

***Musiktherapie mit Patienten der gemischt-integrativen gerontopsychiatrischen Station eines Gemeindekrankenhauses***

*Hans-Peter Pelzer*

Die hier beschriebene musiktherapeutische Praxis findet statt an zwei Tagen in der Woche auf der gerontopsychiatrischen Station einer Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, die einem Gemeindekrankenhaus angegliedert ist. Die Patienten, sind zwischen 45 und 90 Jahre alt oder älter und lassen sich in zwei Gruppen unterscheiden:

Die Patienten jüngeren Alters finden den Weg auf die Station aufgrund seelischer Belastungsreaktionen, Angststörungen und Depressionen, ausgelöst durch lebensbezogene und existenzielle Krisen. Sie sind zuweilen suizidal, oder infolge eines Suizidversuchs oder Schlaganfalls an den Rollstuhl gebunden und bedürfen einer intensiven Pflege. Ebenso Patienten mit chronischen Störungen (z.B. bipolaren Störungen) kehren immer wieder.

*Patientenprofil  
und Krankheits-  
bild*

Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der hirnorganisch Erkrankten unter ihnen an. Veränderungen des Gehirns verursachen den Verlust kognitiver Fähigkeiten. Die Patienten wissen immer weniger, sich zeitlich, räumlich, situativ und personell (auch zu sich selbst) zu orientieren und reagieren auf Veränderungen im Erleben und Denken zusätzlich ängstlicher, verwirrter und mit depressiven Verstimmungen.

Peter Hoffmann beschreibt diagnoseübergreifend die allgemeinen Leidenssymptome von psychiatrischen Patienten mit:

- Angstzuständen
- hoher Selbstverunsicherung
- Kontakt-, Beziehungsstörungen, Abgrenzungsproblemen
- Wahrnehmungsstörungen
- Gefühlseinschränkungen, Veränderungen des Erlebens
- Antriebsstörungen
- Veränderungen des Welt-Realitätsbezuges
- Beeinträchtigungen des Handelns
- Denkbeeinträchtigungen, Sprachbeeinträchtigung
- veränderter Körperwahrnehmung
- vegetativen Symptomen (Herzrasen, Schwindel etc.)

Sie fließen nach Einzelfall in unterschiedlichen Diagnosestellungen zusammen wie:

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

Neben pharmakologischen Intervention sollen strukturierende Angebote stattfinden, die den Stationsalltag der Patienten im Rahmen ihrer Fähigkeiten abwechslungsreich gestalten. Dabei sollen die einzelnen Patienten in der Bereitstellung von therapeutischen Profilen wie Musik- und Kunsttherapie darin unterstützt wer-

*Auftrag*

den, sich selbst oder einander gemeinsam erleben und erfahren zu können.

Bei der Arbeit mit Menschen, deren kognitive Fähigkeiten altersbedingt abnehmen ist es wichtig, die Erlebnisfähigkeit und Emotionalität anzuregen und zu erweitern. So können Menschen ein Stück weit aus Resignation und Rückzug geholt werden und erleben, „dass sie noch etwas zustandebringen, was ihnen und anderen Freude macht, so reduziert ihre Möglichkeiten auch sein mögen“ (Vieth-Fleischhauer 2003, 6).

Nach Hartmut Kapteina können bei alten Menschen über das musiktherapeutische Handeln gezielt angesprochen werden:

- Emotionale Aktivierung
  - Erinnerungsaktivierung
  - Förderung der Kommunikationsfähigkeit als Grundlage sozialer Interaktion
  - Freude erleben
  - Gedächtnistraining / Realitätsorientierung
  - Musikalische Kreativität / Ausdrucksfähigkeit / Phantasie
  - Selbstbestimmung und Sinnhaftigkeit
  - Steigerung des Selbstwertgefühls
  - Trauerarbeit
- (Kapteina 2006, 115)

*Gegenwärtigkeit* Ulrike Linden formuliert die Gegenwärtigkeit als ein Ziel, welches im Vordergrund steht. Dies ist „die Möglichkeit, gegenwärtig und im Hier und Jetzt integriert und verankert zu sein“ (1999, 2). Der therapeutische Sinn liegt „in den Momenten musikalischer Gegenwart, in der Sinnhaftigkeit und Lebendigkeit des Augenblicks und in einer qualitativen Bereicherung des Lebens (ebd. 6).

