

Universität Siegen

**FB 2 (Integrierter Studiengang Sozialpädagogik und
Sozialarbeit)**

**Diplomarbeit
D II**

**Zur Akzeptanz und Relevanz der
Musiktherapie in einem
psychiatrischen Akutkrankenhaus**

vorgelegt von: Ramona Hesse

**Erstgutachter: Prof. Hartmut Kapteina
Zweitgutachterin: Prof. Dr. Karin Schittenhelm**

Siegen, den 30.04.2009

Inhalt

Vorwort.....	4
Abkürzungsverzeichnis.....	6
1. Musiktherapie – eine Einführung	7
1.1 Schulen der Musiktherapie	7
1.2 Methoden der Musiktherapie.....	9
1.2.1 Rezeptive Verfahren	9
1.2.2 Aktive Verfahren	11
1.2.3 Das Reflexionsgespräch.....	12
1.3 Setting	13
1.4 Indikationen für Musiktherapie	13
1.5 Die Instrumente der Musiktherapie	14
1.5.1 Symbolfunktion der Musikinstrumente	14
1.5.2 Resonanzen	15
2. Musiktherapie in einem akutpsychiatrischen Krankenhaus.....	15
2.1 Zur Institution	15
2.2 Zur Musiktherapie.....	15
3. Methodologie.....	20
3.1 Qualitative Forschung.....	20
3.1.1 Teilnehmende Beobachtung	20
3.1.2 Experteninterview	22
3.1.3 Grounded Theory	23
3.2 Fragebogenerhebung.....	24
4. Die Untersuchung	25
4.1 Forschungskontext.....	25
4.1.1 Triangulation der Perspektiven.....	25
4.1.2 Triangulation der Methoden	26
4.2 Forschungsverlauf und Beschreibung des Datenmaterials	27
4.2.1 Die Beobachtungsphasen.....	27
4.2.2 Dokumentation.....	27
4.2.3 Patienteninterviews - ein gescheitertes Vorhaben	28
4.2.4 Experteninterview	28
4.2.5 Akzeptanzbefragung	29

4.3 Beschreibung der Sitzungsstrukturen der Gruppenmusiktherapie.....	30
5. Darstellung der Untersuchungsergebnisse.....	35
5.1 Die Hauptkategorie: »Entlastung durch Musiktherapie«.....	38
5.2 Die Subkategorien.....	38
5.2.1 Entlastung durch Exploration der Instrumente	39
5.2.2 Entlastung durch rezeptiven Einstieg	39
5.2.3 Entlastung durch Trommeln	42
5.2.4 Entlastung durch freie Improvisation	46
5.2.5 Entlastung durch Gruppenprozesse	50
5.2.6 Entlastung durch den Therapeuten	52
5.2.7 Entlastung durch Humor.....	55
5.2.8 Musikrezeption am Ende der Sitzung.....	56
6. Zur Abgrenzung.....	57
6.1 Ambivalente Therapiesituationen.....	57
6.1.1 Exploration und Auswahl von Instrumenten in der Ankommensphase	57
6.1.2 Rhythmen-Trommeln.....	58
6.1.3 Freie Improvisation.....	58
6.1.4 Musikhören am Ende der Sitzung.....	59
6.1.5 Tanz	59
6.2 Therapiesituationen im Spannungsfeld zwischen Entlastung und Entwicklung ..	60
7. Gegenüberstellung und Synthese mit den Ergebnissen von PAAS.....	62
8. Die Akzeptanzbefragung	66
8.1 Vorstellung des Fragebogens.....	67
8.2 Vergleichende Auswertung von Patientenfragebögen.....	67
8.3 Statistik: Darstellung der Daten aus den analog zur TB erhobenen Fragebögen .	75
8.4 Gesamtauswertung.....	79
8.5 Fragebogenkritik.....	89
8.6 Gegenüberstellung des Akzeptanzfragebogens mit dem EBS.....	91
9. Fazit	93
10. Ausblick.....	96
Literatur	97
Anhänge.....	102

Vorwort

Im Jahr 2003 hat die Diplomandin Carola PAAS eine Studie zur Untersuchung der Relevanz der Musiktherapie in einem akutpsychiatrischen Krankenhaus vorgelegt. Die Arbeit basiert auf der Analyse von Patientenakten¹. Mit der Methode der „Grounded Theory“ arbeitet die Diplomandin verschiedene Wirkaspekte von Musiktherapie heraus, die sie zur Hauptkategorie „*Therapeutische Wirkung*“ gelangen lassen. Im Schlusswort regt PAAS an, die ermittelten Daten durch differenziertere qualitative Daten zu ergänzen.

Die vorliegende Arbeit greift diese Anregung auf. Mit den Erhebungsinstrumenten »Teilnehmende Beobachtung« und »Experteninterview« wurde die Relevanz der Gruppenmusiktherapie im vorgenannten Krankenhaus eingehend untersucht und mit der Methode der „Grounded Theory“ ausgewertet. Die Akzeptanz wurde durch eine schriftliche Befragung der Patienten mittels Fragebogen ermittelt.

Von der ersten Beobachtungssituation bis hin zur Fertigstellung erstreckte die Arbeit sich über einen Zeitraum von vier Jahren. Dieser Zeit bedurfte es, um im berufsbegleitenden Studium die formalen Voraussetzung für die Diplomarbeit zu erlangen² – und zeitgleich die eigene musiktherapeutische Ausbildung abzuschließen. Durch eigene Praxiserfahrungen in einem vergleichbaren Feld wurde der Blick auf die Vorkommnisse in der Musiktherapie geschärft und erweitert. Glaser und Strauss sprechen in diesem Zusammenhang vom »anekdotischen Vergleich«. „Auf der Grundlage seiner eigenen Erfahrung, seiner Allgemeinbildung oder Lektüre [...] kann der [Forscher] zu Daten über andere Gruppen gelangen, die nützliche Vergleiche gestatten“ (2005,74).

Es hat jedoch auch Nachteile, eine Diplomarbeit über eine derart lange Zeitspanne zu strecken. Aus heutiger Sicht würde ich den Akzeptanzfragebogen in dieser Form nicht verwenden und so bereitete es mir Unbehagen damit zu arbeiten³.

¹ Ausgangsbasis ist eine Stichprobe von 80 Stundenprotokollen aus den Jahren 1996 bis 2002. In dieser Zeit waren eine Musiktherapeutin und ein Musiktherapeut, beide jeweils auf Honorarbasis, in der Institution beschäftigt. Die Stundenprotokolle beziehen sich sowohl auf Patienten der Einzel- als auch auf Patienten der Gruppenmusiktherapie.

² die Verfasserin stand damals erst am Anfang des Studiums

³ siehe Fragebogenkritik

Bei der Dokumentation der teilnehmenden Beobachtung handelt es sich um Gedächtnisprotokolle⁴. Das intensive Revuepassieren lassen der in der Musiktherapie beobachteten Ereignisse hat mich Forschende und Lernende zugleich werden lassen.

Danken möchte ich deshalb an dieser Stelle dem Musiktherapeuten⁵ für den Einblick, den ich gewinnen konnte! Ferner gilt mein Dank meinem Lehrer und Betreuer Prof. Hartmut Kapteina für die Beratung in musikalischer und musiktherapeutischer Hinsicht, sowie meiner Betreuerin in Methodenfragen Prof. Dr. Karin Schittenhelm.

Nicht unerwähnt bleiben sollen die Musiktherapeutinnen Michaela Weyand und Annja Vetter. Euer Blick auf das Material und der kollegiale Austausch brachten neue Aspekte zu Tage und waren mir ein wichtiges Korrektiv.

Michaela schrieb zeitgleich eine Masterarbeit in Musiktherapie. Unsere regelmäßigen Treffen mit wechselseitigem Austausch erweiterten den Horizont und waren eine große Bereicherung.

Danke!

Formales

In der Musiktherapie ist oft von Teilnehmern oder Klienten die Rede, im klinischen Setting von Patienten. Die Begriffe „Patient“, „Klient“ und „Teilnehmer“ werden in der vorliegenden Arbeit analog verwendet.

Aus Gründen der Lesbarkeit und Kürze wird auf die umständlicheren Schreibweisen "...-Innen" oder Verdoppelungen wie "Teilnehmer und Teilnehmerinnen" verzichtet. Selbstverständlich ist jeweils das andere Geschlecht inbegriffen, wenn entweder Patient oder Patientin geschrieben steht.

Für einige stets wiederkehrende Begrifflichkeiten wurden Abkürzungen verwendet. Diese sind dem nachfolgenden Abkürzungsverzeichnis zu entnehmen.

⁴ Aus heutiger Sicht würde ich dazu raten, eine derartige Beobachtung zu zweit durchzuführen, denn zwei Gedächtnisse speichern mehr als eines.

⁵ Aus Datenschutzgründen werden die Institution und der Musiktherapeut nicht namentlich benannt.

Abkürzungsverzeichnis

FB	Fragebogen
MT	Musiktherapie
MU	Musiktherapeutische Umschau
Th	Therapeut
TB	Teilnehmende Beobachtung

im allgemeinen Sprachgebrauch gängige Abkürzungen werden als bekannt vorausgesetzt.

1. Musiktherapie – eine Einführung

Musiktherapie ist Psychotherapie. Durch Musikhören und musikalisches Handeln können Teilnehmer auf nonverbale Weise erreicht und mit ihrer Kreativität in Kontakt gebracht werden. Sie können ausdrücken, was sich sprachlich (noch) nicht in Worte fassen lässt und Resonanz vom Musiktherapeuten und/oder der Gruppe⁶ erfahren. Als besonderes Merkmal der Musiktherapie ist die Symbolebene zu nennen; insbesondere die Symbolfunktion der Instrumente und symbolisches Handeln aber auch Metaphern im Reflexionsgespräch. HEGI benennt Körper, Sprache und Musik als gleichwertige Symbolräume (2001, 130). Die Spanne der Erlebnisse reicht von Katharsis bis hin zu Einsichten und neuen Erfahrungen, welche übend vertieft mit der Zeit ins Verhaltensrepertoire integriert werden können. Dabei ist nicht allein das Handeln, sondern auch das Hören von Bedeutung. JUNGABERLE bezeichnet das „Hineinhören von Dingen des alltäglichen Lebens in die Musik und das Heraushören von Übereinstimmungen, Ähnlichkeiten und musikalischen Gestalten, die dem Lebensprozess gleichen (..) als metaphorischen Zirkel“ (2007, 334), denn „das therapeutische Medium wird überwiegend metaphorisch erlebt und beschrieben“ (ebd.336).

1.1 Schulen der Musiktherapie

Unterschiedliche Schulen der Musiktherapie ordnen sich jeweils unterschiedlichen Grundorientierungen der Psychotherapie zu. TIMMERMANN benennt die tiefenpsychologische -, humanistische -, behavioral-verhaltenstherapeutische - und systemisch-transgenerative Orientierung (2004, 5).

- Die **tiefenpsychologischen Grundorientierungen** betrachten den „Menschen als Produkt seiner Kindheitsgeschichte“ (ebd.). Dabei ist zu unterscheiden zwischen klassischer Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie [...] wobei letztere sich u.a. durch zeitliche Begrenzung, stärkere Aktivität und ein direkteres Vorgehen des Therapeuten, unter Anwendung edukativer und suggestiver Elemente auszeichnet.

⁶ bei Gruppenmusiktherapie

- Die **humanistische Grundorientierung** schließt u.a. Methoden aus Psychodrama und Gestalttherapie und damit das Erleben in Form von Rollenspielen und Körperarbeit ein.
- **Verhaltenstherapeutische Verfahren** konzentrieren sich nicht auf die Vergangenheit, sondern auf das Hier und Jetzt und zielen auf Lernprozesse und Verhaltensänderungen ab.
- **Systemische Verfahren** richten den Blick auf soziales Umfeld und Bezüge des Klienten (vgl. ebd. 5ff).

Entwickelt hat sich die Musiktherapie allerdings „aus musikästhetischen und musikpädagogischen Ansätzen“ (ebd. 8).

KNILL und KAPTEINA betrachten **Musiktherapie als unabhängige Therapieform**. Musik selbst ist ein ästhetisches Zeichen, welches die Wirklichkeit als Ganzes abbildet. Die szenisch-musikalische Gestaltung in der Musiktherapie generiert demnach ästhetische Zeichen, die so umfang- und facettenreich sind, dass eine Übersetzung in psychologische Sprache, wie sie den psychotherapeutischen Modellen zu Eigen ist, immer eine Reduktion bedeutet (vgl. KNILL 1990, 57 und KAPTEINA 2007, 6).

FROHNE-HAGEMANN weist darauf hin, dass „fast jede Musiktherapeutische Methode [...] verschiedene Grundorientierungen [hat]“ (2001, 169). Sie benennt Methoden „auf tiefenpsychologischer Basis mit psychoanalytischer, humanistischer und behavioraler Grundorientierung“, als auch solche mit agogischer oder künstlerischer Grundorientierung (ebd.).

Genaue Abgrenzung fällt schwer. Die o.g. Grundorientierungen sind entweder mehr vergangenheits-, mehr gegenwarts- oder mehr zukunftsorientiert. In der Musiktherapie vermischt sich diese zeitliche Gerichtetheit zum Teil. In einer einzelnen Musiktherapie-sitzung können alle drei Ebenen angesprochen sein.

1.2 Methoden der Musiktherapie

Zu unterscheiden ist zwischen rezeptiven und aktiven Verfahren der Musiktherapie.

1.2.1 Rezeptive Verfahren

Die Verfahren rezeptiver Musiktherapie reichen von Musikhören im therapeutischen Setting mit anschließendem Reflexionsgespräch, über das begleitende Äußern aufkommender Themen und innerer Bilder (assoziiieren), bis hin zu zeitgleicher Umsetzung der musikalischen Impulse in Bewegung oder in ein gemaltes Bild, um ausgelöste innere Vorgänge nach außen zu projizieren. Beim Hören von Musik werden bei jedem Menschen innerpsychische Prozesse berührt und angestoßen, denn Musik ist ein universales Symbol. „Es gibt keine Nation, Kultur oder Zeitperiode ohne irgendeine Form von Musik. Ein so universales Phänomen muss ein tief verwurzeltes menschliches Bedürfnis befriedigen; es muss gewichtigen psychologischen Konstellationen entsprechen“ (KOHUT 1977, 195).

Musikhören

In der Gruppe oder in der therapeutischen Dyade wird gemeinsam ausgewählte Musik gehört. Diese spricht den Menschen in seiner Ganzheit an.

- Akustische Reize stimulieren eine Vielzahl senso-motorischer Areale im Gehirn, beeinflussen das vegetative Nervensystem und das Stress- und Schmerzempfinden. Dadurch können die Hörer sowohl zur Ruhe kommen als auch aktiviert werden⁷.

- Beim intensiven Hören werden Gefühlszustände, Phantasien und Tagträume hervorgehoben. Der Hörer „benutzt die Musik, als Projektionsfläche, auf der er psychisches Geschehen abgebildet erlebt, oder er identifiziert sich mit der Musik und erlebt musikalische Prozesse so, als seien sie seine eigenen seelischen Bewegungen“ (KAPTEINA 2004, 253).

- Es kann davon ausgegangen werden, dass eine bestimmte Musik tendenziell einen bestimmten Gefühlszustand wachruft, denn jedes musikalische Material ist auch Träger gesellschaftlich präformierten intersubjektiv nachvollziehbaren Ausdrucks, der in unbewussten Schichten jedes Rezipienten abgelegt ist (vgl. ADORNO 1958, 36 zit. n. WAGNER 2005, 359).

