten Sterbenden sehr umfassend ist, dabei verschiedenste Krankheitsbilder, seelische und körperliche Zustände einschließt, könnte eine Untersuchung durchgeführt werden, in der eine Diagnostik der Klientel unter musiktherapeutischen Betrachtungen vorgenommen würde. Dies würde das Arbeitsfeld klarer abstecken. Diese Ergebnisse in Zusammenhang mit den Kategorien und

Funktionen zu stellen, würde die Indikationsstellung weiter klären und sichern. Grundsätzlich geht es bei der Indikation der Musiktherapie in der Arbeit mit Sterbenden immer um die Frage, ob und inwieweit Leidensdruck besteht. Meiner Auffassung nach hat Musiktherapie in diesem Bereich als oberstes Ziel, Leiden zu mindern. Dies steht über allen Funktionskategorien. Auf die Frage, wie Leidensdruck sich äußert, und wie er erkannt werden kann, kann hier nicht näher eingegangen werden. Denn nicht immer kann ein Patient diesen mitteilen, sei es aus körperlichen oder seelischen Gründen. Auch dies könnte in die oben angeregte musiktherapeutische Diagnostik mitaufgenommen werden.

8.4 Stand der Ergebnisse

Dies ist also der momentane Stand der Ergebnisse, der mit fortführenden Untersuchungen zu Theorienbildung führen könnte. Die Ergebnisse dieser Untersuchung stellen eine erste zusammenfassende Übersicht über musiktherapeutische Funktionen in der Arbeit mit Sterbenden, abgeleitet aus der Analyse der praktischen Arbeit der Untersucherin, dar. Dadurch werden, auch durch die Gewichtung und Ausgestaltung der einzelnen Kategorien, die Besonderheiten dieses Arbeitsgebietes verdeutlicht, die Aufgabe der Musiktherapie wird klarer, ebenso ihre Möglichkeiten und Grenzen, auch das methodische Vorgehen kann dadurch Förderung erfahren. Die Frage der Indikationsstellung, besonders auch die der Kontraindikation, bedarf noch weiterer Klärung.

Die Untersuchung könnte auch für andere in diesem Bereich tätige Musiktherapeutinnen von Interesse sein, und ihnen durch einen Überblick über musiktherapeutische Funktionen Klarheit in einem vielschichtigen Arbeitsfeld vermitteln. Die Funktionen können als ein Weg dienen, die Möglichkeiten der Musiktherapie in Worte zu fassen und zu benennen. So können sie für das interdisziplinäre Verständnis, die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen hilfreich sein. Die Funktionen stellen einen Abriß über das Arbeitsfeld dar und können somit auch für die Präsentation der Musiktherapie mit Sterbenden im Sinne der Öffentlichkeitsarbeit und für die Förderung der Musiktherapie im Hospiz vorteilhaft sein.

9 Zusammenfassung

In dieser Studie wird der Frage nach Funktionen der Musiktherapie in der Arbeit mit Sterbenden nachgegangen. Ziel ist, Möglichkeiten und Grenzen der Musiktherapie zu erkennen und die Besonderheiten des Arbeitsfeldes abzustecken. Der Stand der Literatur und Forschung in diesem Bereich wird umrissen. Der Leser wird in den klinischen Kontext der praktischen Arbeit mit krebskranken Patienten in einem Hospiz eingeführt. Entscheidungen bezüglich des Designs für die qualitative Studie werden dargelegt, ebenso das Vorgehen in der Analyse. Für die Studie werden 16 Therapieausschnitte anhand der Charakteristika der "meaningful moments" von D. Amir und gemäß von Richtlinien zum Sampling (nach Patton) ausgewählt. Sie sind also einerseits von einer in der Musiktherapie entstandenen Bewegung gekennzeichnet und unterscheiden sich andererseits auf verschiedenen Ebenen voneinander. Die klinischen Daten basieren auf den Therapiedokumentationen, welche in einem ersten Schritt der qualitativen Datenanalyse (nach Huberman & Miles) zu "relevanten Prozessen" zusammengefaßt werden. Im Sinne einer kollektiven Fallstudie wird jeder relevante Prozeß einzeln einer mehrdimensionalen Analyse unterzogen, bevor die Ergebnisse zusammengestellt und daraus Kategorien abgeleitet werden. In dieser Analyse wird der Zustand des Patienten, als Kontext der Bewegung, betrachtet, der Prozeßverlauf, auf seine Komponenten reduziert, dargestellt, ein Forschungstext zur Bedeutung des Prozeßverlaufs erstellt und als letzter Schritt Interventionsstrategien und Funktionen extrahiert. In der Zusammenstellung dieser Funktionen werden folgende Kategorien entdeckt und unter Bezugnahme auf ihren Fallkontext dargestellt: Kontakt und Beziehung, Emotionen, Ausdruck, Selbstbezug, Selbstbestimmung/Mitgestaltung, Auseinandersetzung/Verarbeitung, Erinnerungen, Quantitative Bewußtseinsveränderung/ Vigilanzminderung, Desorientierung, Körperspannung, Abbau/Übergang und als Sonderkategorien Therapeutin und Angehörige. In einer Diskussion wird u.a. auch auf die Relevanz der Funktionskategorien für die Frage der Indikationsstellung eingegangen.

Literatur

- Aldridge, D. (1993). The music of the body: music therapy in medical settings. *Advances, The Journal of Mind-Body Health* 9, 1, 17-35.
- Aldridge, D. (1994). Musiktherapie in der medizinischen Literatur (1983-1990). *Musiktherapeutische Umschau* 15, 4, 285-306.
- Aldridge, D. (1995). Spirituality, hope and music therapy in palliative care. *The Arts in Psychotherapy* 22, 2, 103-109.
- Aldridge, D. (1996). *Music Therapy Research and Practice in Medicine - From out of the Silence*, London: Jessica Kingsley Publishers.
- Aldridge, D. (1999). Music therapy and the creative act. In: D. Aldridge (ed.), *Music Therapy in Palliative Care: New Voices*, London: Jessica Kingsley Publishers.
- Altheide, D. L. & Johnson, J. M. (1994). Criteria for assessing interpretive validity in qualitative research. In: N.K. Denzin, Y.S. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research*, Newbury Park, CA: Sage.
- Amir D. (1996). Experiencing music therapy: meaningful moments in the music therapy process. In: M. Langenberg, K. Aigen, J. Frommer (ed.), *Qualitative Music Therapy Research: Beginning Dialogues*, Phoenixville, PA: Barcelona Publishers.
- Bailey, L. (1983). The effects of live music versus tape-recorded music on hospitalized cancer patients. *Music Therapy*, 3 (1), 17-28.
- Bailey, L. (1984). The use of songs with cancer patients and their families. *Music Therapy* 4, 1, 5-17.
- Bailey, L. (1986). Music therapy in pain management. *Journal of Pain Symptom Management* 1, 1, 25-28. zit in: C. O'Callaghan (1996). Lyrical themes in Songs written by palliative care patients. *Journal of Music Therapy* 33,2, 74-92.
- Beck, S.L. (1988). The effect of the therapeutic use of music on cancer-related pain. Salt Lake City: University of Utah, Dissertation. Zit. in: L. Magill Levreault (1993). Music therapy in pain and symptom management. *Journal of Palliative Care* 9, 4, 42-48.
- Beggs, C. (1991). Life review with a palliative care patient. In: K.E. Bruscia (ed.), *Case Studies in Music Therapy*. Phoenixville, PA: Barcelona.
- Bernard, H. R. (1988). *Research Methods in Cultural Anthropology*, Newbury Park, CA: Sage. Zit. in: A.M. Hubermann & M.B. Miles (1994). Data