In Orientierung an den Bedürfnissen jüngerer Patienten lässt sich das Spektrum an Zielvorstellungen allgemein erweitern um:

- Körper- und Wahrnehmungsaktivierung,
- Biographiearbeit und lebensbezogene oder existenzielle Themen,
- Sensibilisierung von Selbst- und Fremdwahrnehmung,
- Einübung und Festigung neuer Kommunikationsmöglichkeiten,
- Verarbeitung belastender Lebenserfahrungen und Entwicklung neuer Perspektiven,
- Emotionale Stabilisierung bei Emotionsstau, Ängsten, Verlustgefühlen und Trauer,
- Verbesserung der Lebensqualität,
- Wecken oder Wiederfinden von Lebensfreude.

*Musiktherapie als Gerontotherapie* Über die Musiktherapie können Begegnung, Beziehung und Kommunikation auf nonverbaler Ebene stattfinden, die sich sowohl dem noch orientierten wie auch dem dementen Teilnehmer erschließen. „Man muss Musik flexibel einsetzen können, man muss viel mit den Menschen singen, aber man kann auch mit Instrumenten arbeiten, man muss wissen, was die alten Menschen in ihrer Jugend gesungen haben und ihren Musikgeschmack akzeptieren, man muss sich mit den Existenzfragen, mit dem Tod und mit dem Glauben auseinandergesetzt haben. Liebe, Geduld und Verständnis für alte Menschen haben und die wichtigsten Krankheiten des Alters kennen“ (Kapteina 2004, 204).

Ulrike Linden stellt fest: „Demente Teilnehmer erscheinen hier oft orientiert und gesund, es ist ganz offensichtlich, dass die Anteile der musikalischen Persönlichkeit und tiefe musikalische Erfahrungen von den zerebralen Abbauprozessen nicht oder kaum tangiert werden“ (1999, 6).

Für viele alte Menschen war das Singen ein fester Bestandteil des alltäglichen Lebens. Über ein Repertoire an Volksliedern werden vertraute Atmosphären wieder lebendig (vgl. Vieth-Fleischhauer 2003, 9). Das Erinnern geht über das bloße Memorieren einer Melodie und eines Textes hinaus. Es ist fest verknüpft mit der persönlichen Lebensgeschichte und somit von Bedeutung. Es findet sich ein Lied für alle Lebenslagen. Lieder waren in der Vergangenheit eine akzeptierte Form, Gefühle auszudrücken und zu verarbeiten. Vieth-Fleischhauer weist darauf hin, dass sich viele der alten Menschen kaum damit befassen haben: „... die eigenen Gefühle wahrzunehmen oder gar zu benennen. Sie wurden einst dazu erzogen, sich zu beherrschen und Emotionen nicht zu zeigen“ (ebd.7).

Mittels Liedern werden unterschiedliche Erlebniswelten aktualisiert; sowohl individuell biographische - als auch gesellschaftspolitische Hintergründe spielen dabei eine Rolle. So kann z.B. ein Volkslied je nach Kohorte auch Erinnerungen an Pfadfinder, Hitlerjugend u.a.m. wachrufen (vgl. ebd.10).

Ein Instrument bietet die Möglichkeit, sich expressiv zu äußern. Bei den jüngeren Patienten ist die Experimentierbereitschaft und -freude größer als bei den älteren, die sich in ihrem Musikgeschmack deutlich an bekannte Melodien oder einer Musik nach Noten orientieren möchten. Ihr Interesse an freiem Spiel aus dem Augenblick heraus ist eher gering und die Hemmschwelle vergleichsweise hoch. Vor dem biographischen Hintergrund der Patienten und hinsichtlich ihrer Musiktraditionen ist das verständlich. Vieth-Fleischhauer schreibt: “Das improvisierende Spielen – zweckfrei, spontan und kreativ – gilt als kindisch, was in der Sozialisation zur damaligen Zeit begründet sein mag: Es galt nicht als Tugend und warum sollte es jetzt erstrebenswert sein?“ (ebd. 10).

Aus dem aktuellen Belegungsplan der Station leite ich ab, welche Patienten ich in der jeweiligen Woche zu einer Musiktherapiegruppe zusammenfassen kann. Im Rahmen der Visite erhalte ich Informationen über Patienten. Unterschiedliche Verweildauern haben zur Folge, dass sich Gruppengröße und Gruppenzusammensetzung ständig ändern. Ich nehme jeweils 4-6 Patienten in eine Gruppe.

