

Forschungsprojekt

**Konzeptentwicklung einer Musiktherapie mit depressiven Älteren
im Rahmen der allgemein/geronto-psychiatrischen Station**

**entwickelt im Rahmen der Arbeit in der Psychiatrischen Abteilung
des Kreiskrankenhauses Rendsburg
auf der allgemein/geronto-psychiatrischen Station**

Januar 2006 - Oktober 2007

**begleitet durch
Eckhard Weymann
Lutz Neugebauer**

**Stipendium
von der Andreas-Tobias-Kindstiftung**

**Anke Esch
Dipl. Musiktherapeutin FH, BVM
Heilpraktikerin für Psychotherapie
Lehrmusiktherapeutin BVM**

Inhalt

| | |
|---|-----------|
| 1. Forschungsprojekt | 3 |
| 1.1. Hintergrund und Verlauf | |
| 1.2. Forschungsgegenstand und –methode | |
| Forschungsfragen | |
| 2. Theoretischer Hintergrund / Literaturreferenzen / Rahmenbedingungen | 5 |
| 2.1. Themen und Entwicklungsaufgaben, Konflikte im Alter | 5 |
| 2.2. „Späte Reifeprüfung“ und Lebenswirklichkeiten Hochbetagter | 6 |
| 2.3. Depressive Störungsbilder/Formen der Depression im Alter | 7 |
| 2.4. Grundannahmen meiner therapeutischen Arbeit | 8 |
| 2.5. Rahmenbedingungen der musiktherapeutischen Gruppenarbeit | 12 |
| 3. Beobachtungsphase | 14 |
| 3.1. Fallbeschreibungen | |
| 3.1.1. Frau H. | 15 |
| 3.1.1.1. Verhalten und Erleben | |
| 3.1.1.2. Weiterführende Anknüpfungspunkte | |
| 3.1.1.3. Musikalisch/künstlerische Gestaltbildung | |
| 3.1.2. Frau T. | 20 |
| 3.1.2.1. Verhalten und Erleben | |
| 3.1.2.2. Weiterführende Anknüpfungspunkte | |
| 3.1.2.3. Musikalisch/künstlerische Gestaltbildung | |
| 3.1.3. Frau L. | 24 |
| 3.1.3.1. Verhalten und Erleben | |
| 3.1.3.2. Weiterführende Anknüpfungspunkte | |
| 3.1.3.3. Musikalisch/künstlerische Gestaltbildung | |
| 3.2. Ausführliches Protokoll der Beobachtungsstunde | 27 |
| 3.3. Reflektierende Gedanken und methodische Erklärungen | 31 |
| der Beobachtungsstunde | |
| 3.4. Bezugnahme auf die drei Aspekte in der Einzelauswertung | 33 |
| 3.4.1. Verhalten und Erleben | |
| 3.4.2. Weiterführende Anknüpfungspunkte | |
| 3.4.3. Musikalisch/künstlerische Gestaltbildung | |
| 4. Das Spezifische der Gruppenmusiktherapie | 35 |
| 5. Konzeptionelle Überlegungen, Grenzen und Möglichkeiten | 40 |
| 5.1. Das Bild der musiktherapeutischen Behandlung | |
| 5.2. Die Organisation der musiktherapeutischen Behandlung | |
| 5.3. Wendepunkt/Überblick/Brechung/Überschreitungen | |
| 5.4. Übergänge/Folgerungen | |
| 6. Resumé | 44 |
| 7. Anhang | 45 |
| 8. Literaturliste | 49 |

1. Forschungsprojekt:

Konzeptentwicklung einer musiktherapeutischen Gruppenbehandlung depressiver Älterer im Rahmen einer allgemein /geronto-psychiatrischen Station

Fragen:

- Gibt es beobachtbares und nachvollziehbares Verhalten und Erleben, das auf eine Entwicklung oder Veränderung Einzelner schließen lässt?
 - Wie werden einzelne Handlungsformen und Ereignisse zu weiterführenden Anknüpfungspunkten im therapeutischen Prozess?
 - Lässt sich Entwicklung Einzelner im therapeutischen Prozess in der musikalischen/künstlerischen Gestaltungen wieder finden?
 - Was ist das Spezifische der Gruppenmusiktherapie im Rahmen der Geronto-Psychiatrie und ihr Beitrag am gesamten Behandlungsprozess?
-

1.1. Hintergrund und Verlauf

2005 entstand im Rahmen der täglichen Arbeit mit den depressiven Älteren die Idee ein Forschungsprojekt zu starten, in dem Zeit sein würde, die stets fortlaufende therapeutische Arbeit zu beobachten, zu reflektieren und für eine Konzeptentwicklung zu verwenden.

Die ersten Ideen, wie dieses Projekt durchzuführen sei, haben sich im Laufe der Zeit verändert und weiterentwickelt. Die Überlegung ein vierwöchiges sich wiederholendes Angebotspektrum zu entwerfen und zu erproben hat sich letztendlich in eine intensive Beobachtungsphase verwandelt, da sich im Laufe der ersten Wochen im praktischen Tun herausstellte, dass ein mehr oder weniger festes Angebotskonzept in dem Kontext nicht realisierbar sei. Die Arbeit mit offenen Gruppen erfordert eine stete Anpassung an die aktuelle Gruppen- und Behandlungssituation, wo ein allgemeines Repertoire hilfreich, jedoch keine vorstrukturierte Zeiteinteilung umsetzbar ist.

Zunächst machte ich einige Einzelfallstudien in der Musiktherapiegruppe, angereichert mit Studien des Dokumentationsmaterials der Kollegen des Behandlungsteams zu dem jeweiligen Fall.

Der reale Alltag in der musiktherapeutischen Gruppenarbeit im Rahmen der Geronto-Psychiatrie und die Reflektion in Beratungsgesprächen (mit L. Neugebauer, E. Weymann) zeigte bald, dass den Forschungsfragen nur über Einzelfallstudien nachgegangen werden konnte, da die Gruppe „der depressiven Älteren“ nicht als solche zu befragen ist, in ihrer Depression und Ausprägung der Lebenssituation und Problematik zu sehr differierten. Andererseits ist es im Rahmen einer Psychiatrischen Abteilung mit steter Aufnahmepflicht nicht möglich in einer stabilen Gruppenkonstellation zu arbeiten (darüber mehr in den Rahmenbedingungen). Es sollte neben vorangegangenen Einzelfallbeobachtungen eine intensive Beobachtungsphase über vier Wochen stattfinden.

Die geplante Beobachtungsphase benötigte einige Vorbereitung in Bezug auf den stationären Rahmen und auf die zu beobachtenden Aspekte, die in Form einer Liste zusammengestellt wurden. Die Liste sollte als Leitfaden bei der Protokollierung dienen. Die Auswahl der Aspekte bezieht sich auf die Forschungsfragen. Es bedurfte der Festlegung der Kriterien für die Beobachtung und Auswertung zum Erleben und Verhalten der zu beobachtenden Patienten, der Art und Weise ihrer Anknüpfungspunkte im Geschehen und ihrer musikalischen/künstlerischen Gestaltbildung. Diese Kriterien waren in dem Sinne keine Neuheiten sondern Teil meiner täglichen therapeutischen Arbeit, darauf basiert mein Handeln und Intervenieren, es galt sie zu reflektieren und explizit zu machen. Beim Erstellen der Punkte für das

Beobachtungsprotokoll war mir der Leitfaden zur Protokollierung musiktherapeutischer Behandlung von R. Tüpker (1993) eine gute Hilfe.

Nach der Beobachtungsphase wurden die Daten unter verschiedenen Aspekten und jeweils für die Teilnehmenden chronologisch zusammengestellt. Danach erfolgte eine Auswahl einzelner Patienten die als exemplarisch zu sehen sind.

In dieser schriftlichen Arbeit sollen drei der dreizehn beobachteten Fälle ausführlicher beschrieben werden. Die Auswahl der Fälle hat sich neben Inhaltlichem auch nach der Tatsache gerichtet, dass alle drei an ein und derselben Gruppenstunde teilgenommen haben. Zum anderen spielte eine Mindestdauer der Behandlung eine Bedeutung, um überhaupt ausreichend Beobachtungsmaterial zusammen zu haben. Um den Aspekten im Kontext der Gruppenmusiktherapie einen Platz zu geben, wird eine ausgewählte Stunde exemplarisch näher analysiert, an der die drei Fälle teilnahmen.

1.2. Forschungsgegenstand und -methodik

Der Forschungsgegenstand ist die Wirkungseinheit Gruppenmusiktherapie mit depressiven Älteren in stationärer Behandlung. Es geht also um den älteren Patienten (ab 60 Jahre), dem in erster Linie eine Depression diagnostiziert ist, ungeachtet von weiterer Differenzierung und anderen Diagnosen, in der Musiktherapiegruppe im Rahmen der allgemein/gerontopsychiatrischen Station.

Ein wichtiges Element des Projektes ist die Beobachtung und detaillierte Protokollierung von 12 Gruppenstunden innerhalb von 4 festgelegten Wochen im August 2006. Das Team wurde informiert und sollte dafür sorgen, dass das Projekt ungestört stattfinden kann, was bedeutet, dass für die Zeit nur Patienten mit einer diagnostizierten Depression in die zu beobachtende Gruppe eingeteilt werden.

Aufgrund des ungehinderten Fortlaufs meiner sonstigen Arbeit des Tages mit den weiteren Gruppen der Stationen konnte diese Schreibezeit z. T. erst am Ende des Dienstoffes erledigt werden und nahm oft bis zu zweieinhalb Stunden Zeit in Anspruch.

Die erstellten Protokolle wurden im Weiteren unter verschiedenen Aspekten geordnet und in Listen zusammengefasst, um so eine gewisse Übersicht in die Vielfalt der Daten zu bringen. Es entstanden so Übersichten unter formalen wie auch inhaltlichen Gesichtspunkten der gesamten Beobachtungsphase als auch spezifische zu jeweiligen teilnehmenden Patienten.

Der psychische Prozess des Untersuchungsgegenstands der musiktherapeutischen Forschung kann der Forderung der Reproduzierbarkeit im Sinne der klassischen Naturwissenschaft nicht nachkommen, da er einerseits Individualität und andererseits Geschichtlichkeit in sich birgt (Tüpker 2002). Die Individualität bezieht sich zum einen darauf, dass zwei Menschen nie einander gleich sind, dass es in der Psychotherapie um die Begegnung zweier Menschen geht und so die Individualität des Therapeuten und seiner Wirksamkeit nie gänzlich vom therapeutischen Verfahren zu trennen ist. Zudem gleichen sich nie zwei Improvisationen, es gilt also die Individualität nicht nur für die beteiligten Personen, sondern ist auch für jede Produktion gegeben.

Die Geschichtlichkeit psychischer Prozesse besagt, dass eine psychologische Maßnahme nicht im Sinne der Reproduzierbarkeit mehrfach durchführbar ist, sowie der Therapeut in seiner Geschichtlichkeit zu Beginn jeder Behandlung von vornherein anders ist. In der Kunst- oder Musiktherapie zeigt sich das Prinzip der Geschichtlichkeit im Prozess der produzierten Werke. „Jedes Werk erwächst aus dem, was das vorangegangene als historisch Gewordenes hinterlassen hat.“ (Tüpker, ebd.)

Geht es bei der Reproduzierbarkeit um die Nachprüfbarkeit eines Ergebnisses ist es im Sinne der kunsttherapeutischen Forschung eine Form der Darstellung, die eine Nachvollziehbarkeit ermöglicht. Diese schriftliche Arbeit ist in diesem Sinne zu verstehen, in der drei exemplari-

sche Fälle ausgewählt wurden, sowie eine Gruppenstunde, woran die Untersuchung und Entwicklung eines Konzeptes nachvollziehbar gemacht werden soll.

1.3. Forschungsfragen

Das übergreifende Anliegen des Projektes ist eine Konzeptentwicklung für die musiktherapeutische Arbeit mit depressiven Älteren im Rahmen der Geronto-Psychiatrie.

- Dabei geht es zunächst um das beobachtbare Verhalten und Erleben der teilnehmenden Patienten, um zu prüfen, ob eine Entwicklung oder Veränderung einzelner zu erkennen ist. Dafür werden die gesammelten Daten zur Sitzposition, der Instrumenten- und Materialienwahl, der musikalischen und verbalen Aktivität, der Kommunikationsweise, der Motivation, Stimmung und Verfassung, die Äußerungen zum Erleben, sowie individuelle Themen, Gegenübertragung und Interventionen der Therapeutin der jeweiligen Stunden verwendet und mit den erarbeiteten Beobachtungskriterien zum Verhalten und Erleben und beobachtbare Veränderungen (siehe Anhang Nr. 1) verglichen.
- Zu der Frage, wie einzelne Handlungsformen und Geschehnisse zu weiterführenden Anknüpfungspunkten im therapeutischen Prozess werden, soll der Aspekt Anknüpfungspunkte aus der Beobachtungstabelle berücksichtigt werden, nachdem er für den einzelnen Patienten im Verlauf zusammengestellt wurde. Auch hierzu wurden Kriterien von Beziehungs-/ Anknüpfungsverhalten erarbeitet (siehe Anhang Nr. 2).
- Zur Frage nach der musikalisch/künstlerischen Gestaltbildung sind in der Beobachtungsliste Daten erhoben worden, die zusammengestellt wurden für den einzelnen Patienten. Es geht zum einen um die individuelle Gestaltungsweise des teilnehmenden Patienten als um seine Entwicklung darin, soweit sie sich im musikalischen oder auch bildlich gestalteten Material oder seinen verbalen Beiträgen abzeichnete. Die Kriterien der musikalischen Gestaltungsweise und Entwicklung sind ebenfalls im Anhang zu finden. (Nr. 3).
- Die Frage nach dem Spezifischen der Gruppenmusiktherapie im Rahmen der Geronto-Psychiatrie und ihr Beitrag am Behandlungsprozess soll im späteren Verlauf dieser Arbeit eine Antwort bekommen.
- Letztendlich soll nach der Auswertung der Erfahrungen im Rahmen der Beobachtungsphase auf konzeptionelle Aspekte der musiktherapeutischen Behandlung depressiver Älterer im Rahmen der Geronto-Psychiatrie eingegangen werden.

2. Theoretischer Hintergrund / Literaturreferenzen / Rahmenbedingungen

2.1. Themen und Entwicklungsaufgaben, Konflikte im Alter

Es gibt verschiedene Modelle das Altern zu betrachten, z.B. als einen Abbau der Lebensmöglichkeiten oder auch als eine stete Steigerung mit dem Höhepunkt der Weisheit und Kompetenz. M. Peters (2002) plädiert dafür, vom Defizitmodell Abschied zu nehmen und spricht von dem Spannungsverhältnis Entwicklung und Altern. „Nur ein Umgang mit diesen widersprüchlichen Tendenzen schafft die Voraussetzung, sich vorhandene Entwicklungsräume anzueignen, auszufüllen und narzisstisch zu besetzen. Die Einschränkungen des Alters stellen gewissermaßen eine Barriere dar, die überwunden werden muss, um sich neue Lebensmöglichkeiten erschließen zu können und sich eine selbstbejahende, altersgemäße Identität anzueignen.“(ebd.) Im Weiteren beschreibt er die Notwendigkeit, die Therapie Älterer bifokal zu orientieren. Das bedeutet, dass sie einerseits die Erfahrung des Alterns fokussiert und andererseits wichtige Entwicklungsmöglichkeiten stärker zu betonen, sich mit den Entwicklungsaufgaben auseinanderzusetzen und zukunftsgerichtete Tendenzen zu fördern.

„Eine psychische Erkrankung ist dann darauf zu beziehen, dass der Patient für die sich ihm stellenden Aufgaben bisher keine persönliche Antwort gefunden hat und ihm eine Umstrukturierung der Muster seiner inneren Welt bisher nicht gelungen ist.“ (Fürstennau 1992 in Peters/2002)

E.H. Erikson spricht von Entwicklungsaufgaben, die jeweils zu lösen sind, bevor die nächste Reifestufe erreicht wird. In späteren Jahren seines Lebens hat er dies kritisch betrachtet, erweitert und modifiziert. Er vertrat dann, dass man im Alter immer wieder vor Entwicklungsaufgaben (psychosozialen Aufgaben) stehe, die gelöst werden müssen, sonst gerate man in ein Moratorium. Auch im Alter gäbe es progressive Entwicklungen im Rahmen von solchen Aufgaben, nicht nur eine Reduktion.

Dieser Gedanke passt zum Konzept des Aktualkonfliktes, welcher im Rahmen der OPD (operationalisierte psychodynamische Diagnostik) Ausarbeitungen definiert wurde und nun im klinischen Alltag Einzug findet. „Ursächlich für die Probleme dieser Patienten können entweder *massive konflikthafte, äußere Lebensbelastungen* oder primär intrapsychisch erlebte konflikthafte Belastungen durch Entwicklungs- und Alterungsprozesse im Lebenslauf sein.“ (Heuft u. a. 2000/Lehrbuch)

Radebold (1992) definiert als die psychosozialen Aufgaben im Alter: das Reagieren auf den sich verändernden Körper (physische und psychische Anteile), das Umgehen mit den eigenen libidinösen, aggressiven und narzisstischen Strebungen, das Gestalten von intragenerativen und intergenerativen Beziehungen, das Sich-Stabilisieren durch Beruf und Interessen, das Erhalten der sozialen Sicherheit und Versorgung, das Erhalten der eigenen Identität und das Sich-Einstellen auf die sich verändernde Zeitperspektive, sowie auf Sterben und Tod.

Die Psychoanalyse hat sich lange Zeit wenig mit der Therapie der Älteren auseinandergesetzt, da die Meinung bestand, dass Menschen über 60 Jahren nicht mehr therapiefähig seien. Heutzutage sorgen Psychoanalytiker wie z.B. H. Radebold, Heuft und Peters u.a.m. mit ihren Veröffentlichungen dafür, dass die Therapie Älterer Bedeutung erlangt und die Besonderheiten in der Behandlung Älterer gesehen und reflektiert werden können. Es ist davon auszugehen, dass Konflikte, die unser Leben geprägt haben bei neuen Anforderungen des Alterns neu durchgearbeitet werden müssen. Dass die Therapie Älterer noch eigene Herausforderungen hat z.B. bezogen auf das Altersverhältnis von Patient und Therapeut, ist hier nur derart zu erwähnen, dass es u. a. bedarf sich als Therapeut mit den eigenen Altersbildern sowie mit der Familiengeschichte auseinanderzusetzen um adäquat gerüstet zu sein für eine solche Aufgabe (siehe Literatur und Kompaktkurse u. a. beim Alterspsychotherapie-Institut in Kassel). Radebold hat mit seinen Veröffentlichungen (2005 u. a.) über die Folgen des Krieges für die Kriegskinder und dem Vorantreiben der Altersforschung entgegen der bestehenden(wissenschaftlich) Auffassung, die Kinder hätten keine Folgen aufzuweisen, es wüchse sich heraus, eine wachsende Anerkennung der biographischen Bedeutung, wie z.B. psychische Prägungen und Traumata anlässlich des Krieges, in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlung Älterer bewirkt.

2.2. „Späte Reifeprüfung“ und Lebenswirklichkeiten Hochbetagter

Aus der morphologischen Grundlagenstudie älterer Erwachsener mit dem zentralen Focus auf die Auswirkungen des Älterwerdens im höheren Alter auf die Formen des Konsums, der Mediennutzung sowie Verhaltensweisen im Allgemeinen (Rheingold 1999) sind in dem Zusammenhang die Ausführungen über die „späte Reifeprüfung“ interessant. Es werden in der Studie drei Aspekte beschrieben, die diese „Prüfung“ ausmachen. Der erste Aspekt bezieht sich auf eine Ausbalancierung von neuem und Alten, also „was geschehen muss, damit das Neue, das man annimmt und unternimmt, in das, was in den Jahrzehnten geworden ist, passt.“(ebd.) Der zweite Aspekt thematisiert die Polarität zwischen Aufgaben, denen man sich stellen kann und muss und andererseits Bereichen, in denen man nachgeben, sich fügen oder aufgeben muss. Als Drittes geht es um das Auskosten von gewonnenen Freiräumen auf der einen Seite

und dem sich Orientieren am körperlichen, ökonomischen u. ä. Potential. Die drei Polaritätenpaare sind bei dem einzelnen Menschen unterschiedlich wirksam und in der Studie wird eine Typologie ausgeführt, die acht Typen herauskristallisiert. Ein solcher psychologischer Typus bedeutet nicht unbedingt, dass er in einer Person existiert, vielmehr ist damit eine Verfasstheit abgebildet. An dieser Stelle seien nur die Typenbezeichnung erwähnt: Stiller Teilhaber, Engagierter/Starrsinniger, Eroberer/Freibeuter, Happy-Ender, Leid-Tragender, Abend-Schüler/Spätberufener, Ausbalancierter, Verweigerer.

In der morphologischen Studie zur Dissertation von R. Horak geht es um die „Lebenswirklichkeiten hochbetagter Menschen“. Er beschreibt hier die Lebenswirklichkeiten hochbetagter Menschen als eine Entwicklungsnotwendigkeit bezogen auf die Identitätsbildung. „Die Entwicklung der Identität erfährt man also nicht durch sich selbst allein. Die Eingebundenheit in die kulturelle Umgebung ermöglicht und erzwingt es auch gleichzeitig, sich im Zusammenhang und Umgang mit anderen zu erfahren und zu entwickeln. Damit ist gemeint, dass Identität eine Geschichtlichkeit aufweist, die darauf beruht, mit anderen zusammen so geworden zu sein, wie man ist (oder glaubt zu sein). Diese Geschichtlichkeit wird genau dann deutlich und wichtig, wenn man sie durch Brüche im normalen Alltag zu verlieren droht.“

Andererseits sind Visionen und Möglichkeiten und auch Umbrüche, die über das Jetzige hinausgehen und zu Zukunftsentwürfen führen ein weiterer wichtiger Aspekt der Identitätsbildung. Bei alten Menschen ist die Begrenztheit ihrer Zukunft nur allzu präsent, sodass hier ein Versuch der Identitätsbewahrung und der gleichzeitigen Abwehr von Erlebnissen, bei denen ein Identitätsverlust droht, eine Rolle spielt. So sind dann auch das Erzählen der eigenen Geschichte und die abweisende Redundanz in den Erzählungen, wenn es um Zukünftiges geht, zu verstehen. Auch Horak stellt eine psychologische Typisierung dar, die mehr verstehen lässt, was die Älteren bewegt und was ihr Erleben und Verhalten erklären kann. Ihre Weisen z.B. unendlich aus ihrem Leben zu erzählen, den Augenblick sehr wichtig zu nehmen, ihre Autonomie zu betonen, auch kostet es sie enorme Kraft es zu bewältigen, etc. sind alles Verhaltens- und Erlebensweisen, die der Bewahrung ihrer Identität dienen und bisweilen auch bizarre Formen annehmen können. Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen hier weiteres auszuführen, so verweise ich auf die Studie (Horak 2003).

2.3. Depressive Störungsbilder, Formen der Depression im Alter

Um die depressiven Störungsbilder und Formen der Depression im Alter auch im Sinne der ICD-10 Diagnostik zu erwähnen, möchte ich hier auf das Lehrbuch von Heuft, Kruse und Radebold (2000) zurückgreifen und nur einen groben Überblick geben.

Zum schon erwähnten Aktualkonflikt sei hier noch erwähnt, dass nicht die Bewusstheit des Konfliktes, sondern seine prinzipielle, subjektive oder objektive Unlösbarkeit als das pathogene Element definiert wird.

Die depressive Episode (F32) ist als singuläres Ereignis in der Biographie anzusehen, während die depressive Störung (F33) als rezidivierende Krankheit zu verstehen ist. Es sind Depressionsformen mit leichter, mittelgradiger und schwerer Ausprägung, mit und ohne psychotische Symptomen.

Des Weiteren wäre die Dystymia (F34.1) zu nennen, die in der Regel im frühen Erwachsenenalter beginnt und oft mehrere Jahre andauert, manchmal auch lebenslang. Weitere Differenzierungen sind hier die neurotische Depression, bzw. die depressive Persönlichkeitsstörung. Ansonsten ist die pathologische Trauerreaktion (F43.12) von der Dystymia zu unterscheiden.

„**Spätdepressionen**“ werden die Depressionen genannt, die erstmals nach dem 45. Lebensjahr auftreten, während Depressionen jenseits des 60. Lebensjahres als **Altersdepressionen** bezeichnet werden. **Depressionen im Alter** sind dagegen erneute Manifestationen (Rezidive)

einer depressiven Störung, die u. U. bereits zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr begonnen haben kann.“ (ebd. S. 125)

„Die Wahnhafte Depression (F32.3 oder F.33.3) geht oft mit einem Schuld oder Versündigungswahn einher, der sich aus Themen speist, die z.B. den religiösen Sozialisationsbedingungen der Generation, der der Erkrankte angehört, zuzuordnen sein können.“(ebd. S. 125)

Pathologische Trauerreaktion wird im ICD-10 als *längere depressive Reaktion* (F43.12) kodiert, wenn sie nicht länger als zwei Jahre andauert.