- management and analysis methods. In: N.K. Denzin, Y.S. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research*, Newbury Park, CA: Sage.
- Bright, R. (1981). Practical planning in music therapy for the aged. Manuscripts, New York: Lynsbrook. Zit. in: C. O'Callaghan (1984). Musical profiles of dying patients. *The Australian Music Therapy Association Bulletin*, 7, 2, 5-11.
- Bruscia, K. (1991). Embracing life with AIDS: Psychotherapy through guided imagery and music (GIM). In: K. Bruscia (ed.), *Case Studies in Music Therapy*. Phoenixville, PA: Barcelona Publishers.
- Buckingham, R.W. (1993). *Hospiz: Sterbende menschlich begleiten*, Freiburg: Herder.
- Clandinin, D. J. & Connelly, F. M. (1994). Personal experience methods. In: N.K. Denzin, Y.S. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research*, Newbury Park, CA: Sage.
- Curtis, S. L. (1986). The effect of music on pain relief and relaxation of the terminally ill. *Journal of Music Therapy*, 23 (1), 10-24.
- Dehm, B. (1997). Übergänge: Tod und Sterben in der Musiktherapie mit Dementen. *Musiktherapeutische Umschau* 18, 2, 103-113.
- Delmonte, I-I., (1993). Why work with the dying. In: C. Lee (ed.), *Lonely Waters*. Oxford: Sobell House. zit in: C. O'Callaghan (1996). Lyrical themes in songs written by palliative care patients. *Journal of Music Therapy* 33,2, 74-92.
- Denzin, N. K. (1994). The art and politics of interpretation. In: N.K. Denzin, Y.S. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research*, Newbury Park, CA: Sage.
- Durham, C. (1995). Music therapy with severely head-injured clients. In: C. Lee (ed.) *Lonely Waters*. Oxford: Sobell House. zit in: C. O'Callaghan (1996). Lyrical themes in songs written by palliative care patients. *Journal of Music Therapy* 33,2, 74-92.
- Dörner, K. & Plög, U. (1994). *Irren ist menschlich*, Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Erdonmez, D. (1995). A journey of transition with guided imagery and music. In: C. Lee (ed.), *Lonely Waters*. Oxford: Sobell House. Zit. in: C. O'Callaghan (1996). Lyrical themes in songs written by palliative care patients. *Journal of Music Therapy* 33,2, 74-92.
- Fitzgerald, A. & Toplak, H. (1994). *Der Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden*, Wien: Maudrich.
- Forinash, M. (1990). *The Phenomenology of Music Therapy with the Terminally Ill*. Ann Arbor: University Microfilms, 91-02617. Zit in: C.

- O'Callaghan (1996). Lyrical themes in songs written by palliative care patients. *Journal of Music Therapy* 33,2, 74-92.
- Frampton, D.R. (1986). Restoring creativity to the dying patient. *British Medical Journal of Clinical Research*, 293, 6562, 1593-1595.
- Gherardi, S. & Turner, B. (1987). *Real Men Don't Collect Soft Data*, Trento, Italy: Università di Trento, Dipartimento di Politica Sociale. Zit. in: A.M. Hubermann & M.B.Miles (1994). Data management and analysis methods. In: N.K. Denzin, Y.S. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research*, Newbury Park, CA: Sage.
- Gilbert, J.P. (1977). Music therapy perspectives on death and dying. *Journal of Music Therapy* 14, 4, 165-171.
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1979). *Time for Dying*, Chikago: Aldine Publishing Company.
- Guex, P. (1994). *An Introduction to Psycho-Oncology*, London: Routledge
- Hartley, N.A. (1999). Music therapist's personal reflections on working with those who are living with HIV/AIDS. In: D. Aldridge (ed.), *Music Therapy in Palliative Care: New Voices*, London: Jessica Kingsley Publishers.
- Hennings, U. (1999). "Soll ich hier Musik machen? "Musiktherapie in der onkologischen/hämatologischen Intensivmedizin. *Musiktherapeutische Umschau* 20, 4, 368-375.
- Hodder, I. (1994). The interpretation of documents and material culture. In: N.K. Denzin, Y.S. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research*, Newbury Park, CA: Sage.
- Hodenberg, v., F. (1999). Die Stimme in der Sterbebegleitung. *Musiktherapeutische Umschau* 20, 4, 358-363..
- Hoffmann, P. (1998). "Musik ist ein Gespräch von Seele zu Seele": Musiktherapie mit Schwerkranken und Sterbenden. In: D. Aldridge (ed.), *Kairos II: Beiträge zur Musiktherapie in der Medizin*, Bern: Hans Huber.
- Hoffmann, S.O. & Hochapfel, G. (1995). *Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin*, Stuttgart: Schattauer.
- Hogan, B. (1998). Approaching the end of life: A role for music therapy within the context of palliative care models. *The Australian Journal of Music Therapy*, (9), 18-34.
- Hogan, B. (1999). Music therapy at the end of life: Searching for the rite of passage. In: D. Aldridge (ed.), *Music Therapy in Palliative Care: New Voices*, London: Jessica Kingsley Publishers.

- Hubermann, A.M. & Miles, M.B. (1994). Data management and analysis methods. In: N.K. Denzin, Y.S. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research*, Newbury Park, CA: Sage.
- Jackson, M. (1995). Music therapy for living: A case study on a woman with breast cancer. *Canadian Journal of Music Therapy* 3, 1, 19-33.
- Janesick, V. J. (1994). The Dance of Qualitative Research Design: Metaphor, Methodolatry, and Meaning. In: N.K. Denzin, Y.S. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research*, Newbury Park, CA: Sage.
- Kaplan, A. (1964). *The Conduct of Inquiry*, Scranton, PA: Chandler. Zit. in: A.M. Hubermann & M.B. Miles (1994). Data management and analysis methods. In: N.K. Denzin, Y.S. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research*, Newbury Park, CA: Sage.
- Lane, D. (1992). Music therapy: A gift beyond measure. *Oncology Nursing Forum* 19,6, 863-867. Zit in: C. O'Callaghan (1996). Lyrical themes in songs written by palliative care patients. *Journal of Music Therapy* 33,2, 74-92.
- Lee, C. (1995). *Lonely Waters*. Oxford: Sobell House.
- Lee, C. (1996). *Music at the Edge: The Music Therapy Experiences of a Musician with AIDS*, London: Routledge.
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*, Beverly Hills, CA: Sage. Zit. in: D. Aldridge (1996). *Music Therapy Research and Practice in Medicine - From out of the Silence*, London: Jessica Kingsley Publishers.
- Lloyd-Green, L. (1990). Music therapy strategies in hospice care. Unpublished proceedings of the 4th Western Pacific Region of the Medical Women's International Association Conference, Brisbane. zit in: C. O'Callaghan (1996). Lyrical themes in songs written by palliative care patients. *Journal of Music Therapy* 33,2, 74-92.
- Lückel, K. (1981). Begegnung mit Sterbenden, Mainz. Zit. in: W. Schweidtmann (1994). Psychotherapie in der letzten Lebensphase. In: Bundesministerium für Familie und Senioren (Hrsg.), *Sterben und Sterbebegleitung: Ein interdisziplinäres Gespräch*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Magee, W. (1995). Music therapy as part of assessment and treatment in the early to advanced stages. *British Journal of Music Therapy* 9, 2, 13-19. zit in: C. O'Callaghan (1996). Lyrical themes in Songs written by palliative care patients. *Journal of Music Therapy* 33,2, 74-92.
- Magill Levreault, L. (1993). Music therapy in pain and symptom management. *Journal of Palliative Care* 9, 4, 42-48.