Die Patienten sind sehr verlangsamt und können sich nur eingeschränkt orientieren. Der Raum, in dem ich Musiktherapie anbiete, ist mit 20 m<sup>2</sup> zwar sehr klein, liegt aber auf der Station.

Die Tagesform der Patienten ist geprägt durch ihre momentane Befindlichkeit. Diese bestimmt, wie sie dem Therapieangebot begegnen oder ob sie es wahrzunehmen bereit sind. Dadurch variieren die Gruppenzusammensetzungen zusätzlich. Körperliche Symptome wie z.B. Müdigkeit, Unwohlsein, die dämpfende Wirkung der Pharmakotherapie, die Überwindung kostet, aber auch emotionale Zustände wie Traurigkeit, Entsetzen, Gleichgültigkeit oder Rückzug beeinflussen ihre Motivation: „... mir ist nicht nach Singen zumute ..., ... dann werde ich traurig und das tut mir nicht gut ...“. Manche Patienten sind skeptisch oder lehnen das Therapieangebot ab: „... ich kann kein Instrument spielen ... , ... warum soll ich hier herumklimpern ... , ... ich kann nicht singen ...“. Bei älteren Patienten ist der

*Singen**Instrumente und  
Improvisation**Organisatorische  
Voraussetzungen**Raum**Tagesform der  
Patienten**Motivation*

Kontakt zu Angehörigen das Tagesereignis, welches im Vordergrund steht. Andere, die vereinsamt sind, haben sich in sich zurückgezogen und sind kaum erreichbar.

Ich suche die Patienten auf und versuche sie zu motivieren. Dabei achte ich darauf, dass sie sich nicht zur Musiktherapie gedrängt fühlen.

*Bedürfnisorientierte Angebote für jüngere und ältere Patienten*

Bei den jüngeren Patienten entsteht eher eine Verbundenheit untereinander. Sie finden und erleben gelegentlich einen Zusammenhalt, unterstützen sich gegenseitig und warten gemeinsam auf dem Flur oder suchen den Musiktherapieraum auf. Es kommt vor, dass ich mit den wenigen jungen Patienten einzeln arbeite und mit den älteren Patienten auf dem Flur Lieder singe. Wenn Patienten nur eingeschränkt mobil oder immobil sind, gehe ich zu ihnen auf das Zimmer.

Die teilweise kurze Aufenthaltsdauer und offene Gruppensituation charakterisiert die Arbeitsweise. Besteht eine Gruppe längere Zeit, kann prozessorientiert gearbeitet werden.

*Einzelmusiktherapie mit Herrn W.*

Der junge Patient Herr W. war infolge eines missglückten Suizidversuchs an den Rollstuhl gebunden. Gereizt fuhr er unruhig den Flur auf und ab und schwieg durchgehend. Aufmerksame Ansprachen auf Augenhöhe und mehrmalige Einladungen, einen Blick in den Musikraum zu werfen, bauten sein anfängliches Misstrauen ab. Schließlich klopfte Herr W. an meine Tür und wollte die Musiktherapie einmal ausprobieren.

Es stellte sich heraus, dass er einmal Gitarre gespielt hat. Wir begannen mit einer biographischen Arbeit, die sich daran orientierte, wie er damals den Zugang zur Musik gefunden und sich Stücke von Eric Clapton oder von Jimmy Page angeeignet hatte. Gemeinsam spielten wir Songs von den Beatles. Zum gemeinsamen Gesang spielte Herr W. Gitarre und ich begleitete ihn mit Rhythmusinstrumenten. Zunehmend taute Herr W. auf und strahlte jedes Mal, wenn er in den Musikraum kam.

Schließlich wollte er einem langgehegten Wunsch nachgehend, das Bassspielen, angehen. Ich unterstützte ihn dabei. Es stellte sich heraus, dass es ihm nicht möglich war, den schweren E-Bass längere Zeit zu halten, da er davon Rückenschmerzen bekam.

Nun galt es an der Bewältigung der Realität zu arbeiten, seinen Grenzen zu begegnen und diese anzuerkennen. Herr W. zog sich wieder mehr in sich zurück, ging in eine Selbstverneinung und verweigerte einige Male die Musiktherapie. Bei seiner Entlassung war er allerdings soweit, sich eine Gitarre zu kaufen.

*Musiktherapie am Krankenbett*

Im Zimmer auf seinem Bett liegend lauscht ein älterer, vom Schlaganfall gezeichneter Patient den Volksliedern, die ich mit einer anderen Patientin singe und mit der Gitarre begleite.