⁷ je nach Befinden und nach Auswahl der Musik

Tanz

Beim Tanzen werden die durch Musikrezeption empfangenen Impulse zeitgleich in Körperbewegung umgesetzt. Nach KOHUT handelt es sich beim Bewegen zur Musik um „kinästhetische Entladung der durch die rhythmischen Töne geschaffenen Spannung“ (Ders. 1977, 202). Zu unterscheiden ist zwischen freiem Tanz und angeleitetem Tanz.

Den freien Tanz gestaltet der Tanzende selbst. Musik zieht als Schwingung durch den Raum, wird vom Hörer rezipiert und eigenständig in Bewegung umgesetzt. Voraussetzung ist ein gewisses Maß an Selbstsicherheit und Vertrauen in die therapeutische Beziehung und die anwesende Gruppe, denn durch die Körperbewegung gibt der Tanzende etwas von sich preis.

Beim angeleiteten Tanz kann der Teilnehmer sich an den vorgegebenen Bewegungen des Leiters orientieren; er braucht nicht selbst zu gestalten. Die körperliche Entäußerung der eigenen Befindlichkeit ist nicht so evident wie beim freien Tanz.

weitere rezeptive Verfahren⁸

Musikmalen

Ähnlich dem freien Tanzen, entäußert hier der Rezipient seine beim Musikhören sich vollziehende innere Bewegung malend.

Musikgeleitete Imagination

In einem Zustand veränderten Bewusstseins hört der Rezipient zusammen mit der Therapeutin (klassische) Musik und teilt dabei sein Erleben (z.B. aufkommende Gefühle, innere Bilder, etc.) mit.

Klanggeleitete Trance

Ähneln der musikgeleiteten Imagination, wobei hier die Musik von Therapeuten live gespielt wird.

⁸ hier soll nur eine Auswahl kurz angerissen werden

1.2.2 Aktive Verfahren

Aktive Musiktherapie bezieht die Teilnehmenden als Mitgestalter ein. Auf leicht spielbaren⁹ Instrumenten wird gemeinsam ein Klanggeschehen gestaltet. Dabei findet Selbstausdruck und Kommunikation gleichermaßen statt.

Das Spielen der Instrumente ist zugleich symbolisches Handeln: So kann z.B. der Schlag auf die Trommel Ausdruck von Wut oder Lebensfreude sein, das Streiche(l)n der Saite einer Leier Zärtlichkeit oder Sehnsucht, beim Rauschen der Oceandrum kann es um Meeresrauschen und damit verbundene Gefühle von Freiheit und Grenzenlosigkeit gehen oder um den Wunsch nach Verschmelzung.

Zu unterscheiden ist zwischen gelenkter (thematisch geleiteter) Improvisation und freier Improvisation.

Gelenkte musikalische Improvisation

Nicht selten sind Klienten bei der ersten Begegnung mit den Instrumenten der Musiktherapie verunsichert und gehemmt¹⁰. Hier gilt es, spielerisch den Zugang zum musikalisch-klanglichen Ausdruck zu vermitteln. Hilfreich sind so genannte Regelspiele, bei denen die Teilnehmer einer Anweisung folgend zu einem bestimmten Thema improvisieren. FRIEDEMANN (1973,1983), SCHWABE (1992) und andere haben ein umfangreiches Repertoire von Improvisations-Spielen veröffentlicht, mit Hilfe derer der Ausdruck von Themen evoziert werden kann¹¹. So werden z.B. Klangreisen unternommen, Kommunikationsübungen auf Trommeln gemacht oder ein Unterstützerkreis durch die Mitspieler gebildet. Gelenkte Improvisationen haben zum Ziel

- bei den Teilnehmern vermutete Themen hervorzulocken, und
- auf längere Sicht, sie mit dem musikalisch-klanglichen Interaktionsmodus vertraut zu machen, um irgendwann zur freien Improvisation übergehen zu können.

⁹ archaische Instrumente, Orff-Instrumentarium und teilweise eigens für MT entwickelte Instrumente

¹⁰ „Ich kann aber kein Instrument spielen“ – „Ich kenne keine Noten“ – „Ich bin unmusikalisch“, sind häufige Einwände

¹¹ Entsprechend ausgebildete Musiktherapeuten können m.E. bei Bedarf auch selbst Regelspiele entwickeln, die auf die jeweiligen Bedürfnisse der Klientel abgestimmt sind.

Freie musikalische Improvisation (Gruppenimprovisation)

LOOS bezeichnete die freie Improvisation, als „Via Regia der Musiktherapie“ (1986, 160).

Der Begriff „freie musikalische Gruppenimprovisation“ steht für freies Spiel auf selbstgewählten Instrumenten. Spiel ist nach LOOS die „Möglichkeit, sich zu versenken, zu vertiefen, sich nach innen zu öffnen, sodass etwas eigenes hervorgebracht, mitgeteilt und geteilt werden“ kann (LOOS in Zimmer 2006, 158). Die Teilnehmenden können sich spielerisch und nonverbal auf unkomplizierte Weise ausdrücken. Der Selbstaussdruck wird von der Gruppe wahrgenommen, ausgespielte Stimmung wird gespiegelt, d.h. Themen und Eigenschaften der Teilnehmer inszenieren sich automatisch und erfahren Resonanz. Die musikimmanenten Kräfte zur Beziehungsbildung führen die Teilnehmer von der Beziehungslosigkeit zur Kommunikation. Dabei kann es zu Übertragungsphänomenen und Regression kommen und so nachgenährt, aufgearbeitet und umgestimmt werden. Aufgabe des Therapeuten ist es musikalisch zu begleiten, umzustimmen und Veränderungsimpulse zu geben. „Eine musikalische Geste kann das Verhalten einer anderen Person sofort beeinflussen und sich auf die Art und Richtung jeder improvisierten Musik direkt auswirken“ (BUNT 1998, 38), denn „zur Lebensgestaltung in Konfliktsituationen wird Kreativität benötigt. [...] Die freie Improvisation bietet Spiel und die Entfaltung von Kreativität an“ (LOOS in Zimmer 2006, 178).

1.2.3 Das Reflexionsgespräch

Das Besondere in der Musiktherapie ist der Wechsel von einer Beziehungsqualität in die andere, also von dem gestalteten Schwingungs- oder „Empfindungs-Raum“ im Improvisationsgeschehen zur verbalen Kommunikation, die als vordergründigere Beziehungsqualität wahrgenommen wird und umgekehrt (vgl. HEGI 1998, 20). Um diesen Wechsel der Kommunikationsmodi nicht nur zu initiieren, sondern auch selbst mitzuerleben, ist es m.E. unbedingt erforderlich, dass der Therapeut mitspielt¹². Nach dem Ausklingen der musikalischen Interaktion ist es seine Aufgabe, die Teilnehmer, sofern diese nicht eigenständig damit beginnen, mit offenen Fragen zum Austausch über ihre Erlebnisse anzuregen. Bei der Übersetzung der musikalischen Erfahrungen in Sprache kommt es zu einer Konkretisierung. Die Metaebene der Sprache ermöglicht reflektie-

¹² Die überwiegende Zahl der Musiktherapeuten scheint dies so zu handhaben, aber es gibt auch andere Sichtweisen (z.B. HAASE 2004, 116)

rende Bewusstwerdung der Wahrnehmungsinhalte im Improvisationsgeschehen. Auch nach dem Musikhören ist Reflexion erforderlich, da jeder Rezipient genau das in der Musik hört, was bei ihm gerade „dran“ ist.

1.3 Setting

Musiktherapie findet im Gruppensetting oder in der Dyade von Patient und Therapeut statt.

Im Gruppensetting bilden sich Beziehungsstrukturen und Interaktionsmuster ab. Die Teilnehmer können vielfältige soziale Erfahrungen machen, einander unterstützen oder wechselseitig Projektionsobjekt für Übertragungen werden. Dabei ist zu unterscheiden zwischen offenen Gruppen mit wechselnden Teilnehmern und geschlossenen Gruppen mit festem Teilnehmerkreis.

Bei einer offenen Gruppe muss jede Sitzung als einmalige und für sich selbst stehende Erfahrung betrachtet werden: Es muss ein musikalisches Erlebnis angebahnt werden, das möglichst viele Bedürfnisse befriedigt (vgl. BUNT, 33). Dieser Umstand kann mitunter das passgenaue Eingehen auf die Bedürfnisse einzelner Teilnehmer vereiteln; auf jeden Fall kann die Gruppe als solche nur schwer miteinander in einen Entwicklungsprozess treten, da ein vorbehaltloses sich Öffnen und aufeinander Einstellen, wie es die freie Improvisation voraussetzt, den geschützten Rahmen einer bekannten Gemeinschaft erfordert. Eine geschlossene Gruppe mit festem Teilnehmerkreis kann dies bieten.

Es gibt auch Patienten und Situationen, bei denen es angezeigt ist, zunächst in der Dyade zu arbeiten, z.B. wenn die Fülle der durch die Gruppe erzeugten Reize den Patienten überfordert oder der Aufbau einer therapeutischen Vertrauensbeziehung im Gruppenrahmen nicht möglich ist.

1.4 Indikationen für Musiktherapie

„Dass jemand Musik mögen sollte, ist [nach SMEIJSTERS] weder eine Indikation, noch eine allgemeine Voraussetzung“ für Musiktherapie (1999, 6).

Zur Indikationsstellung ist die Frage zu stellen, ob „Musiktherapie innerhalb des gesamten Behandlungsplanes und im Verhältnis zu anderen Therapien einen eigenen spezifischen Beitrag“ leisten kann (ebd. 9). Um diese Einschätzung vornehmen zu können, bedarf es beim Behandler team eines Grundverständnisses hinsichtlich der Möglichkeiten von MT und der Fachkenntnis des Musiktherapeuten. Die Indikationsstellung ist dabei nicht nur in Abhängigkeit von der Störung zu sehen, sondern auch mit Blick auf die Zielstellung.

1.5 Die Instrumente der Musiktherapie

In der aktiven Musiktherapie spielen die Musikinstrumente eine bedeutsame Rolle. Nach KAPTEINA gehen von den Instrumenten der Musiktherapie Aufforderungsimpulse an mehrere Sinne¹³ aus. Neugierde und Interesse werden ausgelöst (2000,18). Polysinnlich durch die Instrumente oder verbal durch den Therapeuten dazu aufgefordert, gehen die Patienten handelnd mit den Instrumenten um, nutzen sie spielerisch als Ausdrucksmedium. Dabei erfahren sie auch ohne den „Umweg“ über ein personales Gegenüber Resonanz akustischer und taktiler Natur.

Die Instrumente werden zu Übergangsobjekten im Sinne WINNICOTTs (vgl. 1983, 25ff). Als solche stehen sie vermittelnd zwischen der inneren und äußeren Welt der Spieler. Die Spieler werden zum Empfänger ihres eigenen Ausdrucks und kommen sich dabei selbst nahe. „Ein Instrument hat, wenn darauf gespielt wird, einen eigenen Klang und ist dadurch weiter vom Therapeuten entfernt und näher beim Klienten“ (SMEIJSTERS 1999,11).

1.5.1 Symbolfunktion der Musikinstrumente

Hinzu kommt, dass Musikinstrumente in mehrfacher Hinsicht Symbolfunktion haben. Aussehen und Klang, Handhabung und Oberfläche rufen häufig Assoziationen hervor. Bsp: Das Instrument erinnert an, ist genauso laut/leise wie, fühlt sich an wie, man steht/kniet davor oder hat es auf dem Schoß wie, man streich(el)t, schüttelt oder schlägt es wie

¹³ visueller - , taktiler - , motorischer Natur

1.5.2 Resonanzen

Neben den Prozessen, die sich jeweils zwischen den Akteuren und „ihrem“ Instrument ereignen, finden musikalisch- klangliche Interaktionen in der Gruppe und mit dem Therapeuten statt. Eine „Kommunikation ohne Worte“ entsteht (KAPTEINA 2000). Unsagbares kann ausgedrückt, Vergessenes erinnert, Implizites wahrgenommen werden und erfährt im geschützten Setting der Musiktherapie Annahme und Resonanz.

2. Musiktherapie in einem akupsykiatrischen Krankenhaus

Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit ist die Gruppenmusiktherapie in einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

2.1 Zur Institution

Die Klinik ist angegliedert an ein allgemeines Versorgungskrankenhaus. Als Akuteinrichtung mit 140 Betten, obliegt ihr die gemeindenahere Versorgung der gesamten Region. Die Klinik verfügt über zwei offene und eine geschlossene akupsykiatrische Station, eine Psychotherapiestation, sowie eine Institutsambulanz. Zum Angebotspektrum gehören Psychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch-psychoanalytische Therapie), Testpsychologische Diagnostik, Sozialberatung, Ergotherapie, Bewegungstherapie und Musiktherapie (vgl. Homepage Kreisklinikum).

2.2 Zur Musiktherapie

Ein Musiktherapeut ist als Honorarkraft an drei Tagen pro Woche in der Institution mit folgenden Angeboten tätig:

- 1 Gruppenmusiktherapeutisches Angebot à 90 Minuten/Woche
- 4 - 6 Einzelmusiktherapien /Woche.

Des Weiteren werden in der Klinik von anderen Musiktherapeutinnen auf Honorarbasis angeboten:

- 2 Singtherapeutische Gruppen à 45 Minuten/ je 2 x pro Woche
- Tanzen in der Gruppe à 90 Min./Woche

Räumlichkeit

Musiktherapie findet in einem eigens dafür vorgesehenen Raum statt. Es handelt sich um einen hellen Raum, der in der dritten Etage zwischen der geschlossenen - und einer offenen akupsykiatrischen Station liegt. Patienten der anderen Stationen können sowohl durch das Treppenhaus, als auch mit dem Fahrstuhl dorthin gelangen. Wenn man den Raum betritt steht linker Hand ein umfangreiches musiktherapeutisches Instrumentarium auf dem Boden¹⁴. Dahinter befinden sich Regale mit Kleininstrumenten¹⁵ und einem CD-Spieler.

Zur Gruppenmusiktherapie

Die Gruppenmusiktherapie ist vornehmlich ein Angebot für Patientinnen der offenen akupsykiatrischen Stationen. Vereinzelt nehmen auch Patienten der geschlossenen Station, der Psychotherapiestation, der Suchtstation oder ambulante Patienten an der Gruppe teil. Die Patienten werden in der Regel nach Absprache mit dem Musiktherapeuten von den behandelnden Ärzten/ Psychologen der Gruppe zugeteilt. Die Absprachen finden in Teamsitzungen¹⁶, manchmal auch per E-mail statt, da der Therapeut als Honorarkraft nicht ständig vor Ort ist. Der Musiktherapeut nimmt, soweit möglich, Erstkontakt mit den Patienten auf. Es kommt jedoch auch vor, dass Patienten zur Gruppe erscheinen, ohne dass der Therapeut vorab informiert war. Die Gruppenmusiktherapie findet ohne Co-Therapeuten statt. Hin und wieder nehmen Krankenpfleger oder Praktikanten teil.