- Mandel, S. (1993), Music therapy: Variations on a theme. *Journal of Palliative Care* 9, 4, 37-39.
- Mangold, I. & Oerter, U. (1999). "...Du kannst ja nicht das Klavier mitnehmen.": Zur besonderen Situation der Musiktherapie am Krankenbett. *Musiktherapeutische Umschau* 20, 4, 349-357.
- Martin, J.A. (1989). Music therapy in palliative care. In: J. Martin (ed.), *The Next Step Forward: Music Therapy with the Terminally Ill*. New York: Calvary Hospital. zit in: C. O'Callaghan (1996). Lyrical themes in songs written by palliative care patients. *Journal of Music Therapy* 33,2, 74-92.
- Martin, J.A. (1991). Music therapy at the end of a life, In: K.E. Bruscia (ed.), *Case Studies in Music Therapy*. Phoenixville, PA: Barcelona.
- Meerwein, F. (1985). *Einführung in die Psychoonkologie*, Bern: Hans Huber.
- Miller, W.L. & Crabtree, B.F. (1994). Clinical research. In: N.K. Denzin, Y.S. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research*, Newbury Park, CA: Sage.
- Morse, J.M. (1994). Designing funded qualitative research. In: N.K. Denzin, Y.S. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research*, Newbury Park, CA: Sage.
- Munro, S. & Mount, B.M. (1978). Music therapy in palliative care. *Canadian Medical Association Journal*, 119, 1029-1034.
- Munro, S. (1984). *Music Therapy in Palliative/Hospice Care*. St. Louis, MO: Magnamusic-Baton.
- Neugebauer, L. (1999). Music therapy with HIV positive and AIDS patients. In: D. Aldridge (ed.), *Music Therapy in Palliative Care: New Voices*, London: Jessica Kingsley Publishers.
- O'Callaghan, C. (1984). Musical profiles of dying patients. *The Australian Music Therapy Association Bulletin*, 7, 2, 5-11.
- O'Callaghan, C. (1988). Music therapy in palliative care, what's happening now?. In: *Proceedings of the 14th National Conference of the Australian Music Therapy Association: Music Therapy: A Community Resource*, 78-83.
- O'Callaghan, C. (1989). The use of music therapists in palliative care. In: P. Hooper & A. Turley (eds.), *The Creative Option of Palliative Care*. Melbourne: Melbourne Commission. Zit. in: C. O'Callaghan (1996). Lyrical themes in songs written by palliative care patients. *Journal of Music Therapy* 33,2, 74-92.

- O'Callaghan, C. (1990). Music therapy skills used in song writing within a palliative care setting. *Australian Journal of Music Therapy* 1, 15-22. Zit. in: C. O'Callaghan (1996). Lyrical themes in songs written by palliative care patients. *Journal of Music Therapy* 33,2, 74-92.
- O'Callaghan, C. (1993). Communicating with brain-impaired palliative care patients through music therapy. *Journal of Palliative Care* 9, 4, 53-55.
- O'Callaghan, C. (1996). Lyrical themes in songs written by palliative care patients. *Journal of Music Therapy* 33,2, 74-92.
- O'Callaghan, C. (1997). Therapeutic opportunities associated with the music when using song writing in palliative care. *Music Therapy Perspectives* 15, 32-38.
- O'Callaghan, C. & Colegrove, V. (1998). Effect of the music therapy introduction when engaging hospitalized cancer patients. *Music Therapy Perspectives* 16, 67-74.
- Olivant, P., Taylor, D., O'Neill, S., McGuinness, S. (1986). *Coping with Death*, Nursing Times. 3, 22-34.
- Patton, M.Q., (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods* (2nd ed.), Newbury Park, CA: Sage. Zit. in: J.M. Morse (1994). Designing funded qualitative research. In: N.K. Denzin, Y.S. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research*, Newbury Park, CA: Sage.
- Porchet-Munro (1993a). Music therapy. In: *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Oxford: Oxford University Press.
- Porchet-Munro (1993b). Music therapy perspectives in palliative care education. *Journal of Palliative Care* 9, 4, 39-42.
- Richardson, L. (1994). Writing: A method of inquiry. In: N.K. Denzin, Y.S. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research*, Newbury Park, CA: Sage.
- Rodi, B. (1999). Der Schmerz der Krankheit und des Abschieds: Ein Protokoll. *Musiktherapeutische Umschau* 20, 4, 376-386.
- Salmon, D. (1989). Partage: groupwork in palliative care. In: J. Martin (ed.), *The Next Step Forward: Music Therapy with the Terminally Ill*. New York: Calvary Hospital. Zit. in: C. O'Callaghan (1996). Lyrical themes in songs written by palliative care patients. *Journal of Music Therapy* 33,2, 74-92.
- Salmon, D. (1993). Music and emotion in palliative care. *Journal of Palliative Care* 9, 4, 48-52.
- Schnauffer-Kraak, M. (1995). Integrative Musiktherapie mit pflegebedürftigen alten Menschen: Ein Überblick über praxeologische Konzepte,