Er hatte zuvor in einer besseren Verfassung einige Male an der Musiktherapie teilnehmen können, und das Singen mit Rasseln begleitet. Dies war Anlass für seine Frau, eine Mundharmonika mitzubringen, die er früher einmal gespielt hat.

Herr X. zeigt nun auf die Schublade, der ich die Mundharmonika entnehmen soll. Obwohl er sehr geschwächt ist, setzt er sie an seine Lippen und spielt ein Lied. Dabei kommen ihm die Tränen.

*Musiktherapeutische Gruppenarbeit*

Die unterschiedlichen Potentiale und Bedürfnisse der Patienten bestimmen die Vorgehensweisen, mit Hilfe derer ich die einzelnen Zielvorstellungen umsetzen kann.

Die Zielorientierung erfolgt nach einem methodischen Modell von Vieth-Fleischhauer (2003, 5).

Ziele bei:

älteren Patienten	gemischt-integrativen	jüngeren Patienten
<p>Förderung der Kommunikationsfähigkeit als Grundlage sozialer Interaktion</p> <p>Erleben von Gegenwärtigkeit</p> <p>Emotionale Aktivierung</p> <p>Erinnerungsaktivierung</p> <p>Gedächtnistraining / Realitätsorientierung</p> <p>Musikalische Kreativität / Ausdrucksfähigkeit / Phantasie</p> <p>Steigerung des Selbstwertgefühls</p> <p>Trauerarbeit</p> <p>Qualitative Bereicherung des Lebens</p> <p>Selbstbestimmung und Sinnhaftigkeit</p>	<p>Lebendigkeit des Augenblicks erfahren</p> <p>Körper- und Wahrnehmungsaktivierung</p> <p>im Hier und Jetzt integriert und verankert</p> <p>Freude erleben</p> <p>Biographiearbeit und lebensbezogene/ existenzielle Themen</p>	<p>Körper und Wahrnehmungsaktivierung</p> <p>Verarbeitung belastender Lebenserfahrungen und Entwicklung neuer Perspektiven</p> <p>Sensibilisierung von Selbst- und Fremdwahrnehmung</p> <p>neue Kommunikationsmöglichkeiten einüben und festigen</p> <p>Emotionale Stabilisierung bei Emotionsstau, Ängsten, Verlustgefühlen und Trauer</p> <p>Wecken oder Wiederfinden von Lebensfreude</p> <p>Verbesserung der Lebensqualität</p>
<p>übungszentriert - funktionale</p>	<p>erlebniszentriert - stimulierende</p>	<p>aufdeckend – konfliktzentrierte</p>
<p>Methode</p>		

Über die **übungszentriert-funktionale Methode** lassen sich vorhandene Fähigkeiten entwickeln, erhalten und fördern. Sie betrifft die Beweglichkeit und Feinmotorik, das räumliche Hören, haptisches Erkennen, die Merkfähigkeit von musikalischem Material und von Texten, das aufeinander Hören, das Reagieren auf Gesten, musikalische Signale oder Wortinhalte und das sich Einfügen in ein Gruppengeschehen.

Die **erlebniszentrierte-stimulierende Methode** vertieft die Selbstwahrnehmung und stärkt und erweitert die Erlebnisfähigkeit, ruft Erinnerungen hervor und lässt Kontakt, Zuwendung und Bezogenheit in einer Gemeinschaft erfahrbar werden. Musikalische Interaktions- und Kommunikationsangebote sowie Improvisationsaufgaben mit emotionalen Inhalten werden über Themen initiiert, gestaltet und variiert. Dabei kann ausgegangen werden von allgemeinen Themen wie ‚Regen – Gewitter – Sonnenschein‘ oder von Themen, die von Patienten in die Gruppe eingebracht werden, wie z.B. Urlaubsergebnisse oder ein Abschied.

**Die aufdeckend-konfliktzentrierte Methode** findet bei den jüngeren Patienten Anwendung. Die Verbindung zwischen einem gegenwärtigen Konflikt und konflikthaften Erfahrungen in der Vergangenheit lässt sich über musikalische Rollenspiele von Lilli Friedemann herstellen. Eine konstruktive Bearbeitung von Konflikten ist in der Arbeit mit alten Menschen auf einen eher kleinen Personenkreis beschränkt. Entscheidend ist, ob es sinnvoll erscheint.