Geschlossenes vs. offenes Gruppenformat

Nach NERI werden „Offene Gruppen“ in allgemeinen - und psychiatrischen Krankenhäusern als Aufnahmegruppen eingesetzt, „um den Patienten die Möglichkeit zu bieten, sich mit den vorhandenen Strukturen vertraut zu machen und in ihnen ihren Platz zu finden“ (2004, 292). TSCHUSCHKE vergleicht geschlossene und halboffene Gruppen im stationären Setting und kommt zu dem Schluss, dass überwiegend die „Keule der Ökonomie“ zur Begründung offener Gruppen angeführt wird, und dass die Entwicklung

¹⁴ Dabei sehr viele Trommeln

¹⁵ Es handelt sich um Instrumente des Orff'schen Instrumentariums, archaische Instrumente aus anderen Kulturen, wie z.B.: Trommeln, Steeldrum, Koto ...und eigens für Musiktherapie entwickelte Instrumente wie Oceandrum, Monochord, Kutu Wapa u.v.a.

¹⁶ Der Musiktherapeut nimmt an den Teamsitzungen zweier Stationen regelmäßig teil. Bei anderen Stationen nur, wenn von dort Patienten an der Gruppe teilnehmen.

einer therapeutischen Gruppe mit wenigen Sitzungen durch kommende und gehende Gruppenmitglieder behindert oder gar verunmöglicht wird (2003, 111).

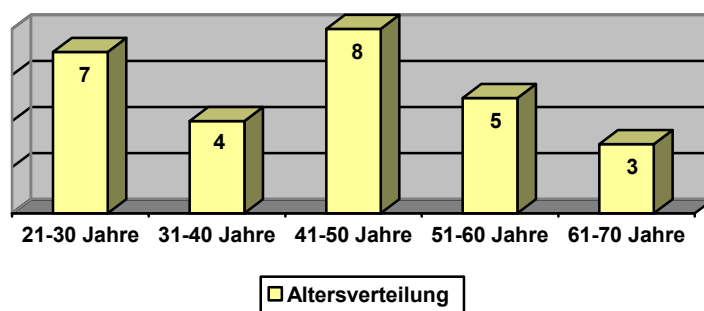
Bei der im Fokus stehenden Musiktherapiegruppe handelt es sich um eine „halboffene Gruppe“. Diese Konstellation bedeutet für das Setting:

- Patienten von unterschiedlichen Stationen kennen sich untereinander nicht; sie begegnen sich in der MT teils zum ersten Mal
- eine sich stetig wandelnde Gruppenkonstellation durch ausscheidende und neu hinzukommende Patienten
- die Patienten befinden sich in unterschiedlichen Therapiephasen

Die Teilnehmer der Gruppenmusiktherapie

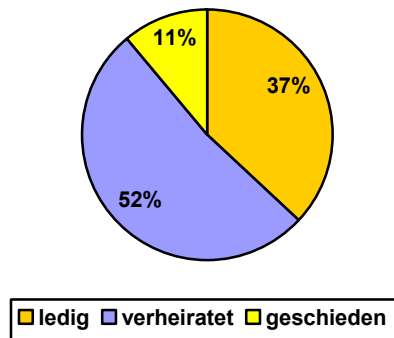
Während der beiden Beobachtungsphasen haben insgesamt 27 Patienten¹⁷ an der Gruppenmusiktherapie teilgenommen. Dabei handelte es sich um 22 weibliche und 5 männliche Teilnehmer, was ein Verhältnis von 4,4 : 1 ergibt. Zum Zeitpunkt des Klinikaufenthaltes waren 14 der Teilnehmer verheiratet, 10 ledig und 3 geschieden. Die Altersspanne reichte von 21 bis 67 Jahre; daraus ergibt sich ein Durchschnittsalter von 42,85 Jahren.

Schaubild: Altersverteilung n=27



¹⁷ Die Angaben beziehen sich auf die Patienten, die während der Beobachtungsphase an der Gruppenmusiktherapie teilnahmen.

Schaubild: Familienstand



Aus Datenschutzgründen wurde im Zuge der Datenanalyse jedem Patienten eine Kennziffer (P1-P27) zugeordnet¹⁸. Die Kennziffern sind den Zitaten aus Beobachtungsprotokollen beigelegt.

Störungsbilder

Die nachfolgende tabellarische Zusammenfassung soll einen groben Überblick über die bei den Patienten diagnostizierten Störungsbilder geben. Ergänzend zur Angabe der ICD-10 Kennziffern und der Anzahl der betroffenen Patienten finden sich in der Spalte *Anmerkungen* kurze Erläuterungen zu den vorliegenden Ausprägungen.

n = 27

	Diagnostische Kategorie	Anzahl	Anmerkungen
F06.2	Schizophrenie (organisch)	1	
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	8	davon 3 Patienten gegenwärtig depressiv
F30-F39	Affektive Störungen	12	rezidivierende, mittelgradige oder schwere depressive Episode mit oder ohne psychotische Symptome
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	5	Angststörungen, Panikstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen, wie Trauerreaktion, Kulturschock, Heimweh, neurotische - und reaktive Depression
F50.0	Anorexia nervosa	1	

¹⁸ Die jeweilige Kennzeichnung besagt weder etwas über den Patienten, noch über den Zeitpunkt der Teilnahme.

Die im Fokus stehende Gruppenmusiktherapie orientiert sich weitestgehend an den Ressourcen der Patienten. Auf eine detaillierte Auseinandersetzung mit den vorliegenden Störungsbildern wird in dieser Arbeit verzichtet.

An dieser Stelle sei verwiesen auf die Diplomarbeit von Carolin ABEL zur „Musiktherapie bei Depression“ (Universität Siegen 2005). ABEL bezieht sich in ihrer Arbeit auf das hier im Fokus stehende Setting. Dabei setzt sie sich mit dem vorrangig auftretenden Störungsbild »Depression« auseinander.

3. Methodologie

Untersuchungsgegenstand ist die Gruppenmusiktherapie in einem akuten psychiatrischen Krankenhaus. Geforscht wurde mit den Methoden qualitativ orientierter **teilnehmender Beobachtung**, **Experteninterview** und **Patientenfragebogen**. Ausgewertet wurden die Beobachtungsprotokolle und das Interviewtranskript mit der Methode der **Grounded Theory**. Der Patientenfragebogen wurde manuell mittels Strichliste ausgezählt und in Häufigkeitstabellen zusammengefasst.

Teilnehmende Beobachtung und **Experteninterview** wurden als Instrumente qualitativer Forschung¹⁹ eingesetzt, beim **Fragebogen** handelt es sich um ein Instrument quantitativer Forschung.

3.1 Qualitative Forschung

Qualitative Methoden sind heute fester Bestandteil sozialwissenschaftlicher Forschung. Aufgrund sozialen Wandels und damit einhergehender Pluralisierung von Lebenswelten müssen sich Forscher zunehmend mit unbekanntem Kontext auseinandersetzen für die es noch keine theoretischen Vorlagen gibt, so dass Deduktion oder Subsumtion nicht möglich ist. Stattdessen werden Hypothesen vom Datenmaterial ausgehend generiert (vgl. Flick 2006, 11ff).

3.1.1 Teilnehmende Beobachtung

Bei der Erhebungsmethode »Beobachtung« geht es um direkte Beobachtung menschlicher Merkmale, Handlungen und Äußerungen (sprachlicher und nonverbaler Art) in einem Forschungskontext. Wissenschaftliche Beobachtung unterscheidet sich von nicht-wissenschaftlicher Beobachtung dadurch, dass sie einem Forschungszweck dient, systematisch geplant ist, systematische Aufzeichnungen und wiederholte Prüfungen und Kontrollen vorgenommen werden (vgl. DIEKMANN 2005, 456ff).

ATTESLANDER unterscheidet zwischen offener und verdeckter, strukturierter, semi-strukturierter und unstrukturierter teilnehmender Beobachtung (TB) mit hohem oder

¹⁹ Teilnehmende Beobachtung kann auch zur quantitativen Erfassung des Auftretens bestimmter Items eingesetzt werden

geringem Partizipationsgrad (ebd. 1971). Strukturierte Beobachtung zeichnet sich aus durch im Voraus festgelegte Beobachtungskategorien. Dadurch ist ein hoher Grad an Kontrollierbarkeit des Beobachtungsvorganges gegeben. Unstrukturierte Beobachtung zeichnet sich aus durch Offenheit; sie folgt lediglich allgemeinen Richtlinien und dient der Informationsgewinnung und Hypothesengenerierung. In beiden Fällen kann die Beobachtung einen hohen oder einen geringen Partizipationsgrad aufweisen, d.h. der Forscher partizipiert mehr oder weniger an der zu beobachtenden Situation. Des Weiteren wird unterschieden zwischen offener Beobachtung bei der sich der Forscher als solcher zu erkennen gibt und verdeckter Beobachtung, bei der sich der Forscher nicht zu erkennen gibt²⁰.

Nachfolgende Darstellung soll einen kurzen Überblick geben:

Systematische Beobachtung (= Kriterium wissenschaftlicher Beobachtung)							
Strukturierte Beobachtung*				Unstrukturierte Beobachtung*			
Partizipationsgrad hoch		Partizipationsgrad gering		Partizipationsgrad hoch		Partizipationsgrad gering	
offen [°]	verdeckt ^{°°}	offen [°]	verdeckt ^{°°}	offen [°]	verdeckt ^{°°}	offen [°]	verdeckt ^{°°}

* Zwischenformen sind möglich

° Beobachter tritt ausdrücklich als Forscher auf

°° Beobachter gibt seine Identität als Forscher nicht zu erkennen

Neben den **Differenzierungsdimensionen Wissenschaftlichkeit** (systematisch vs. naiv), **Standardisierung** (strukturiert vs. unstrukturiert), **Partizipationsgrad** (aktiv vs. passiv teilnehmend), **Transparenz** (offen vs. verdeckt) benennt LAMNEK den **Realitätsbezug** (direkt vs. indirekt) und die **Natürlichkeit der Situation** (Feld vs. Labor) (1993).

²⁰ Zur ethische Frage: Während Atteslander verdeckte Beobachtung im Sinne der Forschung für gerechtfertigt hält, plädiert Girtler dafür, die zu Untersuchenden über die Intention des Forschers zu informieren, da eine verdeckte Beobachtung eine Täuschung darstellt

Rolle und Verhalten des Beobachters

Es ist zu überlegen, welche Rolle der Beobachter im Beobachtungsfeld einnehmen sollte. Bewusst oder unbewusst kann er Einfluss auf das soziale Feld nehmen. Deshalb sollte sich der Beobachter soweit wie möglich anpassen an die Gegebenheiten im Feld.

Fremdheitspostulat

Um einen möglichst objektiven Blick auf den Forschungsgegenstand zu ermöglichen, sollte der Beobachter nicht zu tief im Forschungsfeld involviert sein; andernfalls wird vieles als selbstverständlich angesehen und kann nicht entsprechend wahrgenommen und beschrieben werden²¹.

Aufzeichnung der Beobachtungsdaten

Die Möglichkeiten der Datenakquirierung rangiert von Videographie über schriftliche Aufzeichnungen während der Beobachtung bis hin zu Gedächtnisprotokollen nach der Beobachtungssituation. Während die ersten beiden Möglichkeiten beträchtlichen Einfluss auf die Situation haben können, erfordern Gedächtnisprotokolle ein hohes Maß an Konzentration und Disziplin²² auf Seiten des Beobachters.

3.1.2 Experteninterview

Mittels Experteninterview wird jemand, der aufgrund langjähriger Erfahrung seine Wahrnehmungs- und Handlungsfähigkeit in einem bestimmten Bereich entwickelt hat hierzu befragt (vgl. MIEG 2005). Angemessenes Erhebungsinstrument ist ein leitfadengestütztes offenes Interview. Der Leitfaden soll auf „funktionsbezogenes Sonderwissen“ des in den fokussierten Kontext eingebundenen Interviewpartners abzielen. Die offene Struktur führt zu einer Gesprächsdynamik, die den Interviewpartner mehr²³ über den Kontext präsentieren und damit Einblick in spezifische Relevanzstrukturen des Problemfeldes geben lässt. Dadurch eröffnen sich ggf. zusätzliche Dimensionen des Themas. Außerdem erschließen sich dem

²¹ andererseits ist zu bedenken, dass eine gute Kenntnis des Gegenstandes (Feldes) der differenzierten Wahrnehmung dienlich sein kann

²² Da die Erinnerungen schnell verblassen oder sich mit anderen Eindrücken vermischen, sollte zwischen Beobachtung und Aufzeichnung möglichst nichts anderes stattfinden.

²³ mehr als bei geschlossenen Fragen mit Vorgabe von Antwortkategorien

Forschenden durch die offene Struktur auch nicht-diskursiv verfügbare Hintergründe und Zusammenhänge (vgl. BOHNSACK 2003, 57f).

Auswertung

Sowohl die Beobachtungsprotokolle, als auch das Experteninterview können auf dem Wege der Typenbildung mit der Grounded Theory ausgewertet werden.

3.1.3 Grounded Theory

Die Soziologen Anselm Strauss und Barney Glaser entwickelten in den 60er Jahren mit der Grounded Theory²⁴ eine Methode zur Auswertung sozialer Daten, die der Tatsache Rechnung trägt, dass die modernen pluralisierten Lebenswelten nicht mit Modellen und Konzepten der Vergangenheit verstanden und erklärt werden können.

Bei der Grounded Theory handelt es sich um eine explorative Methode. Basierend auf einem zirkulär angelegten Forschungsprozess, bei dem Auswertung und Erhebung ineinander greifen²⁵, wird ausgehend vom Datenmaterial unter Anwendung vieler Einzelschritte das Ziel einer realitätsnahen Theoriegenerierung angestrebt.

Forschungsparadigma

Die Auswertungsvorgänge werden als **Kodierverfahren** bezeichnet und setzen sich zusammen aus drei Vorgehensweisen, dem **offenen Kodieren**, dem **axialen Kodieren** und dem **selektiven Kodieren**, wobei diese nach FLICK weder klar voneinander trennbar sind noch als zeitlich eindeutig getrennte Phasen verstanden werden sollten (2006, 258).

Beim **offenen Kodieren** wird der Text in Segmente zerlegt und auftauchende Ereignisse in Begriffe (Kodes) gefasst. „Dabei entstehen manchmal Hunderte von Kodes“ (STRAUSS&CORBIN zit. n. FLICK 2006, 263). Diese werden zu ersten Kategorien zusammengefasst.

²⁴ empirisch fundierte Theorie

²⁵ Nach ersten Erhebungen wird das Material gesichtet und vorläufig analysiert, um aus diesen Erkenntnissen über den nächsten Erhebungsschritt zu entscheiden, usf. (wechselseitige Beziehung zwischen Erhebung, Analyse und Theorie).

Beim **axialen Kodieren** werden aus der Vielzahl der entstandenen Kategorien diejenigen ausgewählt, die am vielversprechendsten erscheinen. Diese **Achsenkategorien** werden mit möglichst vielen passenden Textstellen angereichert und mit Subkategorien in Beziehung gesetzt. Dabei werden die **Ursachen** und **Bedingungen** des betrachteten Merkmals und die **Kontextbedingungen** unter denen diese Ursachen wirksam werden ermittelt. Des Weiteren werden die **Handlungsstrategien**, die ein Phänomen bei den beobachteten Personen auslöst, sowie die **Konsequenzen** die sich daraus ergeben in den Fokus genommen.

Beim **selektiven Kodieren** geht es darum, aus den inzwischen gut entwickelten Kategorien ein Hauptthema zu abstrahieren und so zu einer Kernkategorie zu kommen, welche die Integration der anderen erarbeiteten Kategorien erlaubt.