- therapeutische Ziele, Formen und Techniken. *Musiktherapeutische Umschau* 18, 3, 193-204.
- Schweidtmann, W. (1994). Psychotherapie in der letzten Lebensphase. In: Bundesministerium für Familie und Senioren (Hrsg.), *Sterben und Sterbebegleitung: Ein interdisziplinäres Gespräch*, Stuttgart: Kohlhammer
- Short, A. (1984). Music therapy in hospice care. *Australien Music Therapy Association Conference Proceedings*, Melbourne: Australien Music Therapy Association. Zit. in: C. O'Callaghan (1996). Lyrical themes in songs written by palliative care patients. *Journal of Music Therapy* 33,2, 74-92.
- Shroeder-Sheker, T. (1993). Music for the dying: A personal account of the new field of music thanatology - history, theories, and clinical narratives. *Advances, The Journal of Mind-Body Health* 9, 1, 36-48.
- Skaggs, R. (1997). The Bonny method of guided imagery and music in the treatment of terminal illness: A private practice setting. *Music Therapy Perspectives* 15, 39-44.
- Slivka, H. & Magill, L. (1986). The conjoint use of social work and music therapy in working with children of cancer patients. *Music Therapy* 6a,1, 30-40. zit in: C. O'Callaghan (1996). Lyrical themes in songs written by palliative care patients. *Journal of Music Therapy* 33,2, 74-92.
- Stake, R. E. (1994). Case studies. In: N.K. Denzin, Y.S. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research*, Newbury Park, CA: Sage.
- Storr, A. (1992). zit. in: Weber, S. (1999). A means of comfort. In: D. Aldridge (ed.), *Music Therapy in Palliative Care: New Voices*, London: Jessica Kingsley Publishers.
- Tölle, R. (1999). *Psychiatrie: einschließlich Psychotherapie*, Berlin: Springer
- Torrens, P.R. (1985). *Hospice Programms and Public Policy*, Chicago, deutsch in: J.C. Student (1989), *Das Hospiz-Buch*, Freiburg i. Brsg.: Herder.
- Ursprung, R. (1999). "Jeder hat drei Chancen, dann ist es aus!" Eine Sterbebegleitung?. *Musiktherapeutische Umschau* 20, 4, 387-391..
- Wasem, C. (1994). Die Rolle und Wirkungsmöglichkeiten der Musik in der Musiktherapie: Fallbeispielvignetten. In: H.-H. Decker-Voigt, J. Escher (Hrsg.) In Verbindung mit U. Höhmann & C. Wasem, *Neue Klänge in der Medizin: Musiktherapie in der Inneren Medizin*, Bremen: Trialog

- Weber, S. (1998). Trösten, beruhigen, begleiten: Musiktherapie mit Sterbenden im Hospiz. In: W. Kraus (Hrsg.), *Die Heilkraft der Musik*, München: Beck.
- Weber, S. (1999). A means of comfort. In: D. Aldridge (ed.), *Music Therapy in Palliative Care: New Voices*, London: Jessica Kingsley Publishers.
- Weber, S. (2000). Am Ende eines Lebensweges: Musiktherapie im Palliativbereich. *Musiktherapeutische Umschau* 21, 1, 43-48.
- West, T.M. (1994). Psychological issues in hospice music therapy. *Music Therapy Perspectives* 12, 117-124.
- Whittall, J. (1989). The impact of music therapy in palliative care. In: J. Martin (ed.), *The Next Step Forward: Music Therapy with Terminally Ill*, New York: Calvary Hospital.
- Whittall, J. (1991). Songs in palliative care: A spouse's last gift. In: K.E. Bruscia (ed.), *Case Studies in Music Therapy*, Phoenixville, PA: Barcelona.
- Wylie, M. & Blom, R. (1986). Guided imagery and music with hospice patients. *Music Therapy Perspectives* 3, 25-28. Zit. in: C. O'Callaghan (1996). Lyrical themes in songs written by palliative care patients. *Journal of Music Therapy* 33,2, 74-92.

Anhang

Fall 17

Frau B. ist 75 Jahre alt. Sie ist an einem Glioblastom, einem Hirntumor, erkrankt. Weiterhin wurde bei ihr eine beginnende senile Demenz mit depressiver Symptomatik diagnostiziert.

Frau B. redet ununterbrochen, von Fragen und Sorgen, die sie beschäftigen. Obwohl ich auf sie eingehe, kommt es nicht zum Gespräch. Sie macht auf mich einen verlorenen Eindruck, von ihren Sorgen mitgerissen und dadurch einsam und isoliert. Auch der emotionale Ausdruck ihres Redens ist recht starr.

Als ich beginne, für sie zu singen und dazu auf der Gitarre zu spielen, wird sie ruhiger, beginnt zu lauschen und vermittelt mir den Eindruck, die Gedanken loslassen zu können. Sobald ich jedoch aufhöre zu singen, redet sie sofort wieder und kreist um ihre Sorgen. Frau B. singt nicht mit und geht auf mein Angebot, ein Instrument (Monochord und kleine Leier) zu spielen, nur sehr flüchtig ein. Daraus schließe ich, daß sie das Unmittelbare der Stimme benötigt und das Vertraute des Liedgutes, um überhaupt innehalten und sich auf etwas beziehen zu können. Ich singe viel für Frau B. - Lieder wie "Veronika, der Lenz ist da"; "Grün, grün, grün" - und im weiteren Verlauf wird sie immer intensiver im Zuhören, sie hängt regelrecht an meinen Lippen. Ich habe den Eindruck, daß die Lieder sie bündeln und ausrichten, sie zum Spüren führen und sie dadurch aus der Isolation geführt wird und im Hören auf die Musik Kontakt zu sich und teilweise auch zwischen uns möglich wird. Dabei scheint nicht ausschlaggebend zu sein, welches Lied ich singe. Jedoch versuche ich, durch ein Liedangebot mit emotionaler Bandbreite, Frau B. einen größeren Schwingungsraum anzubieten.

Immer wieder singe ich Frau B. aus ihrem gehetzten und isolierten Sorgenkreislauf heraus. Mit der Zeit wird sie ruhiger und liegt gedankenverloren auf ihrem Bett. Erstmals spüre ich statt Gehetztheit Traurigkeit in ihr. Um sie darin zu erreichen, improvisiere ich mit der Stimme und dem Monochord ein Lied, in dem ich ihre Stimmung aufzunehmen versuche. Im weiteren wechseln sich nun Lieder und Stimmungsimprovisationen ab. Es ist eine Gradwanderung dazwischen, sie ins Zuhören und Nachspüren zu führen, sie in der entstehenden Traurigkeit zu begleiten, aber ihr auch immer wieder über dynamische Veränderungen und vertraute Lieder Wege dort hinaus anzubieten, um sie nicht in Depressivität versacken zu lassen. Hier kann sie erstmals ihre Traurigkeit darüber, daß sie so vieles zurücklassen muß, in einem kurzen Gespräch ausdrücken und in einer anderen Stunde, in einem langen Spiel auf dem Monochord, das ich singenderweise begleite, mit mir teilen.

Stundenzahl: 8

Therapieausschnitt: 1.-5. Stunde

Fall 18

Frau C. ist 73 Jahre alt. Sie ist im Hospiz wegen eines Mamma-Carzinoms mit Lungenmetastasen. Vor Jahren hatte sie einen Schlaganfall und war seitdem wegen einer Halbseitenlähmung auf den Rollstuhl angewiesen. Ein weitere Folge traten bei ihr Artikulations- und Wortfindungsstörungen auf..