Eine weitere Differenzierung ist die subdiagnostische Depressivität. Hier werden Hauptsymptome, die mindestens zwei Wochen bestehen, andere häufige Symptome und ein „somatisches“ Syndrom der depressiven Episode beschrieben. „Leidet der Patient nur unter *einem* depressiven Hauptsymptom und allenfalls unter somatischen Symptomen, und besteht diese Störung nicht mindestens zwei Jahre, dann sind die Bedingungen für eine subdiagnostische depressive Störung erfüllt.“(ebd. 127) Es stellt sich in dem Zusammenhang die Frage, ob nicht die körperlich empfundenen Veränderungen im Alter als Quelle der subdiagnostischen Depressivität im Alter anzusehen ist.

Die Suizidalität bei den Depressiven im Alter ist um 30mal höher im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung. Eine hohe Zahl der älteren depressiven Patienten weist einen Suizidversuch in ihrer Krankheitsgeschichte auf.

Die akute Belastungsreaktion F43.0 und die Anpassungsstörung F43.2 seien hier abschließend noch erwähnt, die bei der Differenzialdiagnostik der Depression bedeutsam sind.

2.4. Grundannahmen in meiner therapeutischen Arbeit

Das Verhalten und Erleben sind wichtige Aspekte meiner therapeutischen Arbeit, da ich davon ausgehe, dass sich darin die jeweils individuelle Weise des jeweiligen Patienten und seiner Lebensgestaltung oder auch „Lebensmethode“ abbildet. Der Begriff Lebensmethode stammt aus der Morphologischen Psychologie und meint nicht das bewusste methodische Vorgehen eines Menschen, sondern die psychische Konstruktion eines Menschen, die sein Verhalten und Erleben determiniert.

Die Morphologische Psychologie, durch Wilhelm Salber und seine Mitarbeiter am zweiten psychologischen Institut in Köln als eine wissenschaftliche Richtung gegründet, befasst sich phänomenologisch mit dem Verhalten und Erleben im Alltag der Menschen, um von daher ein psychologisches Verstehen zu konzipieren. „Sie versteht das Seelische als Gestaltbildung und Verwandlung, die eigene, von anderen Gegenstandsbereichen unterschiedene, Gesetzmäßigkeiten aufweist.“ (Tüpker, 2001) W. Salber veröffentlichte einige Bücher und über 100 Abhandlungen zum Thema. Nach seiner Emeritierung gründete sich die wissenschaftliche Gesellschaft zur Psychologischen Morphologie (GMP), die sich der Weiterentwicklung widmet.

Eine Forschungsgruppe von vier Musiktherapeuten (F. Grootaers, R. Tüpker, T. Weber, E. Weymann), die schon gemeinsam den Mentorenkurs Musiktherapie Herdecke 1977 – 1980 absolvierten und sich dort bereits mit der morphologischen Psychologie auseinandersetzten, entwickelte dieses psychologische Verstehen für die Morphologie in der Musiktherapie weiter. Es ging ihnen darum musiktherapeutische Prozesse beschreibbar und wissenschaftlich rekonstruierbar zu machen und Methoden zu entwickeln die musiktherapiespezifisch sind. Es würde den Rahmen dieses Beitrages sprengen dies näher auszuführen, daher verweise ich hier auf Veröffentlichungen von F. Grootaers, R. Tüpker und E. Weymann (siehe Literaturhinweise).

Mein methodischer Ansatz bezieht sich auf die morphologische Musiktherapie. Ich möchte in Kurzform ein paar wichtige Aspekte meiner Arbeitsweise erläutern.

Ich gehe davon aus, dass die Musik wie **das Seelische in sich sinnvolle, logische und ganzheitliche Gestalten** bildet, was sich stets in Verwandlung ereignet. „Indem ich spiele, kommt

Seelisches zum Ausdruck und findet darin eine neue Wendung.“(Tüpker, 2001) „Wir haben es hier mit einem Zug zu tun, den Salber (1986) ‚Inkarnation‘ nennt: ‚Die Bewegung der ‚Inkarnation‘ ermöglicht der Kunst, Leben ‚nachzumachen‘ und über Ähnlichmachen zu einer Wirkung zu kommen.“(U. West, 2006)

Manchmal erschließt sich uns der Sinn in der Musik, die sich als ein gemeinsames Werk zwischen Therapeut und Patient entfaltet, nicht gleich. Dies verweist u. a. darauf, dass der Sinn nicht in der Musik liegt, sondern sich zwischen uns und der Musik einstellt. Dies begründet die Arbeitsweise, neben dem musikalischen Improvisieren auch der Sprache im Sinne der freien Assoziation eine Bedeutung anzuerkennen, sowie auch andere Gestaltungsmedien anzubieten, da sich in dem Hin und Her zwischen Sprache und Musik und anderem, wie z.B. Malen, das Verstehen entwickelt. Die verschiedenen Medien dienen als Möglichkeit der Brechung der Erfahrung, wie eines Lichtstrahles in einem Prisma. Es bieten sich immer wieder neue Betrachtungswinkel des Gleichen an und führen zu ganzheitlichen Erkenntnissen. In diesem Rahmen werden musikalische Verhältnisse als seelischen Verhältnisse betrachtet.

Auf der Ebene des Behandlungskonzeptes bedeutet diese ganzheitliche Betrachtungsweise, dass es um Ressourcen und Probleme, Leiden und Können der Patienten geht. Dies impliziert, dass jedes Erleben und Verhalten einen Sinn in sich trägt und dass Lebensmethoden, die sich ‚festgelaufen‘ haben, darin unterstützt werden müssen, ihren Weg aus dem Problem zu finden. „Die neue Sicht, das Handeln, mit denen der ‚Fall‘ in der Lage ist, die Gegebenheiten seines in die Krise geratenen Lebens in einem anderen Zusammenhang zu bringen, muss aus dem Vorhandenen entwickelt werden und kann nicht wie ein seelisches Implantat eingesetzt werden.“ (E. Weymann, 1987)

Im Zusammenhang der Morphologischen Psychologie wird von einer kunstanalogen Behandlung bezogen auf die Psychotherapie gesprochen. Es wird davon ausgegangen, dass die Wissenschaft und Kunst etwas voneinander lernen könnten. Die besondere Logik des Seelischen ist den Prozessen und Gesetzen der Kunst näher als der formalen und linearen Logik.

„Die künstlerische Methode bedeutet sowohl in der klinischen Behandlung wie auch in der Kunst selbst mehr als das bloße Laufen lassen eines Prozesses, ein katharistisches Abreagieren. Es muss dem Prozess so etwas wie ein ‚erkennendes Bearbeiten‘ zur Seite stehen.“ (Weymann, 1987)

Die **Improvisation** ist in meiner täglichen therapeutischen Arbeit ein wichtiges Arbeitsmittel. Sie findet in der Musik, aber auch in der Sprache, im Bild, in gegenständlicher Gestaltung u. ä. statt. Bei der Therapeutin spielt eine gewisse improvisatorische Haltung eine bedeutende Rolle um freie Gestaltungsprozesse fördern zu können.

Die Musiktherapie bringt mit der Improvisation eine Brechung in die uns sonst vertrauten Umgangformen des Alltags. „Das Seelische wird dadurch massiv verstört. Zugleich werden aber auch im wahrsten Sinne des Wortes für die Patienten ‚Spielräume‘ eröffnet, in dem sich zum einen die Störungen im aktuellen Geschehen in der Musiktherapie ausbreiten können und die Möglichkeit besteht, neue und andere Bewerkstelligungsformen zu entwickeln. Das geschieht, indem lebensgeschichtliche Bedeutungszusammenhänge in den Blick rücken sowie durch das Ausprobieren und Spielen in den Improvisationen. In der musikalischen Improvisation, dem Herzstück dieser Therapie, wird ‚gefickelt‘, ausprobiert und gesteigert, welche Gestaltungsmöglichkeiten einem Fall - das kann sowohl die Gruppe als auch ein einzelner Patient sein - zur Verfügung stehen.“ (U. West, 2006)

Das konkrete Improvisationshandlungsgeschehen schafft gemeinsame Erfahrungen, es gibt etwas, worüber geredet werden kann, worauf man sich im Weiteren bezieht und womit man sich im Vergleich wahrnehmen kann. Das aktuell Erlebte kann mit Alltags-Erfahrungen analogisch betrachtet, verknüpft und so verstehbar werden.

Die Improvisation ermöglicht konkrete Handlungserfahrungen im Hier und Jetzt, was ein Bewusstwerden z.B. der „depressiven Weise“, der Verfassung des Einzelnen und der Gruppe

im Aktuellen erlebbar macht. Die Bewusstwerdung wird z.B. gefördert im Anhören der Aufnahme und Besprechen der musikalischen Gestaltung. Spontane Assoziationen und Beschreibungen zu der musikalischen Improvisation und anderen Gestaltungen werden hier in gewisser Weise als Improvisation im Sprechen betrachtet.

Die Musiktherapie bietet mit ihrem freien Gestaltungsraum **Lernfelder** zu Themen wie z.B. Wünschen, Bewerten, Unterscheiden, Wählen, Bestimmen, sowie zu den Themen Autonomie und Gemeinschaft, Einigung und Konflikt(toleranz) oder Frustration(toleranz) und Genuss an. Auffallend bei einer Depression ist, dass Betroffene wenig bis gar nichts von dem, was sie innerlich erleben, mitteilen und scheinbar oftmals keine Worte dafür haben. Daher erscheint es mir in der musiktherapeutischen Arbeit wichtig, einen Austausch des Innerseelischen mit der Kunst (Musik und Gestaltungen) und mit den Mitpatienten zu fördern.

Hier zeigen meine Erfahrungen, dass es hilfreich ist, Gestaltungsprozesse in verschiedenen Medien anzubieten, verstanden als Ausdruckshilfen des Innerseelischen. Daher verwende ich in meiner Arbeit nicht nur die musikalischen Improvisation, sondern auch die Sprache und darin Metaphern als Hilfe um das Erleben musikalischer Prozesse in Worte fassen zu können. Das „Wetter“ ist als Metapher schon oft sehr dienlich in meiner Arbeit gewesen, um das Symbolische der Musik in den Ausdruck zu bringen.

Auch das bildnerische oder gegenständliche Gestalten zur Musik spielt eine weitere Rolle. Die Musik bekommt darin die Bedeutung, einen Rahmen für die Gestaltungen zu bieten, eine Atmosphäre zu schaffen, die zu freiem Gestalten einlädt und Gestaltungspausen oder –hemmnisse überbrücken helfen kann (siehe dazu auch „Musikhören als Gestalt“ von R. Töpker, 2004). Die bildnerischen oder gegenständlichen Gestaltungserfahrungen helfen den Patienten erfahrungsgemäß im Weiteren, die musikalische Gestaltungsform trotz ihres flüchtigen Zustands besser zu begreifen und zu nutzen. In der Musik haben sie nicht wie bei einem Bild etwas Konkretes vor sich liegen, sondern müssen ihre innere Beteiligung und Emotionen erfassen im aktuellen und musikalischen Geschehen. Das Wahrnehmen der Gefühle und des inneren Erlebens ist jedoch gerade im Rahmen einer Depression relativ eingeschränkt.

Ein weiteres Phänomen in kreativen Prozessen ist, dass sich in ihnen schon etwas abbilden kann, was noch vor dem Verständnis und einer lebensgeschichtlich relevanten Realisierung liegt. In der Improvisation „erscheinen oftmals schon früh „Anzeichen des Neuen“, die eine strukturelle Veränderung in der gegenwärtigen Lebensmethode des Patienten, einen Ausweg aus einer Sackgasse, eine Zukunftsperspektive ankündigen.“(E. Weymann, 1987)

Nicht zuletzt ist die **Gruppendynamik** ein bedeutsamer Aspekt der Gruppenimprovisation im Sinne von Lern- und Erfahrungsprozessen. Andere werden zum Spiegel des Eigenen, zum Vorbild oder erleichtern einem durch ihre selbstverständliche Aktivität den Neueinstieg in die Gruppe und in die Aktivitäten der Musiktherapie. Ungeschriebene Regeln wirken und können erkennbar werden im aktuellen Geschehen der Gruppe. Das Übungsfeld Gruppe ermöglicht Erfahrungen, das Individuelle im Kreise der anderen mehr oder weniger zu entfalten und zu realisieren.

Die **Wirkungseinheit musiktherapeutischer Gruppensitzungen** ist unter verschiedenen Aspekten zu betrachten, hier sei noch auf die Spannung von Offenheit und Struktur in der Gruppenarbeit eingegangen. In dem gemeinsamen Artikel von A. Esch und U. West (1996) wurde darüber ausführlich mit einer Fallvignette geschrieben. Die Strukturierungsprozesse in einer offenen musiktherapeutischen Gruppenarbeit stehen im engen Bezug zum aktuellen Geschehen und den Notwendigkeiten, die eine Gruppe in ihrem Gestaltbildungsprozess benötigt. Es dreht sich um eine Polarität zwischen Offenheit und Struktur, die in jeder Sitzung auf unterschiedlichste Weise zur Geltung kommt.

„Die Gesetze des Seelischen setzen sich auch in offenen Gruppen, d.h. in Gruppen, in denen nicht von vornherein Themen festgelegt sind, fort. Offene Gruppen sind kein heilloses Durcheinander, sondern nach seelischen Wirkungsgesetzen strukturiert. Sie bieten die Chance, dass sich Seelisches so zum Ausdruck bringen kann, wie es nun mal gebaut ist. (Diesen Gedanken hat Kramer (1975) bereits für die Kunsttherapie formuliert). Dem Therapeuten und dessen Interventionen kommen dabei aufgrund der Gegenübertragung im engeren Sinne eine besondere Rolle zu.“ (Esch/West, 1996)

Als Struktur wird hier alles bezeichnet „was dem Geschehen eine gewisse Ordnung oder Rahmen gibt, egal durch wen oder was dies geschieht.“ Äußere Bedingungen, strukturierende Fähigkeiten der Patienten selbst, Absprachen über den Umgang miteinander, bezogen auf das Geschehen und die Interventionen der Therapeutin sind hiermit gemeint.

Die Offenheit macht die vielfältigen Möglichkeiten der Gestaltung in der Improvisation, das Gewährens-Lassen eines Gruppenprozesses, sowie musikalische und seelische Gestaltbildungsprozesse der jeweiligen Stunde aus. Mit offen ist hier auch die stets sich verändernde Gruppenzusammensetzung gemeint, aber auch die Bereitschaft der Therapeutin und der Patienten sich auf Unerwartetes und Neues einzulassen.

Um die **Spannung zwischen Offenheit und Struktur in der aktuellen Arbeit** verstehen und handhaben zu können sind vier Vermittlungsformen hilfreich im Verstehensprozess während einer Sitzung: die reflektierte Subjektivität, Kontinuität, Selbstbestimmung und Integration.

Bei der *reflektierten Subjektivität* geht es einerseits um Beobachtungen der Therapeutin und daraus folgende Interventionen, ob das Geschehen stagniert oder ob sich etwas zu entwickeln scheint, ob die Patienten sich eher ‚wegspielen‘, das Geschehen ignorieren oder als Gruppe in einen Auseinandersetzungsprozess geraten. Andererseits geht es auch um die Impulse der Therapeutin, das eine zu tun und das andere zu lassen und dieses stets auf den aktuellen Gruppenprozess zu beziehen. „Dieser Verstehensprozess des Therapeuten, der zugleich mitten im Geschehen ist, wirkt sich wiederum unmittelbar auf das Handeln der Gruppe aus. Insofern Strukturierungen von Seiten des Therapeuten im Gruppengeschehen vorgenommen werden, um festgefahrenen Gestaltbildungen neue Offenheiten zu ermöglichen, vermittelt es zwischen den Extremen der Offenheit und Strukturierung. Umgekehrt werden beängstigend offene Situationen mit haltgebenden Strukturierungen ‚behandelt‘. Hier kann das Verhalten des Therapeuten auch ein Modell für die anderen Gruppenteilnehmer sein.“(Esch/West, 1996)

Die *Kontinuität* bezieht sich in diesem Zusammenhang auf klare Zeitabsprachen, als auch verlässliche Anwesenheit aller Beteiligten, wie auch ritualisierte Elemente im jeweiligen Verlauf. „Ein weiterer Aspekt der Kontinuität ist die Annahme, dass das Seelische immer weiter auf Ausdruck drängt. Das bedeutet für das Geschehen in der Gruppensitzung, dass alles Sinn macht, auch wenn es zunächst noch nicht immer verstanden wird. Erst im kontinuierlichen Entwickeln der aufgenommenen – musikalischen – Gestaltungen der Gruppe kann sich der Sinn von zunächst Unverständlichem entpuppen. Seelisches ist immer in Entwicklung. Wie in einem Räderwerk greifen die verschiedenen Schwungräder im Gruppenprozess ineinander und bauen aufeinander auf. Es war alles schon einmal da und geht im Folgenden auch nicht verloren.“(ebd.)

Als Pendant zur reflektierten Subjektivität ist die *Selbstbestimmung* zu verstehen. Gerade die strukturierenden Fähigkeiten der Gruppenmitglieder sind hier gemeint, die bestimmen, welcher Grad der Offenheit möglich ist. Hier spielt die meist eher bestehende Haltung der Patienten, sich dem Fachpersonal und ihren Fähigkeiten zu überlassen und die Verantwortung für ihren Genesungsprozess sozusagen an der Tür abzugeben, oft eine erschwerende Rolle. Hinzukommt bei der Depression das Empfinden, selber zu nichts mehr in der Lage zu sein, sich nichts zuzutrauen. Es braucht oft einige Zeit, in der sich die eigene Motivation und Initiative entwickelt und das Tun und Lassen in der Gruppenstunde beeinflusst. Hier wirkt sich das

selbstbestimmte Handeln der erfahrenen Patienten in der Gruppe oft förderlich aus. Ein wichtiger Bestandteil zur Förderung der Selbstbestimmung ist auch das wiederholte Nachfragen nach Wünschen und Vorschlägen der Patienten.

Die *Integration* bezieht sich auf ein Handeln, das wiederum eine Rückwirkung auf den Handelnden selbst hat. Es geht um eine Vermittlungsform dessen, was aus dem zufälligen und offenen Geschehen im Gruppenprozess ins Verhalten und Erleben integriert werden kann. Solche Erfahrungen können die Patienten machen, wenn sie sich im Rahmen des Geschehens und der Gruppe erleben und das Gegenüber im Verhältnis zu sich wahrnehmen. Dabei spielt sowohl die Musik wie die Sprache eine Rolle der Vermittlung. „Die Musik stellt dabei eine Möglichkeit dar, gerade dem ‚Unerhörten‘ Ausdruck zu verleihen, was sonst noch keine andere Formen gefunden hat, sich mitzuteilen. Das impliziert auch eine Vorstellung von Behandlung, die nicht ‚korrigieren‘ will, sondern Gestaltungskräfte, die aus dem Spielraum des Seelischen verbannt sind, zu reaktivieren und zu integrieren. Hier geht es nicht darum Leiden abzuschaffen, was ein unmögliches Unterfangen darstellen würde, sondern den Patienten dabei zu begleiten, bisher nicht Gelittenes erleiden zu können. Über die neuen Leidensformen werden andere Bewerkstellungen herausgerückt. Die ins Stocken geratene Selbstbehandlung kommt wieder in Fluss, und anderes kann plötzlich integriert werden.“(ebd.)

So kommt es zu individuellen Gestaltbildung und Prozessen der Veränderungen von Gestaltbildungsweisen, wie ich es am Fallmaterial versuchen werde zu beschreiben.

Zu den Wirkfaktoren der Gruppenmusiktherapie mit Älteren möchte ich abschließend Meinhold Peters (2006) zitieren: „Gruppentherapeutische Wirkfaktoren wie Entlastung, Identifikation mit anderen oder Stärkung des guten Objektes durch die Erfahrung von Gruppenzusammenhalt kommen auch hier zum Tragen.“

2.5. Rahmenbedingungen der musiktherapeutischen Gruppenarbeit

Das Kreiskrankenhaus hat die Verpflichtung, Patienten, die als Notfall aus dem Kreis in die Klinik eingewiesen werden, jederzeit aufzunehmen. Für die Stationen bedeutet das, dass sie zu jeder Zeit Zugänge auf der Station bekommen können, es sei denn, dass sie bereits überbelegt sind. Für die Gruppenangebote der Station heißt das, dass diese immer offene Angebote sind, also jederzeit Patienten darin aufgenommen oder daraus entlassen werden können. Es ist somit jeden Tag möglich, dass eine Veränderung in der Gruppe stattfindet. Andererseits ergibt es sich auch, dass für mehrere Stunden die Gruppe relativ konstant bleibt. Einfluss auf den Prozess des Einzelnen nimmt auch, wenn Patienten nur ein bis zwei Wochen teilnehmen und andere dort über Monate verweilen und die anderen kommen und gehen sehen. Andererseits gibt es der Gruppe eine gewisse Stabilität und Unterstützung, wenn neue Teilnehmende dazukommen, wenn es einen gewissen Kern von Teilnehmenden gibt, der sich schon auskennt und mit einem scheinbaren Selbstverständnis die Instrumente wählt und handhabt, eine Improvisation gestaltet und darüber ins Gespräch kommt.

Für die jeweilige Behandlungsstunde erscheint mir aufgrund des vorher Beschriebenen daher wichtig, dass sie in sich abgerundet ist, da eine Fortsetzung des gleichen Setting nicht gesichert ist.

Ein weiterer Aspekt, der bei der Gruppenbehandlung eine Rolle spielt, ist, dass in der psychiatrischen Klinik somatische Behandlungen durch den entsprechenden Konzilarzt immer Vorrang haben. Der Patient wird unmittelbar herangeholt, egal wo und in welcher Situation er sich gerade befindet, dies kann auch ein intensiver Gruppenprozess sein. Zudem kann das somatische Konzil zum grundsätzlichen Fehlen in der Gruppe führen. Auch Angehörigengespräche oder Belastungserprobungen der Patienten im Sinne des Verbleibs für eine abgesprochene Zeit in der eigenen häuslichen Situation, sind weitere Gründe an den Gruppen nicht teilzunehmen.

Die Gruppen können aus zwei bis zehn Patienten bestehen, was eben aufgrund des oben Beschriebenen beliebig entstehen kann. Allerdings ist es durchaus etwas anderes mit zehn Patienten oder mit nur drei oder vier Patienten ein Gruppenangebot durchzuführen. Manche Patienten sehen in diesem Setting eine „Beliebigkeit“, die auch zu Motivationsproblemen führt. Die Gruppenzusammensetzung ist für mehrere Angebote gültig, die wiederum in einem ausgeklügelten Plan ineinander verschachtelt sind und eine individuelle Gestaltung eines Therapieplanes relativ schwierig machen. Es gibt beispielsweise bei einzelnen noch schwer somatisch kranken Patienten Ausnahmen, was ihre Teilnahme an den Gruppenangeboten betrifft.

Es besteht zwar ein Konzept, welcher Patient in welche Gruppe eingeteilt wird, doch äußere Umstände, wie z. B. die Übergröße einer Gruppe und die unterbesetzte zweite Gruppe, führen zu Ausnahmen. Im Prinzip ist es der Plan, dass die eine Gruppe mit introspektionsfähigen, therapieaufgeschlossenen, kognitiv wenig eingeschränkten Patienten besetzt wird und die andere Gruppe die schwer depressive Patienten aufnimmt, die oft noch wenig Eigenmotivation und Krankheitseinsicht mitbringen, noch unter deliranten Symptomen leiden und auch durch körperliche Leiden zusätzlich eingeschränkt und belastet sind. In dieser Gruppe sind auch eher psychose- oder suchterkrankte Patienten zu finden. Patienten mit akutem Wahn oder Manien, sowie Suchterkrankte, die noch unter Entzugserscheinungen leiden, nehmen im Regelfall noch nicht an den Gruppen teil.

Ein weiterer Aspekt, der die Gruppenarbeit beleben oder erschweren kann, ist, dass die Gruppe sich zwischenzeitlich aus Patienten mit verschiedenen Krankheitsbildern zusammensetzt. Das bedeutet, dass die vorrangige Diagnose meistens die Depression ist, doch z. B. auch bipolare affektive Störungen, wie auch Angststörungen oder Abhängigkeitserkrankungen als Diagnose eine Rolle mitspielen. Sichtbar wird die Situation z. B. wenn ein Teilnehmer aktuell leicht manisch ist und das die sonst eher depressiv gestimmte Gruppe an ihre Grenzen bringt. Im idealen Falle kann es die Motivation zur Aktivität der Gruppe stärken. Eine mit Angst und Panik gestresste Patientin kann andererseits das energievollere oder gar aggressive Spiel einer Gruppe lahm legen, da sie nichts Lautes zulässt. Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung haben ihrerseits oft eine sehr niedrige Motivation sich einzulassen und eigene Aktivität zu entwickeln, was schnell einen demotivierenden Einfluss auf die Gruppe nehmen kann. Andererseits können solche Patienten auch von der Gruppenaktivität ergriffen werden, da diese scheinbar so selbstverständlich für andere stattfindet.