3.2 Fragebogenerhebung

Vor einer Befragung muss das Untersuchungsziel konkretisiert und die Erhebungstechnik festgelegt werden. Eine schriftliche Befragung mittels Fragebogen richtet sich an eine Auskunftsperson oder direkt an die Merkmalsträger, von welchen bestimmte Daten erhoben werden sollen. Durch eine Vollerhebung werden alle Merkmalsträger (Grundgesamtheit) befragt, durch eine Stichprobe dagegen nur ein (repräsentativer) Teil der Merkmalsträger.

Bei der Konzipierung eines Fragebogens sind einige Kriterien zu beachten. Fragen sollten eindeutig und gut verständlich formuliert sein. Des Weiteren sollten neutrale Begriffe verwendet und hypothetische Formulierungen vermieden werden.

Es ist zu unterscheiden zwischen geschlossenen Fragen mit festen Antwortkategorien und offenen Fragen, bei denen die Befragten die Antwort selbst formulieren müssen. Die Antwortkategorien bei geschlossenen Fragen sollten ausgewogen sein. Gegenüber einer mündlichen Befragung hat die Befragung mittels Fragebogen den Vorteil, dass Kosten und Zeitaufwand geringer sind.

Nach der Entwicklung sollte ein Fragebogen unbedingt einem Pretest unterzogen werden, um die Praxistauglichkeit zu überprüfen.

4. Die Untersuchung

Die Musiktherapie in dieser Institution war in der Vergangenheit bereits Gegenstand zweier Forschungen im Rahmen von Diplomarbeiten.

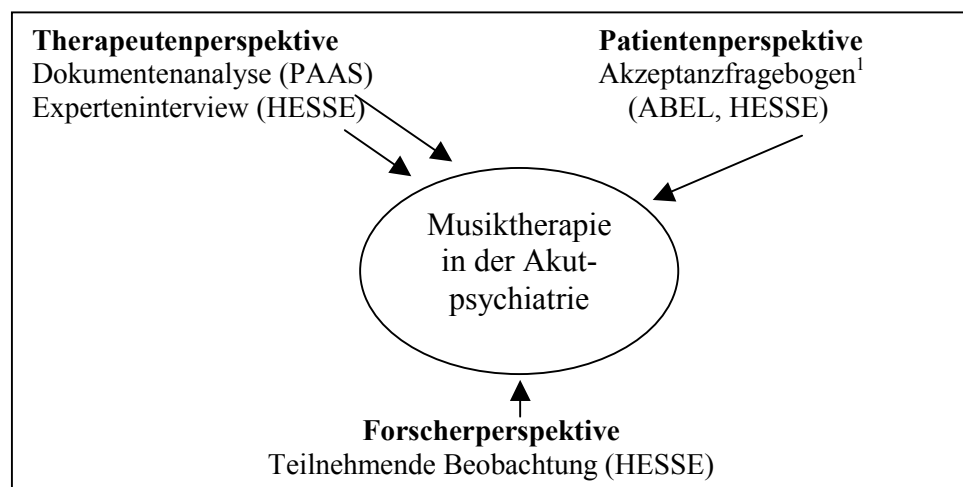
4.1 Forschungskontext

Im Jahr 2003 untersuchte die Diplomandin Carola PAAS die Musiktherapie mittels Dokumentenanalyse. Dabei handelte es sich um die Auswertung einer Stichprobe von 80 Stundenprotokollen aus Einzel- und Gruppenmusiktherapie, die im Zeitraum 1996 - 2002 von unterschiedlichen Musiktherapeuten verfasst wurden.

In 2005 verfasste die Diplomandin Carolin ABEL eine Diplomarbeit unter dem Titel „*Musiktherapie bei Depression. Eine Studie zur Qualitätssicherung in einer psychiatrischen Abteilung für Erwachsene*“. Darin wertete sie die zu dem Zeitpunkt vorliegenden ersten 15 Akzeptanzfragebögen aus²⁶.

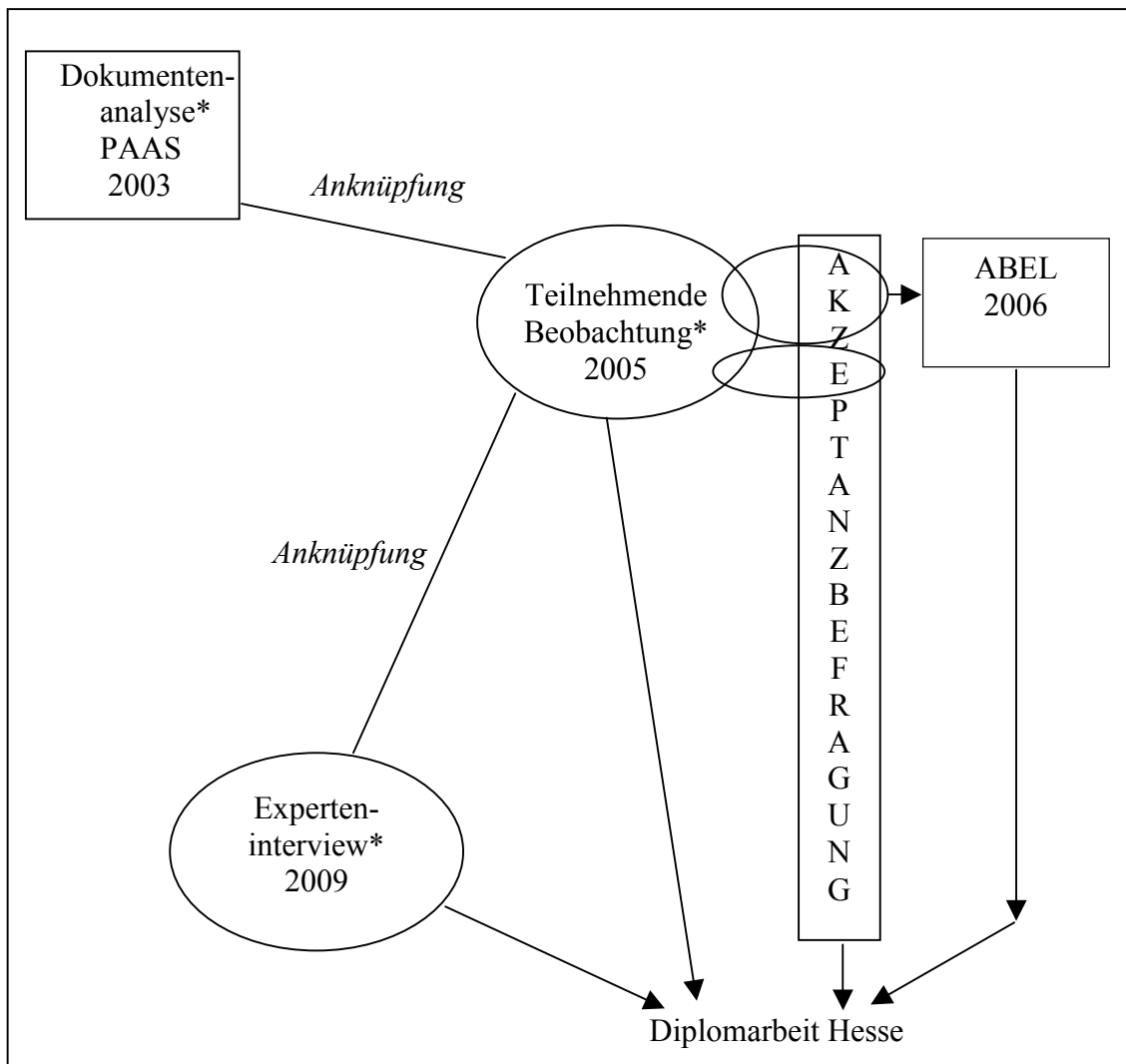
4.1.1 Triangulation der Perspektiven

Während bei PAAS die Therapeutenperspektive dem Datenmaterial zugrunde liegt, bezieht sich ABEL auf die Patientensicht. In dieser Arbeit soll nun die Patientensicht auf breiterer Basis berücksichtigt werden und mit der Beobachterperspektive eine weitere Dimension hinzukommen. Durch die unterschiedlichen Perspektiven findet eine weitest gehende Annäherung an den Gegenstand „Gruppenmusiktherapie in der Akutpsychiatrie“ statt.



²⁶ Auf Basis dieser Auswertung erstellte Prof. Kapteina einen vorläufigen Bericht, um der Leitung der Psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses einen ersten Einblick zu ermöglichen.

4.1.2 Triangulation der Methoden



*Auswertungsmethode: Grounded Theory

Wie oben veranschaulicht, besteht während des Beobachtungszeitraumes eine Verbindung zwischen der Beobachtung und der Fragebogenerhebung, insofern, als dass es sich um dieselben Patienten handelt.

Zur Erhöhung der Grundgesamtheit wurde die Akzeptanzbefragung nach Beendigung der teilnehmenden Beobachtung durch die Forscherin vom Musiktherapeuten fortgeführt und insofern verändert, als dass jeder Patient nur noch einen Fragebogen²⁷ ausfüllte.

²⁷ jeweils nach Beendigung der Teilnahme an der Gruppenmusiktherapie

4.2 Forschungsverlauf und Beschreibung des Datenmaterials

4.2.1 Die Beobachtungsphasen

Die Methode „**Teilnehmende Beobachtung** (TB)“ eignet sich dazu, Daten über musikalisch-therapeutische Prozesse zu erheben (z.B.: musikalisch-klanglicher Ausdruck der Patienten; Interventionen des Therapeuten; Interaktionsprozesse in der Gruppe). Die Arbeit basiert auf semistrukturierter teilnehmender Beobachtung von zehn aufeinanderfolgenden Sitzungen in der Zeit von Februar bis April 2005 und zwei weiteren Beobachtungen im November desselben Jahres. Dokumentiert wurden die 12 Sitzungen mittels eines vorstrukturierten Beobachtungsbogens und einer Gesamtverlaufsdokumentation pro Sitzung.

4.2.2 Dokumentation

Je Patient wurde ein Beobachtungsbogen zur strukturierten Erfassung einiger Eckdaten und Parameter ausgefüllt und auf einem zweiten Blatt eine auf den Patienten fokussierte Beschreibung der Sitzungsabläufe erstellt. Bei den kategorisierten Beobachtungen ging es um Interaktionen und Kontakte des jeweiligen Patienten mit a) dem Therapeuten, b) einzelnen Gruppenmitgliedern und c) der gesamten Gruppe in musikalischer, verbaler, visueller und taktile Hinsicht. Jeweils standen die Parameter vermeidend, zögerlich, sporadisch und durchgehend zur Auswahl²⁸.

Das Erfassungsinstrument stellte sich in einigen Punkten als ungeeignet heraus und wurde nach zwei Beobachtungssituationen umstrukturiert zu einem einseitigen Bogen²⁹ für jeden Patienten. Hinzu kam eine offene Verlaufsbeschreibung der gesamten Sitzung. Auf diese Weise konnten Abläufe, Interaktionen und Resonanzen in ihrem Gesamtzusammenhang besser erfasst werden. Der modifizierte Beobachtungsbogen unterscheidet zwischen eigenständigen und reaktiven Interaktionen und Kontakten. Die Kategorie „taktil“[e] Interaktionen entfällt, ebenso die Spalte „Kontakte mit der gesamten Gruppe“. Zur „Instrumentenwahl“ ist eine Spalte „Umgang mit dem Instrument“ hinzugekommen.

Auch der modifizierte Beobachtungsbogen kann nur Tendenzen aufzeigen. Verändern sich z. B. die Interaktionen eines Patienten im Verlauf der Sitzung von zunächst „zögerlich reaktiv“ zu „sporadisch eigenständig“, so werden im Beobachtungsbogen mögliche

²⁸ siehe Anhang Beobachtungsbogen 1

²⁹ siehe Anhang Beobachtungsbogen 2

Ursachen und Folgen dieser Veränderung nicht evidend. Prozessbeschreibend und somit am aufschlussreichsten sind die Verlaufsprotokolle.

4.2.3 Patienteninterviews - ein gescheitertes Vorhaben

Patienten, die während der Beobachtungsphase an der Gruppenmusiktherapie teilgenommen hatten, sollten nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus in Form fokussierter narrativer Interviews zu Wort kommen. Dadurch sollte deren retrospektives Erleben der Gruppenmusiktherapie und die dadurch ausgelösten Veränderungsprozesse erkundet werden.

Zu diesem Zweck hatte ich einige Patienten nach ihrer Entlassung über das Krankenhaus anschreiben³⁰ lassen. Der Brief enthielt eine Erläuterung meines Anliegens und die Bitte sich mit mir telefonisch, per Post oder E-mail in Verbindung zu setzen. Leider ist kein einziger Patient diesem Aufruf nachgekommen³¹. Die ursprünglich geplante Untersuchung des Transfers von Erfahrungen aus der MT in den Alltag scheiterte.

4.2.4 Experteninterview

Da keine Patienteninterviews zustande kamen, entschied ich mich zwecks Methodentriangulierung zu einem **Experteninterview** mit dem beteiligten Musiktherapeuten³². Dadurch erhielt die Arbeit eine grundlegende Wendung. Der geplante Fokus „Verstehen der Patientenperspektive und Alltagstransfer“ hat sich verschoben zu einem „Verstehen der Handlungsabsichten des Therapeuten“.

Der Leitfaden für das Interview wurde nach einer vorläufigen Auswertung der Beobachtungsprotokolle entwickelt, um sich ergebende Fragen zu klären, ergänzende, erweiternde Informationen zu erlangen und vorläufige Annahmen (Hypothesen) zu bestätigen oder zu widerlegen. Der Musiktherapeut wurde vorab über die Fragen informiert. Das Experteninterview wurde im Februar 2009 geführt und erweist sich als sinnvolle Ergänzung.

³⁰ siehe Anhang

³¹ Daraus muss geschlussfolgert werden, dass sich Patienten nach Entlassung aus der Akutpsychiatrie von ihrem Aufenthalt dort distanzieren. Da die Forscherin den betreffenden Patientinnen bekannt und während der MT mit ihnen in gutem Kontakt war, absolute Anonymität und freie Wahl des Gesprächsortes (Krankenhaus, Universität, beim Patienten zu Hause) zugesichert hatte, kann keine andere Erklärung gefunden werden.

³² Es sei darauf hingewiesen, dass das Experteninterview kein Ersatz für Patienteninterviews darstellt

4.2.5 Akzeptanzbefragung

Parallel zur Beobachtungsphase (TB) im Februar 2005 wurde eine Akzeptanzbefragung der Patienten der Musiktherapie mittels **Fragebogen** begonnen.

Phase 1: Februar-April 2005

Um Veränderungen sichtbar zu machen, sollten von jedem Patienten mindestens zwei Fragebögen (FB) ausgefüllt werden, einer zu Beginn und nach Beendigung der Teilnahme an der MT. Dieses Vorhaben stellte sich schnell als undurchführbar heraus. Das beschriebene Setting der „Halboffenen Gruppe“ und die Tatsache, dass der Musiktherapeut über bevorstehende Entlassungen häufig nicht informiert ist, vereitelten ein entsprechendes Vorgehen. Die Entscheidung, nach jeder dritten Sitzung Fragebögen an die Teilnehmer auszugeben und zusätzlich den neu hinzugekommenen Teilnehmer nach ihrer ersten Sitzung einen FB auszuhändigen, erwies sich als praktikabel³³.

Während der ersten Beobachtungsphase (Februar–April 05) kamen 26 Fragebögen von 15 Patienten zusammen³⁴. Von 10 dieser Patienten liegen jeweils 2 FB vor³⁵, von 5 Patienten liegt nur ein FB vor³⁶. Im Rahmen dieser Arbeit werden jeweils beide vorliegenden Fragebögen eines Patienten verglichen und auf Veränderungen hin untersucht.