Frau C. ist eine rundliche, fröhliche Frau, die auf den ersten Blick einen sehr aufgeschlossenen Eindruck macht. Auch von der Pflege wird mir bestätigt, daß sie immer "gut drauf sei", aber eigentlich niemanden richtig bei sich lasse. Frau C. ist bettlägerig, aber nichtsdestotrotz sehr daran interessiert, viele Instrumente auszuprobieren. Zwischendurch äußert sie immer wieder, daß sie Schmerzen habe und keine Kraft mehr. Und doch wendet sie sich sofort wieder dem nächsten Instrument zu, als ob ein Sog da wäre, dem sie nachgeben müsse. Sie hat nicht die Kraft, ihre Grenze zu wahren, sondern muß spielen und fröhlich sein. Die Folge davon zeigt sich in der kommenden Stunde: Frau C. möchte gar nicht mehr spielen. Mit der Zeit bekomme ich immer mehr den Eindruck, daß ihre Fröhlichkeit ihr dazu dient, sich andere vom Leibe zu halten und Schutz bieten soll vor Empfindungen. Im weiteren Verlauf singe ich auf ihren Wunsch hin alte Volkslieder für sie. Dadurch angeregt, beginnt sie zu erzählen, spricht immer wieder von ihren Ängsten, lenkt jedoch nach wenigen Sätzen das Gespräch wieder auf "schöne Dinge". Dorthinein flechte ich als musikalische Unterbrechungen Lieder und vokale Improvisationen ein, die weder besonders traurig noch besonders fröhlich sind, um ihr Pausen anzubieten, in denen sie emotional nicht beansprucht ist und daher auch nicht krampfhaft fröhlich sein muß. Dadurch erhoffe ich mir, daß sie in der Beziehung etwas innehalten und nachspüren kann und ihre Fassade nicht als Schutz benötigt. Ambivalenz tritt auf: einerseits äußert sie am Ende der Stunde wiederholt, daß sie sich auf die nächste freut, andererseits sagt sie regelmäßig jede zweite Stunde ab. Ich vermute, daß sie die Nähe genießt und dann wieder Angst hat vor ihr. In den Stunden selber hört sie zu, summt mache Liedanfänge mit oder schließt zeitweise die Augen. Da ich spüre, wie sie sich der Musik hingibt, lasse ich mehr vokale Improvisationen einfließen, die ich aus bekannten Liedern ableite. In einer Stunde kann sie ihre fröhliche Fassade sogar soweit loslassen, daß sie einschläft, während ich singe. Doch in der nächsten Woche sagt sie mir direkt, daß die Musiktherapie ihr zu viel ist und sie Ruhe braucht. Da sie diese Grenze so deutlich setzt, akzeptiere ich sie. Leichter fällt es mir, als ich von Kollegen aus der Pflege höre, daß Frau C. mittlerweile mit ihnen über das spricht, was ihr Angst macht und dort Begegnungen zuläßt. Vielleicht konnte ich eine Brücke bauen und muß die Grenze dessen, was in dieser Zeit an Öffnung bei ihr möglich ist, anerkennen.

Stundenzahl: 7

Therapieausschnitt: Stunden 1-7

Fall 19

Frau G. ist 68 Jahre alt und an einem zerebralen B-Non-Hodgin-Lymphom erkrankt. Aus diesem Grund ist sie erblindet. Zeitweilig ist sie desorientiert und zeigt diskrete neuropsychologische Veränderungen im Sinne einer Altersdemenz.

Frau G. ist heute sehr schläfrig. Auf Ansprache reagiert sie nur ganz kurz mit halb geöffneten Augen. In den vergangenen Stunden hatte sich herausgestellt, daß Frau G. bei ihr vertrauten Liedern gerne mitsang. Da ich etwas heiser bin, spiele ich die bekannten Lieder ("Und wieder blühet die Linde", Grün, grün, grün") auf dem Xylophon und auf der Altflöte. Zum einen knüpfe ich damit an Vertrautes an, zum anderen versuche ich, durch die Wahl verschiedener Klangfarben ihr ein vitalisierendes Angebot zu machen.. Hin und wieder macht Frau G. kleine Finger- und Körperbewegungen, aber mir ist nicht klar, ob dies als Reaktion auf die Musik oder als unabhängige Regung zu verstehen ist. Da Frau G. normalerweise gerne auf Geräusche ihrer Umwelt bezug nimmt, spiele ich begleitend auf den Zymbeln, als draußen die Mittagsglocken läuten. Ich habe das Gefühl, daß Klang, dadurch daß er konturloser ist, ihrem Zustand ähnlicher ist. Frau G. verändert sich nicht. Danach wähle ich die Leier und spiele für sie. Die Improvisation ist durch Formen gestaltet und atmosphärisch. Jetzt erst habe ich das Gefühl, nah bei ihr zu sein. Denn hier spiele ich ganz klar *für* Frau G. und will ihr etwas geben, ohne auf eine Reaktion von ihr zu warten. Und jetzt habe ich das Gefühl der Begegnung, denn ich wende mich ihr zu, wie sie ist, und begleite sie darin.

Stundenzahl: 11

Therapieausschnitt: 5. Stunde

Fall 20

Frau M. ist 56 Jahre alt. Sie leidet an einem Mamma-Carzinom mit pulmonalen Metastasen.

Ich werde zu Frau M. gerufen, da sie sich im Präfinalstadium befindet und unter starker Atemnot leidet. Panik und Anspannung sind in ihrem gekrümmten und gespannten Körper sichtbar. Auch in mir macht sich die Anspannung breit, und ich bin froh, daß ich zur Musik greifen kann und dadurch nicht mehr allein das Keuchen der Frau im Raume steht. Ich vokalisiere eine ruhige Melodie, begleite mich auf der Gitarre und passe mein Tempo dem der Atmung von Frau M. an. Dabei muß ich sehr bewußt atmen, damit die Beklemmung sich nicht auf mich überträgt. Ich hoffe, daß durch Töne, die auf die Atmung bezogen sind, aber länger als diese nachklingen, dort etwas ins Fließen geraten kann. Nachdem die Melodie eine Weile parallel zur Atmung klingt, verlangsame ich allmählich mein Singen, um dadurch die Atemzüge von Frau M. auszudehnen. Da ich auch selber Halt benötige und mich immer wieder innerlich von der Anspannung distanzieren muß, wechsle ich zu einem vertrauten Lied und wähle ein Schlaflied ("Schlaf, Kindlein, schlaf"). Dieses wiederhole ich, manchmal singend, mehr und mehr summend. Ich möchte ihr das Loslassen und den Übergang erleichtern, wie bei einem Kind, das man in den Schlaf singt. Die Atmung von Frau M. wird regelmäßiger, ihre körperliche Anspannung löst sich und nach einiger Zeit setzt ihr Atem ganz still aus, ohne Verkrampfung. Auch nachdem ihre Vitalfunktionen ausgesetzt haben, spiele ich weiter, da das Hören u.U. noch eine Zeit lang erhalten ist, und umhülle sie musikalisch. Ich merke, daß es auch mir guttut, in dieser existentiellen Situation, Musik zur Verfügung zu haben und diese mir eine Stütze ist, mit deren Hilfe ich dasein und bleiben kann.

Stundenzahl: 1

Fall 21

Frau N. ist 67 Jahre alt. Sie leidet an einem intracerebralen Tumor mit intracerebralen Blutungen. Frau N. ist vollständig aphasisch.