Da es den Bezugstherapeuten (Ärzten, Psychologin) obliegt, über den letztendlichen Behandlungsverlauf und die Entlassung zu entscheiden, und die Musiktherapeutin, wie einige andere Therapeuten, nur in Teilzeit arbeitet, ist es oftmals der Fall, dass Patienten schon entlassen sind, bevor alle im Team von der Entlassung informiert sind. D. h. für den Gruppenprozess, dass nicht immer der Abschied einzelner Teilnehmender eine Berücksichtigung findet, was dem Zusammengehörigkeitsgefühl der Gruppe schaden kann.

In der Teamsitzung, an der alle Therapeuten, Ärzte und Psychologin und eine Vertretung des Pflegepersonals einmal pro Woche für ca. 11/2 Stunden teilnehmen, werden alle Patienten durchgegangen und Erfahrungen und Überlegungen aus allen Berufsgruppen zum Behandlungsverlauf und -ziel zusammengetragen.

3, Beobachtungsphase

Die Beobachtungsphase fand im August 2006 mit der Dauer von vier Wochen statt und umfasste insgesamt 12 Behandlungsstunden. Wie immer - in einem Akutkrankenhaus - erforderte

auch die Beobachtungsphase von dem Konzept Bereitschaft zur Flexibilität: Es waren zu der Zeit einige Kollegen im Urlaub, sodass in der dritten Woche das Gruppengesprächsangebot durch die Psychologin für zwei Wochen auf ein beschränktes Vertretungsprogramm der Pflege an diese Gruppe reduziert war. Die Musiktherapiegruppen mit einem gruppenspezifischen Prozess schienen dadurch noch ein anderes Gewicht als sonst zu bekommen.

Während der Phase nahmen insgesamt 13 Patienten an der Musiktherapiegruppe teil. Es handelte sich um die oben beschriebene Gruppe mit introspektionsfähigen, therapieaufgeschlossenen, kognitiv wenig eingeschränkten Patienten. Die Anzahl der Behandlungsstunden der jeweils teilnehmenden Patienten lag während dieser Phase zwischen 2 und 12 Stunden, die jeweilige Gesamtbehandlungsdauer konnte davon noch differieren. Die Gruppengröße schwankte zwischen 3 und 8 Teilnehmern. Es gab einen Kern von Personen, die relativ regelmäßig dabei waren. Innerhalb der Phase reduzierte sich in der letzten Woche die Gruppenstärke. Wenn auch als Hauptdiagnose die Depression bei allen teilnehmenden Patienten vorlag, gab es drei Patienten, die nur 2-3 Stunden in der Gruppe waren, dann entlassen, in die zweite Gruppe oder auf die Nachbarstation verlegt wurden. Eine Patientin brach die Behandlung ab.

Diese kurze Beschreibung der Gesamtgruppensituation soll einen kleinen Eindruck geben, in welchem Rahmen die Gruppenbehandlung während der Beobachtungsphase stattfand.

Im Weiteren werden drei Fälle ausgewählt und näher dargestellt und am Beispiel einer ausgewählten Stunde exemplarisch das Geschehen der Gruppenmusiktherapie näher zu verdeutlichen versucht.

3.1. Fallbeschreibungen

Die Fallbeispiele sollen hier unter drei Aspekten näher beschrieben werden, welche im Weiteren bezogen werden auf eine Behandlungsstunde, an der alle drei Patienten teilgenommen haben.

- Der erste Aspekt der Einzelfallbeobachtung sind die Beobachtungen zu Verhalten und Erleben in der Musiktherapie, die ergänzt werden mit Patientendaten und Beschreibungen aus der Teamdokumentation bzw. Teambesprechungen. Eine kurze Zusammenfassung wird versuchen, das Ganze miteinander in Bezug zu setzen.
- Zum zweiten werden unter dem Thema weiterführende Anknüpfungspunkte die Weise der Bezugnahme des Patienten zum Angebot, zur Gruppe und zu sich selber sein. Dabei können diese Anknüpfungspunkte auf der musikalischen/gestalterischen Ebene oder im Gruppengeschehen immanent sein, Analogien zum Alltagserleben darstellen oder auch durch Interventionen oder Rückmeldungen im Gespräch auf einer ganz bewussten Ebene eine Rolle spielen.
- Als drittes geht es dann um die individuelle Gestaltungsweise des Patienten und etwaige Entwicklung darin. Unter den gestaltenden Ausdruck eines Patienten fällt hier seine musikalische Weise zu spielen und sich ins Gruppenspiel einzubringen, seine Weise mit Gegenständen und Farben sich im Gruppen- oder Einzelbild auszudrücken, aber auch seine Weise sich verbal mitzuteilen im Sinne von freien Einfällen. Im Verbalen zeigen sich auch individuelle Weisen, z.B. überhaupt Worte zu finden oder eher einsilbig oder weitschweifig zu reden, zu Gestaltungen Bilder zu assoziieren oder eher funktionell das Gewesene beschreiben zu können. Zudem spielt im Weiteren die Reflexionsfähigkeit eine Rolle.

3.1.1. Frau H.

Sie wurde 1940 geboren. Sie beschreibt, sie sei als examinierte Apothekerin die meiste Zeit ihres Lebens Hausfrau gewesen. Ihre Mutter habe eine schwere Depression gehabt und sich

1964 suizidiert. Es habe sie sehr belastet, dass ihre Mutter von ihr immer darin bestätigt werden wollte, eine Last zu sein und sich doch das Leben zu nehmen, was sie aus Ratlosigkeit letztendlich getan habe und dann ihr Suizid erfolgte.

Sie sei verwitwet, habe einen Sohn, der sich mit 33 Jahren suizidiert habe, und zwei Töchter, sowie acht Enkel. Eine Tochter sei an Krebs erkrankt mit schlechter Prognose, die zweite Tochter lebe mit ihrem Mann in einem Haus mit ihr.

Mehrere stationäre Behandlungen gehen dem jetzigen Aufenthalt in der Klinik voraus aufgrund einer langjährigen rezidivierenden Depression. Bei den stationären Behandlungen im Hause profitierte sie jeweils von der EKT. Aufgenommen wird sie diesmal nach einem Suizidversuch mit Tabletten. Sie habe neben Alkohol ihre Medikamente genommen, was zusammen wohl zur Intoxikation geführt habe. Auslösend war scheinbar eine Fahrt mit einer Fähre mit ihrer Freundin gemacht zu haben und um auch lustig sein zu können, habe sie erhebliche Mengen Alkohol konsumiert. Es gab in der Vergangenheit mehrere Suizidversuche. Die gesamte Behandlungsdauer auf der allgemeinpsychiatrischen Station geht über drei Monate. Vor der Beobachtungsphase nahm Fr. H. bereits an 6 Musiktherapiestunden teil, an 10 währenddessen, insgesamt an 29 Stunden.

3.1.1.1. Verhalten und Erleben

Beobachtungen:

Ihre Sitzposition ist der Therapeutin gegenüber, oft angelehnt sitzend mit wachen Augen. Ihre Instrumentenwahl variiert gering, meist wählt sie den Psalter, mal eine Trommel oder die Kalimba oder das Metallophon. Musikalisch ist sie zunächst zurückhaltend, dennoch präsent. Im weiteren Verlauf ist sie hörbar, z. T. bedeutsam im musikalischen Geschehen. Auf dem Psalter wirkt sie vertrauter, aktiver und hörbar im Spiel, kann sich mal schwungvoll engagieren oder dann auch melodisch einbringen. Im Weiteren wirkt sie aktiv, bewegt und vertieft in ihr Spiel, variiert Weisen auf dem Psalter. Verbal zeigt sie sich lange Zeit abwartend, bringt sich nur ein auf Nachfrage und dies nur kurzsilbig und zögerlich. In der 4. *Stunde* (der Beobachtungsphase) ist sie nach der 2. Improvisation, in der sie sich schwungvoll engagiert, verbal spontan präsent. In der 5. *Stunde* bringt sie sich konstruktiv für die Gruppe ein und in der 6. *Stunde* wirkt sie präsenter, wenn auch abwartend und gibt differenzierte Antworten. Sie gibt im weiteren Verlauf der Stunden ihre abwartende Haltung im Verbalen im Stundenverlauf vermehrt auf, hat auch spontane Beiträge, hat letztendlich immer etwas zu sagen oder eine Antwort, auch wenn sie nicht gleich reagiert, bzw. die Antwort verzögert kommt. Eigentlich lasse sie lieber andere reden. Sie hat dennoch durchaus selber eine Meinung zum Sachverhalt. Sie äußert schon mal, dass sie keine Worte finden könnte und ist dann deutlich einsilbiger in ihren Antworten auf Nachfragen.

Anfänglich scheint sie zuzuschauen und offen zu lassen, was sie aufnimmt. Ihre Stimmung erscheint dabei gedrückt, sie zeigt wenig Eigeninitiative. Meist wirkt sie aufmerksam, wenn auch wenig aktiv, eher abwartend mit viel im Blickkontakt zur Therapeutin. Ihre Augen wirken aufmerksam, manchmal auch „erwartend“. In der 4. *Stunde* ist sie aufgelockerter als sonst, ab der 6. wirkt sie aufgeweckter und mehr im Kontakt zur Gruppe, die sich verkleinert hat und laut und schnell Redende nicht mehr da sind. Ihre Aufmerksamkeit und Neugier auf das, was kommt, ist spürbar, wenn sie sich auch in Aktionen zurückhält, wenig „Biss“ zeigt bei vereinbarten Spielweisen.

In den ersten 5 Stunden bringt sie sich wenig mit Äußerungen zum Erleben ein, reagiert mal mit Lachen auf die Thematisierung ihres Verhaltens den anderen das Reden zu überlassen, was ihr Erkennen und Verstehen dessen zu signalisieren scheint.

In der 4. *Stunde* äußert sie die Worte nicht zu finden zu dem, was ihr durch den Kopf gehe. In der 5. *Stunde* braucht sie lange im Rahmen eines Gruppenentscheidungsprozesses, wo auch

ihre Meinung gefragt war, zu sagen, dass ihr die Frage zu schwer sei. In der 6. *Stunde* äußert sie auf Nachfrage den Kontakt in der Improvisation innerhalb der Gruppe erlebt zu haben. Bei der Gestaltung mit mitgebrachten Gegenständen in der 7. *Stunde* sagt sie, dass ihre Sachen aus dem Rahmen fallen würden (ihr Schmuck und ihre Uhr). In der 8. *Stunde* kann sie die von der Therapeutin thematisierte Veränderung seit den ersten Stunden bestätigen, dass sie nun etwas gestalten und erleben könne, wirkt dabei nachsinnend und vielleicht erstaunt, dass es sichtbar ist. Sie erlebt in der Stunde eine Stimmungsaufhellung in der Musik bei sich selbst.

Ihre individuellen Themen kristallisieren sich ab der 3. Beobachtungsstunde mehr heraus. Es geht um die Haltung, das Reden den anderen zu überlassen. Ein zweites Thema taucht mehrfach auf, wenn es darum geht, dass etwas von ihr sichtbar für Andere wird, z. B. als sie das Gruppenvorhaben lebendiger zu spielen, aktiv mit in die Hand nimmt und die Beweglichkeit ihres Spieles auf dem Psalter sichtbar wird und sie entsprechende Rückmeldung bekommt. Sie wirkt dann etwas verunsichert über die Beobachtung anderer. Sie bejaht später auch die Nachfrage, dass sie es manchmal lieber habe, dass man nicht mitbekomme was sie denke. Ein weiteres Thema ist ihr Erleben z.B. mit ihren mitgebrachten Gegenständen sich anders zu fühlen/zu sein und die damit verbundene Meinung somit verkehrt zu sein. In der 9. *Stunde* geht es im Rahmen einer Improvisation, die aus drei kleinen Teilen bestehen sollte, laut vorheriger Absprache, darum, dass es ihr schwer falle etwas loszulassen, um etwas Neues anfangen zu können. Es wird aus dem aktuellen Handlungsgeschehen für die Gruppe spürbar und mit der Pat. thematisiert (siehe Näheres unter individuelle Gestaltungsweise). In der 10. *Stunde* sagt sie im Rahmen einer Bildbesprechung (Einzelbildgestaltung zur gehörten Musik und Stufengedicht von H. Hesse; ihr Bild zeigt 5 Stufen) auf die Interpretation und Rückmeldung einer Mitpatientin korrigierend, dass sie sich auf der zweitletzten Stufe befinde, dem „goldenen Herbst“ und dann (zunächst zögerlich) ergänzt, dass sie hoffe, dass auf der nächsten Stufe noch etwas auf sie warte, vielleicht Zufriedenheit.

Gegenübertragungserleben der Therapeutin:

In der Gegenübertragung dreht es sich immer wieder darum, ihr Mut machen zu wollen, sie anschubsen zu wollen, dass sie bemerkt, welche Ressourcen sie eigentlich hat. Ich möchte sie nicht schweigen lassen, sie immer wieder herausfordern sich mitzuteilen. Ich möchte ihr meine Wahrnehmung der feinen Veränderungen und der Aufhellung ihrer Stimmung zur Verfügung stellen. Ich übernehme oft für sie Initiative, um sie weiterzuführen, sie aufzulockern, in Bewegung zu bringen. Mir ist es wichtig, sie wertzuschätzen und ernst zu nehmen.

Interventionen:

In meinen Interventionen frage ich oft nach, konfrontiere sie in der 3. Beobachtungsstunde mit ihrer abwartenden Haltung, obwohl sie immer etwas Gutes zu sagen habe, wenn sie gefragt würde. Mir erscheint es wichtig, dass sie lernt sich zu äußern, egal was sie auch mitteilt. Ich berücksichtige ihre Regungen und spreche sie öfter darauf an, gebe ihr Rückmeldung über ihren mimischen Ausdruck. Zudem fordere ich sie heraus, ihre Äußerungen wie „unpassend zu sein“ mehr zu differenzieren in dem Sinne, wie das Erleben zu Stande komme. Dabei Sorge ich für einen Kontakt zur Gruppe, die für sie bei Formulierungen hilfreich sein kann. Ich bahne ihr sozusagen einen Zugang zu ihrem Erleben, indem ich sie auf konkretes Tun und Erleben anspreche und es heraushebe, damit sie es besser „sehen“ kann.

Zusammenfassung:

Ihre musikalische Aktivität wird mehr und im Geschehen bedeutsamer, sie wirkt dabeibezogener und z. T. engagierter als in der ersten Zeit.

Ihre verbale Aktivität ist oft noch hinter einem Abwarten versteckt, mit ihrer zunehmenden musikalischen Aktivität und Bezogenheit scheint ihr Verbalisieren auch differenzierter und spontaner zu werden. Ihre Kommunikationsweise ist weiterhin deutlich abwartend auf das, was der andere anbietet oder fragt. Ihre Stimmung scheint aufzulockern im Verlauf der Beobachtungsphase.

Ihre Äußerungen zu ihrem Erleben entwickeln sich von „keine Worte finden“ bis zu differenzierten, wenn auch z. T. zögerlich zu Stande kommenden Beschreibungen ihres Befindens. Ihre individuellen Themen können sich immer wieder im aktuellen Geschehen herauskristallisieren, sie kann sich zunehmend zu Rückmeldungen anderer äußern.

Es scheint sich als sinnvoll zu erweisen, dass man sie nicht in ihrem Schweigen und Abwarten belässt, sie ermuntert und herausfordert, sie bestätigt, damit sie letztendlich Kontakt zu ihrem Empfinden bekommt und ihre Ressourcen zum Vorschein kommen, sodass sie dann im Weiteren ihre Lebensgestaltung anders aufgreifen kann, Sinn und Motivation findet, Neues anzufangen.

Insgesamt ist sie auf der Station lange Zeit viel in ihrem Zimmer und zieht sich ins Bett zurück. Ihre Stimmung wird oft als schlecht dokumentiert. In der Dokumentation ist auffallend, dass ihre Stimmung meist besser zu sein scheint, wenn sie Besuch von den Töchtern oder einer Freundin hatte. In den Visiten äußert sie Hoffnungslosigkeit und Zukunftsängste. Mit der EKT-Behandlung zeigen sich objektiv Veränderungen ihrer allgemeinen Verfassung, die sie selber lange Zeit nicht wahrnimmt. Soziale Aufgaben der Station nimmt sie ernst und führt sie kompetent aus.

Die Kinder wollen anfangs erwirken, dass ihre Mutter zukünftig in einer Einrichtung lebe, da sie es zu Hause mit ihr nicht mehr aushalten, bezogen auf ihre Depressivität und Suiziddrohungen. Frau H. ist dagegen, sie will nach Hause zurück. Es kann im Verlauf mit beiden Parteien eine Lösung erarbeitet werden, die auch noch weitere teilstationäre Behandlung beinhaltet und in Form eines Vertrages festgehalten wird. Die Suizidäußerungen bei Entlassungsüberlegungen, da es ihr so schlecht gehe, so wolle sie nicht mehr leben, verhindern länger die Sicht auf ihre bestehenden Ressourcen. Das Stufen-Bild, das in der Musiktherapie entstand, unterstützt später in einem supervisorischen Klärungsprozess das Team, das Behandlungsziel neu zu definieren, was im weiteren Verlauf auch schon bald zu neuen Erfahrungen und Lebensgestaltungsweisen der Patientin führt. Es geht nun nicht mehr darum einen möglichen Suizid zu verhindern, sondern sie darin zu ermutigen und zu unterstützen, ihre Ressourcen zur zufrieden stellenden Lebensgestaltung zu nutzen. Es wurde ihr mehr zugetraut und sie wurde anders wahrgenommen und letztendlich nach über drei Monaten in eine tagesklinische Behandlung entlassen.

Psychodynamisch betrachtet ist die Entwicklung nachvollziehbar, da sie trotz ihrer langjährigen Depression soziale Kontakte und Ressourcen hatte, ihr Leben in der Familie zu gestalten. Die Belastung durch die Suizidalität und das Agieren der Mutter, sowie die Sorge, dass sie eine Tochter überleben könnte führten zu inneren Konflikten, die zur depressiven Dekompensation führten. Inwieweit sie sich zukünftig vor einer depressiven Dekompensation schützen kann und mit ihrer Neigung zur Depression leben kann, wird sich noch zeigen müssen.

3.1.1.2. Weiterführende Anknüpfungspunkte

Wenn man sich im Verlauf der 10 Stunden innerhalb der Beobachtungsphase anschaut, wie Fr. H. etwas aufgreift, Bezüge wahrnimmt oder auch aufbaut und so Anknüpfungspunkte weiterführende Wirkung vermuten lassen, lässt sich folgendes sagen:

Zunächst kann man beobachten, dass sie auf der Handlungsebene beginnt Bezug zu nehmen, wenn sie die musikalische Verabredung in der Gruppe, etwas zu verändern z.B. in Richtung Lebendigkeit, aufgreift und mitgestaltet. Verbal ist sie wenig spontan, reagiert wohl mi-

misch/gestisch auf deutende Äußerungen, wie z.B. dass sie das Reden lieber anderen überlasse. Ihr Lachen bei der Thematisierung ihrer Haltung scheint ihr Erkennen und Verstehen zu signalisieren. Sie kann auch verbal etwas bei Nachfrage ausführen, wenn es z.B. eine konkrete Aufgabe ist, z.B. einen Ort zu beschreiben, an dem man Ruhe sucht und findet. Entspannen könne sie im Wald, hier auf der Station finde sie Ruhe im Bett.

Im Weiteren gelingt es ihr durch einen engagierten musikalischen Einsatz im Rahmen der Gruppenimprovisation mit sich in einen anderen Kontakt zu kommen. Sie erlebt sich selbst deutlicher und die Gruppe nimmt sie als Spielende anders wahr. Andererseits wird in der folgenden Stunde ihr Rückzug oder gar Entzug sichtbar, als es eine schwierige gruppensituation zu bewältigen gilt, sie um eine Mitentscheidung und –gestaltung angehalten wird und nach langem Schweigen ausdrückt, dass die Frage zu schwer gewesen sei. Solche Situationen scheinen sie zu überfordern.

In der dritten Beobachtungswoche werden im Rahmen ihrer Gesamtbehandlung erste Veränderungen sichtbar. Ihr Gesicht erzählt scheinbar zeitweilig mehr als ihr lieb ist, bestätigt sie auf Nachfrage. Im Geschehen einer Stunde kann sie das Bild des „zarten Pflänzchen“ in Verbindung bringen mit der „ein wenig stimmungsaufhellenden Musik“, wie sie es selber in der Gruppenimprovisation erlebt und verbalisiert und auch in eigenen Erfahrungen die leichte, zeitweilige Stimmungsverbesserung bemerkt. Zugleich zeigt sie sich auch etwas skeptisch ob der Richtigkeit solcher Gedanken.

Im Gestaltungsprozess der nächsten Stunde, bei dem jeder Teilnehmende drei Gegenstände in die Stunde mitbringt um an einer bildlichen, freien Gestaltung auf einer vorgegebenen Fläche mitzuwirken, ist eines ihrer persönlichen Themen präsent. Sie bemerkt „ganz andere“ Gegenstände (persönlichen Schmuck) mitgebracht zu haben, empfindet sich damit unpassend. Im Gruppengeschehen und dem verbalen Austausch über die Gestaltung und das Erleben der Einzelnen wird thematisiert, dass ein Anderssein und Dennoch-dazu-gehören, bzw. Dennoch-nicht-verkehrt-sein sich nicht ausschließen.

Wie ein „zartes Pflänzchen“ scheinen sich weiterführende Anknüpfungspunkte zu ergeben, so auch, als in einer weiteren Stunde das Symbol „zartes Pflänzchen“ durch die Therapeutin aufgegriffen wird. Frau H. kann mit dem „zarten Pflänzchen“ eine individuelle Pflanze assoziieren und eine Musik dazu mitgestalten, in dem dieses Pflänzchen eine Bedeutung bekommt. Im weiteren Gespräch ist sie beteiligt und letztendlich kann sie das aktuelle Erleben mit dem in früheren Stunden vergleichen.

In der nächsten Stunde zeigt sich im Gestaltungsgeschehen, worin die Absprache besteht, drei kleine Stücke in der Gruppenimprovisation zu gestalten, dass es ihr nicht möglich zu sein scheint, das jeweilige Ende des Stückes mitzugestalten. Durch ihr unentwegtes Spiel, wenn auch zart oder zögerlich, wird es für die anderen Spieler schwierig, die Stücke voneinander abzugrenzen und der Ausgangsidee nachzukommen. Die deutende Intervention aus dem Gestaltungsgeschehen heraus bezogen auf das Thema, etwas loslassen zu müssen, um etwas Neues beginnen zu können, scheint sie zu verstehen, wenn auch offen bleibt, inwieweit sie es mit ihrer Lebensgeschichte verbinden kann. (Sie möchte, dass es wieder wird wie früher, vorher will sie nicht nach Hause entlassen werden, das sei doch kein Leben, dann bringe sie sich lieber um – eine Information aus dem Team.)

In ihrer letzten Stunde im Rahmen der Beobachtungsphase, in der die Teilnehmenden Bilder malen, nachdem sie das Stufengedicht von Hesse zuvor gehört hatten und ihr Tun nun begleitet und unterstützt wird von einer Musik (First Moment, gespielt von David Qualey auf der Gitarre). Das Stufengedicht stand in Verbindung mit der Stunde zuvor, wo es von einer Mitpatientin zu dem Thema Altes loslassen zu müssen, bevor man Neues beginnen kann, assoziiert wird, was in dem Gedicht in verschiedenen Bildern aufgegriffen wird. Die Therapeutin bringt es zur nächsten Stunde mit, trägt es vor und gibt es als Fotokopie den Patienten, die es dann spontan noch mal lesen. Das Gemälde von Frau H. zeigt Stufen, die mit einer Linie von oben abfallend beginnen und jeweils eine andere Farbe haben. Querlinien sollen das Ganze

miteinander verbinden. Eine Mitpatientin ist fasziniert von ihrem Bild, der Ordnung darin und äußert ihre Gedanken dazu, gibt jeder Stufe und Farbe eine Bedeutung. Frau H. hört es sich an und unterbricht und verbessert sie dann spontan bezogen auf die für sie aktuelle Stufe, dass diese keine undefinierbare Farbe habe, sondern golden sei – der goldene Herbst. Sie kann auf Nachfrage für die noch folgende orange Stufe mit einigem Zögern hinzufügen: „ich weiß nicht, ...ich hoffe, dass noch was auf mich wartet.... Zufriedenheit?!“

Es kommt hier m. E. ein neuer Aspekt, eine Ressource hervor, die im Klinikalltag noch nicht sichtbar ist und sich voraussichtlich noch im Vorbewussten der Patientin befinden. Dies ist im künstlerischen, kreativen Ausdruck ein Phänomen, das öfter zu beobachten ist, nämlich, dass sich schon etwas zeigt, was erst später im aktuellen Geschehen seinen Niederschlag findet. Diese schwer depressive Frau, die bei „drohender“ Entlassung mit Suizidäußerungen reagiert, das Behandlungsteam befangen scheint, etwas von ihr zu fordern oder sie darin zu fördern, sich Lebensqualitäten zu erarbeiten mit ihren Ressourcen, um mit ihrer chronischen Depression einen befriedigenden Lebensalltag zu gestalten, zeigt sich hier mit einer Hoffnung, was die Zukunft betrifft und kann sie spontan positiv besetzen („Zufriedenheit“).