Phase 2: Mai 2005 - Dezember 2006

Die Akzeptanzbefragung wurde über den Zeitraum der TB hinaus mit jeweils einem Fragebogen pro Patient jeweils zum Zeitpunkt der Entlassung fortgesetzt³⁷ und bis Ende 2006 weitergeführt. Auf diese Weise kamen weitere 110 Fragebögen zusammen, die quantitativ ausgewertet die Akzeptanz von Musiktherapie durch die Patienten belegen sollen.

³³ dem Problem der unerwarteten Entlassungen konnte jedoch auf diesem Wege nicht begegnet werden

³⁴ Einige Patienten hatten aus jew. unterschiedlichen Gründen keinen FB ausgefüllt. Sie finden nur bei der Auswertung der TB Berücksichtigung.

³⁵ von einem davon liegen 3 FB vor. In dem Fall wurden der erste und der dritte FB berücksichtigt.

³⁶ Eine Auswertung des jeweils letzten FB jedes Patienten findet sich bei ABEL 2005

³⁷ Die Akzeptanzfragebögen wurden ab April 2005 vom Therapeuten an die Patienten weitergeleitet und auch wieder entgegengenommen. Zu seiner Entlastung hat sich der Musiktherapeut dazu entschieden, die FB auf die Stationen weiterzugeben, mit der Bitte, dass die betreffenden Patienten vor ihrer Entlassung einen Bogen ausfüllen. Dadurch wurde es möglich, jeweils nach der letzten Sitzung ein Feedback zu bekommen; andererseits wurde die Möglichkeit, die FB auf Veränderungen hin zu untersuchen vergeben.

Relevanz der Akzeptanzbefragung

Die unterschiedliche Durchführung der Akzeptanzbefragung hat zur Folge, dass mit den Fragebögen unterschiedlich zu verfahren ist. Erkenntnisse aus Fragebögen, die während der Beobachtungsphasen erhoben wurden³⁸, fließen soweit möglich in die Gesamtauswertung und die Darlegung der Untersuchungsergebnisse ein.

Ein gesondertes Kapitel am Ende dieser Arbeit befasst sich mit Herkunft, Aufbau und Auswertung des gesamten Fragebogenmaterials und wird durch eine Kritik des FB und Gegenüberstellung eines geeigneteren Messinstrumentes abgerundet.

4.3 Beschreibung der Sitzungsstrukturen der Gruppenmusiktherapie³⁹

Patienten der unterschiedlichen Stationen kommen sukzessive im Musiktherapieraum an.

Exploration der Instrumente im Vorfeld der Sitzungen

Die früh kommenden Patienten haben Gelegenheit, sich mit dem Instrumentarium vertraut zu machen (anschauen, ausprobieren) und bei entsprechendem Auftrag⁴⁰ ein Instrument für sich auszuwählen. Zudem⁴¹ gibt es immer die Anweisung eine Trommel mit an den Platz zu nehmen. Mit der Trommel (und dem gewählten Instrument) setzen sich die Patienten in den bereit gestellten Stuhlkreis.

Sitzungsbeginn

Der Musiktherapeut begrüßt die Gruppe und spielt zum Ankommen Musik vom Tonträger vor. Er nimmt dazu immer dieselbe Musik, ein Stück von *Amalunai* mit dem Titel „*Land of Dreams*“⁴². Diese Musik wird somit für Patienten zum Ankunfts-Ritual der Musiktherapie.

³⁸ Während der zweiten Beobachtungsphase im November 2005 haben insgesamt 9 Patienten an der Gruppenmusiktherapie teilgenommen. Von 5 dieser Patienten liegt jeweils 1 FB vor, von den anderen 4 Patienten liegt kein FB vor. Die Ergebnisse von ABEL (n=15) erweitert um die 5 FB aus der 2. Beobachtungsphase sind das quantitative Pendant zu den Beobachtungen der Phasen 1 und 2. Grundgesamtheit (n=20)

³⁹ Beschreibung basiert auf den Erkenntnissen aus Teilnehmender Beobachtung über 10 + 2 Sitzungen im Frühjahr und Herbst 2005

⁴⁰ erfolgte zu Beginn von 7 der 12 dokumentierten Sitzungen

⁴¹ erfolgte in allen Sitzungen

⁴² zur Analyse siehe Anhang und Diskussion

Ankommens- und Befindlichkeitsrunde

Nach Verklingen des Musikstückes spricht der Therapeut die Teilnehmer einen nach dem anderen an und fragt, wie sie die Musik empfunden haben. Durch Bezugnahme auf die Musik, versucht er ins Gespräch zu kommen und herauszufinden, welche Themen sich für die Sitzung abzeichnen.

Trommelübungen

An die Ankommensrunde schließt sich in der Regel⁴³ der Einsatz der Trommeln an. Der Therapeut demonstriert den Patienten die Handhabung der Trommeln und lässt die unterschiedlichen Schläge (beschränkt auf Bass und Ton) in so genannten Rundläufen nacheinander ausprobieren. Diese Metrumübungen sind die Basis für nachfolgendes rhythmisches Trommeln. Patienten machen erste Erfahrungen mit Einsatz und Dynamik beim Rundlauf. Dabei wird ihre Aufmerksamkeit ans Hier und Jetzt gebunden und sie erfahren sich selbst als handelnde Subjekte im Schutz eines Vorgegebenen. Gleichzeitig sind die Ausprägungen der genannten Parameter Indikatoren für das weitere Vorgehen des Musiktherapeuten.

Reflexion der Trommelübungen

In einem anschließenden Gespräch werden die Erlebnisse bei den Trommelübungen reflektiert und ggf. durch Wiederholung vertieft.

Es schließt sich entweder thematisches Trommeln⁴⁴, das Trommeln von Rhythmen⁴⁵, oder freies Improvisieren auf unterschiedlichen Instrumenten an.

Thematisches Trommeln

Hat sich aus den Trommelübungen und deren Reflexion ein Thema ergeben, so kann dieses Thema (z.B. Wut-Trommeln) entweder in Einzelarbeit oder in der Gruppe bearbeitet werden.

⁴³ in 10 von 12 dokumentierten Sitzungen

⁴⁴ einmal dokumentiert

⁴⁵ nach 6 von 10 Trommelrundläufen dokumentiert

Rhythmen-Trommeln

Den Fähigkeiten der Gruppe entsprechend⁴⁶ wird beim Rhythmen-Trommeln sukzessive ein Trommelrhythmus aufgebaut. Der Therapeut demonstriert die Schlagfolge und weist die Gruppe an nachzuspielen. Hat die Gruppe das jeweilige Pattern erfasst, wird es gemeinsam gespielt und durch Variationen in Tempo und / oder Lautstärke erweitert. Die Bandbreite geht von einfachen Pattern wie z.B.: ||:Ton - Ton – Bass:|| bis hin zu komplexeren Abfolgen wie ||:Ton - Ton – Ton – Ton – Bass - Bass – Ton – Ton - Bass:||.

Freie Improvisation

Nach einer kurzen Einführung durch den Therapeuten, nehmen die Patienten die selbst erwählten Instrumente zur Hand. Improvisierend kommen sie über den Klang ihrer Instrumente, mit sich selbst und mit der Gruppe in Kontakt. Der Therapeut spielt unterstützend mit. Die Interaktionen und das sich ergebende Klanggeschehen wird anschließend reflektiert. Freie Improvisation fand in 4 der beobachteten Sitzungen⁴⁷ statt.

Reflexion

Die Erlebnisse beim Rhythmen-Trommeln oder bei der Instrumentalimprovisation können im anschließenden Reflexionsgespräch von den Teilnehmern aus ihrer subjektiven Wahrnehmung heraus beschrieben und reflektiert werden.

Improvisation 2

An die Reflexion der freien Improvisation schließt sich jeweils eine zweite Improvisation an. Dabei haben die Patienten Gelegenheit, ihre Wahrnehmung empirisch zu überprüfen, Handlungen zu modifizieren und Neues auszuprobieren.

Diese zweite Improvisation war in drei von vier Fällen nicht so frei wie die Erste, vielmehr stand sie in deren Folge und begann mit einem Auftrag des Therapeuten an mindestens eine Person. Da nicht nur die Instrumente, sondern häufig auch die Spielweise der Vorausgegangenen ähnelte, könnte diese zweite Improvisation auch als „Erweiterungsimprovisation“ betrachtet werden.

⁴⁶ die Fähigkeiten der Gruppe wurden in den vorangegangenen Metrumübungen ausgelotet

⁴⁷ zwei Mal nach den Trommelübungen, zwei Mal direkt nach der Ankommensrunde

Reflexion

Auch die zweite Improvisation wird jeweils reflektiert.

Musikrezeption

Am Ende der beobachteten Sitzungen stand die Instrumentalmusik „*The Winters End*“ von *Liam o’Flynn*⁴⁸ gemeinsam angehört. Anders als die Musikrezeption zu Beginn war dieses Ritual nicht unumstößlich. Manchmal⁴⁹ fand stattdessen eine Bewegungsimprovisation zu Musik oder ein meditativer Tanz statt. Einmal entfiel die abschließende Musikrezeption aus Zeitgründen.

Verabschiedung / Abschlussrunde

Nach der Musikrezeption gab es noch Gelegenheit⁵⁰, für ein abschließendes Statement, manchmal vom Therapeuten eingeleitet mit der Frage: „Wie gehen Sie jetzt in die Woche?“

Nach“schlag“

Zweimal gab es nach der Abschlussrunde noch eine kurze Trommelphase. Einmal weil eine Patientin anmerkte, dass die Trommel nicht zum Einsatz gekommen war.

Aus“klänge“ – nach Sitzungsende

Nach der Abschlussrunde verlassen die Patienten – in der Regel ohne zu zögern - den Musiktherapieraum. In einigen Beobachtungsprotokollen finden sich Vermerke über Ereignisse nach Sitzungsende: „Zwei Patientinnen betrachten die Instrumente und machen Pläne für die nächste Woche“ - „Patientin spricht Therapeuten an und äußert Wünsche für die nächste Woche“ - „Patientin nimmt im Vorübergehen Kontakt zu einem Instrument auf“⁵¹.

Körpertherapeutische Arbeit

Der Vollständigkeit halber seien hier noch die Körperübungen erwähnt, die der Musiktherapeut jeweils gegen Ende der 4. 6. und 10. Gruppenmusiktherapie Sitzung eingeflochten hat, da „*einige Patienten sehr verkrampft auf ihren Stühlen*“ saßen. Dabei han-

⁴⁸ zur Analyse siehe Anhang und Diskussion

⁴⁹ in drei Sitzungen

⁵⁰ in 10 von 12 dokumentierte Sitzungen

⁵¹ aus den Beobachtungsprotokollen

delt es sich um Übungen aus Rhythmokinetik bzw. Zilgrei⁵², die der Musiktherapeut zu leiser Musik vom Tonträger anleitet. Dazu sagt er sinngemäß im Interview: *„Für mich gehört Körperarbeit dazu, damit das, was sich in einer musiktherapeutischen Arbeitseinheit ereignet hat, auch verinnerlicht werden kann.“*

Die Übungen sind nicht Gegenstand dieser Arbeit und fließen nicht in die Auswertung ein. Da sie in nur 3 von 12 Sitzungen und jeweils unmittelbar vor Sitzungsende stattfinden⁵³, werden die Untersuchungsergebnisse zur Musiktherapie nicht beeinträchtigt.

⁵² Erläuterungen dazu befinden sich im Anhang zu dieser Arbeit

⁵³ unmittelbar vor der abschließenden Musikrezeption, bzw. vor Tanz bzw. Bewegungsimprovisation

5. Darstellung der Untersuchungsergebnisse

Die mittels teilnehmender Beobachtung untersuchten Therapiesituationen setzten sich jeweils aus mehreren Abschnitten zusammen: Ankommenssituation mit Exploration von Instrumenten, Musikrezeption zu Beginn, Einstiegsgespräch⁵⁴, Metrumübungen an der Trommel, Rhythmus-Trommeln und / oder Instrumentalimprovisationen mit jeweils anschließenden Reflexionsgesprächen und des weiteren Tanz, Körperübungen⁵⁵ und Musikrezeption am Schluss. Im Verlauf der Datenanalyse kristallisierte sich das Phänomen „Entlastung“ in (fast⁵⁶) allen Phasen des musiktherapeutischen Prozesses als vorherrschend heraus.

Im Folgenden werden exemplarisch Belegstellen zum Phänomen „Entlastung“ in unterschiedlichen Phasen der Sitzungen aus den **Beobachtungsprotokollen** herangezogen. Ein Blick auf das **Experteninterview** soll zeigen, inwieweit sich die Handlungsintentionen des Therapeuten in den beobachteten Prozessen niederschlagen.

Ergänzend werden Erkenntnisse aus der **Akzeptanzbefragung** hinzugezogen. Grundlage sind Fragebögen, die während der Beobachtungsphase (Februar bis April 05) erhoben wurden und einer vergleichenden Analyse unterzogen wurden. Dabei werden je 2 FB von insgesamt 10 Patienten gegenübergestellt. Unter Hinzunahme der Beobachtungsprotokolle werden Unterschiede im Beantwortungsverhalten betrachtet und erklärt.

Stellenweise wird Bezug genommen auf die **Verteilung** der Angaben im **Patientenfragebogen**. Grundlage ist die statistische Auswertung des jeweils letzten FB der Patienten, die während der Beobachtungsphase an der Gruppenmusiktherapie teilgenommen haben.