Frau N. liegt im Bett. In der Hand hält sie einen Massageball. Während ich mit Gitarrenbegleitung zwei Kirchenlieder singe, bewegt sie die Hände in der Luft und dreht den Ball. Die Hände scheinen absichtslos zu tanzen und sehen dabei sehr schön aus. Angeregt davon besinge ich (ohne Begleitung) mit einer einfachen, sich wiederholenden Melodie ihre Hände und wie diese sich bewegen, wie sie sich mit ihnen berührt, dann, wie sie selbst im Bett liegt und zuletzt, wie sie mich anschaut. Frau N. lächelt, als ob sie sich erkannt fühlt, als ob etwas Absichtsloses ihr bewußt geworden ist und dort auf einmal Bedeutung und Schönheit bekommen hat. Da sie jetzt mehr Bezug zu ihren Hände gewonnen hat, biete ich ihr eine Rassel an, die sie aber nicht annimmt. Also singe ich weiter für ihre Hände und ergreife sie vorsichtig. Ich orientiere Metrum und Intensität des Liedes an den tanzenden Bewegungen ihrer Hände. Als sie dies spürt, verändert sie ihr Tempo und erfährt, daß sie die Musik lenken kann. Währenddessen schaut sie mir direkt und offen in die Augen. Unser Miteinander ist sehr nah und persönlich, obwohl wir kein Wort miteinander wechseln können, und ich spüre, daß sie es genießt. Es findet statt in Berührung, Bewegung, Blick und dem Lied über uns. Frau N. erfährt, daß es ein Miteinander ohne Worte gibt, daß sie dieses mitgestalten kann und daß das, was dort entsteht, schön ist. Selten habe ich im Gesicht einer Patientin soviel Wärme und Licht gesehen.

Stundenzahl: 4

Therapieausschnitt 3. Stunde

Fall 22

Frau Nu. ist 76 Jahre alt. Sie ist an einem Cervix-Carzinom (Gebärmutterhals) erkrankt. Aus dem Zimmer von Frau Nu. tönt ein ununterbrochenes, regelmäßiges Schreien: "Aua-uaa-uaa". Es hört sich an wie eine gesprungene Platte. Von einem Pfleger bekomme ich die Information, daß Frau Nu. schmerztherapeutisch gut eingestellt ist, das Schreien also eher ein Ausdruck von seelischen als von körperlichen Schmerzen ist. Ihre Augen hält sie geschlossen. Sie ist völlig isoliert und durch keine Ansprache erreichbar. Jedoch benutzt sie ihre Stimme, was es für mich leichter macht, den Weg zu ihr zu finden. Ich lege meine Hand auf ihren Arm und beginne, in ihrer Tonhöhe und Intensität mitzusingen. Nach kurzer Zeit kann ich Frau Nu. bereits im Bereich von einem Tonschritt nach oben oder unten mitnehmen, jedoch nur, wenn ich vorher mit meiner Stimme ganz dicht bei ihrem Schreien bin. Sie verändert dieses nun und ruft: "Mein Bein", genauso stereotyp wie vorher. Es ist aber Zeichen einer ersten Veränderung. Auch diesen Text greife ich auf und umsinge ihr Rufen mit kleinen Motiven innerhalb ihrer Tonhöhe. Da ich sie aus ihrem Kreislauf befreien möchte, versuche ich, sie nun in Läufe mit kleinen Tonabständen mithineinzunehmen (wie z.B. "Alle meine Entchen"). Nur zum Teil kann sie mitgehen. Dann unterbricht sie das Jammern und beginnt zu reden - nicht zu mir. Aber ihr Schmerz wird jetzt konkreter: "O Herr,..., Sei mir Sünder gnädig,..., große Schuld,...". Ich spüre, wie gequält sie ist und antworte ihr verbal und direkt mit kurzen, einfachen Worten und Tröstungen. Ich bin nun sehr dicht bei ihr, körperlich, indem ich ihr zusätzlich die Hand an die Wange lege, und stimmlich mit hoher Intensität in den Worten. Teilweise bleibt sie in den Wiederholungen stecken, teilweise ist ein Wechsel von Zuspruch und Antwort möglich. Sicherlich nicht, indem sie mich meint, aber ich spüre, wie sie hört, wie die Worte ankommen und sie verändern. Auch einem stillen Lied des Trostes kann sie stellenweise zuhören. Aber nur kurz, denn als ich weitersinge, verfällt sie wieder in das Jammern. Ich brauche eine Pause von der Dichte und Intensität der Abstimmung und singe deshalb ein wenig für mich. Dann steige ich noch einmal auf Tonhöhe und Silben ihrer Rufe ein und versuche sie, zu bewegen. Wieder muß ich sehr dicht bei ihr bleiben, aber mehr und mehr kann sie meinen Tonhöhen folgen und letztlich singen wir gemeinsam "Schlaf, Kindlein, schlaf". Der Text ist zu weit weg für sie, daher singen wir auf Silben, die sie anbietet ("jaa, jaa, jaaa"). Wir singen immer im Kreis. Erst muß ich sie mitziehen, später führt sie selber ihre Stimme und initiiert auch selber die Anfänge. Um die Stunde zu beenden, werde ich immer langsamer, auch weil ich hoffe, sie zur Ruhe führen zu können. Sie ist für ein kurze Zeit still und fährt dann fort, viel ruhiger und weniger dringlich, jedoch weiterhin stereotyp, zu lautieren.

Stundenzahl: 2

Therapieausschnitt: 2. Stunde

Fall 23

Frau S. ist 54 Jahre alt. Sie ist wegen eines Hirntumors mit Hemiparese im Hospiz. Früher war sie als Autodidakt in verschiedenen Ensembles musikalisch aktiv.

Frau S. liegt starr und schwer im Bett. Ihr Gesicht ist aufgequollen, sie öffnet stellenweise die Augen, fixiert aber nicht, es ist unklar, ob sie etwas sieht. Frau S. spricht sehr selten, sie ist motorisch fast vollständig eingeschränkt und kann nichts mehr selber tun. Sie hält meine Hand sehr fest mit einem starken Spasmus. Während ich Frau S. mit Liedern besinge, wird ihre Hand allmählich entspannter und beweglicher. Da ich weiß, daß Instrumente ihr vertraut sind, möchte ich versuchen, ob sie mit dem Finger noch etwas spielen kann. Ich löse meine Hand aus ihrer und lege ihre Finger an die Saiten der pentatonischen Leier. Ich stütze und führe ihre Hand. Mit dem Finger zupft sie langsam und schwerfällig einige Saiten. Ich improvisiere vokal dazu. In der nächsten Stunde streckt sie schon den Finger aus, als ich auf der Leier einige Töne anzupfe. Anfangs hält sie beim Spielen noch meine Hand fest, später führt sie ihre Hand völlig selbständig. Solange Frau S. selber aktiv ist, ist die Hand offen, entspannt und weich. Frau S. zupft zwei nebeneinanderliegende Saiten und ich entwickle ein gesungenes Motiv dazu. Frau S. kann nicht metrisch spielen, daher gestalte ich den Fluß der Melodie offen, mit lang ausgehaltenen Tönen. Dieses kleine Stück wiederholen wir oft. Sie zupft mit verschiedenen Intensitäten und reagiert mit ihrem Spiel, wenn ich diese in der Stimme aufnehme. Besonders spricht sie auf bewegte und intensive Musik an, bei stillen Tönen dämmert sie weg. Sie ist dann wach, wenn sie selbst den Impuls gibt, sobald ich mich dazu hinreißen lasse, etwas mit ihr zu machen, sie zu führen, dämmert sie weg. Zum Abschied reicht Frau S. mir von sich aus die Hand und läßt diese auch wieder los.