3.1.1.3. Individuelle Gestaltungsweise und Entwicklung

In der Beobachtungsphase fällt auf, dass die Nutzung und Bespielung der Instrumente von Frau H. zunehmend souveräner wirkt. Es gibt einzelne Instrumente, die sie im Besonderen wählt, wie z.B. den Psalter. Der Psalter ist ein Seiteninstrument mit etwa 30 Saiten diatonisch gestimmt, der mit einem Streichbogen gestrichen werden kann. Von Frau H. wird er meist mit einem Plektron gezupft. Ihre Weise darauf zu spielen differenziert sich zunehmend. Nach anfänglichem Streichen quer über alle Seiten mit einem Plektron, zupft sie im Weiteren auch einzelne Töne, was manchmal wie kleine Motive und Melodien wirkt. Bei dem Vorhaben der Gruppe, die Musik lebendiger werden zu lassen, setzt sie das Darüberstreichen schwingvoll ein, man kann sozusagen die Bewegung hören. Es scheint sich also in kleinen Veränderungen zu zeigen, dass sie an Gestaltungscompetenz gewinnt.

Beim Spielen auf dem Psalter macht sie oft den Eindruck mit diesem innerlich verbunden zu sein, mit ihm in eine eigene Welt für die Spielzeit einzutauchen. In ihrem Bezug zur Gruppe und deren Aktivität ist dies z. T. zu merken. Sie scheint dann deren Gestaltungsverlauf wenig wahrzunehmen, kann im Nachhinein wenig zum Geschehen sagen, bzw. sie findet keine Worte für ihr Erleben des Gewesenen. Ist sie bezogen auf ein Gruppenvorhaben tätig, kann damit etwas anfangen bzw. greift dieses auf, ist sie im verbalen Austausch freier im Reden, findet Worte für das Geschehen und ihr Erleben. Sie scheint sich redend allerdings wenig zuzutrauen, wartet in den meisten Fällen, dass sie angesprochen und gefragt wird, um sich dann mitzuteilen. In ihrer musikalischen Gestaltung wirkt sie freier, kommt aus dem eher im Hintergrund klingenden Spiel zu melodischen Weisen, die durchklingen oder hat rhythmisch eine strukturierende Wirkkraft im Rahmen einer Improvisation. Ihre bildnerische Gestaltung ist zunehmend ausdrucksstark, ihre eigene Beschreibung dazu lässt ihre innere Beteiligung erkennen. So malt sie z.B. mit wenigen Strichen und Farben eine Szene (fliegende Vögel über den großen Bäumen), die die Bewegung erkennbar werden lassen.

In den späteren Stunden ist im Verlauf öfter zu beobachten, dass sie sich spontan einbringt, wenn sie scheinbar auf der Handlungsebene zuvor im eigenen Tun oder zur Gruppe einen Bezug herstellt.

In der letzten Beobachtungsstunde werden diese Bezüge in mehrerer Hinsicht sichtbar, da sie diese verbalisiert und in einem Bild gestaltet. Sie nimmt das Stufengedicht von H. Hesse inhaltlich auf, es ist in ihrer Gestaltung in ihrem Bild wieder zu finden. Eine Mitpatientin ist von ihrer Gestaltung fasziniert und teilt ihre Deutung des Bildes ausführlich mit. Frau H. hört dem bis zu dem Moment zu, in dem sie ihre Deutung nicht mehr getroffen sieht. Das teilt sie spontan mit und führt die Interpretation des Bildes für die Gruppe aus ihrer Sicht zu Ende.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass mit der zunehmenden Präsenz von Frau H. als Person im Behandlungsverlauf auch ihre Gestaltungsweise an Ausdruckskraft zunimmt, wie sie auch im Gruppengefüge und deren Gestaltung durch ihre Bezugnahme auf die Gruppe mit ihren Ressourcen sichtbar wird. Ihre Kompetenz etwas aufzugreifen und kreativ zu gestalten wird in der Musiktherapie einige Zeit früher sichtbar als im Klinikalltag und zeigt sich dann in ihrem erst wieder aufkommenden Lebensgestaltungswillen.

3.1.2. Frau T.

Sie wurde 1944 in Mainz geboren. Sie berichtet, im strengen Elternhaus habe ein liebloses Klima geherrscht, wo sie mit einer älteren Schwester aufwuchs. Eine ältere Schwester starb vor ihrer Geburt und ein jüngerer Bruder wurde nur wenige Tage alt. Über den Tod der Geschwister sei nie geredet worden. Ihre Lehre habe sie auf Drängen ihres Vaters aufgegeben um im elterlichen Haushalt zu helfen. Ihre Mutter sei an Krebs verstorben als sie 20 Jahre alt war. Berufliche Gründe hätten sie und ihren Ehemann in den Norden gebracht. Von ihren drei Kindern sei ihr Sohn mit 21 Jahren verstorben. Vor 20 Jahren habe sie sich von dem sie betragenden Ehemann getrennt. Sie sei seit vier Jahren berentet aufgrund ihrer körperlichen Beschwerden.

Vor zwei Jahren nahm sie erstmals Kontakt zu einer Psychiaterin auf, worauf sie tagesklinisch behandelt wurde aufgrund starker Unruhe im Rahmen einer Anpassungsstörung und eines chronischen Schmerzsyndroms. Danach kommt es zur stationären Aufnahme und einer Entlassung in eine vollstationäre Wohneinrichtung zur Wiedereingliederung. Dort wird aufgrund des hohen Pflegeaufwands ein Antrag für die Unterbringung in eine Pflegeeinrichtung gestellt. Nun kommt sie erneut in die Klinik, erhält auch EKT-Behandlungen und wird im gebesserten Zustand in die Wohneinrichtung entlassen. Dort hat sich in den letzten Monaten die Stimmung verschlechtert, sodass es zur erneuten Aufnahme in die Klinik kommt, wobei auch ihr enormes Übergewicht und daraus resultierende körperliche Beschwerden, sowie Motivationschwierigkeiten aus dem Bett zu kommen zu Konfliktsituationen mit Mitarbeitern geführt haben. Sie ist bei der Aufnahme sehr verzweifelt, lässt ihre begleitende Betreuerin reden und will eigentlich bei dem ambulanten Gespräch nicht einwilligen in der Klinik zu bleiben.

Die vollstationäre Behandlung auf der allgemein/geronto-psychiatrischen Station dauert einen Monat. An der Musiktherapie nimmt sie während der Beobachtungsphase sieben Mal teil und danach noch an einer weiteren Stunde bei noch zwei weiteren Wochen Aufenthalt.

3.1.2.1. Verhalten und Erleben

Beobachtungen:

Für die Patientin ist der Weg bis zum Musiktherapieraum sehr mühsam wegen ihrer eingeschränkten Mobilität aufgrund ihrer Körperfülle und den schmerzenden Beinen. So kommt sie oft zu spät oder nur mit viel motivierender Unterstützung des Pflegepersonals und der Musiktherapeutin. Sie fehlt auch einzelne Stunden.

Frau T. nimmt den Stuhl gegenüber der Therapeutin ein und ist dort erstmal eine Weile außer Atem. Aufgrund ihrer eingeschränkten Mobilität werden ihr die Instrumente angereicht. Einmal kommt es beim Aufstehen am Ende der Stunde zur Harninkontinenz, was ihr sehr unangenehm ist.

Sie benutzt wechselnd kleine Instrumente wie Sambaballen, Sansula, Kalimba oder ein kleines Xylophon, die ihr angereicht werden, z. T. aufgrund ihrer mitgeteilten Auswahl. Selber erkundend tätig wird sie mit einzelnen Instrumenten schon mal in der Pause, wenn sie im Raum bleibt. Für eine Gruppengestaltung bringt sie persönliche Gegenstände mit, die sie bewusst auswählt. Das Verwenden der Zeichenmaterialien verweigert sie grundsätzlich (in der

Ergotherapie malt sie mit Vorliebe Mandalas aus, die sie in der letzten Stunde stolz der Therapeutin in die Musiktherapie zeigt). Musikalisch ist sie z. T. aktiv beteiligt, verbal bringt sie sich zunächst nur bei direkter Nachfrage ein.

Ihre Motivation zur Musiktherapie zu kommen scheint oft gering oder stark beeinflusst durch die scheinbar große Überwindung überhaupt loszugehen. Im Raum braucht sie erstmal eine Weile um sich von den Anstrengungen zu erholen. Es gelingt ihr nicht, sich zeitlich so zu orientieren, dass sie frühzeitig losgeht, um sich nicht hetzen zu müssen, wie es die Therapeutin mit ihr vereinbarte. Hinzu kommen ungünstige Situationen in der Organisation des Stationsalltags, sodass sie z. B. zu Stundenbeginn mit somatischen Behandlungen aufgehalten wird.

Ihre Zurückhaltung in den Gruppenstunden lässt oft ihren Bezug zum Geschehen schlecht einschätzen, anderen gegenüber scheint sie sich schon mal unverständlich zur Musiktherapie zu äußern.

Wenn sie das Interesse der anderen Teilnehmenden wahrnimmt, reagiert sie mit mehr Offenheit und teilt sich differenzierter und ausgiebiger mit. Äußerungen zum Erleben formuliert sie eher indirekt. Aus ihrem Gesagten wird eine starke Resignation und Abwertung des Eigenen deutlich. Sie scheint an keine Verbesserung ihrer Lebenssituation zu glauben, scheint keine positive Perspektiven für sich zu haben (so glaubt sie z.B. nicht an ihre geplante Teilnahme am Urlaub mit der Wohngruppe aufgrund ihrer körperlichen Verfassung). Sie erwarte „nur noch eins“, was sie dann nicht näher beschreiben möchte.

Das Dazugehören, auch wenn sie sich etwas nicht zutraue/könne, scheint ein individuelles Thema von ihr zu sein, sowie auch das Finden eines Anfangs oder Zugangs, was sich beim Reinformen in drei kleinen Musikstücke (eine Spielabsprache) für sie erlebbar wird.

Beim Thema der Gruppe, kleine konkrete Beispiele zu finden, um aus dem Trott des Klinikalltags für einen Moment herauszukommen, fällt auf, dass sie sich nichts vorstellen kann und Ideen anderer für sich grundsätzlich ausschließt. Andererseits träumt sie wohl vom Urlaub machen, wegfahren und sich die Zeit selbst einteilen zu können. Aber dies sei ja nicht mehr möglich für sie, konstatiert sie abschließend resigniert.

Gegenübertragung:

Ich möchte ihre Präsenz herauslocken und sie nicht übergehen, sondern eher ihr Befinden und ihre Motivation erkunden durch Kontaktaufnahme und Nachfrage. Ich möchte immer wieder testen, inwieweit sie beteiligt ist oder eher genervt von dem Angebot, was sie Außenstehenden gegenüber äußerte. Ich habe Sorge um sie und ihre Motivation weiterzuleben. Mir ist es wichtig sie wahrzunehmen, so sehr sie mich auch mit ihrer Trägheit und ihrer demonstrierten Unfähigkeit den Weg zum Musiktherapieraum rechtzeitig zu organisieren, irritiert. Ich engagiere mich mehr als für Mitpatienten der Gruppe für ihr Kommen, um den Kontakt und ihre musiktherapeutische Behandlung aufrecht zu erhalten. Mir ist es wichtig, den Kontakt zu ihr zu erhalten, meinerseits zu investieren.

Interventionen:

Es geht viel einbeziehende Aktivität von mir als der Therapeutin aus um sie in ihrem Können wertzuschätzen, um sie vielleicht in ihrer eigenen Einschätzung „umzustimmen“. Ich gebe ihr zu verstehen, dass sie dazugehört durch meine stete Kontaktaufnahme und Aussage, dass sie okay sei, so wie sie ist, auch wenn sie sich anders als andere empfinde.

Zeitweilig biete ich ihr im Rahmen des Gruppenaustausches Anknüpfungen an Gesagtes von anderen an, was sie z. T. aufgreift.

Zusammenfassung:

Die Dauer der musiktherapeutischen Behandlung erscheint zu kurz um weiterführende Veränderungen in Verhalten und Erleben beobachten und bewirken zu können. Es zeigen sich

schon verdeckt Fähigkeiten, die sie an sich selber wenig wahrnimmt. Meist wirkt sie eher fremdmotiviert und beliebig, in dem was sie aufgreift. Sie macht sich wenig vertraut mit den Gegebenheiten und dem Angebot und kann sich die Möglichkeiten kaum zu eigen machen. Ihre Instrumentenwahl erscheint eher beliebig. Es gibt einzelne „Inseln“ wo sie auftaut und aus sich herauskommt und etwas von sich preisgibt oder auf Aktuelles Bezug nimmt. Sie wirkt wenig motiviert, ihr Leben selber in die Hand zu nehmen und zu gestalten. Ihre depressive Verfassung zeigt sich in ihrer Resignation über ihre körperliche Verfassung und in ihrer fehlenden Perspektive.

In der stationären Behandlung schien es insgesamt eine gewisse Verbesserung ihrer Stimmung zu geben, sie fing an, Angebote wie Bewegungsbad oder Beschäftigungsangebote der Ergotherapie anzunehmen. Sie nahm im Verlauf regelmäßig und gerne an der Ergotherapie teil, hatte eigene Ideen, wenn sie auch öfter an die Therapiezeit erinnert werden musste.

In der Dokumentation des Team fällt auf, dass ihre Stimmung stets wechselnd als gut und gedrückt aufgefasst wird, ohne dass deutlich wird, woran der Stimmungswechsel gebunden sein könnte. Ich vermute, dass es unterschiedliche Interpretationsweisen ihres Verhaltens sind, da der Wechsel mehrfach innerhalb eines Tages dokumentiert „nebeneinander“ steht. Über ihre Kontakte auf der Station wird gesagt, dass sie oft für sich sitzt und Rätsel löst, abends scheint sie geselliger zu sein, zwischen den Mitpatienten zu sitzen und auch mal Gesellschaftsspiele zu spielen. Ihr Essverhalten ist relativ ungesteuert, sie sei nicht in der Lage Diät zu halten.

3.1.2.2. Weiterführende Anknüpfungspunkte

Ihr zurückhaltendes Verhalten lässt wenig Einblick zu, wo ein Bezug zur Sache oder eine Beziehungsqualität spürbar wird. Sie scheint es insgesamt eher dem Anderen zu überlassen zu ihr Kontakt zu suchen. Sie zeigt sich freundlich und verstehend, dann doch wieder abwartend auf Angebote, sie hält den Kontakt nicht aufrecht.

Aus der Gruppe wird ihr Mitgefühl und Verständnis entgegengebracht für ihre Mühe zum Musiktherapieraum zu kommen. Es bleibt offen, ob sie es annimmt.

In den Gesprächen über die musikalische Gestaltung und Austausch von eigenem Erleben ist sie durch Nachfrage der Therapeutin kurzzeitig beteiligt. Sie selber nimmt den Kontakt auf, wenn ihr z.B. bei einer Besprechung nach einer Gestaltung mit Gegenständen für ihre mitgebrachten persönlichen Gegenstände und ihre Begründung ihrer Auswahl, Aufmerksamkeit und Interesse entgegengebracht werden. Sie gerät dann ins Gespräch, in dem sie auch etwas „richtig stellt“, was sie anders sieht als die Gruppe. Es wirkt fast wie in einem lockeren Kontakt zur Gruppe.

Konkrete Aufgaben im Rahmen der Gestaltungen kann sie umsetzen, aus ihrem Gesagten wird deutlich, dass sie dem aber wenig Bedeutung beimisst oder den für sich gefundenen Begriff nicht „in Musik umsetzen könne“. Im weiteren Gespräch, in das sie durch Nachfragen aktiv einbezogen wird, kristallisiert sich ihre Frage nach dem Sinn dieser Aufgabe heraus. Ob sie jedoch mit der Antwort viel anfängt, bleibt aufgrund ihrer Zurückhaltung unklar.

Das freie Gestalten mit Farben zur gehörten Musik verweigert sie, was eine klare Bezugnahme ist, mit der sie sich deutlich einschränkt. Sie scheint so das Empfinden der Überforderung gering halten zu wollen, was sie scheinbar mit einem frei gestalteten Bild verbindet, da sie sonst gerne Mandalas als Grundlage ihres Malens benutzt. In der Nachbesprechung der Bilder kann sie für einen Moment etwas Differenziertes dazu einbringen, bleibt im Weiteren aber nicht aktiv im Kontakt.

Manchmal greift sie etwas auf, was andere gestaltet oder gesagt haben, indem sie die Vermittlung der Therapeutin aufgreift, weniger spontan aus sich heraus. In einer der letzten Stunden, als die Gruppe sich verkleinert hatte, bringt sie sich nach einigem Zuhören ein. Das Thema ist „die Stufen des Lebens“ oder die Lebensgestaltung aufgrund eines Gedichtes von H. Hesse in

Kombination mit einem Musikstück. Zwei daraufhin gemalte Bilder von Mitpatientinnen werden länger betrachtet und Eindrücke dazu ausgetauscht. Sie vergleicht nun ihr Leben, das sie insgesamt eher als wirr betrachtet, sowie es auch eine Mitpatientin bildlich gestaltete und für sich interpretierte. Sie ergänzt letztendlich, dass sie eigentlich nur noch auf „Eines“ warte. Dies möchte sie nicht weiter erklären.

Bei einer weiteren Stunde, bei der nach einer Improvisation das Thema Trott des Alltag oder des Klinikalltag aufkommt, kann sie scheinbar innerlich Bezug nehmen (sie empfinde es schrecklich, wenn sie nur Termine abarbeiten könne, nicht selber über ihre Zeit und Aktivitäten bestimmen). Es gelingt jedoch kaum mit ihr eine konkrete Idee zu entwickeln, was sie in den kommenden Wochenendtagen an kleinen Dingen selbstbestimmt tun kann, um den Trott des Klinikalltags für einen Moment zu unterbrechen. Vorschläge anderer scheinen für sie nicht erreichbar aufgrund ihrer subjektiv erlebten Immobilität, wie z. B. selbst oder mit ihrem Besuch die Cafeteria im Hause zu besuchen.

Nach der Beobachtungsphase gelingt es nur noch einmal in den verbleibenden zwei Wochen, dass Frau T. an der Musiktherapie teilnimmt. In der Stunde hat sie einen Stapel ausgemalte Mandalas mit und zeigt sie der Therapeutin stolz in der Pause zwischendurch.

Psychodynamisch betrachtet könnte man ihre resignierte Weise, ihr Leben nicht mehr aktiv in die Hand zu nehmen mit dem Verlust ihrer Berufstätigkeit in Verbindung bringen. Die Töchter scheinen nicht „zu ihr zu halten“, lassen sie mit sich alleine. Ihre Haltung ihrem Körper und der Gewichtszunahme gegenüber, ihr Rückzug mit Tätigkeiten alleine und wenige Kontaktaufnahme, ihre Resignation dem Leben gegenüber und fehlende Initiative ihre Lebensgestaltung aufzugreifen, ähneln ihrem Verhalten in der Musiktherapie.

3.1.2.3. Gestaltungsweise und Entwicklung

Sie ist eigentlich immer aktiv gestaltend beteiligt, manchmal wirkt es funktional ausgeführt, dann wieder überraschend persönlich, wenn sie sich dazu äußert.

Sie spielt mit dem gewählten Instrument meist eine Weile und beendet oft ihre Aktivität einige Zeit bevor die Gruppe die musikalische Gestaltung zu Ende gebracht hat. Die Wahl ihrer Instrumente wirkt beliebig oder davon geleitet, möglichst nicht vom Stuhl aufstehen zu müssen. Sie probiert durchaus verschiedene aus im Laufe der Zeit. Auf die Größe ihres Instrumentes angesprochen kann sie in einer Stunde bestätigen, dass es größer und stärker für die Intensität ihrer Gefühle sein könnte, bleibt dann dennoch bei der kleinen Kalimba. Sie nimmt in der musikalischen Gruppengestaltung eine hintergrundgestaltende Weise oder Randposition ein.

Verbal kann sie sich z. T. differenziert äußern. Das überrascht angesichts der eher funktional erscheinenden Weise des Spiels auf den Instrumenten, was sicherlich als eine persönliche Kompetenz gewertet werden kann. Es ereignet sich sogar zweifach, dass sie nachdem sie sehr angespannt scheint, während die anderen malen, was sie für sich ablehnt, sich im verbalen Austausch mit Unterstützung doch einbringt und für ihr inneres Bild zu einem Teil der gehörten Musik Worte findet. Sie hinterfragt ein anderes Mal den Sinn einer Spielanweisung, in der es darum ging, ein individuelles zartes Pflänzchen zu finden und im Folgenden eine Improvisation mitzugestalten, um ihm eine Bedeutung zu geben. Sie hat zwar ein Pflänzchen für sich gefunden, die Mimose, von der sie weiß, dass sie sehr empfindsam sei. Doch wie man „so was“ in Musik umsetzen solle und wozu das gut sein solle, verstehe sie nicht.

Manchmal entsteht auch der Eindruck, dass sie auf Nachfrage eine sozial erwünschte Antwort gibt, um nicht weitere Fragen zu bekommen. Von sich aus hat sie sich nur in einzelnen Momenten eingebracht, initiativ für die Gruppengestaltung wurde sie nicht. Eine Beziehung zur Gruppe und deren Gestaltungen schien sie nicht aufzubauen, vielleicht für eine kurze Dauer Kontakt anderer zu entgegnen ohne diesen aktiv aufrecht zu erhalten.

Bei allen Kompetenzen, die sich bei Frau T. eher versteckt zeigten, ist weniger Entwicklung als eine Stagnation in ihrer Verfasstheit im Rahmen der Beobachtungszeit in der Musiktherapie zu sehen.

3.1.3. Frau L.

Sie wurde 1936 geboren, wuchs als die Älteste von zwei Töchtern bei den Eltern auf und machte eine Hauswirtschaftslehre. Sie führte mit ihrem Mann, den sie vor 47 Jahren heiratete, eine Gastwirtschaft. Sie hat drei Söhne und Enkelkinder. Sie wohnt mit ihrem Mann im eigenen Haus. Der Ehemann übernehme viel Initiative und Fürsorge für sie.

Ihr Problem begann vor zwei Jahren, nachdem sie ihre Mutter ins Pflegeheim gegeben habe, nachdem sie sie sieben Jahre versorgt habe. Ihre Söhne sind ins Ausland oder den Süden gezogen. Es hat mit Schlaflosigkeit und Unruhe begonnen, wohl auch mit einer Medikamentenumstellung. Sie ist bereits zum 4. Aufenthalt in unserer Klinik, bisher mit einer rezidivierenden depressiven Störung, einer schweren Episode mit psychotischen Symptomen. Sie hat schon EKT-Behandlungen erhalten. Es gibt noch einen tagesklinischen und stationäre Aufenthalte in einer Klinik aus ihrem Einzugsgebiet, wo keine EKT-Behandlungen stattfinden. Sie hat die Aufenthalte oft abgebrochen. Ihre Stimmung ist nun wieder schlechter geworden, bzw. nie richtig gut geworden. Sie wolle eine EKT-Behandlung und möglichst schnell wieder nach Hause zum Ehemann. Sie habe zu nichts mehr Lust, wolle am Liebsten den ganzen Tag im Bett liegen, sie könne nicht lachen und weinen und sich nicht an ihren Enkeln erfreuen, die gerade aus Schottland zu Besuch da gewesen wären. Die Gedanken würden den ganzen Tag um ihre Krankheit kreisen.

Die mit dem Chefarzt ausgehandelte Bedingung für den diesmaligen Aufenthalt ist, dass sie die Behandlung durchgehalten wird und so die EKT-Behandlung zu Ende geführt werden kann.

3.1.3.1. Verhalten und Erleben

Beobachtungen:

Sie nimmt während ihres vierwöchigen Aufenthaltes ab der 2. Woche an insgesamt 8 Sitzungen teil, die alle in der Beobachtungsphase liegen. Einmal überschneidet sich die EKT-Behandlung mit der Musiktherapie zeitlich und sie kann nicht teilnehmen.

Ihre Sitzposition ist der Therapeutin gegenüber, mal sitzt sie dort mit beobachtenden, mal mit halbgeschlossenen Augen. In ihrer Instrumentenwahl beschränkt sie sich fast ausschließlich auf die hängenden kleinen Röhrenglocken, auch Chimes genannt. Einmal wählt sie die Triangel, die ein ähnliches Klangspektrum hat. Ihre musikalische Beteiligung an den Gruppenimprovisationen ist meist wenig hörbar. Manchmal bringt sie sich sporadisch für einen kurzen Moment lautstärker ein, ohne dass eine Verbindung zum Geschehen deutlich wird oder sie dies Verhalten näher reflektieren könnte. Verbal beteiligt sie sich nur in Reaktion auf Ansprache, außer wenn sie im Verlauf des Geschehens unvermittelt „Hilfe, Hilfe“ leise vor sich hin spricht.

Sie kommt regelmäßig zur Stunde. Sie wirkt abwartend und ist wechselhaft präsent. Sie kann bei Nachfrage adäquate Antworten geben, meist geht es um Antworten in dem Sinne, dass sie etwas nicht wolle, nicht glaube oder nicht wisse. Sie teilt mit ohne Unterbrechung zu grübeln und nicht zu glauben, dass das anders werden könne. Es seien unangenehme Gedanken, darüber wolle sie aber nicht reden.