*Multifunktionales Konzept* Um auf die jeweilige Zusammensetzung einer Gruppe adäquat reagieren zu können, arbeite ich nach einem eigenen Konzept, wonach ich Liedersingen, Instrumentalspiel, Improvisationen oder Musikhören flexibel einsetze. Fritz Hegi konstatiert „... jede Gruppe und jede Situation hat wieder ihre eigenen Gesetze und ihren besonderen Charakter. Davon muss ausgegangen und die Einführung eines Spiels diesbezüglich abgewandelt oder angepasst werden. Die Kunst des Spielers besteht darin, die gute Mitte zwischen Unter- und Überforderung der Spieler zu finden. [...] niemand muss mitspielen; zuhören und aussetzen sind ebenso wichtige Funktionen und können auch als solche eine Präsenz darstellen (1997, 234).

*Singen* Singen biete ich zur Einstimmung und Aufwärmung oder Körperaktivierung an. Je nach Verlauf einer Sitzung setze ich es auch zur Abrundung einer intensiven Instrumentaleinheit oder zum Ausklang zur Entspannung ein. Ein Lied kann individuell ganz verschiedene Themen und Gefühle wie Trauer, Trennung, Abschied oder Freude transportieren. Wunsch oder Abwehr eines bestimmten Liedes sind möglicherweise ein Hinweis darauf, wie einem Menschen zumute ist und was ihn innerlich beschäftigt. Bezugnehmend auf die in Liedern enthaltenen Lebensweisen, Tugenden oder Pointen können Patienten angesprochen werden und Alternativen im Umgang mit sich selbst und anderen erfahrbar gemacht werden.

*Begegnung mit Instrumenten* Musikästhetik wird in den einzelnen Gruppen unterschiedlich wahrgenommen und bewertet. Für manche der älteren Teilnehmer genügt die Erfahrung, „... wenn ein Instrument vorgestellt wird und zu sehen und zu hören, wie es zum Klingen gebracht wird, es angeboten zu bekommen, um es zu ertasten und zu erkunden oder es selbst zu versuchen und zum Klingen zu bringen“ (Vieth-Fleischhauer 2003, 5).

Einzelne Patienten reagieren durch die Anwesenheit anderer Teilnehmer, die sich mit ihren Instrumenten befassen und durch Interaktion und Kontakt oder das Wechseln von Instrumenten, überfordert (ebd.).

Um den Patienten in ihrer Lebenswelt, ihren Gefühlen, Bedürfnissen und Potentialen entgegenzukommen und mich ihnen anzunähern, achtete ich unter Berücksichtigung des Krankheitsprofils darauf, Improvisationen so einzuführen und zu gestalten, dass spontan Motivation und Spielfreude entstehen und verschiedene Erlebnismöglichkeiten im musikalischen Tun enthalten sind. Aus diesem Grund

wählte ich Instrumente, welche sich zwar in Form, Material und Klang unterschieden, aber dank pentatonischer Stimmung Gemeinsamkeiten im Erklingen aufweisen. Dadurch ist das Kennen lernen und Ausprobieren der Instrumente weniger chaotisch und kommt dem Harmoniebedürfnis entgegen.

Zum Instrumentarium zählen große und kleine Daumenklaviere, zwei Leiern, *Instrumente* Glockenspiel, Klangschalen, ein Xylophon und eine Holzschlitztrommel.

Während ich die Instrumente vorstelle und erläutere, schaue ich, wie die Patienten auf die Instrumente reagieren. Ich nehme die pentatonisch gestimmten Instrumente in die Hand und spiele sie an. Je nach dem, wie die Patienten in der Lage sind, die Instrumente zu handhaben, reiche ich sie nacheinander im Kreis herum. Wer möchte, kann jedes Instrument einmal ausprobieren, wer (noch) keines spielen möchte kann es einfach weiterreichen. Ziel ist es, die Patienten aus ihrer Zurückhaltung herauszulocken und ihnen die Möglichkeit zu geben, die Instrumente kennen zu lernen, ohne sich dabei untereinander durch Missklänge gestört zu fühlen. Dadurch stellt sich schneller ein Erfolgserlebnis ein. *Instrumenten-erkundung*

Spiele die Teilnehmer, kann dies direkt in eine Arbeit mit den musikalischen Parametern hineinführen; z.B. kann lauter oder leiser gespielt oder eine Improvisation angeleitet werden, bei der es darum geht, aufeinander zu hören. Je nach Klientel kann ich nach diesem Einstieg in unterschiedlicher Weise fortfahren; z.B. die Gruppe halbieren, in Paare oder in Trios aufteilen. Dadurch ergeben sich vielfältige Variationsmöglichkeiten, in denen die Wirkung des gemeinsamen Musizierens direkt einsetzt. *Einstieg*

Auf Monochord und Meerestrommel spiele ich unterstützend mit oder biete diese zusätzlich an. Sie sind vergleichsweise einfach zu handhaben und lassen einen tragenden „Klangteppich“ entstehen, vor dessen Hintergrund es einzelnen Patienten leichter fällt, mit ihrem Instrument in Erscheinung zu treten.