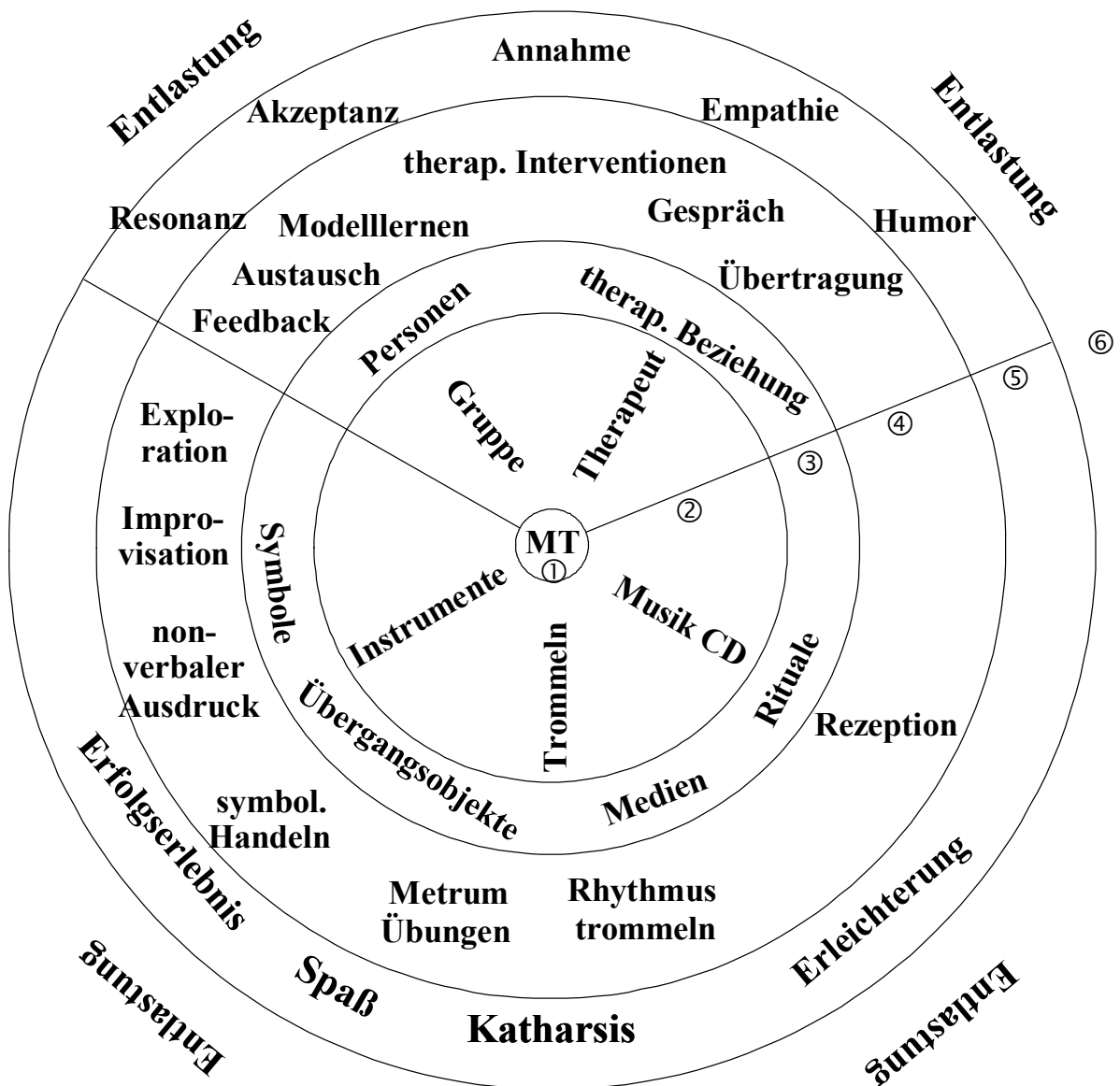
⁵⁴ Die Begriffe Einstiegsgespräch, Ankommens- oder Befindlichkeitsrunde werden analog gebraucht

⁵⁵ Die Körperübungen aus der Rhythmokinetik sind als Komplementärmethode nicht Gegenstand dieser Arbeit.

⁵⁶ lediglich der Tanz trug nicht zur Entlastung der Patienten bei

Der Darstellung der Untersuchungsergebnisse wird ein Zusammenhangsmodell⁵⁷ der Elemente, Beziehungen, Prozesse und Resultate des gesamten musiktherapeutischen Settings und eine Übersicht über die Kategorien vorangestellt.

Zusammenhangsmodell (1)



- | | | | |
|---|--------------------------|-----|------------------------|
| ① | Setting | ②+③ | Beziehungen & Elemente |
| ④ | Prozesse & Interaktionen | ⑤+⑥ | Haltungen & Resultate |

⁵⁷ Das Zusammenhangsmodell gibt Orientierung über das gesamte Setting mit musikalischen Szenen und sonstigen Interaktionen und Prozessen. An der Peripherie findet sich die Schlüsselkategorie »Entlastung«. Das Modell wird fortgeführt und findet sich an anderen Stellen dieser Arbeit in erweiterter Form wieder.

Übersicht über die Kategorien

5.1 Hauptkategorie: »Entlastung durch Musiktherapie«

5.2 Subkategorien:

5.2.1 Exploration der Instrumente

5.2.2 Rezeptiver Einstieg

- Entlastung der Patienten
- Der Ritualaspekt
- Entlastung der Therapiesituation
- Entlastung des Therapeuten

5.2.3 Trommeln

- Trommelübungen
- Einzelarbeit an der Trommel
- Symbolische Handlungen
- Rhythmen-Trommeln
- Erfolgserlebnisse beim Trommeln

5.2.4 Freie Improvisation

- Nonverbaler Ausdruck
- Instrumente und Klänge als Übergangsobjekte
- Symbolcharakter der Instrumente

5.2.5 Gruppenprozesse

- Gespräche nach Musikrezeption
- Interaktive Gruppenprozesse beim Musizieren
- Gesprächsaustausch nach Improvisation

5.2.6 Entlastung durch den Therapeuten

- Therapeutische Beziehung
- Therapeutisches Handeln

5.2.7 Humor

5.2.8 Musikrezeption am Sitzungsende

5.1 Die Hauptkategorie: »Entlastung durch Musiktherapie«

Durch selektives Kodieren trat der Aspekt »Entlastung« deutlich als Schlüsselkategorie hervor. Unter dem Begriff „Entlastung“ wird hier das Hinwegnehmen oder die Minderung einer aktuellen Belastung⁵⁸ verstanden. Nach WITTCHEN werden Gefühle, Gedanken, Verhaltensweisen und körperliche Probleme, die für psychische Störungen symptomatisch sind, von den Betroffenen oft als verwirrend oder furchterregend empfunden (1998, 9). So ist davon auszugehen, dass Psychatriepatienten ihre Probleme und ihre Situation als Belastung empfinden. HOFMANN und HOFFMANN führen Entlastung als „wichtigste Zielsetzungen kurzfristiger Therapiemaßnahmen bei Depression“ an (2007, 30f).

Da in der hier betrachteten Gruppenmusiktherapie das Phänomen »Entlastung« durch die verschiedenen eingesetzten Methoden auf unterschiedliche Weise in Erscheinung tritt, sind einige der Subkategorien zugleich mit einer der eingesetzten musiktherapeutischen Methoden in Verbindung zu bringen.

5.2 Die Subkategorien

Im Folgenden werden die Subkategorien „Entlastung durch Exploration der Instrumente“, „Entlastung durch rezeptiven Einstieg“, „Entlastung durch Trommeln“, „Entlastung durch freie Improvisation“, „Entlastung durch die Gruppe“, „Entlastung durch den Therapeuten“, „Entlastung durch Rezeptiven Abschluss“ näher betrachtet. Belegstellen sind *kursiv* geschrieben und werden im Text oder per Fußnote dem entsprechenden Material zugeordnet; Patientenkennziffern sind im jeweiligen Zitat oder dahinter vermerkt.

⁵⁸ psychomentaler, sozialer oder physischer Art

5.2.1 Entlastung durch Exploration der Instrumente

Die Möglichkeit zur Exploration der Instrumente bestand vor den Sitzungen 1–10. Zur Auswahl eines Instrumentes waren die Patienten zu Beginn der Sitzungen 2-10 aufgefordert. Da die ausgewählten Instrumente jedoch nur in 4 Sitzungen zum Einsatz kamen, wurde die hinter diesem Auftrag stehende Absicht zur **Fragestellung im Experteninterview**.

Dazu sinngemäß **im Interview**: *Die Patienten kommen zum Teil sehr verunsichert in die Musiktherapie; sie wissen nicht, was sie erwartet; manche haben Angst, nach Noten spielen zu müssen; wenn sie diese Instrumente sehen und [ganz in Ruhe für sich] ausprobieren können, führt das zu einer Entlastung „das nimmt ihnen die Angst und sie sind [erst mal] beschäftigt“. Mit der Zeit werden sie vertrauter mit den Instrumenten. „Wenn wir dann mit der Gruppe weiter sind, nach ein paar Wochen, nehmen sich dann die Patienten auch diese Instrumente [...], dann greifen sie genau darauf zu“.*

Die Beobachtungsprotokolle bestätigen, dass Patienten ein Instrument immer wieder auswählten bis sie dies in einer Improvisation zum Einsatz bringen konnten. Danach fiel die Wahl dann auf ein anderes Instrument, vermutlich um damit neue Erfahrungen machen zu können. So hat zum Beispiel eine Patientin am 22.2. und 1.3. die Kalimba gewählt. Am 1.3. kam das Instrument zum Einsatz. Am 8.3., 15.3. und 22.3. wählte die Patientin eine Klangschale, die dann am 22.3. zum Einsatz kam. Ähnliche Phänomene waren bei anderen Patienten auch beobachtbar.

Die dargestellten Fakten belegen, dass in der Ankommensphase durch spielerisch-explorierenden Umgang mit den Instrumenten Verunsicherung reduziert und Entlastung der Patienten herbeigeführt werden kann.

5.2.2 Entlastung durch rezeptiven Einstieg

Den Beobachtungsprotokollen ist zu entnehmen, dass jede Gruppenmusiktherapie-Sitzung mit einem rezeptiven Einstieg (gemeinsamem Hören einer bestimmten Musik) beginnt. Durch Regelmäßigkeit und die immergleiche Musik ist dieser Einstieg als Ritual zu einer festen Institution der hier im Fokus stehenden Gruppenmusiktherapie geworden. Dass das gemeinsame Musikhören entlastenden Charakter für die Patienten, für das Setting und für den Therapeuten hat, soll im Folgenden dargelegt werden.

➤ Entlastung der Patienten

Theoretisch ist zu differenzieren zwischen gemeinsamem Musikhören zu Beginn der Gruppensitzung und ritualisiertem Hören von immer demselben Musikstück. Um die Ankommenssituation zu meistern, bedarf es nicht zwangsläufig immer derselben Musik; Musikhören an sich kann bereits entlastende Funktion haben. Dennoch ist nicht zu bezweifeln, dass Musikhören einerseits und dessen Einsatz als Ritual andererseits zu einer reziproken Verstärkung der Wirkaspekte führt.

Alle 12 beobachteten und dokumentierten Sitzungen begannen mit einem rezeptiven Einstieg. Dabei wurde ein Musikstück vom Tonträger gehört. Die Eigenschaften dieser Musik⁵⁹ wirkten sich auf die Befindlichkeit der Patienten aus. In den **Beobachtungsprotokollen** sind bei Patienten wahrnehmbare Veränderungen von „Unruhe“ und „Anspannung“ hin zu „Entspannung“ dokumentiert. *„Beim Musikhören zunächst unruhig – dann lächelt P1 und wird ruhiger“* - *„Beim Zuhören weicht die Spannung aus ihrem Gesicht“* (P14). Noch eindeutiger sind die **Kommentierungen** in der sich anschließenden **Befindlichkeitsrunde**. 24 von 27 Patienten kommentieren das Musikerleben positiv. Am häufigsten wird die Musik als „beruhigend“ (9x) oder „entspannend“ (7x) bezeichnet; 6x fällt die Aussage die Musik sei „schön“⁶⁰ oder „ein Genuss“ gewesen. Beruhigung, Entspannung, positives psychosoziales Erleben und Genuss sind Komponenten, die bei psychisch belasteten Patienten unmittelbar zu einer Entlastung führen. Der Musiktherapeut dazu sinngemäß **im Interview**: *Bei den immer wiederkehrenden Motiven und den sanften Gesängen ruht sich die Seele aus und kommt zur Ruhe. Das ist ein Erfahrungswert. Ich habe diese Musik mehr als 8 Jahre [...] angewendet und ihre Wirkung geprüft.*

Durch das Musikerleben wird eine Atmosphäre hergestellt, die sich auf den weiteren Prozess auswirkt. Im **Patientenfragebogen** wird die Atmosphäre in der MT überwiegend (13-mal) als „angenehm“, 6-mal auch als „sehr angenehm“, 1-mal als „weniger angenehm“ eingestuft (vgl. F4⁶¹). Als Ausgangspunkt dieser Atmosphäre ist die Musikrezeption zu betrachten. Beruhigte, zur Ruhe gekommene Teilnehmer erleben die nachfolgenden musikalischen Aktionen anders als aufgeregte, unruhige Patienten. Die Musik entlastet und beruhigt⁶² die Patienten.

⁵⁹ siehe Musikanalyse „Land of Dreams“

⁶⁰ wobei „schön“ eine Bewertung ist. Ein vordergründig positives psychosoziales Erlebnis liegt zugrunde; allerdings setzt der Betreffende sich (vorsichtshalber) nicht weiter damit auseinander.

⁶¹ Es handelt sich bei diesen Angaben um Werte aus den Fragebögen, die während der TB (Phase 1 u. 2) erhoben wurden (n = 20). Phase 1 wurde von ABEL ausgewertet (15 gültige Bögen); Phase 2 (5 gültige Bögen) wurden im Rahmen dieser Arbeit additional ausgewertet (siehe Quantitative Auswertung).

⁶² Allerdings können mit den Emotionen zugleich auch anstehende Themen gezügelt werden.

➤ **Der Ritualaspekt**

Durch die Tatsache, dass es sich immer um dasselbe Musikstück vom Tonträger handelt, wird das Musikhören zum Ritual und somit zu einer verlässlichen Größe.

Das Ritual schafft

- Vertrautheit ... („P5 kennt die Musik bereits von vergangenen Sitzungen“⁶³)
- einen Break zwischen Vorangegangenen und der Musiktherapie-Sitzung... (P12 „erzählt noch einmal vom Stehen bleiben im Aufzug und der Aufregung dadurch. Dann sagt sie, dass die Musik sie jetzt wieder beruhigt habe“⁶⁴)

und wird zum

- Symbol für einen sicheren Ort⁶⁵ (manche Patienten fragten nach Titel und Verfügbarkeit der Musik, um diese zu erwerben und sich zu Hause damit zu beruhigen). Dazu ein Beispiel **aus dem Experteninterview**: *Ein Patient hat sich diese Musik als Klingelton auf sein Handy geladen. [...] Er sagte: „Immer wenn das Telefon klingelt, so oft, dann weiß ich, ich muss zur Ruhe kommen“ [31:00].*

➤ **Entlastung der Therapiesituation**

Zur Musiktherapie Gruppe kommen bis zu 8 Patienten von unterschiedlichen Stationen. Die Patienten kennen sich teilweise nicht. Die Erkrankungen der Patienten sind unterschiedlicher Natur. Zwar kommen depressive Erkrankungen mit und ohne psychotische Symptome am häufigsten vor, es waren jedoch in jeder dokumentierten Sitzung auch Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, Patienten mit Angst- oder Anpassungsstörungen sowie Patienten mit Essstörungen dabei. Die Patienten mit ihren unterschiedlichen Hintergründen als eine Gruppe zu behandeln ist nur möglich, wenn es gelingt, etwas Verbindendes an den Anfang zu stellen. Dazu der Musiktherapeut im Interview: *„Erst mal das Ankommen. Für die Patienten zur Ruhe kommen aus dem Stationsalltag. Die ungewohnte Situation [...] für neue Patienten. Da ist ja auch `ne große Fluktuation. [...] Manchmal sind 6 Wochen die gleichen [Patienten] da, und manchmal sind viele wieder entlassen. Das ist*

⁶³ aus dem Beobachtungsprotokoll zur 3. Sitzung

⁶⁴ aus dem Beobachtungsprotokoll zur 12. Sitzung

⁶⁵ Der Begriff „sicherer Ort“ kommt aus der Gestalttherapie und meint „einen Vorstellungsraum“, an den sich der Klient in Stress- und Belastungssituationen mental zurückziehen kann um ein Wohl- u. Sicherheitsgefühl herbeizuführen.

ein fürchterliches Durcheinander und ich muss immer wieder bei Null anfangen; und dafür brauch' ich diese Musik.“

➤ **Entlastung des Therapeuten**

Der Musiktherapeut kommt als Honorarkraft nachmittags nach dem Besuch anderer Einsatzorte ins Krankenhaus. Dort geht er zu Kontaktaufnahme und Informationsaustausch kurz auf die Stationen, dann zum Musiktherapieraum. Die Patienten treffen ein. Dazu der Therapeut **im Interview**: *„Manchmal weiß ich ja gar nicht, wer das ist, dieser Patient der da hereinkommt, weil ein Behandler“ ihn spontan zur Musiktherapie geschickt hat [9:10]. Das Musikhören „hat auch was für mich [25:00]. Du hast mich ja auch erlebt, wie ich dann da rumflitze. [...] das ist ja auch eine Musik“, die mich zur Ruhe bringt. Auf diese Weise zentriert, bin ich dann offen für das Erspüren der Gemütslage der Patienten und nehme eine erste Einschätzung der Situation vor.*

5.2.3 Entlastung durch Trommeln

In den Sitzungsprotokollen wird zwischen unterschiedlichen Therapiephasen unter Einsatz von Trommeln differenziert. Diese sind Metrumübungen⁶⁶, Einzelarbeit an der Trommel⁶⁷ und das Trommeln von Rhythmen. Alle Trommelinterventionen beinhalten Wirkungsaspekte wie **taktile Erfahrungen** beim Schlagen der Trommel, **Rhythmuserfahrungen** und **Resonanzerfahrungen**, welche als solche zur Entlastung der Patienten beitragen⁶⁸. Des Weiteren kommen **symbolische Handlungen** und **Erfolgslebnisse** beim Trommeln von Rhythmen entlastend zur Wirkung.