Im Gruppen- und Handlungsgeschehen wirkt sie wenig eigenmotiviert, eher aus Verpflichtungsgefühlen anwesend. Im Geschehen der Gruppenaktivität kristallisierte sich einmal heraus, dass es ihr Thema sei, wohl oder nicht dazu zu gehören, wobei sie sagte, in der Gruppe

das Zugehörigkeitsgefühl nicht zu haben. Aufgrund ihres eher unbeteiligten Verhaltens und Mangels an differenzierten Äußerungen erscheint sie als jemand, die vermeidet mitzudenken und mit zu entscheiden im Rahmen des Gruppengeschehens.

Wenn sie „Hilfe, Hilfe“ leise oder auch lauter vor sich hin spricht, bedeute dies, dass sie gerade nicht weiter wisse, erklärt sie auf Nachfrage.

Oft scheint ihre erste Reaktion ein „ich weiß nicht“ oder eine Verneinung auf Gesagtes und Gefragtes an sie zu sein. Es wirkt wie eine Fassade, die in Situationen, wo sie eher überrascht wird mit einer Herausforderung, weniger wirksam zu sein scheint. Dann kann sie auch kurzweilig in einen Prozess eingebunden sein.

Eine Entwicklung oder Veränderung in ihrem Verhalten und Erleben ist in den 8 Stunden wenig zu beobachten. Es gibt wechselnde Aufmerksamkeitszustände bei ihr, manchmal scheint sie mehr beteiligt, als man vermuten würde. In der 5. Stunde gibt es einen kurzen Dialog mit ihr aus dem Geschehen heraus, bezüglich ihrer wechselhaften Aufmerksamkeit, die wie in ihrem musikalischen Spiel zuvor in ihrer Spielweise gut zu erleben ist. Dies scheint sie nachzuvollziehen und zu bestätigen. Sie spielt auf ihrem Instrument während der Improvisation immer wieder mal sporadisch für einen Moment gut hörbar mit, um dann wieder eine Weile nichts zu machen. Es wirkt relativ unvermittelt bezogen auf das aktuelle Geschehen.

Gegenübertragung:

Meine Gegenübertragung ist wechselnd, mal möchte ich sie schütteln, mal wenig oder gar nicht beachten, da die Aktivitäten von ihr ausgehen müssten. Manchmal möchte ich herausfordernd sein wie ihre Blicke oder ihr kurzzeitig heftiges Spiel in den Improvisationen. Zeitweilig möchte ich sie mal überraschen mit einer Aufforderung, dass ihre scheinbare Fassade nicht durchgängig zum Tragen kommt.

Interventionen:

In meinen Interventionen versuche ich sie immer mal wieder mit einzubeziehen und sie wissen zu lassen, dass sie für mich dazu gehöre. Gerade im verbalen Austausch der Gruppe frage ich sie öfter nach ihrer Meinung oder ihrem Erleben, nachdem andere schon etwas gesagt haben, auf das sie sich beziehen kann. In der 4. Stunde konfrontiere ich sie mit ihrer abwartenden Haltung als sie gerade mit wachen Augen dabei zu sein scheint und zugleich auf eine Nachfrage zu warten scheint. Ihre Zurückhaltung scheint dabei in einen Zusammenhang zu kommen, das Gefühl zu haben, nicht dazu zu gehören.

Zusammenfassung:

Es ist in den 8 Stunden wenig Entwicklung und Weiterführendes beobachtbar. Sie ergreift selten die Initiative. Sie macht den Eindruck, dass sie gerne einen Rahmen hat, in dem sie „mitlaufen“ kann. Sie kommt wenig in Kontakt mit Mitpatienten und der Gruppe. Es gibt nur einzelne Momente, wo eine Gesprächssituation von ihr ausgeht, wie z. B. als sie sich während der Stunde nebenbei mit einer Mitpatientin über die Nachwirkungen der EKT-Behandlung austauschte.

Insgesamt ist es eine relativ unzufrieden stellende Behandlung, als sie dann nach 12 EKT-Behandlungen nach Hause und in die ambulante Behandlung ihres Psychiaters entlassen wird. Ein Grund dafür liegt darin, dass sie nicht aus dem Kreisgebiet kommt und vorrangig zur EKT-Behandlung bei uns aufgenommen wurde.

Die Haltung des Teams ihr gegenüber ist von Anfang an skeptisch und ambivalent, zumal sie schon mehrere Behandlungen abgebrochen hatte und in ihren Äußerungen so widersprüchlich sei – es ginge ihr so schlecht, jeden Tag am Schlimmsten und sie wolle heute nach Hause. Es wurden darin keine Veränderungen wahrgenommen. Die EKT-Behandlung zeigte keine sichtbare Wirkung. Auf der Station zog sie sich grundsätzlich ins Bett zurück, suchte keinen Kon-

takt zu Mitpatienten. Auch dem Pflegepersonal teilte sie sich wenig differenziert mit. Soziale Aufgaben im Stationsalltag wie das Backen übernahm sie bei Nachfrage.

Meines Erachtens gelang es dem behandelnden Team nicht die Fragmentierung ihres Verhaltens und Erlebens entsprechend aufzugreifen und eine Veränderung mit ihr zu erarbeiten und herbeizuführen. Es blieben viele Fragen offen.

Unter psychodynamischer Betrachtung fällt auf, dass sich scheinbar ihre bisherigen Aufgaben als Mutter, pflegende Tochter und beruflichen Partner des Mannes verloren gingen. Es macht den Eindruck, dass es ihr Identitätsempfinden fragmentiert, sie sich an ihren Mann klammert, der scheinbar alles für sie tut. Die Depression will sie „weggemacht“ haben, kann oder will sie aber nicht in einen Zusammenhang mit ihrer lebensgeschichtlichen Situation bringen.

3.1.3.2. Weiterführende Anknüpfungspunkte

Zunächst fällt in ihrer Weise auf, Bezug zu nehmen auf etwas im Geschehen, indem sie verneint, was von ihr erwartet wird, auch wenn sie andererseits scheinbar selbstverständlich zur Musiktherapie erscheint. Z.B. finde sie kein passendes Instrument für sich oder sie will nicht spielen. Verbal bezieht sie sich nur auf Gesagtes oder Geschehenes, wenn sie konkret danach gefragt wird mit wenigen Worten. Dabei macht es durchaus den Eindruck, dass sie sich durch ihre verneinende Reaktion das In-Ruhe-gelassen-werden indirekt ermöglichen möchte.

Es wäre interessant zu erfahren, was das von ihr stets gewählte Instrument, die klingenden Stäbe, für sie für eine Bedeutung haben. Doch die Frage dazu konnte oder wollte sie nicht beantworten. Dieses Instrument oder auch die Triangel sind sehr hoch klingende Instrumente, die fast immer, ganz gleich welche Gesamtlautstärke vorhanden ist, gehört werden können. Andererseits können sie manchmal auch etwas Alarmierendes ausdrücken, was manchmal auch bei Frau L. so wirkt.

Auf konkrete Fragen, wie z. B. nach einem Ort, an dem man Ruhe suche und finde, sagt sie, dass sie zu Hause auf der Terrasse entspannen könne, was eine adäquate Antwort zu sein scheint.

Auffallend ist ihre Weise, ohne direkte Bezugnahme zu einer anderen Person „Hilfe, Hilfe“ zu sagen mit einem eher starren Blick ins Leere. Auf Nachfrage kann sie äußern, dass sie in solch einem Moment nicht weiter wisse. Das Team versteht dieses als Agieren und hat diesbezüglich beschlossen, es nicht weiter zu beachten.

Ihr Gefühl, nicht dazu zu gehören, kann sie in einer Stunde zum Ausdruck bringen, sie beschreibt es für die musikalische Gestaltung der Gruppe. Die direkte Nachfrage und Rückmeldung, dass sie aus meiner Sicht dazugehöre und ich sie deshalb immer wieder ansprechen werde, scheint sie für eine Weile zu aktivieren.

Bei längeren Gesprächsphasen, wo die Gruppe etwas erarbeitet oder entscheidet, ist sie wenig beteiligt und macht den Eindruck nicht mitdenken und –entscheiden zu wollen oder zu können.

Etwas aus dem musikalischen Geschehen wahrzunehmen und mit sich zu verbinden gelingt jeweils, wenn es ihr als Gedanke angeboten wird, wie z.B. als es um ihr Mal-da-mal-weg-sein in der Musik im Vergleich zu ihrer wechselnden Aufmerksamkeit im Rahmen des Gespräches oder der Stunde ging. Sie schien es mit dem Satz aufzugreifen: „ich bin oft in Gedanken“. Dann aber beendet sie diesen Dialog, da sie nichts über diese Gedanken sagen möchte, außer, dass sie unangenehm seien.

Bei der Gestaltung mit Gegenständen, bei der sie zwei Kuchenschaufeln und ein Brett mitbringt, wirkt sie relativ unverbunden, scheint die drei gleichzeitig auf der Gestaltungsfläche ohne Bezugnahme abzulegen und bringt sich dazu erst verbal ein, als sie gefragt wird. Die Gruppe fragt, ob sie gerne Kuchen esse oder was sie bewog diese Dinge mitzubringen. Ihre Antwort ist „habe nichts anderes gefunden“ und „nee, lieber ein Stück Fleisch“. Es macht den Eindruck, als wenn damit alle Verbindungen mit den Gegenständen, aber auch mit den Interessierten aus der Gruppe gekappt werden sollten. Man fängt gar an zu zweifeln, ob man ihr

glauben kann oder ob diese Aussagen eher funktional sind und dem Reden an sich dienen, aber inhaltlich nicht stimmig sind.

So stellt sich auch nach ihrer letzten Stunde die Frage, wo und was sie eigentlich für sich aufgreift, wenn sie fast nichts nach außen sichtbar werden lässt. So hat sie, als es darum ging, für sich selber eine Pflanze zu notieren beim Thema „zartes Pflänzchen“, auf ihrem Zettel „Gitarrenklänge“ stehen. Als später die aufgeschriebenen Pflanzen genannt werden, nennt sie ganz selbstverständlich die Akelei, als sie gefragt wird. Vermutlich hatte sie vorher die Aufgabe nicht verstanden, da ihre Gedanken ihre Aufmerksamkeit und Konzentration einschränken.

3.1.3.3. Gestaltungsweise und Entwicklung

Sie ist aktiv spielend dabei, wenn auch leicht der Eindruck entsteht, dass es eher funktionalen Charakter hat, um etwas zu tun, wie es gefragt ist. Sie ist sporadisch aktiv, es ist keine ausdauernde Aktivität und gleichbleibende Präsenz im Gruppengeschehen.

Teilweise wirkt es so, dass eine musikalische oder verbale Herausforderung vorab sie musikalisch hörbar werden lässt und dass sich in der „Reibung“ an dem Gegenüber etwas von ihr zeigt.

In den Gruppenimprovisationen setzt sie manchmal durch ihre heftige Spielweise mit ihrem Instrument eine Dynamik in Gang, an der sie im Anschluss nicht unbedingt oder nur zum Teil beteiligt ist. Oftmals wirkt ihr Spiel im Gruppengeschehen wie ungerichtet.

Ihre beschränkte Auswahl auf vor allem ein Instrument (Chimes), eine gewisse Festlegung ihrerseits ist offensichtlich, aber leider bisher nicht mit ihr zu erkunden. Ist es Ausdruck eines Haltes für sie, ist es nur bequem, sich dasselbe zu nehmen, will sie klanglich „oben drüber“ bleiben, etc?

Das unvermittelte mal da sein und dann wieder nicht, ist u. U. auch ein Ausdruck ihres Inneren, das fragmentiert zu sein scheint. Jedenfalls ist die schwankende Präsenz wie ihr sporadisches Spiel, schwer in seinem Bezug nachvollziehbar, zumal sie wenig bezugnehmende Äußerungen anbietet.

Eine Entwicklung in ihrer Gestaltungsweise in der Musik oder darin, überhaupt um eine Situation und Begegnung mitzugestalten, kann eigentlich nicht beobachtet werden. Es gibt kleine Momente, wo es so scheint, als ob etwas Neues geschehen würde, was sich im nächsten Moment wieder in Frage stellt. So scheint es, dass sie aktiver und präsenter wirkt nach der Intervention, dass sie auch dazugehört und gemeint ist. Auch zeigt sich manchmal ihre Kompetenz, wenn sie direkt gefragt ist und spontan antwortet. Es bleibt aber der Eindruck, dass etwas nicht gesehen werden soll, bzw. sie etwas nicht sehen oder leben will, was aber doch scheinbar entscheidend zu ihr gehört.

3.2. Ausführliches Protokoll der Beobachtungsstunde

Donnerstag / 24.08.06 / 10.00-11.30 Uhr / 9. Stunde der Beobachtungsphase

Anwesende: insgesamt fünf Patienten, vier Patientinnen und ein neuer Patient, zwei weitere dazugehörende sind entschuldigt.

Der Anfang der Stunde besteht aus einer Wartephase von etwa 15 Minuten, in der einzelne für kurze Zeit Instrumente erkunden. Der neue Patient wirkt skeptisch, mag nichts von den Instrumenten ausprobieren. Eine Patientin wird durch eine Mitpatientin wegen Durchfall entschuldigt. Frau T. kommt verspätet, habe nach der Lymphdrainage um 10.00 Uhr noch Visite gehabt, als sie gerade kommen wollte. Es folgt eine kurze theoretische Einleitung für den Neuen, dann taucht ein weiterer fehlender Patient auf, um sich für heute zu entschuldigen, weil er noch einiges für seine Entlassung organisieren müsse.

Als alle Formalitäten geregelt sind, fordert die Therapeutin die Gruppe auf, sich ein Instrument für die Anfangsimprovisation auszusuchen. Nachdem jeder in der Runde etwas für sich gefunden hat, schaltet sie das Aufnahmegerät ein und lädt zum Spielen ein. Als die Improvisation zu Ende ist (nach 4.20 Minuten), stellt sie das Gerät wieder ab, wartet einen Moment und fragt die Gruppe, was dies für ein Anfang gewesen sei. Der neue Patient reagiert spontan mit „chaotisch“. Das Gespräch in der Gruppe kommt zögerlich in Gang. Es wird vom zarten und vorsichtigen Beginn der Musik gesprochen. Es habe nicht harmoniert und dass man bemüht um das Zusammenspiel gewesen sei. Keiner habe schon eine Richtung an das Ganze geben wollen, konstatiert die Therapeutin aus dem Gesagten.

Nach anfänglicher Nachfrage beteiligt Frau H. sich spontan am Differenzierungsprozess. Sie äußert: „Die Instrumente waren nicht abgestimmt.“ Die Therapeutin fragt, was sie damit meine. Im Hintergrund klingelt das Telefon, der Neue meint, dass es ihm gelte, da er sich auf der Nachbarstation heute vorstellen solle. Die Therapeutin lässt es klingeln, da sie während der Stunde nicht telefoniert, was sie auch mitteilt. Der Prozess ist dennoch irritiert.

Die Therapeutin greift das Nicht-Harmonieren aus dem Gesprächsinhalt auf und will wissen, was die Anwesenden unter Harmonieren verstehen, um zu klären, inwieweit alle dasselbe damit meinen.

Frau L. bimmelt immer wieder mit ihrem Instrument (Chimes), das sie noch immer in der Hand hält.

Frau T. beantwortet die Frage damit, dass es bedeute, dass es nicht zusammenschmilzt, ein Ton in den anderen übergeht.

Die Gruppe diskutiert nun, dass sie vielleicht nicht die richtigen Instrumente dafür hatten, um harmonieren zu können. Die Therapeutin hinterfragt dies in dem Sinne: „Geht es um die richtigen Instrumente oder um ein wohl oder nicht in Stimmung sein mit anderen zu „verschmelzen“ oder ist die Situation mit den Fehlenden, Entlassenen und neuen Teilnehmern auch von Bedeutung in dem Ganzen?“

Es entsteht ein Explorieren von Möglichkeiten, wie die Angelegenheit von den verschiedenen Seiten zu betrachten ist. Wichtig ist der Therapeutin, dass wahrgenommen wird, dass es mehrere Betrachtungswinkel und Gründe für die Weise dieser musikalischen Improvisation gibt.

Die Therapeutin schlägt vor, die Improvisationsaufnahme zu hören und stellt die Anlage zum Abhören an. Danach regt sie den Austausch über die neu gewonnenen Eindrücke an.

Eine Patientin sagt: „Jetzt wirkt es nicht mehr so krass, ... versuchtes Zusammenspiel“, es wirke jetzt anders, vorher hörte man so die Nachbarn direkt, jetzt sei es mehr aus der Ferne. Der Neue sagt auf Nachfrage: „Jetzt ist es zu 80% kompakt“ und erklärt es mit „ineinander gehend, aufeinander abgestimmt sein.“

Das in seinen Anfängen wahrgenommene Gemeinsame oder „versuchte Zusammenspiel“ bringt die Therapeutin mit dem Bild des „zarten Pflänzchen“ aus der vorletzten Stunde in Verbindung, das im ursprünglichen Zusammenhang in der vorletzten Stunde zur leichten Veränderung in Richtung einer Stimmungsaufhellung entstand.

Ein zweiter Anknüpfungspunkt entsteht zur Gruppengestaltung in der letzten Stunde, die zunächst etwas 8 Minuten stagnierte, da keiner den Anfang machen wollte, wie sich in der Nachbesprechung herausstellte. Die Therapeutin beschreibt für die aktuelle Improvisationserfahrung, dass jeder etwas eingebracht habe, aber noch nichts Weiteres festlegen wollte. Es sei noch nicht klar, wo es längsgehen könnte im Sinne eines gemeinsamen Augenmerk oder einer Richtung.

Die Therapeutin teilt kleine Zettel und Stifte aus und bittet jeden eine Notiz zu machen zu folgendem: „Wenn Sie an ein „zartes Pflänzchen“ denken, was für eine Pflanze fällt Ihnen dann ein?“ Jeder schreibt etwas auf seinen Zettel, wenn auch manche erst nach längerem Zö-

gern. Dann werden die Patienten gebeten, den Zettel wegzulegen, da die Notiz erst einmal für sie selber sei.

Im Weiteren lädt die Therapeutin die Gruppe ein, nun eine Musik zu spielen, wo Ihr ausgewähltes Pflänzchen eine Bedeutung bekomme. Sie fordert die Teilnehmenden auf, zu schauen mit welchem Instrument sie diese Musik machen wollen. Es werden nun mehrere Klanginstrumente gewählt. Frau H. bleibt bei ihrem Psalter, Frau L. bei den Chimes und Frau T. nimmt sich die Rührtrommel.

Es entsteht nun die zweite Improvisation (von 4.35 Minuten), in der einzelne Töne und Tonfolgen hörbar werden. Frau H. streicht nicht nur über den Psalter sondern sie zupft auch. Die Rührtrommel wird weniger gerührt als dass einzelne Hölzer angeschlagen werden. Die Chimes von Frau L. kommen „schubweise“ zum Klingen. Auch die Sansula und Kalimba der anderen Teilnehmenden sind mit einzelnen Tönen und Motiven hörbar. Am Ende stellen einige ihr Instrument zurück, auch Frau L. legt diesmal ihr Instrument ab, sodass es nicht mehr unvermittelt erklingt.

Die Therapeutin regt einen Erfahrungsaustausch an und eine persönliche Bezugnahme zur Aufgabe: „Was sind ihre Erfahrungen mit dem Vorhaben, eine Musik zu spielen, wo Ihr Pflänzchen eine Bedeutung bekommt?“

Eine Patientin sagt spontan: „Was ganz Kleines, was wächst und sich öffnet.“ Die anderen der Gruppe halten sich zurück.

Die Therapeutin macht mehrere Nachfragen an die Gruppe: „War es schwierig oder konnte man das gut umsetzen?“ Zudem fordert sie die Teilnehmenden auf, sich mitzuteilen mit der Bitte, doch nicht nur eine aus der Runde alleine reden zu lassen.

Frau L. antwortet nun: „Nee, konnte ich nicht.“ Die Therapeutin geht darauf ein: „Sie waren aktiv dabei!“, sie gibt zurück: „Ja aber...“, und da sie nicht weiter redet versucht die Therapeutin den Satz zu vervollständigen mit: „... waren nicht zufrieden?“, wozu sie leicht nickt. Die Therapeutin will von der Gruppe wissen, ob die Spielanleitung mit dem Pflänzchen für sie eine Hilfe war. Sie bekommt von der spontan redende Patientin Bestätigung, Frau T. sagt jedoch, dass sie es nicht umsetzen konnte.

Die Therapeutin versucht auch die anderen der Gruppe zu Äußerungen zu motivieren und fragt: „Sagt sie es für alle richtig? Gibt es noch andere Erfahrungen?“ und erklärt, das es wichtig sei, Erfahrungen zusammenzutragen, so dass das Pflänzchen wachsen kann. Darauf spricht Frau H. spontan: „Ja das kommt so ungefähr hin, wie sie es sagt.“ Die Therapeutin knüpft an: „Haben Sie bemerkt, dass Sie diesmal anders gespielt haben als sonst, einzelne Töne gezupft haben?“ Frau H. wirkt erstaunt über diese Beobachtung, kann es aber auch wahrnehmen, ohne sich dessen während des Musizierens bewusst gewesen zu sein.

Frau T. meint ihrerseits: „Kann ich nichts zu sagen, kann ich nichts mit anfangen, Pflanze in Musik umsetzen!“ Die Therapeutin erkundet sich, ob es ihre Frage vielleicht sei, was der Sinn dieser Aufgabe sein soll. Frau T. bestätigt dies.

Die Therapeutin gibt die Frage an die Gruppe weiter, inwieweit sie einen Sinn in dieser Aufgabe sehen könne. Dann registriert sie, wie Teilnehmende zur Uhr schauen und bemerkt, dass es bereits Zeit für eine Pause ist. Sie schlägt vor, die Frage nach der Pause wieder aufzugreifen.

Die Pause dauert von 11.05 – 11.15 Uhr. Frau T. braucht Unterstützung beim Aufstehen um in der Pause der Raum verlassen zu können.

Der neue Patient geht in der Pause auf die andere Station, da er zu einem Aufnahmegespräch abgerufen wurde. Er soll dorthin verlegt werden.

Nach der Pause greift die Therapeutin die vorherige Frage wieder auf: „Hat jemand eine Idee, was für einen Sinn das macht, so eine Aufgabe mal umzusetzen?“

Die sonst auch als Erste und oft als Einzige das Wort ergreifende Patientin sagt darauf: „Im Grunde genommen ist die ganze Natur eine Melodie.“ Die Therapeutin ergänzt im Weiteren, dass die Natur wie die Musik auch eine Gestaltung ist.

Die Therapeutin ist nun bemüht mit der Gruppe die Frage nach dem Sinn der Aufgabe heraus zu kristallisieren. Sie fordert Frau T. speziell heraus, ihre Frage zu differenzieren. Sie meint, speziell in der Aufgabe mit der Pflanze sehe sie den Sinn nicht. Da auch Frau L. ihr Unverständnis diesbezüglich ausspricht, spitzt die Therapeutin die Antworten individuell jeweils für die beiden zu.

An Frau T. gerichtet spricht sie davon, dass eine Blume wie die Musik eine Gestalt ist und uns beim Improvisieren als Hilfe dienen sollte, eine Idee für eine musikalische Gestaltung zu entwickeln. Das Improvisieren diene dazu, Kontakt zu den Anteilen in sich zu kriegen, die kreativ etwas gestalten können. Diese Fähigkeit habe sie sicher auch, z.B. bei ihrer Vorliebe zum Rätselraten, was sie verneint.

Für Frau L. bezieht sich die Therapeutin auf den Aspekt, dass man manchmal seine Lebenssituation aufgrund von Krankheit oder schwierigen Ereignissen wie eine Sackgasse erlebt, wo man zu diesen kreativen Fähigkeiten keinen Kontakt mehr finden kann, welche man aber dazu brauche, um etwas anzupacken und da heraus zu kommen. Die Musiktherapie und das Spielen würden dazu dienen, dass sie wieder einen Zugang zu diesen Kräften entwickeln könne, um dann auch in ihrer Lebensgestaltung wieder etwas in Angriff nehmen zu können.

Danach greift die Therapeutin das Thema und Bild des „zarten Pflänzchens“ auf und schlägt vor, die aufgeschriebenen Pflanzen zu nennen. Dabei ist Frau H. erstaunt, dass sie wie eine andere Patientin der Gruppe das Gänseblümchen ausgewählt hatte.

Frau T. hatte die Mimose gewählt. Die Therapeutin hebt dessen Reaktion hervor auf das, was von außen an die Pflanze herankomme, wie die Reaktion der Blätter sich zusammen zuziehen.

Frau T. sagt darauf: „Ja, man sagt, sie ist eine empfindliche Blume. - Sie hat gelbe Blüten.“

Frau L. spricht von der Akelei und entscheidet sich bei Nachfrage für die Farbe rosé. Auf ihren Zettel stand eigentlich „Gitarrenklang“ geschrieben, was die Therapeutin in der Pause auf dem offen liegenden Zettel gesehen hatte.