Stundenzahl: 8

Therapieausschnitt: Ausschnitte der 2. Und 3. Stunde

Fall 24

Frau Si. ist 84 Jahre alt. Sie ist an einem Colon Carzinom erkrankt.

Frau Si. ist wach und liegt in ihrem Bett. Bisher hatte sie mich immer erkannt und sich in den Stunden auch klar äußern können. Heute jedoch erkennt sie mich nicht, als ich sie begrüße. Dadurch bin ich erst einmal erschrocken. Aus den vergangenen Stunden kenne ich ihr Lieblinglied, das sie sich immer wieder gewünscht hatte, und stimme es an. Es ist das Lied "Am Brunnen vor dem Tore". Als die ersten Töne erklingen, strahlt ihr Gesicht sofort auf. Sie hat Bezug gefunden, Bezug zu etwas Bedeutsamen, für sie persönlich und für unsere Beziehung. und ist dadurch von einem Moment zum anderen präsent, wach und erwartungsvoll.

Als ich in der 19. Stunde zu Frau Si. komme, liegt sie schlafend im Bett, was seit 6-8 Wochen ihr Dauerzustand ist. Ich singe für sie ihr Lieblingslied, das uns über all die Stunden begleitet hat. Schon nach einer Strophe beginnt sie, ganz langsam die Augen zu öffnen. Erst ist sie verwirrt, als ob sie von weit her kam und nun nicht weiß, wo sie sich befindet. Daher singe ich leise weiter. Währenddessen schaut sie mich an und greift nach meiner Hand. Wohl aus Erschöpfung schließt sie wieder die Augen. Ich sehe jedoch, daß sie wach ist und spüre, wie sie mir zuhört. Dadurch, daß Frau Si. beim Aufwachen ein ihr tief vertrautes und für sie sehr bedeutungsvolles Lied hörte, konnte sie bald Orientierung finden. Über das Lied ist für Frau Si. ein Bezug zur Situation entstanden und darin auch zu mir, was sie, indem sie mir die Hand reicht sehr deutlich zum Ausdruck bringt.

Stundenzahl: 22

Therapieausschnitt: Ausschnitte aus der 7. und 19. Stunde

Fall 25

Frau St. ist 69 Jahre alt. Sie ist im Hospiz wegen eines ossär metastasierenden Mamma- und Ovarial-Carzinoms (Brust- und Gebärmutterkrebs). Dadurch ist die Gefahr einer Querschnittslähmung sehr groß, weshalb sie entweder bettlägerig ist oder ein Korsett tragen muß. Frau St. ist eine freundliche und aufgeschlossene Frau. Sie wünscht sich ausdrücklich Musiktherapie und möchte sogleich auf dem pentatonischen Metallophon spielen. Dabei fällt sofort eine starke Unsicherheit auf: sie schwankt zwischen den Tönen, bleibt suchend mit dem Schlägel in der Luft und kann sich nicht entscheiden und wertet gleichzeitig ihr Spiel mit Worten ab. Um ihr mehr Sicherheit zu geben, biete ich ihr eine Regel an. Wir spielen abwechselnd kleine Motive auf dem Metallophon. Dabei greife ich ihre Ideen auf und verstärke sie. Allmählich kann sie sich etwas mehr ins Spiel vertiefen. Auch ein Ostinato gibt ihr mehr Halt für ihr Spiel. Sobald ich sie auf einem anderen Instrument begleiten will (der Gitarre), entsteht große Unsicherheit. Frau St. benötigt viel Nähe und einen klar umrissenen Spielraum, um sich sicher fühlen und entfalten zu können. Zu meiner Verwunderung möchte sie auf der Djembè trommeln. Sie spielt metrisch und exploriert dabei die verschiedenen Klangmöglichkeiten. Das Trommeln und die tiefen, resonanten Töne gefallen ihr sichtlich. In der Begrenztheit auf den Rhythmus erhält sie mehr Sicherheit und kann dadurch eher bei sich bleiben. Und sicherlich erfährt sie durch das Schlagen auch eine Stärkung des Selbst. Etwas von dem Neuen, was da in ihr entsteht, scheint sie zu ahnen: "Welche Geister wir da wohl rufen", fragt sie ängstlich-verschmitzt. In der nächsten Stunde wird ihr Dilemma deutlicher. Die Angst, falsch zu spielen und zu laut zu sein, sitzt tief. Sie hat in ihrem Leben immer Rücksicht nehmen müssen und hat einen hohen Anspruch an sich, alles richtig und harmonisch zu machen. Gleichzeitig ärgert sie sich sehr über die Unhöflichkeit und Rücksichtslosigkeit um sie her. Sicherlich haben die verinnerlichten überhöhten Ansprüche und die ständige Außenorientierung in der Rücksichtnahme viel mit ihrer Selbstunsicherheit zu tun. Da wir im Hospiz nicht mit viel Zeit rechnen können, entscheide ich mich dafür, ihren Selbstbezug zu stärken, anstatt aufdeckend zu arbeiten. Auch in der nächsten Stunde braucht es viel Zeit, um sie aus der Ablehnung und Unzufriedenheit über ihr Spiel herauszuführen. Es ist wieder das Ostinatospiele auf dem Metallophon, über das sie kleine Figuren spielt, welches sie gelöster und freier werden läßt. Im Anschluß bemerkt sie: "Anfangs, zu Beginn der Therapie, war ich gar nicht zufrieden, aber man braucht ja gar nicht viel zu tun, und es klingt doch."

Stundenzahl: 3

Therapieausschnitt: 3 Stunden

Fall 26

Herr T. ist 69 Jahre alt. Er ist an einem Nierencell-Carzinom erkrankt und leidet wegen pulmonaler Metastasen unter Atemnot.

Herr T. wird mir für die Musiktherapie empfohlen, weil er sehr zurückgezogen und ablehnend ist. Früher hatte er wohl Ziehharmonika gespielt, möglicherweise könnte dies den Zugang zur Musiktherapie erleichtern.

Herr T. ist ein hagerer Mann mit einem verbissenen Gesichtsausdruck. Er redet viel und in dem, was er sagt, klingen immer wieder Ablehnung, Entwertung und Resignation an: "Es bringt nichts, was soll ich mich noch mit der Musik befassen, ich kann das ja doch nicht." Gleichzeitig jedoch beginnt er verschiedene Instrumente zu explorieren. Er zupft auf der pentatonischen Leier und ist bald unzufrieden, daß die Tonreihe unvollständig ist. Er streicht kurz auf der Chrotta und wertet dies sofort ab, da "er es ja doch nicht könne". Nach einigen Schlägen auf der Trommel stellt er auch diese weg, denn "er sei eher für Melodie". Leider ist auch das kleine Metallophon pentatonisch gestimmt, und so ist er wieder unzufrieden. Einerseits stelle ich mir die Frage, ob es ein unglückliches Treffen ist, daß ich diesem Menschen mit musikalischer Vorerfahrung "nur" pentatonische Instrumente anbieten konnte, andererseits denke ich, daß jemand der Freude an Musik hat, auch auf einfacheren Instrumenten spielen würde. Vielleicht trifft die ungewohnte pentatonische Tonreihe auf seine aktuelle Erfahrung von Verlust und Abbau von Fähigkeiten, so daß die von ihm bemängelte Unvollständigkeit schmerzhaft und nicht erträglich für ihn ist. Oder aber ist es so, daß sowieso kein Instrument stimmen darf, weil vielleicht in seinem Leben das Musizieren eine Rolle gespielt hat, die in seine jetzige Lebenssituation nicht paßt. Wie viele Musiker können gerade in Krisenzeiten keine Musik machen oder ertragen. Als ich in der darauffolgenden Woche wieder zu ihm gehe (mit einem chromatischen Glockenspiel unter dem Arm), weist er die Begegnung rigoros ab. "Was solle ich noch mit Musik, überlassen Sie mich meinem Schicksal". Seine Ablehnung ist so stark und auch ein Gespräch ist nicht mehr möglich, so daß ich seine Entscheidung akzeptiere. Die Fragen bleiben zurück. Habe ich etwas versäumt oder ist es einfach so, daß Musiktherapie in diesem Fall nicht passend war?