*Monochord oder Meerestrommel als unterstützende Matrix*

Bei Spielen wie dem „Hallo-Spiel“ und „Spielst Du mit?“, können Patienten wagen, sich mit ihrem Namen und dem Klang ihres Instrumentes vorzustellen, während die Gruppe zuhört. Anschließend kann der aktive Spieler einen anderen Patienten dazu eingeladen, einmal miteinander zu spielen. *musikalische Spiele*

Je nach Befindlichkeit bedürfen die Patienten entweder der Ruhe, Geborgenheit und Entspannung, oder ein anderes Mal der Ablenkung, Aufmunterung und Abwechslung. *Gruppenmusik-therapeutischer Prozess*

Dem Bedürfnis nach Sicherheit und psycho-vegetativen Regulierung z.B. nach einer durchwachten Nacht oder nächtlichen Ruhestörungen begegne ich mit den Klängen des Monochords und der Oceandrum. Sie üben in ihrem Klang eine Anziehungskraft aus und können mit Empfindungen und Bildern assoziiert werden, die Weite und Getragensein vermitteln. *Sicherheit und psychovegetative Regulierung*

Ich setze die Klänge rezeptiv ein zum Ankommen, zur Umrahmung, Orientierung oder später zur Anbindung an Vertrautes. Die Patienten dürfen sich zurücklehnen, *Für-Spiel*

die Augen schließen und zum Atmen den Mund öffnen.

*Oceandrum* Strobel schreibt zu den Wirkungen beider Instrumente, dass die Oceandrum: „oberflächlich Assoziationen weckt von Wasserbrandung, Gischt oder Meer“. Aber „wer sich tiefer einlässt, kann ein Sich-Versenken erfahren [...] im Freisein von allem Machen-Wollen“ „Dieser Klang kann also die Sehnsucht erfüllen, sich im Nicht-Tun und Im-Geschehen-Lassen aufzulösen“ (1995, 284).

*Monochord* Durch den Klang des Monochords wird „... so etwas wie eine innere Gesetzmäßigkeit des Kosmos auf einer unbewussten Ebene sinnlich erfahrbar, eine innere Harmonie und tiefe Ordnung“, die wahrgenommen wird als ein Getragen-Sein, ein Aufgehoben-Sein und Verbunden-Sein mit allem (ebd. 286).

Die Patienten nehmen es gerne an, sich rezeptiv den Klängen hinzugeben.



*Eigenaktivität* Anders reagieren sie, wenn ich ihnen vorschlage, die Instrumente jeweils in Paaren selbst zu spielen. Dabei fühlen sich die Patienten einerseits gefordert, andererseits erfahren sie sich kreativ und selbstständig. Befragt nach Veränderungen im Befinden stellen sie fest: „Ich kann selbst etwas für mich tun“.

*Trommeln* Zur gelegentlichen Belebung benutze ich Trommeln, die zu Begegnung und Interaktion einladen. Hier folgen nach einer kurzen Aufwärmung Imitationsspiele, die später z.B. in dem Spiel „Wetterstation“ münden, in dessen Verlauf spielt ein Spieler das Unwetter und die anderen zeichnen dieses als ‚Seismographen‘ auf, indem sie es verstärkt wiedergeben. Auch auf anderen Instrumenten kann ein Gewitter vorbeiziehen, nachdem es thematisch vorbereitet wurde und passende Klänge gefunden sind. Hier lässt sich z.B. untereinander abstimmen, ob mit Gewitter oder Sonnenschein begonnen wird.

„Seismographenspiel“

*musikalische Regelspiele* Wenn viele Wechsel in der Gruppe stattfinden und die vertrauensfördernde Stabilität ausbleibt, nutze ich musikalische Regelspiele und versuche zu erkennen, ob die Patienten davon profitieren. Ich biete themenbezogene Dialog- oder Trialog-Spiele an, z.B. die ‚Musikalische Botschaft‘ oder das ‚Hallo-Spiel‘ und seine Variationen.