Um noch weiter den Bezug zur gespielten Musik zum „zarten Pflänzchen“ herzustellen, fragt die Therapeutin, ob die Gruppe die 2. Improvisation anhören wolle, nachdem sie nun voneinander wüssten, welche Pflänzchen eine Rolle spielten. Die Gruppe stimmt dem zu und es wird die Aufnahme angehört.

„Lässt sich diese Musik verbinden mit den zarten Pflänzchen?“, fragt die Therapeutin danach die Gruppe. Es kommt ein freier Einfall wie „Blumenwiese“ von der Patientin, die schnell Bilder und Einfälle zu Gestaltungen hat.

Frau T. meint auf Nachfrage, ihr Eindruck sei geblieben, sie könne die Blume nicht in Musik umsetzen. Diese Aussage nimmt die Therapeutin zum Anlass zu vermitteln, dass es länger brauche, bis es einem aufgrund der Erfahrungen gelinge, sich mit den eigenen Werken zu verbinden. Frau H. könne hier sicher ein Lied von singen, welche bestätigend nickt, und ihre Erfahrungen vergleicht mit heute, wo sie mehr mit den Gestaltungen anfangen, ihr Erleben mehr wahrnehmen könne.

Die Therapeutin schlägt aufgrund der vorgeschrittenen Zeit vor, die Erfahrungen von heute mitzunehmen und verabschiedet sich bis zur nächsten Stunde am Dienstag um 10.00 Uhr.

Beim Rausgehen der Patienten spricht die Therapeutin noch einmal Frau T. an, die gerne als Letzte den Raum verlässt, um Zeit und Platz zu haben sich aufzurichten bei ihren starken Steh- und Gehbeschwerden aufgrund ihres Übergewichtes. Sie versucht mit ihr zu vereinbaren, grundsätzlich zumindest 5 Minuten früher zur Musiktherapiestunde loszugehen, um für sich die Situation zu schaffen, in Ruhe ankommen und sich erholen zu können. Frau T. stimmt dem zu, muss zuvor aber noch „richtig“ stellen, dass es heute nicht ihr Verschulden gewesen sei, zu spät zu kommen, wofür sie Verständnis bekommt.

3.3. Reflektierende Gedanken und methodische Erklärungen zur Stunde

Zunächst wirkte sich die Organisation des Stationsalltags bezogen auf die zuvor stattfindende Visite und weiteren Maßnahmen auf den Start dieser Stunde aus.

Eine 15 minütige Wartephase ist für alle Beteiligten eine belastende Situation, da sie inhaltlich relativ undefiniert ist und eher weg vom eigentlichen Vorhaben des Treffens führt. In dieser Stunde scheinen sich die Teilnehmenden in der Wartezeit in sich zurückzuziehen. Der Therapeutin gelingt es nicht, da sie selber von der Situation überrascht ist, den Beginn der Stunde als Teil des Setting für die Gruppe zu sichern, sie selber ist über das unkollegiale Verhalten „im Stillen“ verärgert, kann es scheinbar auch nur hinnehmen. (Sie plant hier zukünftig anders vorzugehen.)

Die erste Improvisation ist im Folgenden dann gefärbt von dieser Anfangsstimmung des Wartens im Sinne von Zögern und Vorsichtig sein und einer geringen Bezogenheit aufeinander im Spiel. Das „musikalische“ Gegenübertragungsgefühl der Therapeutin lässt sich mit einer Mischung aus Auf-sich-gestellt-sein, aber auch eine Idee wahrnehmend, wenn sie auch nicht bis ins letzte verfolgt wird, beschreiben. Das Ganze bekommt noch keine spürbare Richtung, wohl wird etwas bemerkt, was letztendlich im Bild eines „zarten Pflänzchens“ gefasst wird. Es braucht allerdings einige Zeit, dies zu differenzieren und zu artikulieren. So unverbunden wie die Anfangssituation bleibt, scheint das Gestaltungsgeschehen auch zunächst unverbunden mit der aktuellen Situation (Gruppendynamik, individuelle Bedürfnisse und psychische Verfassung). Hier leistet die Therapeutin einige Vermittlungsarbeit durch Nachfragen und dem Äußern von vermittelnden Gedanken.

Die Gruppe erscheint anfänglich relativ wenig aufeinander bezogen, sicherlich aufgrund der Anfangssituation, aber sicher auch, da bei einer Depression die Aufmerksamkeit sich eher nach innen richtet. Die Gruppenmitglieder zeigen sich zunächst zögerlich in der Aktivität und es kommt kaum zur Kontaktaufnahme untereinander.

Indem die Therapeutin nach der Anfangsimprovisation konsequent nachfragt, differenziert die Gruppe ihre Aussagen stets weiter und die Konzentration auf das gemeinsame Tun wird stärker. Ihr Anliegen ist die Spielenden mit ihrer Gestaltung in Verbindung zu bringen.

Mit dem Hinterfragen der Aussage, dass sie wohl nicht die richtigen Instrumente zum Harmonieren gewählt hätten, möchte die Therapeutin eine Bezugnahme der Gruppe und der Einzelnen zur aktuellen Situation erreichen. Die Teilnehmenden sollen darin unterstützt werden, das eigene Verhalten und Erleben im aktuellen Zusammenhang wahrzunehmen.

Es erscheint der Therapeutin immer wieder notwendig für Verbindungen zwischen eigenem Tun und Erleben bei den Gruppenmitgliedern zu sorgen, damit ein progressiver Gestaltungsprozess in Gang kommt und bleibt. Wenn die Bezugnahme nicht ausreichend gelingt, bleibt es bei einem funktionalen Ausführen von dem, was die Therapeutin vermeintlich erwartet, bzw. die Gruppe erwartet, dass die Therapeutin sagt wo es lang geht und auch die Verantwortung dafür hat, dass es gut klingt und es keinen nervt. Es ist daher ein wichtiger Aspekt der musiktherapeutischen Arbeit ein selbstbestimmtes und selbstverantwortliches Handeln zu

fördern und somit eine wahrnehmende Verbindung zwischen Verhalten und Erleben zu unterstützen.

Um die eigene Einschätzung der Patienten zur musikalischen Gestaltung zu unterstützen sind das Anhören und der Austausch darüber Teil der Arbeit. Oft wird die Musik noch einmal anders wahrgenommen und erlebt, wenn sie etwas später im Vergleich zur Situation des Improvisierens angehört wird. Auch in dieser Stunde kommt es daraufhin zu einer positiveren Bewertung des eigenen Spiels. Dies liegt nicht zuletzt an der distanzierteren Perspektive auf das musikalische Geschehen der Improvisation, sie wird mehr als ein Ganzes erlebt.

Die Therapeutin ist im aktuellen Geschehen an ein Bild aus der vorletzten Stunde erinnert. Sie greift es bewusst für das heutige Phänomen auf, um an die Erfahrung der vergangenen Stunde anzuknüpfen und es als Rahmen und Richtung anzubieten. Die Gruppe scheint sich zu erinnern und lässt sich, zumindest teilweise, auf das neue Gestaltungsangebot ein.

Die Fokussierung auf das „zarte Pflänzchen“ gibt dem Geschehen eine Richtung und die Konzentration auf ein gemeinsames Vorhaben in der Gruppe wächst. Die nun gestellte Aufgabe ein Pflänzchen für sich zu wählen und aufzuschreiben, dient der Verbindung jedes einzelnen mit dem Thema und seiner Idee dazu und fordert seine persönliche, bezogene Beteiligung heraus.

Die Improvisation, die dem jeweiligen Pflänzchen eine Bedeutung geben soll, wird feiner und differenziert in der Formenbildung und scheint durch Einzelne bewusst gestaltet zu werden. Das Erleben der Therapeutin beim Improvisieren im Sinne der Gegenübertragungsgefühle ist einerseits ein Suchen im eigenen und Spiel der anderen nach etwas, was sich entfaltet und zeigt, und zugleich eine Freude über zarte Konturen, die zum Vorschein kommen im differenzierteren Spiel einzelner.

Der verbale Austausch über die Erfahrungen im Rahmen dieser Improvisation bezogen auf das Vorhaben läuft zunächst schwer an, die Gruppe scheint der verbal sehr aktiven Patientin gerne das Reden zu überlassen. Daher versucht die Therapeutin ihre Beteiligung herauszufordern und den Sinn und den Nutzen eines Austausches aller Beteiligten interessant zu machen. Dies wird versucht, indem jeder einzelne herausgefordert ist, seine Erfahrung mit der Spielsituation und dem Bild „zartes Pflänzchen“ zu verbalisieren. Letztendlich führt das Gespräch dann über das Erleben von Frau T. zu der Frage nach dem Sinn dieser „Übung“.

Die Therapeutin versteht angesprochene Fragen als aktiven Versuch, sich mit dem eigenen Tun und Erleben und Nutzen des musiktherapeutischen Angebotes auseinander zu setzen. Nur wenn Fragen wirklich ausgesprochen werden, kann versucht werden eine Antwort zu finden und sich eine persönliche Bedeutung daraus entwickeln.

Das Anknüpfen an die zuvor auf die Zettel notierten Pflänzchen ermöglicht, dass die Pflanzen in ihren Eigenarten, aber auch der jeweilige Patient, Aufmerksamkeit bekommt. Behutsam und mit einem gewissen Interesse füreinander geht dies von statten. Die Aktivität miteinander und das Interesse füreinander scheint „zart zu wachsen“ und mit den konkreten Pflanzen die stärkste Konzentration aufeinander zu bekommen. Dies ist eine Entwicklung im Vergleich zum Beginn der Stunde. Es wird zwar über die jeweilige Pflanze gesprochen, doch dem ist immanent, dass der einzelne sie jeweils für sich ausgewählt hat. So ist wohl auch das Erstaunen zu verstehen, dass zwei das gleiche Pflänzchen (Gänseblume) wählten.

Wenn auch nicht für alle erlebbar ist, welche Bedeutung und welchen Bezug die gestaltete Musik zum Eigenen hat, macht es Sinn, noch einmal auf die konkrete musikalische Gestaltung zurückzukommen, sie anzuhören, soweit möglich einen Bezug herzustellen oder eben den Nicht-Bezug zu konstatieren als Teil des Bewusstwerdungs- und Wahrnehmungsprozesses.

Die Therapeutin sieht darin eine Möglichkeit, diese Stunde abzurunden und auch die zweite Improvisation ausreichend gewürdigt und mit dem Erleben der Teilnehmenden in Bezug gebracht zu haben.

Der individuelle Kontakt zu Frau T. am Ende der Stunde erscheint der Therapeutin wichtig, um ihr neben dem Verständnis mitzuteilen, dass sie dazu gehört und ihre Anwesenheit erwünscht ist und ihr mühsames Kommen wahrgenommen wird. Aus den gemachten Erfahrungen ist ersichtlich, dass diese Patienten insbesondere um den Sinn ihrer Beteiligung ringt und von sich aus nur punktuell Anknüpfungspunkte wahrnimmt, die speziell ihr angeboten werden, ansonsten ihre Resignation den stärkeren Einfluss auf ihr Erleben und Tun hat.

3.4. Bezugnahme auf die drei Aspekte in der Einzelfallauswertung

Die Beschreibung der oben genannten Gruppenstunde lässt nun einen punktuellen Einblick auf das Verhalten und Erleben, die Anknüpfungspunkte und Gestaltungsweisen der Teilnehmenden zu. Dass die drei Beobachtungsaspekte in der Auswertung (unter 3.1.) zwar einzeln beachtet wurden, ist hier schwieriger zu realisieren, da es sich um Aspekte ein und desselben Geschehens handelt und die Aspekte letztendlich ineinander greifen. Von daher werde ich im Folgenden auf eine strikte Trennung verzichten, sondern lediglich das Gruppengeschehen nacheinander aus den drei Blickwinkeln beleuchten. Manchmal sind zur Erhellung des Sachverhalts auch Ergänzungen aus Beobachtungen und Informationen außerhalb dieser Stunde nötig.

3.4.1. Verhalten und Erleben

Im geschilderten Gruppengeschehen zeigt sich bezogen auf **Frau H.** im Verhalten und Erleben, dass sie zunächst aus ihrer wartenden Haltung durch Fragen und Einbeziehen herausgeholt wurde. Sie übernimmt keine Initiative, auch ist sie eigentlich die am längsten Vertraute mit der Situation der Musiktherapie in der Runde. Ihre Zurückhaltung wird erleichtert durch eine engagierte, sich verbal spontan viel einbringende Mitpatientin.

Nicht anders ist es mit Frau L. oder Frau T.: Sie scheinen eher da zu sein, weil das Programm es so fordert, als dass sie selber dabei Interessen vertreten. Sie sind aktiv beteiligt, wenn es ums Musizieren geht, im musikalischen Geschehen aber eher im Hintergrund hörbar. Verbal reagieren sie auf an sie direkt gestellte Fragen, von sich aus sind sie nicht beteiligt.

Bei Frau H. bietet sich gegen Ende der Stunde noch die Gelegenheit, dass sie ihr jetziges Erleben mit den früheren Stunden vergleichen kann und konstatiert, dass sie nun mehr erlebe und aus dem Ganzen für sich mitnehme. Ihr gelingt es auch sich auf einen kreativen Prozess einzulassen, in dem das „zarte Pflänzchen“, was bei ihr eine Gänseblume war, eine Bedeutung beim Improvisieren bekommt, sie das Bild ihrer Pflanze auch beim Spielen für sich aufrechterhalten kann. Dies wäre ihr in früheren Stunden nicht möglich gewesen. Ihr Spiel auf dem Psalter ist hörbar anders. Aus dem Drüberstreichen über alle Seiten wird ein Zupfen einzelner Töne.

Bei **Frau T.** spielt Eigeninitiative in ihrem Verhalten scheinbar wenig eine Rolle, ihre Bewegung und Handlung ist jeweils eine Reaktion auf eine Herausforderung in der Musiktherapie. Dann jedoch erscheint es so, als wenn sie sich näher davon berühren lassen kann und Bezug nimmt auf das was ihr angeboten wird. So ist es z.B. mit ihren Äußerungen zu ihrer Pflanze oder mit ihrer Frage nach dem Sinn der Spielform, was sie weiter differenziert, als darauf eingegangen wird. Sie scheint es von sich aus nicht angestrebt zu haben, aber doch aufzugreifen, als sie Resonanz bekommt. Ihr Erleben ist zunächst erst einmal sehr körperlich, nämlich sich unbeweglich zu fühlen, jede Bewegung scheint mit viel Anstrengung und Schmerzen verbunden zu sein.

Frau L. ist einsilbig, und wenig bereit sich mit Gewesenem in der Musik oder eigenem Verhalten auseinanderzusetzen. Direkt nach ihrem Erleben gefragt, äußert sie, es nicht zu wissen, oder nichts damit anfangen zu können. Sie scheint sich sozusagen treiben zu lassen im dem, was um sie herum geschieht ohne irgendwo anzudocken und Bezug herstellen zu wollen. Wenn sie durch Fragen aufgefordert ist, Eigenes auf das gemeinsame Thema zu beziehen, scheint sie es spontan zu tun oder sich auszudenken (siehe „Akelei“). Es bleibt offen, inwieweit es sie noch näher beschäftigt.

Insgesamt scheint das Erleben der beiden vermutlich von inneren Konflikten und eigene Themen determiniert zu sein und sich so im aktuellen Gruppenprozess auszudrücken.

3.4.2. Weiterführende Anknüpfungspunkte

Betrachtet man das Geschehen der Stunde unter dem Aspekt der Anknüpfungspunkte, fällt zunächst auf, dass sich die Therapeutin viel um solche bemüht. Erst die Anwesenheit von Anknüpfungspunkten bringen eine Bezogenheit und eine Bedeutung ins Geschehen, was sonst beliebig „dahinplätschern“, beliebig beginnen und enden könnte. Da die Gruppe der depressiven Patienten hier schon während der Wartezeit recht unverbunden beieinander sitzt und es auch ein Teil ihrer Symptomatik ausmacht, sich weniger nach außen als nach innen zu orientieren, ist es ein ganzes Stück Arbeit in und mit der Gruppe soweit zu kommen. Hilfreich sind Teilnehmende, die schon erfahrener und in ihrer sozialen Kompetenz freier sind oder sich verbal spontan einbringen mit ihren Bildern und Assoziationen und diesen Prozess voranzutreiben. Deutlich wird daraus vielleicht auch, dass es ohne ein Bemühen um Anknüpfungspunkte im Aktuellen nicht zu einem konstruktiven therapeutischen Geschehen kommen kann, sondern es eher die depressive Symptomatik verstärkt. Erst die Geschichtlichkeit des therapeutischen Geschehens lässt Bedeutungen erlebbar werden und macht es möglich darauf aufzubauen.

Bei **Frau H.** zeigt es sich, dass die Initiative der Therapeutin Sinn macht, sie immer wieder mit einzubeziehen, Bezugnahme abzuverlangen, sodass sie zunehmend selber an Angebote der Gruppe und des Geschehens anknüpft und es für sie eine Bedeutung bekommt. Es wird sichtbar, je mehr sie mit ihrem Handeln Bezug nimmt auf die aktuelle Situation, auf ihr Erleben und/oder das Gruppenvorhaben, desto mehr kann sie sich auch verbal ausdrücken und ihre Erfahrungen und Erleben in Worte fassen. Ich wage zu behaupten, dass sie überhaupt dadurch erst mehr von sich und ihrem Bezug zum Drumherum wahrnimmt und sich dadurch selber wieder wahrnehmen kann.

Bei **Frau T.** ist die Bezugnahme noch sehr brüchig und mit Skepsis und Sinnfragen durchmischt. Sie beschäftigt es erst einmal, wozu sie sich überhaupt für etwas interessieren und engagieren sollte, wenn sie den Sinn davon nicht versteht. Sie hat scheinbar wenig Erfahrung und Vertrauen in kreative Prozesse, die zu einem Ergebnis führen, wenn man es auch zu Beginn noch nicht absehen kann. Sich auf so etwas einzulassen scheint ihr auch Angst zu machen. Da ihre eher resignative Einstellung ihr Verhalten und Erleben steuert, scheint es der Therapeutin wichtig, ihr im Kontakt ihrerseits ein Angebot zu machen, sie im Besonderen ihre körperlichen Mühen überhaupt zur Musiktherapie zu kommen, anzuerkennen und sie weiter zu ermutigen und ihr entgegenzukommen.

Frau L. scheint sich selber nur recht fragmentiert wahrzunehmen und nur zeitweilig spontan zu reagieren auf das, was sie gerade erlebt. Das was sie erlebt, scheint auf wenige Aspekte reduziert zu sein und sich ihr selber nur fragmentiert zu erschließen. Zugang zu kreativen Anteilen in sich scheint sie wenig zu erleben, wenn es auch von außen so aussieht, als wenn ihr Handeln davon manchmal angeregt oder gesteuert ist. Es scheint für sie selber keinen Wert oder Bedeutung zu haben. Vielleicht ist es ihr kurzweilig möglich ein Zugehörigkeitsgefühl zu empfinden, wenn sie auch wie die anderen gefragt ist, sich zu äußern, z.B. ihr Pflänzchen zu nennen. Sie scheint zumindest sozial erwünscht auf die Nachfrage zu antworten. Auch

beim Mitbringen von drei Gegenständen für die Gruppengestaltung scheint sie im Vorfeld ganz stolz zu sein, etwas zu haben, was sie mir unvermittelt schon Stunden vorher auf dem Flur der Station beim Vorbeigehen freudig mitteilt.

3.4.3. Gestaltungsweise und Entwicklung

Um nun über die Gestaltungsweisen der drei Patienten etwas zu sagen, muss ich mich unvermeidlich wiederholen was die Gestaltung an sich betrifft. So zeigen sich in den zwei Improvisationen und dem Gruppen- wie verbalen Prozess folgende Einzelheiten:

Frau H. zeigt im zweiten Stück eine differenziertere Spielweise, die mehr eine Kontur erkennen lässt. Sie zupft einzelne Töne, die sich zu Motiven oder kleinen Melodien zusammenfügen. Bei der ersten Improvisation verwendet sie noch das sonst oft verwendete Streichen über alle Saiten in verschiedener Intensität und Geschwindigkeit. Im Klingen von Tönen, die sich untereinander wieder zu kleinen melodischen Elementen verbinden, wirkt ihr Instrument und damit sie im Geschehen umrissener und auf etwas bezogen im Gegensatz zu einem beliebigen Tönespiel, wo der einzelne Ton nicht von Bedeutung zu sein scheint. In ihrer Präsenz im verbalen Austausch über die 2. Musik und ihrem Bezug zum Thema „zartes Pflänzchen“ zeigt sie sich mehr als eine individuelle Person mit ihren Ressourcen. Sie kann es selber wahrnehmen, wenn auch noch nicht differenzierter benennen.

Frau T. ist im Musikalischen hörbar beteiligt am Gruppenspiel, beendet frühzeitig ihr Spiel, ohne dass dies von den anderen bemerkt und beachtet wird. Es scheint ihr selber ebenfalls unwichtig zu sein, wie sie beteiligt ist. Die Frage nach dem Sinn dieser „Mühen“ scheint ihr vorrangiges Thema zu sein. Die Wahl eines Instrumentes scheint sich bei ihr mehr nach dem geringsten Aufwand zu richten, als dass die Wahl sich aus einem aktuellen Bedürfnis heraus entwickelt. Ihre Produktivität scheint reduziert auf das „Nötigste“. Sie profitiert davon, wenn andere Andeutungen ihrerseits aufgreifen und Interesse zeigen. Dann kann sie mehr investieren und sich z.B. verbal einbringen über die Beantwortung einer Frage hinaus. Selbstreflektierend lässt sie dabei nur ein geringes Maß an Aufmerksamkeit von außen zu. Ihre konkrete Produktivität möchte sie nicht beleuchtet sehen, bzw. sie misst ihm wenig Wert bei, sodass für eine Rückmeldung oder gar eine Weiterentwicklung ihrer Gestaltungsweise wenig Raum bleibt. Im Prinzip mag sie es scheinbar nicht, Eigenes frei zu entwickeln und zu kreieren. Das Ausmalen von Mandalavorlagen oder Ausfüllen von Wort- und Zahlenrätseln liegt ihr offensichtlich näher, sie betreibt sie ausdauernd in ihrer Freizeit.

Frau L. zeigt sich musikalisch und verbal in einer fragmentierten Weise, die vermutlich ihrem inneren Erleben gleicht. Es ist ihr nur kurzweilig möglich bei entsprechender Ansprache und Herausforderung eine Beziehung aufzugreifen, die dann wieder verloren zu gehen scheint, da ihre Konzentration nur kurzweilig ist.

4. Das Spezifische der Gruppenmusiktherapie

Die Behandlungsformen auf einer allgemein/geronto-psychiatrischen Station sind neben der Musiktherapie im medizinischen, pflegerischen, krankengymnastischen, psychoedukativen, alltagspraktischen, ergo- und bewegungstherapeutischen Bereich. Dies sind, außer der Einzelgespräche der Bezugstherapeuten zum Teil, meist eher edukative als psychotherapeutische Angebote, zu dessen Aufgaben und Anleitung die Patienten angehalten sind sie auszuführen, bzw. sie eine medizinisch-pflegerische Behandlung erhalten.

Es ist zu beobachten, dass viele der Patienten sozusagen an der Türe die Verantwortung für ihre Genesung und ihr Wohlergehen abgeben und oft erst im Laufe der Behandlung lernen, was sie selber zu ihrer Gesundung beitragen und verantworten können und müssen. Da es eine Klinik ist, steht auch oft die Hoffnung im Vordergrund, dass eine entsprechende medikamentöse Behandlung das Problem lösen könne, zumal viele der älteren Patienten auch mit körper-

lichen Beschwerden kommen, z. T. vom somatischen Bereich über ein psychiatrisches Konzil in die psychiatrische Abteilung gelangen. Zudem zeigt sich bei vielen Älteren ihre Depression über körperliche Beschwerden und Somatisierungen.

Um den Zugang zu inneren Beweggründen und Ressourcen zu fördern, scheint das Angebot der Musiktherapie hilfreich zu sein. Die Musik und freie Gestaltung schafft, dass die Atmosphäre in der Gruppe, die Art des Miteinanderseins, sowie die Stimmung und Verfassung der einzelnen sich in den Gestaltbildungen zeigt, sich heraushebt, erlebbar wird und das „Material“ sich zum Ausprobieren und Modellieren eignet. Dabei werden Ressourcen angesprochen, die dann jeweils auch erleb- und erfahrbar werden.