⁶⁶ ebd. „Trommelrundläufe“ genannt

⁶⁷ häufig im Verlauf der Reflexionsgespräche nach den Metrumübungen angesiedelt

⁶⁸ wobei beim Rhythmen-Trommeln zu differenzieren ist

➤ **Trommelübungen**

In allen 12 dokumentierten Sitzungen wurden so genannte Trommelrundläufe gemacht. Dabei handelt es sich um einfache Metrumübungen, durch welche der Musiktherapeut die Patienten spielerisch mit dem Trommeln in Kontakt bringt. Dazu der Musiktherapeut **im Interview**: „Wenn ich weiß, dass eine Depression [...] eine nach innen genommene Aggression ist, [...] wenn ich die [Patienten] dann ans Trommeln herantühre, hat das riesige Vorteile“ [17:10]- „Was mach’ ich denn, wenn ich die Trommel bediene? Ich schlage!“ [44:30]⁶⁹. Trommeln führt zur Aggressionsabfuhr. Patienten machen dabei folgende Erfahrungen:

- Sie ent-äußern Aggressionen durch Körperbewegung, dabei löst sich innere Anspannung.
- Sie erfahren durch die Berührung (taktile) und durch den Klang der Trommel (akustisch) Resonanz.
- Sie werden wider Erwartung nicht für ihre Aggressionsäußerung bestraft, sondern im Gegenteil dazu ermutigt.

Auf diese Weise können Patienten lernen, Wut oder andere Gefühle zuzulassen. Die dabei empfundene Entlastung äußert sich häufig durch Lächeln (11x dokumentiert). Kommentiert wird das Erleben der Katharsis von den Patienten mit Worten wie „Das Trommeln hier tut gut“ – „Trommeln war erleichternd“ – „hat Spaß gemacht“ (insgesamt sind 20 Rückmeldungen dieser Art dokumentiert).

➤ **Einzelarbeit an der Trommel**

Im Zuge der Reflexionsgespräche, die sich an die Trommelübungen anschließen, kommt es immer wieder zum Einsatz der Trommel. Mit einzelnen Patienten übt der Musiktherapeut „festes Auf-die-Trommel-schlagen“. Dabei kommt es häufig zu kathartischen Effekten. In der sich anschließenden **Befindlichkeitsrunde** bestätigen Patienten, dass es „gut tut“ auf die Trommel zu schlagen (12 Vermerke in den Beobachtungsprotokollen). Nach BECKER bedeutet Trommeln „in der Bewegung – körperlich – seine Gefühle zum Ausdruck zu bringen“ (1987, 76). Innere Bewegungen (E-Motionen) werden durch Körperbewegung nach außen gebracht (ge-äußert).

⁶⁹ aus dem Experteninterview

Energien, die zur Zurückhaltung von Emotionen aufgewendet werden mussten, werden durch Affektabfuhr beim Trommeln frei. Entlastung wird spürbar, Gesichter hellen sich auf. Der **Fragebogenvergleich** zeigt, dass einige Patienten nach Einzelarbeit ihre Einschätzung hinsichtlich Problem- und Krankheitsbewältigung durch die MT veränderten.

➤ **Symbolische Handlungen**

Wenn Patienten nach den Trommelübungen ein konkretes Thema benennen, stellt der Musiktherapeut einen Bezug zum Schlagen auf die Trommel her. Dabei bringt er das symbolische Handeln an der Trommel häufig mit Metaphern wie „*Auf den Tisch hauen*“ oder „*Jemandem die Meinung sagen*“ in Verbindung. Durch die Vorstellung, jemandem die Meinung zu sagen, verbindet sich die Handlung mit einem konkreten Anliegen. Aggressionen werden nach außen gebracht und auf ein Ziel (nämlich das Trommelfell) gerichtet. Nach BECKER ist der Kontakt zum Trommelfell „mit einem Kontakt von Haut zu Haut vergleichbar“ (1987, 70). P19 „*erzählt von Wut, die sie nicht zulässt, weil sie sich selbst vor ihren Ausbrüchen fürchtet. Th: „Wut auf wen?“ P19: „Meinen Bruder. [...]Und den Alkohol“. Th fordert auf, dem Bruder mal so richtig mit der Trommel die Meinung zu sagen. P19 schlägt einmal mit rechts ganz kräftig auf die Trommel; dann noch einmal mit links. Dann schaut sie Th fragend an. Th: „Noch einmal!“ P19 macht noch zwei kräftige Schläge erst mit rechts, dann mit links; dann schaut sie Th an; ihr Gesicht hellt sich auf. Th: „Man darf seine Wut nicht unterdrücken. Wut ist erlaubt“. P19 äußert die Befürchtung, dann gemein und böseartig zu werden, wenn sie ihre Wut rauslässt. Th sagt, dass so eine Trommel sich gut eignet Wut, herauszulassen und sich von ihr zu lösen*“⁷⁰. Die Trommel wird zum Übergangsobjekt, worauf die Wut projiziert und daran abreagiert werden kann, um die Patientin zu entlasten.

Eine andere Patientin (P6) im Reflexionsgespräch: „*das Trommeln [hat] gut getan. Sie habe dabei die ganze Zeit an ihren Exmann gedacht und das Gefühl, es ihm heimzuzahlen*“⁷¹. In einer Studie befragt BECKER 68 Personen nach Körperempfinden und Assoziationen beim Hören von Trommelklängen. Dabei hat sich herausgestellt, dass 90% der Befragten reale Personen zu Trommelklängen assoziieren,

⁷⁰ Beispiel aus dem Beobachtungsprotokoll zur 11. dokumentierten Sitzung

⁷¹ Beispiel aus dem Beobachtungsprotokoll zur 6. dokumentierten Sitzung

aber nur 24% Tiere und 6% Märchengestalten⁷² (2002, 115ff). Ob von Gedankenverknüpfungen beim Hören der Klänge auf Assoziationen beim Betätigen der Trommel geschlossen werden darf, oder ob die Patientin durch therapeutische Interventionen bei anderen Patienten in einer der vorangegangenen Sitzungen angeregt wurde, kann hier nicht abschließend beantwortet werden.

➤ **Rhythmus-Trommeln**

In 7 von 12 dokumentierten Sitzungen wurde nach der Reflexion der Erfahrungen bei den Metrumübungen ein vom Therapeuten vorgegebener Rhythmus getrommelt⁷³. In den Beobachtungsprotokollen finden sich insgesamt 28 Vermerke wie „spielt im Fluss“ - „spielt im Rhythmus der Gruppe“ – „trommelt ohne Probleme mit“. Diese Beobachtungen spiegeln die bindende Kraft des Rhythmischen wider. Der Mensch ist von Grund auf ein rhythmisch organisiertes Wesen. Die Vitalfunktionen Herzschlag, Puls, Atem und die Hormonoszillationen im Körper sind rhythmisch organisiert (vgl. BAIER 2001, 107). Ultraschallstudien belegen, dass selbst die Bewegungen von Föten etwa ab der 8. Woche zweifelsfrei rhythmisch strukturiert sind (vgl. ebd. 178). Das zeigt, dass der Mensch bereits im pränatalen Stadium rhythmisch agiert.

Rhythmen sprechen das Lustprinzip (Es-Funktion) im Menschen an (vgl. KAPTEINA 2008, 64). In einen (Gruppen-) Rhythmus kann man sich fallen lassen, sich davon tragen lassen, damit verschmelzen. Keine eigenen Impulse sind nötig, der Rhythmus zieht alle in seinen Sog; man ist eingebunden und verspürt Zugehörigkeit. In einen vom Musiktherapeuten vorgegebenen Rhythmus fügen sich die Patienten nur allzu gern ein. Eingebunden-sein und Mitschwingen entlastet und kommt nicht nur Patienten mit gestörter Ich-Funktion sehr entgegen.

⁷² Mehrfachnennungen möglich

⁷³ in den anderen 6 Sitzungen fanden stattdessen freie Improvisationen (3x), Thematisches Trommeln (1x), eine Körperübung (1x) statt.

➤ **Erfolgslebnisse beim Trommeln**

Im **Experteninterview** spricht der Therapeut von edukativem Vorgehen. Er sagt: *„sehr starkes Trommeln lernen, gezieltes Lernen dieser vorgegebenen Trommelrhythmen [...] Das [...] verleiht das Gefühl „Ich bin stark! Ich kann was! Ich kann lernen! Und ich dachte, ich bin durch die Medikamente so schwach. Ich hab ja hier ganz schnell den Trommelrhythmus gelernt!“*“ Patienten empfinden sich dabei nicht als Kranke, sondern als Lernende. Dadurch wird der Fokus, der im Krankenhaus vornehmlich auf der Störung liegt, verlagert. Patienten haben Erfolgslebnisse. Tatsächlich werden durch das Trommeln beide Hemisphären angeregt, denn an der Verarbeitung von Rhythmen im Gehirn sind die Basalganglien (unterhalb des Cortex), die Frontallappen und die Substantia nigra beteiligt (vgl. JOURDAIN, 190).

5.2.4 Entlastung durch freie Improvisation

Da freie Improvisationen nur in 4 von 12 dokumentierten Sitzungen stattfanden und nur 13 der insgesamt 27 Patienten daran teilhatten, müssen hier vorab einige Erläuterungen vorgenommen werden.

In den dokumentierten Sitzungen 4, 7, 8, und 9 fanden jeweils Gruppenimprovisationen auf selbst gewählten Instrumenten statt. An den betreffenden Sitzungen haben insgesamt 13 Patienten teilgenommen, 5 davon je an 3 Gruppensitzungen mit freier Improvisation, eine an 2 Sitzungen und 7 an je einer dieser Sitzungen. Die Patienten traten dabei frei gestaltend völlig ohne Vorgaben in einen nonverbalen kommunikativen Prozess. Im Gegensatz zum Musikhören und Trommeln waren sie hier als Mitgestalter der Situation gefordert, denn „die Charakteristika der freien Improvisation ergeben sich“ nach BAILEY „ausschließlich aus der klangwerdenden musikalischen Identität derer, die sie betreiben“ (1987, 128). Es zeigten sich dabei deutliche Unterschiede im Verhalten der Patienten. 4 Patienten handelten mehrfach initiativ, 3 Patienten handelten einmal initiativ, eine Patientin handelte in einer Sitzung initiativ, in den anderen beiden Sitzungen sehr angepasst, 5 Patienten handelten nie initiativ, sie spielten zurückgezogen mit hohem Anpassungsgrad.

Patienten	initiativ		gemischt	nie initiativ
	mehrfach	ein Mal		
13	4	3	1	5

Aus den Beobachtungen lassen sich keine Korrelationen zwischen Handlungsbereitschaft/ Eigeninitiative und ...

- der Erkrankung,
- Vertrautheit mit Improvisation⁷⁴ oder
- vorangegangener Teilnahmehäufigkeit herleiten.

Von den 4 aktiveren bzw. initiativeren Patienten (P5, P16, P24, P27) hatten zwei bereits im Vorfeld an je zwei Gruppenmusiktherapiesitzungen teilgenommen⁷⁵, für zwei Patienten war die Improvisationssitzung zugleich die erste Gruppensitzung überhaupt. Demnach spielt es hinsichtlich der Handlungsinitiative keine Rolle, ob Patienten im Vorfeld bereits Erfahrungen mit MT machen konnten oder nicht. Die Annahme, dass Patienten erst nach mehrfacher Teilnahme an die freie Improvisation herangeführt werden können, ist zu hinterfragen.

Patient	Handlungsinitiative		Anzahl vorangegangener Sitzungen	Anzahl vorangegangener Improvisationen	weitere Initiativen in dieser + nachfolgenden Sitzungen
	Häufigkeit	zuerst am			
P5	mehrfach	1.3.	2	0	2x
P16	mehrfach	1.3.	2	0	1x
P27	mehrfach	22.3.	0	0	3x
P24	mehrfach	12.4.	0	0	1x
P25	gemischt	22.3.	2	0	1x
P17	1x	22.3.	3	2	0
P18	1x	29.3.	1	0	0
P22	1x	12.4.	0	0	0

➤ Nonverbaler Ausdruck

„In der musiktherapeutischen Improvisation wird [...] die musikalische Identität [...] zum Medium der persönlichen Identität des Einzelnen“ (WOSCH 2002, 30). Patienten, die in freien Improvisationen die Handlungsinitiative ergreifen, nutzen die Gelegenheit zum nonverbalen Ausdruck persönlicher Identitätsaspekte. Dabei kann

⁷⁴ Zwei der mehrfach initiativen Patienten haben an 3 Sitzungen mit Improvisationen teilgenommen, die anderen beiden mehrfach initiativen Patienten jeweils nur an einer Sitzung mit Improvisation.

⁷⁵ was jedoch bei nicht initiativen Patienten ebenso der Fall war

Entlastung erfahren werden, wenn bisher noch nicht thematisierte Aspekte im Schutz der Nonverbalität zum Ausdruck gebracht werden können. Diese Ausdrucksmöglichkeit wurde von 7 der 13 Patienten⁷⁶ mindestens einmal genutzt.

Für die 5 nie initiativ werdenden Patienten wiederum war es möglicherweise entlastend, ihrem Bedürfnis nach Anlehnung nachgehen zu können. Eine dieser Patientinnen (P6) äußert nach zwei Improvisationen jeweils, dass das „*Zusammenspiel angenehm*“⁷⁷ war. Mehrfach wird das Bedürfnis nach Orientierung thematisiert, was diese Annahme bestätigt. Dazu ein Beispiel **aus einem Beobachtungsprotokoll**: „*Die Reflexion ergibt, dass die Patienten P17, P18, P25 und P26 sich an der Trommel orientiert haben*“.

➤ **Instrumente und Klänge als Übergangsobjekte**

In der Musiktherapie sind die **Musikinstrumente** als Übergangsobjekte im Sinne der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie von WINNICOTT zu betrachten (1983, 315). Als intermediäre Objekte nehmen sie den Raum zwischen dem Patienten und der Außenwelt ein. Nach STERN können auch selbst erzeugte Klänge und Geräusche diese Funktion erfüllen.