*situationsbezogene Einstiegsimprovisationen* In bereits „vertrauten“ Gruppen sind situationsbezogene Einstiegsimprovisationen zum Thema: „Wie fühle ich mich?“ und „Welches Instrument passt heute zu mir?“ möglich. Dazu braucht es dann einige Verdeutlichungen und Hilfen. Ich beschreibe, dass das, was nicht gesagt oder über Worte ausgedrückt werden kann, den Weg über das Musizieren finden kann. Stimmungen können hörbar gemacht, deutlich und bewusst werden. Werden Themen in der Gruppe deutlich, so werden diese mit adäquaten Spielen wie ‚Die Reise‘, ‚Der See, die Elfen und der Wassermann‘ und darstellenden Improvisationen wie ‚Mein persönlicher Blumenstrauß‘ oder die Umsetzung eines Klangbildes aufgegriffen und bearbeitet.

*Anknüpfen an Urlaubserinnerungen* So entstand auch das Spiel „Ein Tag am Meer“, für welches ich mit der Gruppe zunächst Eindrücke sammelte, die sich aus Erinnerungen an verbrachten Urlauben an der See ergaben. Im Austausch mit der Gruppe ließ ich Instrumente zusammenstellen, die in ihrem Klangcharakter den vertrauten Geräuschen oder Bildern von einem Badestrand entsprechen konnten und Erinnerungen an einen Urlaubstag zu wecken vermochten. Dieses Spiel mit Leier, Gong, Rainmaker und Meerestrom-



mel wurde von den Patienten immer wieder gern gewünscht.

Für den Einstieg in themenungebundene Improvisationen biete ich den Patienten an, mit einer „Ouvertüre“ zu beginnen und die Sitzung dann auch wieder mit einem „Finale“ zu beenden, womit sie die verbleibenden Reste aus der Sitzung im Raum belassen können.

*freie  
Improvisation  
als Ouvertüre  
oder Finale*

Eingeschränkte kognitive Möglichkeiten, wie dies bei den meisten Patienten der Fall ist, bedingen, dass es für Empfindungen und Wünsche kaum (mehr) Begriffe gibt oder dass Erlebtes und Erfahrenes ins Vergessen gerät. Patienten, die in ihrer Fähigkeit zur Reflexion begrenzt sind, können sich aber im Tun und im Kontakt mit anderen selbst erfahren und Gefühle, Stimmungen und Bedürfnisse klarer wahrnehmen (vgl. Vieth-Fleischhauer 2003, 6 und 17).

*Reflexion*

Bei der Thematisierung emotionaler Inhalte sind die älteren Patienten häufig überfordert. Um in der Improvisation Erlebtes aufzugreifen, orientiere ich mich mehr an ihren nonverbalen Signalen. Ich spreche die Patienten an, schenke ihnen meine Aufmerksamkeit und bringe ihnen Wertschätzung entgegen. So können sie sich über den angebotenen Kontakt wahrgenommen und respektiert fühlen, während ich vorsichtig meine Empfindungen verbalisiere. Die abschließende Frage, was sie erlebt haben oder was sie in den Alltag mitnehmen, begrenzt eine tiefere Verarbeitung.

Im Verlauf des Musizierens bieten sich zahlreiche Interventionsmöglichkeiten, die bei dem einen oder anderen Patienten einen Prozess vertiefen könnten. Es erfordert ein feines Gespür zu erkennen, wann Grenzen des Auffassungsvermögens, der Konzentrationsfähigkeit oder im Erkennen und Verstehen erreicht sind. Wenn sich Ermüdung bei Patienten einstellt, verzichte ich auf Vertiefung. Ich stelle den Prozess in den Dienst der Gruppe, d.h. der „Flow“, das fortzusetzende Miteinander und die innere Beteiligung des Einzelnen stehen für mich im Vordergrund. Einzelne Auffälligkeiten in Form von Bemerkungen, Spielweisen oder im Verhalten, bin ich bemüht zu memorieren und in Notizen festzuhalten, um später darauf zurückzukommen.