Die Musiktherapie mit einem psychodynamischen Verständnis sucht zu ergründen, was die Patienten bewegt, so zu sein, wie sie eben sind, voraussetzend, dass jedes Verhalten und Erleben einen Sinn hat, auch wenn es sich nicht gleich erschließt. Weymann (1986) spricht davon, dass die Musiktherapie eine Behandlung der Selbstbehandlung des Patienten bedeute und nicht dadurch funktioniere, dass man von außen eingreife und Korrekturen anbringe. Das Aufgreifen der individuellen Weise und die Möglichkeit, dass dem Seelischen ein Raum zur Gestaltbildung geboten wird, kann dem jeweiligen die inneren Beweggründe, seine Weise das Leben zu leben, deutlich machen. Nicht nur, dass damit die Eigenverantwortlichkeit der Patienten angestoßen wird, es geht auch darum, bei dem anzuknüpfen, was da ist und der Selbstbehandlung wieder auf die Sprünge zu helfen, die im Falle der Erkrankung ins Stocken geraten ist. Joachim Bauer (2002) spricht in seinem Buch über die abgespeicherten frühen Vorerfahrungen in Nervenzell-Netzwerken mit dem Risiko der Depression und geht somit neben psychodynamischen auch von neurobiologischen Vorgängen aus, die das spätere Verhalten und Erleben determiniert. „Tatsächlich zeigte sich, dass Personen, die später an einer Depression erkrankten, in den ersten Jahren ihres Lebens überdurchschnittlich häufig von Trennungserfahrungen oder schweren Gefährdungen ihrer maßgeblichen, beschützenden Beziehungen betroffen waren.“ (ebd.) Solche Erfahrungen „werden in synaptischen Verknüpfungsmustern der Hirnrinde und des limbischen Systems codiert und gespeichert.“(ebd.) Im Weiteren geht er davon aus, dass die psychotherapeutische Behandlung nicht nur über neue Beziehungserfahrungen auf das Seelische einwirkt, sondern auch neurobiologische Veränderungen sichtbar werden.

Das Beziehungsangebot der Musiktherapie und der Gruppe kann, wenn es über die Regelmäßigkeit und Häufigkeit ausreichend verfügt, eine neue Erfahrung für Patienten bedeuten, sich z.B. anerkannt und verstanden und im Kreis Gleichaltriger und Gleichgesinnter aufgehoben zu fühlen. Dies gelingt aufgrund der Rahmenbedingungen (s. o.) nicht stets, doch es sind durchaus Beobachtungen zu machen, wie Patienten auftauen und im Verlauf Vertrauen fassen, bisher abgewertete eigene Produktionen schätzen lernen und Vertrauen in sich selber gewinnen. (siehe z. B. die Ausführungen von Frau H.)

In meiner Arbeit gehe ich davon aus, dass ich bei den Älteren mit lebenserfahrenen Menschen zu tun habe, die momentan ihr Leben nicht für sie zufriedenstellend gestalten können. Im Rahmen einer Krise und Krankheit funktioniert die Selbstbehandlung nicht mehr, scheint sich die Handlungsmöglichkeit zu reduzieren, gerade die intuitive und kreative Kompetenz gerät „außer Reichweite“, während sie voraussichtlich im Leben schon ganz hilfreich war. In der freien musikalischen Gestaltung im Rahmen der Musiktherapie, welche die Patienten oft mit Kinderkram und –spiel vergleichen, liegt eine spezifische Möglichkeit an die kindlichen Lernmöglichkeiten im Spiel anzuknüpfen, den Teilnehmenden Erfahrungen damit zu vermitteln. Kinder lernen dadurch, dass sie spielen, ihr Leben im Spiel gestalten. Wenn es gelingt, diese Erfahrungsmöglichkeit den Älteren zugänglich zu machen, sind interessante Entwicklungen in der musiktherapeutischen Behandlung zu beobachten. Erschwerend kommt sicherlich hinzu, dass die seelische Formenbildung Älterer tendenziell sich stärker mit dem Gestalt-

faktor „Form bewahren“ (Horak 2003) verbündet als mit Umbrüchen und der Nutzung von neuen Freiheiten. Es ist sozusagen mit Ängsten verknüpft, das Gefühl Identität verlieren zu können, neben allen alltäglichen, bedeutsamen Verlusten, die die Identität schon in Frage stellen. Dazu ist sicherlich zu sagen, dass es Menschen jeder Alterstufe mehr oder weniger schwer fällt, etwas Vertrautes aufzugeben, wenn noch nicht klar ist, was wird. Dennoch ist es gerade eine Aufgabe im Alter, sich mit den Verlusten arrangieren zu können und neue Bedeutungen und Lebensqualitäten für sich zu entdecken und zu entwickeln. Anders zu sein (als die Jüngeren) und sich nicht mehr dazugehörig zu fühlen, ist oft ein Thema der Älteren (siehe Fallbeispiele).

Vielleicht muss man sich fragen, ob die freie musikalische Gestaltung nicht eine Zumutung für das Klientel bedeutet. Doch genau in der Irritation liegt auch die Chance, dass sich für die Patienten neue „Spielräume“ (West 2006) eröffnen, in denen Störungen sich ausbreiten und neue Bewerkstelligungsformen entwickelt werden können. Indem bei aktuellem Störungserleben lebensgeschichtliche Bedeutungszusammenhänge in den Blick rücken und die Gestaltungsmöglichkeiten der Improvisation zur Verfügung stehen, können neue Bewerkstelligungen entwickelt werden.

Bei fast allen Patienten ist zunächst zu beobachten, dass das freie Spielen auf den Instrumenten und ihre eigenen Musiken mit einer starken Abwertung belegt werden. Manchmal verändert sich daran ein wenig, wenn sie im Nachhinein die aufgenommene Musik noch einmal hören und das Ganze aus einer anderen Warte, distanzierter von Außen statt als aktiver Beteiligter, wahrnehmen können. Oft zeigen sie sich überrascht über den Zusammenklang, die scheinbar doch spürbare Form. Meistens hält diese Musik aber dem wertenden Vergleich mit „richtiger“ Musik, wie sie sie sonst hören und lieben, nicht stand. Selten wird eine eigentliche Abwertung oder auch nur Zweifel am Sinn des Angebotes offen und direkt ausgesprochen. Oft werden die Patienten in anderen Gesprächen wie z. B. der Visite ermutigt, in denen sie es ansprechen, um davon freigestellt zu werden, die Frage nach dem Sinn doch in der Musiktherapie zu stellen und dort auf jeden Fall weiterhin teilzunehmen und sich damit auseinanderzusetzen.

Lebensgeschichtliche Bedeutungszusammenhänge, die oft bei depressiven Älteren nur zögerlich ins Blickfeld geraten, kommen oft erst zu einem späteren Zeitpunkt ins Gespräch, da das Reden über so Persönliches in einer Gruppe für diese älteren Patienten fremd ist oder weil die aktuelle depressive Verarbeitung aller Eindrücke eine Lebensbetrachtung deutlich erschweren. Wenn die Therapeutin Zusammenhänge aufgreift, die ihr bekannt sind, hat dies eine Wirkung des Erkennens, auch wenn das Thema nicht weiter konkret vertieft wird. Es kann auch mal zur völligen Verneinung durch den Patienten führen, wenn dieser sich nicht auf derartige Sichtweisen einlassen will.

Oft helfen zunächst Metaphern weiter, überhaupt das aktuelle Geschehen in seiner Weise und Formenbildung wahrzunehmen und aufzugreifen. Z.B. die soeben gespielte Improvisation mal als ein Wetter zu beschreiben, ermöglicht den meisten eine indirekte Verbalisierung ihres Erlebens, da sie scheinbar nur das Wetter beschreiben ohne zu berücksichtigen, dass es auch etwas von ihnen ausdrückt. Das Gespräch kriegt dadurch zunächst einen Rahmen und es ist möglich, den eigenen Beitrag mit den Äußerungen der anderen zu vergleichen. Das dabei entstandene „Wetterbild“ nun mit den Äußerungen der Teilnehmenden zum „Wetter in ihnen drinnen“ in Zusammenhang zu bringen, schafft erfahrungsgemäß eine Möglichkeit, das eigene Verhalten und Erleben indirekt mit dem aktuellen Geschehen in Verbindung zu bringen. Andere metaphorische Assoziationen können auch z.B. ein Gedicht (Stufengedicht von Hesse/Frau H. s. o.) einer Patientin zum Gestaltungsgeschehen sein, dass dann bei einer weiteren Gestaltung zu weiteren Verknüpfungen führt, woraus sich wieder Anknüpfungspunkte ergeben.

Hilfreich sind auch Patienten in der Runde, die immer wieder spontan assoziativ Einfälle in Form von Bildern oder Szenen zu der aktuell gespielten Musik haben. Dies war in der Beobachtungsstunde bei der als erstes redende Patientin so. Bei manchen Patienten braucht es auch die Ermutigung, dass sie ihre Einfälle aussprechen, da sie selber ihren Bildern und Einfällen kaum Bedeutung beimessen und sie daher nicht mitteilen. Es ist manchmal überraschend, wie treffend jemand die musikalische Gestaltung in Worte fasst, während man in seiner sonstigen Beteiligung Verknüpfungen und Erlebensäußerungen wie diese nicht vermuten würde. Es zeigen sich hier Ressourcen, die in der freien Assoziation demjenigen zur Verfügung stehen.

Wenn es gelingt, die Anerkennung für die „kleinen Dinge“ im aktuellen Geschehen in der Musiktherapie zu wecken, wächst im Weiteren oft auch die Wahrnehmung für die eigene Wirkkraft im aktuellen Handlungsgeschehen. Frau H. ist im Rahmen des Projektes dafür ein gutes Beispiel. Erst so nach und nach gelingt es, ihren Blick für das Gestaltungsgeschehen entsprechend zu öffnen und ihr Vertrauen zu ihren Einfällen zu stärken, sodass sie ihre Assoziationen, Gedanken und Erfahrungen mitteilen.

Nicht zu vergessen ist, dass in der Improvisation natürlich gerade depressives Erleben und Verhalten Formen findet, die wiederum erlebt werden und sicher nicht immer erwünscht sind. Es ist zeitweilig eine klare Konfrontation mit dem eigenen Unbehagen und Überdruß oder der Leere oder dem stets Gleichen. Interventionen zielen dann u. U. bewusst auf die kleinen Aufhellungen oder das „zarte Pflänzchen“, was sonst schnell übersehen wurde, da ein depressiv getrübtter Blick so etwas eher ausgrenzt, wie es bei Frau T. und Frau L. oft der Fall ist. Auch die Gruppendynamik bildet sich in den musikalischen Gestaltungen ab und ist dann sehr präsent in ihrer Dynamik, die bei einer Gruppe depressiver Älterer oft zunächst sehr unbelebt und kaum aufeinander bezogen ist. Jeder scheint erstmal mit sich selber beschäftigt zu sein, bzw. es ist aufgrund der psychiatrischen Erkrankung der soziale Kontakt eingeschränkt und das stete Grübeln beschneidet erfahrungsgemäß den Blick, sowie das Interesse nach Außen. Ein Empfinden der Entlastung und die Identifikation mit anderen, sowie Erfahrungen von Gruppenzusammenhalt (Peters 2006) stellen sich in der offenen Gruppenarbeit oft nur kurzzeitig und nicht konstant ein, da die Gruppenkonstellation instabil ist. Manchmal erhält sich trotz Neuzugängen und Entlassungen ein gewisser Geist durch den gleich bleibenden Kern der Gruppe. Doch es ist nicht möglich darauf mit Sicherheit aufzubauen.

Sinnvoll ist manchmal für kontrastierende Erfahrungen im musikalischen und/oder Handlungsgeschehen zu sorgen, damit die Wahrnehmung der an Depression erkrankten Teilnehmenden eine Erweiterung erfahren kann, ein deutlich anderes Geschehen den Unterschied zum aktuellen Eigenen erlebbar macht bzw. Unterschiedlichkeit wieder erfahrbar wird. In der Beobachtungsstunde ist das der geringen inneren Beteiligung der Gruppe entgegenstehende Intervention, dass sich jeder ein eigenes Pflänzchen ausdenken und aufschreiben solle. Sie sind herausgefordert, jeder für sich aktiv zu sein, aber dennoch in der Aktivität und Thematik verbunden. Da es besonders bei Depressiven oft ein schwieriger und langwieriger Prozess ist, bis die Gruppe sich als diese erlebt und entsprechende Bezugssysteme untereinander zur Wirkung kommen, ist es adäquat in dem Rahmen die Gruppe in ihrem Prozess deutlich zu unterstützen.

Ein bedeutender Punkt in der musiktherapeutischen Gruppenbehandlung depressiver Älterer scheint mir allerdings zu sein, dass es immer wieder Anknüpfungspunkte gibt, und zwar für den Einzelnen und für die Gruppe. Anhand von bedeutenden Erfahrungen, die zu Anknüpfungspunkten werden, entwickelt sich die Geschichtlichkeit der Gruppe und historisiert sich der individuelle Prozess der einzelnen Teilnehmenden. Es scheint ein besonderes Merkmal

der Depression zu sein, dass die Zeit stehen geblieben ist, die Zukunft als beängstigend und bedrohlich existiert, Vergangenes mit großem Gewicht im Sinne der Trauer über Verlust oder der Reaktion auf schreckliche Ereignisse u. ä. besetzt ist und gegenwärtig nichts mehr zu gehen scheint, nichts mehr Sinn macht. Dadurch, dass es einen Moment gibt, der im Weiteren mit einem anderen verglichen werden kann, oder als Erfahrung von Klar-Werden oder Etwas-Verstehen eine aktuelle Wirksamkeit hat, kann sich im weiteren Verlauf etwas wenden im Verhalten und Erleben. Das immer Gleiche ist im Prozess erlebbar und Veränderungen werden erfahrbar. Manche Patienten, die nicht auf ihre Eigenverantwortung angesprochen werden wollen, aber im Geschehen der Musiktherapie herausgefordert sind, sich gestaltend zu beteiligen, argumentieren ihre Unlust damit, dass es doch immer dasselbe sei. Sie erwarten Variationen durch die Therapeutin veranstaltet und erkennen noch keinen Bezug zum eigenen Verhalten und Erleben.

Die Therapeutin muss hier viel vermittelnde und Verbindung stiftende Arbeit leisten. Sie macht auf Gestaltungszusammenhänge aufmerksam, durch Interventionen und Anleitungen zum Handeln werden Verbindungen sichtbar, damit die Teilnehmenden diese Art der Betrachtungs- und Herangehensweise an aktuelles Geschehen im Verlauf der Zeit vermehrt selber übernehmen. Anknüpfungspunkte sind sicherlich auch Teil anderer Therapien, doch erscheint er mir aus der Erfahrung dieses Projektes ein zentrales Thema zu sein. Aktiv die gemachten Erfahrungen in einen größeren Bezugsrahmen zu setzen und in lebensgeschichtlichen Bedeutungszusammenhängen zu bringen, ist für den Fortgang des musiktherapeutischen Prozesses mit depressiven Älteren bedeutsam.

Hier sind sicherlich auch die beschriebenen Rahmenbedingungen der Allgemein / Geronto-Psychiatrie nicht unerheblich, da in der Organisation des Stationsgeschehens Verknüpfungen und Zusammenhang stiftende Weisen sehr ausbaufähig sind.

Die Anknüpfungspunkte, die innerhalb der Gruppe eine Bedeutung finden, schaffen erst die Grundlage für eine Gruppenbezogenheit und einen progressiven Gruppenprozess. Das gemeinsam gefundene Thema für die Musik oder eine bildliche Gestaltung macht es möglich sich im Weiteren darauf zu beziehen, das Gewesene wieder in Erinnerung zu holen und mit anderem vergleichen zu können. Die Musik selber ist für diese Menschen oft nicht leicht in Worte zu fassen und wie bei einem Bild oder sichtbaren Gestaltung als Ganzes für sich aufzugreifen, vorausgesetzt, dass eine positive Besetzung der eigenen Produkte schon stattfindet. Die emotionale und sinnliche Erfahrung bleibt erhalten, die sonst eher in Vergessenheit gerät, da eine verstehende und innere Verbindung nicht hergestellt wird, wenn andere Erlebnisse oder auch die individuellen Grübelschleifen wirksam sind. Es bedeutet demnach, dass es Aspekte hervorzuheben gilt, die sich im Geschehen andeuten, um sie für die Gruppe als Sinn stiftende Ereignisse oder Anknüpfungspunkte zur Verfügung zu stellen (siehe hier u. a. das Beispiel vom „zarten Pflänzchen“). Weitere Variationen sind z. B. auch das Finden eines Titels für die gespielte und gehörte Improvisation oder auch Spielanleitungen, die eine vergleichende Erfahrung auf der Handlungsebene ermöglichen. Die Weise, dass jeder Teilnehmende der Runde mal von der Gruppe in seinem Spiel unterstützt wird, zeigt schnell, inwieweit die Gruppe das Spiel einzelner differenziert aufnimmt und selber in der Lage ist, sein Spiel entsprechend zu variieren, bzw. inwieweit er sich konturiert einbringt. Meist ergibt sich daraus eine höhere Aufmerksamkeit in der Runde und eine Erfahrung über die verschiedenen kleinen Stücke, die determiniert sind durch die individuellen, aktuellen Weisen der einzelnen Teilnehmenden.

Auch die Rückmeldung an Einzelne z.B. bezogen auf aktuelles Verhalten im musikalischen Geschehen und das Verknüpfen mit lebensgeschichtlichen Bedeutungszusammenhängen oder nur vergleichbaren Verhalten während des stationären Aufenthaltes führt nicht selten zu Anknüpfungspunkten (siehe hier Frau L. mit ihrem fragmentierten Spiel <> wechselnde Aufmerksamkeit).

5. Konzeptionelle Überlegungen, Möglichkeiten und Grenzen

Ich möchte hier nun im Sinne konzeptioneller Überlegungen das Geschriebene zusammenfassen. Dabei gehe ich davon aus, dass der bisherigen Ausarbeitung die Konzeptentwicklung einer Musiktherapie mit depressiven Älteren bereits immanent ist und hier abschließend herausgestellt werden soll. Die konkreten Möglichkeiten und Grenzen ergeben sich aus dem institutionellen und konzeptionellen Gegebenheiten und dem konzipierten Rahmen der gruppentherapeutischen Arbeit auf der allgemein/geronto-psychiatrischen Station, als aus der konkreten Gruppenzusammensetzung. Für die Ausführungen werde ich den Leitfaden zur Konzeptentwicklung benutzen (entwickelt in der Weiterbildung für Musiktherapie und Morphologie /Hamburg 1996).

5.1. Das Bild der musiktherapeutischen Behandlung

Im Rahmen unserer allgemein/geronto-psychiatrischen Station soll die Musiktherapie ein psychotherapeutisches Angebot sein, das mit seinen kreativen Möglichkeiten neben den therapeutischen Einzelgesprächen, weiteren Gruppenangeboten und der pflegerisch-ärztlichen Versorgung für ein therapeutisches Klima auf der Station sorgt.

Die Möglichkeit freier Gestaltungen und daraus resultierenden Selbsterfahrung, sowie die Erfahrungen in der Gruppe als Bezugssystem mit ihrer Beziehungsdynamik und sozialen Komponente ist das inhaltliche Angebot an die Patienten. Dafür sollten die Patienten eine gewisse Neugier mitbringen, sowie die Bereitschaft sich auf Unvorhergesehenes einzulassen und Fähigkeit haben, ihr Erleben und Verhalten in der Gruppe zu reflektieren.

Da es eine Gruppenbehandlung ist, geht es auch um das soziale Gefüge und die damit verbundenen Lernfelder, aber es ist auch bisweilen eine Einzeltherapie in der Gruppe, da die persönlichen Themen den Einzelnen betreffen, andere dies miterlebend und davon profitieren können. Der Patient erlebt sich selber und im Bezug zur Gruppe, so wie er in seinem Alltag sowohl individuell lebt, als er auch in einem sozialen Gefüge, bzw. wohlmöglich aus diesem heraus gefallen ist.

5.2. Die Organisation der musiktherapeutischen Behandlung

Im Rahmen unseres therapeutischen Angebotes der speziellen Station findet die Musiktherapiegruppe dreimal pro Woche statt, an zwei Vormittagen und dazwischen an einem Nachmittag im jeweiligen Wechsel mit anderen Gruppenangeboten und zeitgleich mit den Angeboten für eine zweite Gruppe.

Das Team tauscht sich über alle Patienten einmal die Woche innerhalb von anderthalb Stunden aus, sowie einer erweiterten Übergabe des Pflegepersonals, wo einzelne Fälle näher besprochen werden. Supervision des Gesamtteams findet etwa alle sechs bis acht Wochen statt und wird für konzeptionelle Abstimmungen, Teamkonfliktklärung aber auch Fallbesprechungen genutzt, in der alle Berufsgruppen ihre Erfahrungen zusammentragen und ein Behandlungskonzept entwickelt wird.

Das musiktherapeutische Setting hat als verbindliche Regelung, dass die Patienten regelmäßig teilnehmen, es sei denn es erfolgt eine Freistellung aufgrund einer Anfrage des Patienten oder Konzilbehandlungen der somatischen Klinik oder Belastungsbeurlaubungen. Einzelgespräche sind der Gruppentherapie nachgestellt. Vorgespräche finden zum Einen aus Zeitgründen aber auch im Rahmen des Stationskonzeptes nicht statt, da die Teilnahme an den Gruppenangeboten für alle Patienten verpflichtend ist, bis auf einzelne zu begründende Ausnahmen.

Die Patienten dieser Gruppe müssen selbstständig zum Musiktherapieraum kommen und werden angehalten pünktlich zu sein, soweit es in ihrer Macht steht, - zeitlich auslaufende Visiten im Vorfeld entschuldigen sie. Sollte es zu einer größeren Verspätung mehrerer Patienten auf

diese Weise kommen, wird der Beginn der Stunde verschoben und dann nach Ablauf dieser Wartezeit der Zugang zu dieser Gruppenstunde beschränkt auf die aktuell Anwesenden.

Die Dauer der Musiktherapiestunde ist eineinhalb Stunden mit einer Pause zwischendurch. Gewöhnlich wird mit einer Anfangsimprovisation begonnen, es sei denn, dass neue Patienten in der Gruppe zunächst über das Angebot aufgeklärt werden müssen. Im Weiteren ereignet sich das Spielen im Wechsel mit dem Sprechen und dem Hören der aufgenommenen Improvisation. Die Nachmittagseinheit ist anders konzipiert, es ist jeweils das Hören einer Musik mit einer freien Gestaltung im Malen von Einzelbildern oder eines Gruppenbildes oder einer gegenständlichen Gruppengestaltung kombiniert. Nach den jeweiligen Gestaltungen kommt es zu einem verbalen Austausch, der das Vorausgegangene aufgreift und abhängig von den aktuellen Möglichkeiten der Gruppe vertieft oder auch individuell zuspitzt.

Jede Stunde wird durch die Musiktherapeutin protokolliert und für die psychologische Kollegin zusammenfassend und auf Themen bezogen im „Gruppenbuch“ aktuell festgehalten, da sie die psychoedukativen Gesprächsgruppen im Wechsel mit der Musiktherapeutin anbietet und ihrerseits eine solche Notiz für die Musiktherapeutin schreibt. Letztendlich wird in die jeweilige Patientenakte auf dem „Therapeutenzettel“ für die drei Stunden der jeweiligen Woche eine Eintragung gemacht, die für das Team bedeutsame Aspekte festhält, aber auch für den MDK (medizinischen Dienst der Krankenkassen – Kontrollinstanz) geeignet ist.

Settingsausnahmen entstehen dann, wenn einzelne Patienten z.B. eine starke Abwehr oder Aversion gegen Musik oder die Musiktherapie ausdrücken und diese sich nicht im Rahmen der stationären oder in der Gruppenbehandlung als veränderbar erweist. Im Bezug auf die jeweilige Gruppenzusammensetzung kann das konkrete Angebot für die depressiven Älteren inhaltlich variieren, da der offenen Gruppenkonstellation und der aktuellen Verfasstheit der Gruppe und Einzelner Rechnung getragen werden muss und so durchaus Pläne, bestimmte Weisen und Themen in der nächsten Stunde fortzuführen, dahinter zurückgestellt werden müssen. Inwieweit dabei das Therapieziel einzelner zu kurz kommt, ist nicht immer ausdrücklich im Sinne der Gruppenbehandlung zu berücksichtigen.

5.3. Wendepunkt / Überblick / Brechung / Überschreitungen

Wenn auch die wöchentlichen Teambesprechungen nicht immer zufriedenstellend sind und die vor allem psychodynamischen Hintergründe eines Patienten zu wenig zur Sprache kommen, ist es dennoch durchaus ein Gremium, in dem behandlungsbedeutende Aspekte vereinbart werden und in Folge zum Tragen kommen. Es ist jeweils eine Wochenzielsetzung für jeden Patienten zu finden und zu protokollieren. Fallbesprechungen innerhalb der Supervision, wo gerade in der Behandlung schwierige Patienten besprochen werden, werden vom Team als förderlich und oft die Behandlungssituation und dem Zugang zum Patienten grundlegend verändert erlebt.

Verbindungen zwischen dem Therapiegeschehen und der Lebensmethode des Patienten lassen sich herstellen bezogen auf den Einzelnen und das Gruppengeschehen. Dieser Aspekt ist im Bisherigen unter dem Aspekt der Anknüpfungspunkte beschrieben. Es gab z.B. Verhaltensweisen eines Patienten gegenüber der Gruppe im Sinne von Unbezogenheit, die Anlass gaben für diesen Patienten über alltägliches Verhalten bezogen auf seine Wirkung auf andere nachzudenken und im weiteren Verlauf der Behandlung veränderte sich seine Gruppenbezogenheit, was für ihn wahrnehmbar und erlebbar wurde. Er war auch im Alltag vor allem auf sich und seine Fragen und Bedürfnisse fixiert, machte sich wenig Gedanken, wie er mit seinem Tun auf andere wirke, was in der Musiktherapie zunächst ein lautes, undifferenziertes, unverbundenes Spiel auf der Concertina war, das das Gruppenspiel „unbeabsichtigt“ dominierte. Es war nötig ihn schon von der ersten Stunde an damit zu konfrontieren, damit es ein konstruktiver Prozess für den Patienten und die Gruppe werden konnte. In dem Fall gewann der Patient

an Sympathie, was auf die Veränderung des Gegenübertragungsaffectes der Gruppe und der Therapeutin zu beziehen ist.