Stundenzahl: 2

Therapieausschnitt: 2 Stunden

Fall 27

Herr Ti. ist 50 Jahre alt. Er ist im Hospiz wegen eines Glioblastoms, eines Hirntumors. Von Kollegen aus der Pflege werde ich gebeten, zu Herrn Ti. zu gehen, da dieser im Sterben liegt. Von einer kurzen Begegnung in der vorhergegangenen Woche kenne ich ihn und seine musikalische Vorlieben ein wenig. Schnell suche ich meine Instrumente zusammen, um ihm in seiner Sterbephase Unterstützung zu geben. Als ich das Zimmer betrete, habe ich Angst davor, wie er wohl aussehen wird und wie es ihm geht. Und dann sehe ich die offenen, starren Augen und sehe, er ist tot. Das trifft mich tief und ich bin wie geschockt, obwohl ich doch schon andere verstorbene Menschen gesehen habe. Aber dies hier ist so unerwartet, ich war nicht vorbereitet. Ich verlasse schnell das Zimmer und eile zu einer Schwester. Auch dort ist große Betroffenheit. Mit zwei Schwestern gehe ich zurück in sein Zimmer. Einige Zeit stehen wir still an seinem Bett, eine schließt seine Augen und streichelt ihn, wir schweigen - keiner hatte es so schnell erwartet. Wir sind wie überrumpelt und tief betroffen. Dann lagern wir ihn anders, falten seine Hände und stecken Blumen zwischen seine Finger. In mir steigt der Wunsch auf, zu singen, für ihn und für mich. Als meine Kolleginnen dies mitbekommen, rufen sie die anderen Mitarbeiter und stellen sich zu mir ums Bett. Für sie ist es eine schöne Form, sich zu verabschieden, für mich ist es unendlich schwer, da ich nun auch noch für alle anderen singen muß. "Ich steh' an deiner Krippe hier", das hatte ich in der vergangenen Stunde schon für ihn gesungen. Erst summe ich es, denn meine Stimme versagt mir fast vor eigener Betroffenheit. Nachdem ich etwas mehr Halt gefunden habe, singe ich leise das ganze Lied und begleite es auf der Gitarre. Als die anderen hinausgehen, merke ich, daß ich bleiben muß: meine eigenen Gefühle drängen nach Ausdruck. Und eben hatte ich nicht für mich, sondern für alle anderen gesungen. Ich nehme das Monochord, streiche es und beginne zu summen, erst ganz frei, dann allmählich in Motiven. Und in diesen kann ich dann das singen, was ich noch sagen möchte: gute Wünsche, Weggeleit und meine eigene Betroffenheit. Allmählich merke ich, wie mein Schmerz sich löst, ich mich gleichzeitig auch von ihm lösen und mehr auf mein Instrument und mich beziehen kann. Etwas schließt sich wieder um mich, und ich kann diesen Menschen gehen lassen und selber weitergehen.

Stundenzahl: 2

Therapieausschnitt: 2. Stunde

Fall 28

Herr U. ist 72 Jahre alt. Er leidet an einem Prostata-Carzinom. Von Kollegen aus der Pflege erfahre ich, daß Herr U. sehr suizidal ist, er habe klare Äußerungen getan, daß er vom Balkon springen will. Zudem äußert er wiederholt paranoide Gedanken, er fühle sich verfolgt und bedroht, und ist aggressiv. Im Sinne der Krisenintervention gehe ich zu ihm. Er wehrt zuerst ab: "Keine Musik". Da ich nicht weiß, wie bewußt diese Äußerung ist, beginne ich, vorsichtig ein Lied zu singen und beobachte dabei genau seine Reaktion. Herr U. wendet sich allmählich der Musik zu und ich spüre, wie er dabei ist. Anschließend äußert er, daß ich weitersingen könne, er bitte aber vorher um Umlagerung, da er Schmerzen habe. Auf mich macht er dabei einen recht bestimmten Eindruck, er scheint genau zu wissen, was er will. So rufe ich zwei Schwestern, die ihm umbetten. Nachdem dies geschehen ist, singe ich weiter. Sofort jammert er wieder, er hätte noch Schmerzen. Er läßt sich nicht auf die Musik ein, sondern besteht darauf, anders gelagert zu werden. Er wird wütend, als ich nicht sofort darauf eingehe, und beginnt nach seiner Tochter zu rufen. Ich empfinde es jetzt als dringend, genau auf seine Wünsche einzugehen, da ich merke, wie er ansonsten in seine psychische Symptomatik verfällt. Ganz genau lasse ich mich von ihm anleiten und erfrage von ihm präzise Anweisungen, die er auch geben kann. Dies tue ich zum einen, weil ich wirklich darauf angewiesen bin, da ich zuvor noch nie einen Patienten gelagert habe. Zum anderen merke ich, wie es ihm guttut, daß so genau auf ihn gehört und er dadurch ernst genommen wird. Nicht, daß die Schwestern unsensibel mit ihm umgegangen seien, aber hier haben wir ausgiebig Zeit, kleinsten Wünschen nachzugehen, wobei es in erster Linie um seine Selbstbestimmung geht. Als er die Position gefunden hat, in der er sich wohlfühlt, äußert er den Wunsch nach Beimgymnastik. Wie zuvor erkläre ich ihm, daß ich das nicht gelernt hätte und deshalb auf seine Anweisungen angewiesen sei. Diese gibt er wieder sehr präzise. Am Ende der Stunde ist er etwas zufriedener - mit seiner Situation und damit, daß auf ihn eingegangen wurde. Einem Abschluslied hört er aufmerksam zu. Obwohl in dieser Stunde wenig Musik gemacht wurde, ging es - im Sinne der Musiktherapie - darum, die Interventionen von Impulsen des Patienten ausgehend zu gestalten. Herr U. brauchte den unmittelbaren Bezug auf seine körperlichen Bedürfnisse, um dadurch seine Spannungen regulieren zu können. Und es war sehr wichtig für ihn, in seinen Bedürfnissen wahr- und ernstgenommen zu werden. Manchmal muß ich als Musiktherapeutin ungewöhnliche Wege gehen.

Stundenzahl: 1

Therapieausschnitt. 1 Stunde