*Intervention*

Ich nähere mich dem Lebensraum Pflegestation aus musiktherapeutischer Perspektive und orientiere mich am Befinden der dort lebenden Menschen um einzuschätzen, welche Intervention ihren Bedürfnissen entspricht, d.h. ich experimentiere mit Musik. Dies erfordert Flexibilität, Kreativität und Spontaneität. Der Gewinn, den Patienten aus dem musiktherapeutischen Angebot ziehen können, lässt sich an folgendem Beispiel verdeutlichen:

*Fazit*

Aufgrund einer angespannten Situation auf der Station durch Schreien, nächtliche Unruhe und Engpässe in der Alltagsorganisation waren einzelne Patienten sehr unzufrieden. Sie machten in einer Befindlichkeitsrunde ihrem Unmut Luft, bis jemand vorschlug, dieses Thema doch klanglich umzusetzen und gab ihm auch gleich den Titel „Die Symphonie der Station PE“. Das Spielen ermöglichte den Patienten, das empfundene Chaos in einer breiten Skala auszudrücken, indem sie auch Instrumente spielten, die sie bisher noch nicht genutzt hatten oder auch riskierten, unmittelbar benachbarte Instrumente direkt anzuspielen. Sie sahen sich in der Lage, aus sich herauszugehen, anstatt sich in ihrer Frustration abwartend zurückzuziehen.

*Symphonie der  
Station PE*

Literatur:

- Bunt, Leslie (1998): Musiktherapie – Eine Einführung in psychosoziale und medizinische Berufe. Weinheim und Basel
- Friedemann, Lilli (1983): trommeln, tanzen, tönen. Wien
- Friedemann, Lilli (1973): einstieg in neue klangbereiche durch gruppenimprovisation. Wien
- Hegi, Fritz (1997): Improvisation in der Musiktherapie – Möglichkeiten und Wirkungen freier Musik. Paderborn
- Hoffmann, Peter (2001): Aspekte zur Musiktherapie in der erwachsenenpsychiatrischen Abteilung des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke. In: MT Practice News: Research Showcase download: <http://www.musictherapyworld.de/> collected\_papers\_archive, search: Peter Hoffmann [16.02.2001 17:06:18 Uhr]
- Johannsen, Johannes (2007): Depressionen zu selten erkannt. In: Man darf sich nicht schämen. Serienartikel Magazin des Kölner Stadtanzeiger v. 30.04.2007  
download: <http://www.ksta.de/html/artikel/1176113314150.shtml> [Nov.2007]
- Kapteina, Hartmut (2004): Heilendes und heilsames Musikerleben. Musiktherapie als Fachgebiet der „Ästhetik und Kommunikation“ und Element des Qualifikationsprofils helfender Berufe. In: Marchal, Peter (Hrsg.): Massenmedien und Kommunikation. Einführung in das Fach Ästhetik und Kommunikation. Ausgabe 155/156. Siegen 2004
- Kapteina, Hartmut (2006): Einführung in die Musiktherapie - Musikpsychologische und klinische Grundlagen des Helfens und Heilens mit Musik. Skript zur Vorlesung, Universität Siegen. download: <http://www.musiktherapie.uni-siegen.de/kapteina/lehrgebiete> [Nov.2007]
- Linden, Ulrike (1999): Gruppenmusiktherapie in der Geriatrie. In: Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie (Hrsg.): Beiträge zur Musiktherapie. Berlin
- Plum, Franz-Josef (2001): Erste Erfahrungen zur Musiktherapie in der tagesklinischen Entgiftungsbehandlung polytoxikomaner Drogenabhängiger. In: MT Practice News: Research Showcase, 2001, <http://www.musictherapyworld.de/> collected\_papers\_archive, search: Franz-Josef Plum [16.02.2001 17:07:19 Uhr]
- Strobel, Wolfgang (1995): Grenzzustände in der Musiktherapie. In: Schroeder, Wolfgang C.: Musik - Spiegel der Seele. Paderborn
- Vieth-Fleischhauer, Hannah (2003): Integrative Musiktherapie für ältere Menschen - Möglichkeiten und Grenzen. Vortrag beim Symposium Music therapy with elderly people. Luxemburg 15.05.2003

*Zur Person:*

Hans-Peter Pelzer  
1956

*Dahlienweg 3  
53797 Lohmar*

*Dipl. Sportpädagogin und staatl. anerk. Heilpädagogin,  
TaKeTiNa-Rhythmuspädagogin  
arbeitet als freiberuflicher Mitarbeiterin in der gerontopsychiatrischen Abteilung  
der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik eines Krankenhauses  
in Bergisch Gladbach*