Die Therapeutin ist andererseits oft in der Anfangsphase der Teilnahme eines neuen Patienten mit starker Ablehnung ihres Angebotes und z. T. damit auch ihrer Person konfrontiert. Wenn es nicht gelingt das (negative) Übertragungsgeschehen aufzulösen und konstruktiv zu nutzen (Irritation als Chance, s. o.), sind die Patienten auf Dauer nicht für die musiktherapeutische Behandlung zu gewinnen und kommen nicht in eine Auseinandersetzung mit ihrer Haltung und dem lebensgeschichtlich bedeutungsgebenden Erleben dahinter. Manchmal ist es hier hilfreich nicht nur mit dem Medium Musik zu arbeiten in der freien Gestaltung, sondern auch das Malen oder Gestalten mit Gegenständen auf einer vorbereiteten Fläche zu arbeiten. Die sichtbare Gegenständlichkeit, trotz der herausfordernden Unvorhersehbarkeit eines Prozesses, scheint manchen Patienten zunächst leichter zu fallen als das musikalische Improvisieren.

In den kreativen Gestaltungen lässt sich immer wieder das Thema depressiver Älterer im allgemeinen erkennen, was betrifft den Rückzug auf das Eigene, was einen innerlich bewegt und die eingeschränkten Fähigkeiten der Bezugnahme auf andere um sie herum. Dies ist insbesondere wirksam, wenn die Gruppenzusammenstellung grundlegend relativ neu ist, nicht mehr erfahrene Patienten eine gewisse „Vorlage“ für das Gruppengeschehen geben können, wie z.B. das selbstverständliche Auswählen von Instrumenten und freie Improvisieren damit, wobei die Gruppe und nicht eine „leitende“ Therapeutin beginnt. Neue Patienten erwarten in den meisten Fällen, dass das musikalische Geschehen von der „leitenden“ Therapeutin ausgeht, dass sie sagt, wie es geht, den Anfang macht und eine Vorlage zum Spielen bietet. Wenn dann Patienten schon Erfahrungen zeigen, wie man diese Situation selber in die Hand nehmen und für sich nutzen kann, ist der Start für neue Teilnehmenden oft leichter zu machen.

Die individuelle Weise eines einzelnen Patienten in der Gruppe, seine Lebensbehandlungsmethode ist in seinem aktuellen Verhalten und Erleben in den Gestaltungen und Gruppengeschehen erkennbar, wird im verbalen Austausch der Gruppe oft durch z.B. verschiedenartige Erlebensweisen der selben Situation herausgehoben. Vom Patienten selber ist eine erlebte Andersartigkeit oft mit einem Erleben verknüpft, nicht richtig oder auch nicht zugehörig zu sein. Gerade die konkrete musikalische Gestaltung bietet hier oft eine Möglichkeit, es auch mal anders zu betrachten, da z.B. das Spiel des einzigen Rhythmusinstrumentes weniger störend als strukturierend und hilfreich von der Gruppe erlebt wurde, während der spielende Patient seinerseits sich fehl am Platz fühlte, aufgrund seines „heraus fallenden“ Geräusches gegenüber den Klanginstrumenten der anderen. Hier spielen Interventionen und Deutungen der Musiktherapeutin eine Rolle und ihr morphologischer Theoriebezug, was bedeutet, dass sie alles Verhalten und Erleben als sinnvoll erachtet im Geschehen und es darum geht, dies zu verstehen in einem größeren Kontext und bezogen auf lebensgeschichtliche Hintergründe der Einzelnen und Gestaltbildungsprozesse im allgemeinen. Die improvisatorische Haltung in einem solchen nach allen Seiten offenen Geschehen, der Umgang mit Unvorhersehbaren in der Wirkungseinheit Gruppenmusiktherapie mit depressiven Ältern begründet sich für die Therapeutin in der Morphologischen Psychologie und Musiktherapie. Die Lehre von Gestalt und Verwandlung ist im Rahmen eines solchen Geschehens ein hilfreicher Hintergrund die Mehrfachdeterminierung des musiktherapeutischen Geschehens zu handhaben und zu ergründen.

5.4. Übergänge / Folgerungen

Hier wäre natürlich die Frage, wie sich eine beendete Behandlung auf das Bild der Musiktherapie innerhalb des Team oder der Institution auswirkt. Da die Musiktherapie nur ein Teil eines größeren gruppentherapeutischen Angebotes ist und in der Betrachtung wohl selten davon isoliert gesehen wird, ist diese Frage schwer zu beantworten. Innerhalb des Teams scheint sie zunehmend eine Anerkennung zu erlangen, die Teilnahme der Patienten wird unterstützt z.B. auch in Krisenzeiten einzelner Patienten. Da das Erfahrungswissen bezogen auf das

Verhalten und Erleben der Patienten in der Teambesprechung eingebracht wird und auch zur Einschätzung von diagnostischen Aspekten sich hilfreich erweist, hat die Musiktherapie im Laufe der Jahre einen Stand im Team, wenn es auch viele Fragen und Skepsis z.B. des Pflegepersonals aber auch ärztlicher oder psychologischer Kollegen immer wieder auftauchen, da die Transparenz durch eine evtl. hospitierende Teilnahme an der Musiktherapie, geschweige denn co-therapeutische Mitarbeit, aus organisatorischen Gründen nicht verwirklicht wird. Die einzelnen Berufsgruppen sind fast immer überlastet mit der Arbeit, Zusammenarbeit in der Hinsicht wird institutionell nicht unterstützt, wenn nicht z. T. sogar aus Effektivität bezogen auf Quantität untersagt.

Es stellt sich manchmal die Frage, ob das Setting und die Behandlungsmethode aus dem Blickwinkel einer abgeschlossenen Therapie angemessen ist, da der jeweilige Patient aufgrund des institutionellen Rahmens und des Entlassungsdrucks viel zu wenig Zeit im Rahmen der Musiktherapie hatte, für sich etwas zu entwickeln und wahrzunehmen. Dies gilt dann allerdings auch für andere Therapieangebote.

In der laufenden Arbeit mit den Patientengruppen kommt es immer wieder zu Modifikationen aufgrund von neuen Erfahrungen und aktuell besser erscheinenden Behandlungsdifferenzierungen. Diese Forschungsarbeit hat eine Menge dazu beigetragen, das alltägliche therapeutische Arbeiten zu durchleuchten, einzelne Momente zur Reflexion zu zerdehnen, um das komplexe Geschehen in einer solchen Stunde überhaupt in seinem Umfang adäquat auffassen zu können. Im Lauf eines Arbeitstages bleibt kaum Zeit dazu, weil schon die nächste Gruppe wartet. Mit einer solch aufwendigen Protokollierung war es möglich die Prozesse einzelner Patienten genauer zu verfolgen und die effektiveren Angebote und Gruppenprozessvoraussetzungen aufzufinden. Gefunden hätte man sie sonst vielleicht auch, aber die Zeit zur genaueren Hinterfragung des Handlungsgeschehens, wie auch des jeweiligen Erlebens bei den Beteiligten geht im treibenden Alltagsgeschäft unter. Auch die Besinnung auf die theoretischen Bezüge und das Studium entsprechender Literatur und Erfahrungen der Fachkollegen hat die therapeutische Arbeit mit den Gruppen weiter qualifiziert und das Selbstverständnis der eigenen Arbeit gestärkt. Die patientenbezogene Information an das Team hat davon profitiert, sowie auch das immer wieder neue Aufklären der neuen Kollegen über meine spezielle Arbeit mit diesen Patienten, auch bezüglich nötiger Abgrenzung und der Inschutznahme von Gruppenprozessen. Das zeigt sich z.B. in der Handhabung, das nach einem definierten Anfangszeitpunkt nicht beliebig Patienten in die Gruppe nachgebracht oder herausgeholt werden und eine punktuelle Abweisung verspäteter Patienten in diesem Zusammenhang mehr respektiert wird von den Patienten und den Kollegen.

Die Musiktherapeutin bestimmt im Rahmen der Teamsitzungen mit über das Ende einer Behandlung im Rahmen einer allgemein/geronto-psychiatrischen Station. Oft gelingt es, dem weggehenden Patienten einen Abschiedsprozess in der Musiktherapiegruppe zu ermöglichen, doch genauso oft sind in der nächsten Woche Patienten längst entlassen, wenn die Musiktherapeutin (bei ihrer halben Stelle) wieder im Haus ist. In Einzelfällen sind Patienten noch ambulant in der Musiktherapiegruppe. Dies überschreitet allerdings meist die Kapazität der Gruppe, die dann über zehn Teilnehmer ansteigen kann. Es gibt allerdings tagesklinisch an die Station angebundene Patienten, die dann auch noch an der Musiktherapie teilnehmen und dann z.B. die erfahrenen Patienten in der Runde sind für die neu aufgenommenen und selber mehr Zeit haben sich langsam abzunabeln. Einen Abschlussbericht fällt für die Musiktherapeutin im Rahmen des Klinikkonzeptes nur an, wenn sie ambulant einen Patienten selbstständig behandelt hat.

Katamnestische Untersuchungen werden in der Klinik nicht gemacht, wären sicherlich eine interessante Möglichkeit über die weiteren Verläufe der Behandlungen und die Effektivität der Arbeit Auskunft zu bekommen.

6. Resumé

Wie bei jeder Projektarbeit ist es auch hier so, dass es weitere Fragen und Aspekte gibt, denen nachgegangen werden könnte.

So z. B. der Frage, wie es eigentlich zu verstehen sei aus dem lebens- wie auch zeitgeschichtlichen Zusammenhang der Älteren, dass sie oft die Klanginstrumente den Rhythmusinstrumenten und Trommeln im besondern vorziehen. Könnte es hier z.B. einen Zusammenhang zum Nationalsozialismus und dem Marschieren geben oder ist die klangliche Vorliebe eher ihrer Depressivität zuzuordnen.

Aber auch das Improvisieren verstanden als freies Spielen könnte für die Teilnehmer des Projektes, deren Kinderzeit in der Nachkriegszeit liegt, selber schon eine besondere Schwierigkeit sein, weil vermutlich das freie Spielen als gefährlich und unpassend galt, ihr Tun in der Aufbauzeit eher zweckgebunden war. Diese Fragen würden ein weiteres Projekt begründen.

Andererseits hat dieses Projekt für meine aktuelle Arbeit mit sich gebracht, dass mein Selbstverständnis als Musiktherapeutin in der Arbeit mit Älteren gewachsen ist, mir durch die Zeit der Reflexion deutlicher werden konnte, was effektiv und was weniger effektiv in der Arbeit ist. Für den Stand der Musiktherapie in der Klinik bedeutet dies meines Erachtens, dass ich in den Besprechungen mit den anderen Berufsgruppen klarer patientenspezifische Einschätzungen zu ihrer Erkrankung und zu ihren Ressourcen geben kann. Ein bleibender oder wachsender Stand der Musiktherapie im Team ist momentan schwer zu erreichen, da seit geraumer Zeit ein starker Personalwechsel auf der Station bei den Ärzten und Psychologen stattfindet. Ein solcher Wechsel bringt stets neue „Standortbestimmungsauseinandersetzungen“ mit sich. In letzter Zeit erscheint mir dieses leichter zu fallen und sich seltener angreifend anzufühlen, vermutlich auch aufgrund meines neuen Selbstverständnisses.

7. Anhang

Anhang Nr. 1

Beobachtungskriterien zur Depression - Verhalten und Erleben

- Verhalten:
 - einschränken der eigenen Wahrnehmung, Blickwinkel nach innen
 - das Eigene in Frage stellen
 - Selbstabwertung
 - sozialer Rückzug
 - Rückzug bei Schwerhörigkeit
 - häufiger Rückzug ins Bett
 - Suizidalität

- Erleben:
 - deprimiert und bedrückt - mit allem was man wahrnimmt und erlebt
 - ängstlich - bei Kontakt und Neuem
 - nichts zu können; mit allem überfordert zu sein
 - Leere und Kraftlosigkeit
 - nichts mehr wert zu sein, anderen eine Last zu sein
 - zu nichts mehr Lust zu haben
 - körperliche Schmerzen und Unwohlsein, ohne medizinischen Befund
 - Angst, eine Krankheit zu haben
 - Wahnerleben:
 - vergiftet zu werden
 - beobachtet zu werden
 - schuldig zu sein
 - Schulden zu haben
 - Menschen im Raum/ in der Wohnung zu haben

Beobachtbares sich entwickelndes Verhalten und Erleben

- Horizonsweiterung, Interesse für Dinge und Ereignisse in nächster Umgebung
- Distanzieren von Suizidalität
- Aktivität
- Motivationsverbesserung
- Eigenmotivation zu (angebotenen) Aktivitäten
- Wahrnehmungserweiterung, Mitpatienten wahrnehmen
- Sozialer Verhaltensveränderungen, Teilnahme an informell entstehenden Gruppen auf Station, Beisammensitzen in den Zeiten zwischen den Behandlungen und Gruppen
- Perspektivenentwicklung über eigene zukünftige Vorhaben und evtl. Veränderungen
- Interessensentwicklung für Neues oder zuvor Bevorzugtes/Hobbys

Anhang Nr. 2

Beobachtungskriterien des Beziehungs-/Anknüpfungsverhalten (aktiv)

Auf sich bezogen

- schmunzeln als Reaktion auf Gesagtes/Rückmeldung
- Themen aufgreifen, individuell „ausschmücken/bestücken, ausfüllen,
- Bilder zur musikalischen Gestaltung äußern, die einen Bezug zum Eigenen aufweisen,
- Themen/Bilder/Symbole verbinden mit Bedeutungen (z.B. Erfahrung der eigenen Stimmung, „zartes Pflänzchen“)
- Musikalische Weisen mit Alltagserfahrungen verknüpfen (Schlussbildung – etwas zu Ende bringen um Neues anfangen zu können, wechselnde Aufmerksamkeit, Anfang finden)
- Themen aufgreifen und verknüpfen mit Alltagserfahrungen („aus dem Trott kommen“)
- eigene Entwicklung wahrnehmen

Auf die Gruppe bezogen

- Musikalisch/verbal aufgreifen, Geplantes mitgestalten
- Bezug nehmen auf die Gruppe im musikalischen Handeln
- Bezug nehmen auf die Gruppe im Gespräch/Reflexion des Handlungsgeschehens und der Erfahrungen
- Auf Gesagtes anderer eingehen, anknüpfen und Eigenes ergänzen oder vergleichen
- Gesagtes fortentwickeln
- Die gemeinsame Entwicklung wahrnehmen

sich in der Situation/Handlungsgeschehen entwickelnde Anknüpfungen und Erfahrungen/Erleben (passiv)

- Bilder, Gedichte, Geschichten entwickeln und äußern ohne scheinbaren Bezug zum Eigenen/ „nahtlos“ anknüpfen (Bilderflut)
- Das gemalte Bild (sichtbare Elemente) um Konzentration auf das Eine halten können - statt Bilder- und Geschichtenflut
- Mit sich und der Gruppe in Kontakt kommen durch/nach musikalisch engagiertem Einsatz
- Kontakte innerhalb der Gruppe über konkrete Gestaltung und Erfahrungen aus dem Handlungsgeschehen
- Dazugehören trotz Anders sein im Spiel oder sich etwas nicht trauen (musikalisch oder im sozialen)

Beziehung verhinderndes Verhalten

aktiv

- Keine persönliche Bezugnahme
- Keinen Anhaltspunkt bieten wollen
- sich wehren, alles von sich weisen bei Herausforderung zur Teilnahme/Aktivität
- funktional mitmachen in der Improvisation und sich verbal nur auf direkte Nachfrage beteiligen mit einsilbigen Sätzen

passiv

- innere Abwesenheit, z.B. bei Wahnvorstellungen oder die Schwere der Depression
- gedankliche Abwesenheit aufgrund von aktuell bedeutsameren Ereignissen und Erlebnissen rundum

Anhang Nr. 3

Beobachtungskriterien musikalischer/kreativer Gestaltungen und Entwicklung

- **Funktionales Agieren**
 - Monotones Spiel auf gleich bleibenden Instrumenten
 - Schwierigkeit sich wieder erkennend oder reflektorisch zum gewesenen Spiel zu äußern, besonders zu eigenem Tun und Wirkung
- **Ausprobieren der Instrumente und Materialien und deren Möglichkeiten**
 - Interesse bis Neugierde für Material/Instrumente zeigend, evtl. nachfragend
 - Sich offen zeigen gegenüber dem Experimentieren
- **Differenziertes Spielen/Nutzen des Instrumentes/Materials**
 - Etwas ausprobieren, sein Spiel variieren, Unterbrechungen des eigenen Spiels wagen
 - Speziell etwas auswählen qua Form, Farbe, Art und Weise
- **Bezugnahme auf Gestaltungen anderer im Handlungsgeschehen**
 - Aufmerksamkeit zeigen gegenüber Spielweisen/bildnerischen Gestaltungen anderer während eigenem Tun
 - Motive im musikalischen Geschehen aufgreifen (evtl. nachher davon erzählen können)
- **Initiativ werden für die Gruppengestaltung**
 - Vorschläge machen für gemeinsames Tun und Gestalten
 - Die Gestaltung des Anfang im Spiel ermöglichen durch Handlung
 - Die Schlussgestaltung initiieren im Handlungsgeschehen
 - Eine Weise (Form, Motiv, Rhythmus) in der Improvisation anbieten, die aufgegriffen werden kann
- **Sich differenziert im Gruppenprozess einbringen**
 - Sich bewusst in seiner Weise und bezogen auf die aktuelle Gestaltung einbringen
 - Sein Spiel derart differenzieren können, dass man sowohl Aktivität als auch Zurücknahme als Weise verwendet (der Sache dienlich)
 - Im Handlungsgeschehen sowohl eigene Bestrebungen und Bedürfnisse wahrnehmen und entfalten als auch für das Wohl des Ganzen, das gemeinsame Tun sich einsetzen

8. Literaturliste

- Arbeitskreis OPD (Hg.) (2006)
Operationalisierte psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern
- Aldridge, D. (1999)
Musiktherapie in der Medizin. Forschungsstrategien und praktische Erfahrungen. Bern/Göttingen/Toronto/ Seattle
- Ansdell, G. / Pavlicevic, M. (2001)
Beginning research in the arts Therapies. A practical guide. London/Philadelphia
- Bauer, J. (2002)
Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. Frankfurt am Main
- Erikson, E.H. (1986)
Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart
- Esch, A. / West, U. (1996)
Strukturierungsprozesse in der offenen musiktherapeutischen Gruppenarbeit.
In: Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis und Forschung, Hg.: R. Tüpker, Münster
- Esch, A. (2006)
Lassen sich Wirksamkeiten in der musiktherapeutischen Behandlung mit depressiven Älteren finden? (Vortragszusammenfassung)
In: der Manuskriptsammlung zum 4. Symposion Kunsttherapie in der Altenarbeit, 6.-8.10.2006, Kleinburgwedel
- Frohne-Hagemann, I. (Hg.) (2004)
Rezeptive Musiktherapie. Theorie und Praxis. Wiesbaden
- Fürstenau, P. (1992)
Entwicklungsförderung durch Therapie. München
- Grootaers, F. G. (2001)
Bilder behandeln Bilder. Musiktherapie als angewandte Morphologie. Münster
- Grüne, H. (1999)
Die Kölner „Alter-Native“. Grundlagenstudie älterer Erwachsener. Reingold Studie.
www.rheingold-online.de
- Heuft, G. / Kruse, A./ Radebold, H. (2000)
Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. München/Basel
- Horak, R. (2003)
Lebenswirklichkeiten hochbetagter Menschen. Ein morphologischer Beitrag für Bereiche der Geragogik und der Pflegeausbildung. Dissertation,
<http://docserver.bis.uni-oldenburg.de/publikationen/dissertation/2003/horleb03/horleb03.html>
- Peters, M. / Kipp, J. (Hg.) (2002)
Zwischen Abschied und Neubeginn. Entwicklungskrisen im Alter. Gießen

- Peters, M. (2002)
Entwicklung, Entwicklungskonflikte und Entwicklungsförderung im Alter.
In: Zwischen Abschied und Neubeginn, Entwicklungskrisen im Alter, Gießen
- Peters, M. (2004)
Klinische Entwicklungspsychologie des Alters. Grundlagen für psychosoziale Beratung und Psychotherapie älterer Menschen. Göttingen
- Peters, M. (Hg.) (2005)
Gruppentherapie. Zeitschrift Psychotherapie im Alter, 2. Jahrg., Nr. 5, Heft 1, Gießen
- Peters, M. (2006)
Psychosoziale Beratung und Psychotherapie im Alter. Göttingen
- Petersen, P. (Hg.) (2002)
Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Grundlagen-Projekte-Vorschläge. Stuttgart/Berlin
- Radebold, H. (1992)
Psychodynamik und Psychotherapie Älterer. Berlin
- Radebold, H. (2005)
Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit. Ältere Menschen in Beratung, Psychotherapie, Seelsorge und Pflege. Stuttgart
- Salber, L. (1989)
Ohne Langeweile geht es nicht – oder: es muß im Leben mehr als alles geben.
In: Zwischenschritte. Beiträge zur morphologischen Psychologie. 8. Jahrg. 1/1989. Köln
- Salber, W. (1965)
Morphologie des seelischen Geschehens. Ratingen
- Salber, W. (1980)
Konstruktion psychologischer Behandlung. Bonn
- Salber, W. (1989)
Behandlungs-Wirklichkeit.
In: Zwischenschritte. Beiträge zur morphologischen Psychologie. 8. Jahrg. 1/1989. Köln
- Tüpker, R. (1993)
Leitfaden zur Protokollierung musiktherapeutischer Behandlungen.
In: Einblicke, Heft 4
- Tüpker, R. (1996)
Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie. Münster
- Tüpker, R. / Wickel, H.H. (Hg.) (2001)
Musik bis ins hohe Alter. Fortführung, Neubeginn, Therapie. Münster
- Tüpker, R. (2001)
Morphologisch orientierte Musiktherapie.
In: Schulen der Musiktherapie, H.H. Decker-Voigt (Hg.) München/Basel

- Tüpker, R. (2002)
 Auf der Suche nach angemessenen Formen wissenschaftlichen Vorgehens in kunsttherapeutischer Forschung
 In: Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Grundlagen-Projekte-Vorschläge.
 Hrsg.: P. Petersen. Stuttgart/Berlin
- Tüpker, R. (2004)
 Musikhören als Gestalt. In: Rezeptive Musiktherapie. Theorie und Praxis. Wiesbaden
- Tüpker, R. / Schulte, A. (Hg.) (2006)
 Tonwelten: Musik zwischen Kunst und Alltag, Zur Psycho-Logik musikalischer Ereignisse.
 Zwischenschritte–Beiträge zu einer morphologischen Psychologie, Gießen
- West, U. (2006)
 Psychotherapie mit Musik.
 In: Tonwelten: Musik zwischen Kunst und Alltag. Zur Psycho-Logik musikalischer Ereignisse.
 Zwischenschritte–Beiträge zu einer morphologischen Psychologie, Gießen
- Weymann, E. (1986)
 Technik oder Eingebung? – Über die Beweggründe des musikalischen Handelns des Musiktherapeuten.
 In: Materialien zur Morphologie der Musiktherapie, Hg: Institut für Musiktherapie und Morphologie, Heft 1, Herbsttagung 1986
- Weymann, E. (1990)
 Anzeichen des Neuen. Improvisieren als Erkenntnismittel und als Gegenstand der Forschung.
 In: Ansätze kunsttherapeutischer Forschung. Hrsg.: P. Petersen, Berlin/ Heidelberg/ New York
 und MU 2000/4
- Weymann, E. (2004)
 Zwischentöne. Psychologische Untersuchungen zur musikalischen Improvisation. Gießen

Kompaktseminar „Tiefenpsychologisch fundierte/psychoanalytische Psychotherapie Älterer“.
 Wiss Ltg: Prof. Dr. med. Hartmut Radebold, Lehrinstitut für Alternspsychologie,
 Adolf-Ernst-Meyer-Institut, Hamburg 2007

Ein besonderer Dank gilt der Andreas-Tobias-Kindstiftung, die durch ihr Stipendium diese Forschungsarbeit möglich gemacht hat. Hier seien auch Lutz Neugebauer und Eckhard Weymann für ihre Beratung gedankt, als auch Anne Maute, Dörte Peters, Michael Hansen und Silke Kraus für ihre moralische Unterstützung, Korrekturarbeiten und Formulierungshilfen.

Anke Esch
MusikTherapieRaum
Krusenrotter Weg 21
24113 Kiel
0431 3207723
info@musiktherapieraum.de
www.musiktherapieraum.de