Für manche Patienten scheint es hilfreich zu sein, dem Instrument die Verantwortung für die klangliche Interaktion zuzuschreiben. „*Ich hab's nicht hingekriegt. Vielleicht ist das ja nicht das richtige Instrument für so was*“ (P5) – „*Patientin (P6) beklagt, dass ihr Instrument kaum zu hören gewesen sei*“ – (P5): „*Vielleicht hab ich ja wirklich das falsche Instrument für diese Spiel*“ – „*Patientin (P22) konnte mit ihrer [selbst erwählten!] Instrument nichts anfangen*“. Durch die Tatsache, dass sich in der musikalischen Identität die persönliche Identität des Spielers zeigt, werden selbstunsichere Patienten mit ihren Schwächen konfrontiert. Das Musikinstrument als intermediäres Objekt kann hier entlastend dazwischengeschaltet werden.

Auch Musik kann in der Musiktherapie zum Übergangsmedium werden. Dazu der Therapeut **im Interview**: „*Die Einstiegsfrage ist ja oft „Wie haben Sie die Musik*

⁷⁶ n=13 (an den vier Sitzungen mit freier Improvisation waren insgesamt 13 Patienten beteiligt)

⁷⁷ aus dem Beobachtungsprotokoll der 4. dokumentierten Sitzung nach der ersten und nach der zweiten Improvisation

empfundener?“ [...] In dem Moment beziehe ich mich auf die Musik. Wenn ich frage „Wie geht’s Ihnen“, komm ich oft nicht weiter [...] wenn’s dann erst mal um die Musik geht, dann geht’s ja nicht um den Patienten, erstmal. [...] Da ist die Musik der „Opener““ für die anschließende Gesprächssituation.

➤ **Symbolcharakter der Instrumente**

Nach dem freien Spiel auf selbsterwählten Instrumenten kamen deutlich mehr Themen zur Sprache, als in anderen Situationen. Dies ist zurückzuführen auf die Tatsache, dass den Instrumenten der Musiktherapie mehrfacher Symbolgehalt zueigen ist. Durch Aussehen und Klang der Instrumente und durch den Umgang mit ihnen (Berührung, Handhabung) können bei den Teilnehmern Assoziationen hervorgerufen werden. Anhand von drei Beispielen aus den Beobachtungsprotokollen soll dies belegt werden:

- Nach dem Spielen des Triangels thematisiert P27, dass sie darunter leide, dass ihr das Sorgerecht für ihr Kind entzogen worden sei. Die dreieckige Form des Triangels führte vermutlich zur Assoziation „Dreiecksbeziehung“ (Mutter – Kind - Pflegemutter).
- Der Klang des Monochords löste bei P27 Angst aus. Die stehenden Klänge der hellen und tiefen Saiten des Monochords führen häufig zur Assoziation Vater (tiefe Stimme) und Mutter (hellere Stimme). Die Patientin lebt vom Vater ihres Kindes getrennt und kann selbst ihrer Mutterrolle zur Zeit nicht gerecht werden. Die Angst könnte zudem auch auf Kindheitserfahrungen der Patientin mit den eigenen Eltern deuten.
- Nach dem Spielen der Kalimba⁷⁸ thematisiert P23 das Bedürfnis, aus dem Elternhaus auszuziehen und selbstständig zu werden.

Die Symbolhaftigkeit der Instrumente und Klänge kann die Patienten auch an unbewusste Themen heranführen und diese der Bearbeitung zugänglich machen. Bewusstwerdung und Bearbeitung können entweder unmittelbar oder im Verlauf der Zeit zu einer Entlastung der Patienten führen.

⁷⁸ Handhabung und Charakter der Kalimba führen nach KAPTEINA zu selbstbezogenem Spiel

5.2.5 Entlastung durch Gruppenprozesse

Gespräche zwischen Patienten waren jeweils nur nach den rezeptiven Einstiegen und nach den Instrumentalimprovisationen zu beobachten⁷⁹.

➤ **Gespräche nach Musikrezeption**

In den Gesprächen nach dem Musikhören kam es vor, dass sich Patienten einschalteten:

- wenn bei ihnen ein ähnliches Thema vorlag:
„Das kenn ich auch aus meiner ersten Ehe“ (P6), „Das ist unmöglich! Keiner nimmt Rücksicht darauf, dass sie krank sind. – Bei mir nämlich auch“ (P27).
- wenn Patienten ihr eigenes Thema durch das Leid anderer relativiert sahen:
„P 25 sagt, dass es ihr im Vergleich zu P18 doch recht gut ginge. P5 und P17 schließen sich an“
- wenn Patienten einer Mitpatientin Anregungen gaben:
„P 27 schaltet sich ein und sagt, zur Mitpatientin, dass sie sich das nicht gefallen lassen soll“
- wenn Patienten durch andere Patienten angeregt werden:
„P18 thematisiert neue Wohnung“. P17: „Ich glaub, ich würde auch gern in eine eigene Wohnung ziehen“. P23 „hat auch das Thema „Auszug von zu Hause““.

➤ **Interaktive Gruppenprozesse beim Musizieren**

Bei freien Improvisationen treten Patienten handelnd miteinander in Kontakt. Sie gehen auf die klanglichen Äußerungen der Mitpatienten ein, unterstützen und begleiten einander oder setzen etwas entgegen. Gleichzeitig erhalten auch sie auf ihre klanglichen Äußerungen Resonanz durch Mitpatienten. Eine Kommunikation ohne Worte entsteht, in der es sich mitteilen und miteinander teilen lässt. Derartige Ereignisse lassen sich wegen ihrer Vielfältigkeit nicht kategorisieren. Zur Verdeutlichung exemplarisch eine Szene⁸⁰:

P24 beginnt mit einem kräftigen Gongschlag. P22 tätigt mit der re. Hand rhythmische Schläge auf dem Tamburin. P25 setzt mit der Korbrassel ein. P22 hört auf zu

⁷⁹ nach Metrumübungen und Rhythmus-Trommeln wurden die Reflexionsgespräche vom Therapeuten gesteuert, so dass sich ein dyadisches Muster „Frage (Th an Pat.) – Antwort (Pat. an Th) – Ermutigung (Th an Pat.)“ ergab. Interaktionen und Gesprächsaustausch zwischen Patienten kamen dabei nicht vor.

⁸⁰ aus dem Beobachtungsprotokoll zur 9. Sitzung

spielen. P23 steigt mit einer anderen Rassel ein und spielt zusammen mit P25 einen gemeinsamen Rhythmus durchgehend bis ans Ende der Improvisation.

Was ist geschehen? P22 hat einen Rhythmus vorgelegt. P25 fühlte sich inspiriert auf das rhythmische Angebot einzugehen und mitzuspielen. Lag da ein Missverständnis vor? P22 zog sich sofort zurück⁸¹, als P25 Kontakt aufnehmen wollte. Nun war P25 allein, denn der Gong war längst verklungen und P22 wollte scheinbar nicht mit P25 spielen. Genau in diesem Moment setzt P23 ein, und zwar nicht einfach irgendwie, sie greift den Rhythmus der Korbrassel auf, begleitet P25 und lässt sie bis zum Ende der gesamten Improvisation nicht im Stich.

Für die Teilnehmer an dieser Situation war deutlich spürbar, wie verletzend das Alleingelassen werden für P25 gewesen sein musste⁸². P23 hat überaus sensibel und schnell reagiert und dadurch symbolisiert „Hier ist jemand, der dich nicht im Stich lässt“.

➤ **Gesprächsaustausch nach Improvisation**

Aufgrund des vergleichsweise angeregten Gesprächsaustausches im Anschluss an die Improvisationen lässt sich die Aussage treffen, dass Patienten durch improvisierendes Handeln aktiviert werden. In den Reflexionsgesprächen nach den Instrumentalimprovisationen brachten die Patienten deutlich mehr Themen zur Sprache; Austausch und Gruppenprozesse waren intensiver und weniger therapeutenzentriert. Positives Feedback, Ermutigung, Anteilnahme, Erfahrungen und Ratschläge wurden ausgetauscht. Die Sitzungsprotokolle der vier Sitzungen mit Improvisationen zeigen, dass nonverbaler Ausdruck die Teilnehmer aktiviert und dazu veranlasst, ihre Probleme zu thematisieren.

Aus den vorgenannten Beobachtungen kann geschlossen werden, dass ein Wunsch nach Verständnis und Unterstützung vorliegt und dass Patienten, wenn diese erfolgt dadurch Entlastung erfahren.

⁸¹ Nach BOCK wenden sich depressive Klienten oft ab, wenn andere Teilnehmer ihr Spiel dynamisch gestalten (zit. nach SMEIJSTERS 1999, 135).

⁸² Als Beobachterin kann ich diese Situation noch deutlich erinnern. Der Moment, in dem P22 sich abrupt zurückzog, fühlte sich wie eine deutliche Rückweisung an P25 an. Ein „Schreckmoment“, für die gesamte Gruppe.

Die **vergleichende Auswertung der Patientenfragebögen** ergibt, dass mit dem Anstieg der Teilnahmehäufigkeit zunehmende Vertrautheit und signifikante⁸³ Verbesserung der Kontaktfähigkeit und Intensivierung von Kontakten durch Gruppemusiktherapie einhergeht.

5.2.6 Entlastung durch den Therapeuten

In einer therapeutischen Gruppe kommt der Person des Therapeuten eine besondere Rolle zu. Neben seiner Haltung und der Beziehungsgestaltung gibt es unterschiedliche therapeutische Stile und Interventionsmöglichkeiten.

➤ **Therapeutische Beziehung**

Der Musiktherapeut hat die Aufgabe, die Gruppe und jeden einzelnen Teilnehmer zu unterstützen und zu fördern. Dazu sind eine annehmende Haltung und Wertschätzung unerlässlich. Aus dem **Interview**: „*Wenn man an Rogers denkt, diese vier Schritte⁸⁴ [..], diese wertschätzende Art und Weise, die ist angesagt*“. Der Therapeut stellt sich den Patienten als Beziehungsperson zur Verfügung.

Die **vergleichende Auswertung der Patientenfragebögen** zeigt auf, welche Bedeutung die Patienten der ihnen vom Therapeuten gewidmeten Aufmerksamkeit zumessen. *In der Sitzung vor dem ersten FB stand P3 mit ihrem Thema im Mittelpunkt, in der Sitzung vor dem zweiten FB war dies nicht im selben Umfang gegeben. „Das scheint sie traurig zu machen, wie ihr sich langsam verändernder Gesichtsausdruck verrät“⁸⁵. Als P3 im zweiten Reflexionsgespräch „noch einmal im Mittelpunkt steht, strahlt sie wieder“.*

Auch die **statistische Auswertung der Patientenfragebögen** lässt auf eine gelingende therapeutische Beziehung schließen. In 17 von 20 gültigen Fragebögen⁸⁶ gaben die Patienten an, mit der Leitung der Musiktherapie »sehr zufrieden« zu sein, 3 Patienten votierten mit »überwiegend zufrieden«. Die Items »weniger zufrieden« oder »unzufrieden« wurden nicht gewählt.

⁸³ in 50% der Fälle gab es zwischen der Einschätzung im 1. FB und der Einschätzung im 2. FB eine Veränderung in positiver Hinsicht.

⁸⁴ Gemeint sind: Kongruenz, Akzeptanz, Empathie als Grundlagen helfender Beziehungen

⁸⁵ Zitate aus den Beobachtungsprotokollen sind hier durch Anführungszeichen gekennzeichnet.

⁸⁶ Grundlage sind jeweils die letzten FB der Patienten, die während der Beobachtungsphasen 1 und 2 Teilnehmer der MT waren (n=20)

➤ **Therapeutische Interventionen**

Prozessorientierung ermöglicht dem Musiktherapeuten methodisches Vorgehen und Interventionen an die Bedürfnisse der Patienten und die Erfordernisse der jeweiligen Situation anzupassen. Unterstützen kann er sowohl musizierend als auch im Gespräch.

Unterstützendes Musizieren: Die Besonderheit beim freien Improvisieren ist Hierarchiefreiheit durch Gleichzeitigkeit der musikalischen Aktionen. Das bedeutet, dass der Therapeut gemeinsam mit den Patienten musiziert und es ein gleichberechtigtes musikalisches Miteinander gibt. Dabei steht emotionales Verstehen vor der Analyse. Der Therapeut orientiert sich an den Resonanzen, die das Gruppengeschehen bei ihm auslöst. Botschaften werden gespürt, verstanden und musikalisch beantwortet. In den Beobachtungsprotokollen finden sich viele Vermerke zu unterstützendem Agieren des Musiktherapeuten: „*Th begleitet leise und gleichmäßig auf dem Monochord*“⁸⁷ – „*Th hat sich eine Trommel genommen und spielt leise einen Rhythmus dazu*“⁸⁸. Die ruhige Klangstruktur, die der Therapeut beisteuert, stellt für die Patienten einen verlässlichen Rahmen dar und trägt zur Entlastung der Patienten bei.

Gelenktes Vorgehen: Bei den Metrumübungen und auch beim Rhythmus-Trommeln macht der Therapeut ganz klare Vorgaben. Er spielt gemeinsam mit den Patienten und gibt dadurch Unterstützung und Orientierung. **Im Interview** weist der Therapeut darauf hin, dass in diesem Setting eine direktive Vorgehensweise erforderlich ist.

Steuerung der Gespräche: Verbaler Austausch nach dem Trommeln ist ebenfalls durch starke Steuerung seitens des Therapeuten gekennzeichnet. In der Regel spricht er dabei die Patienten der Reihe nach an, fragt nach ihrem Erleben, spricht vermutete Themen an: „*Wer oder was ist das, worauf sie wütend sind?*“ - „*Was war das, was Sie da getrommelt haben? Was war da zu hören?*“⁸⁹. Häufig arbeitet der Musiktherapeut mit metaphorischen Deutungsangeboten, z.B.: „*Wann haben Sie das*

⁸⁷ jeweils in 4. + 9. dokumentierte Sitzung

⁸⁸ jeweils in 4. + 8. dokumentierte Sitzung

⁸⁹ aus dem Beobachtungsprotokoll zur 3. dokumentierten Sitzung

*letzte Mal so auf den Tisch gehauen?*⁹⁰ Durch die Deutungsangebote werden Patienten gezielt an mögliche Themen herangeführt, um diese der Bearbeitung zugänglich zu machen und so eine Entlastung herbei zu führen.

Sonstige Interventionen: Neben musikalischen Interaktionen⁹¹ finden therapeutische Interventionen durch „festes Auf-die-Trommel-schlagen“ statt⁹². Auf diese Weise sollen die Patienten im sicheren Rahmen des therapeutischen Settings an ihre Aggressionen herangeführt werden und diese an den Trommeln ausagieren. Dieses „Schlagen auf die Trommel“ bringt der Therapeut häufig in Verbindung mit Vorstellungen wie „*sich behaupten*“ - „*Jemandem die Meinung sagen*“ oder „*der Wut Ausdruck verleihen*“⁹³. **Im Interview** bezeichnet er diese Vorgehensweisen als „*Lostreten der Gefühle durch Trommeln*“ und „*therapeutische Moderation*“ in diesem Zusammenhang [35:05]. Die beschriebene Herbeiführung einer Katharsis und die direktive therapeutische Moderation sind durch das halboffene Gruppenformat und die zeitliche Beschränkung der Behandlungsdauer bedingt.

TSCHUSCHKE benennt Gemeinsamkeiten aller gängigen Modelle für Kurzgruppenpsychotherapie⁹⁴. In der hier im Fokus stehenden Gruppenmusiktherapie finden sich davon folgende Aspekte wieder (2003, 75):

- Therapeutische Handhabung der zeitlichen Begrenzung
- Zentrierung therapeutischer Inhalte auf die Gegenwart⁹⁵
- direktives Management der Sitzungen durch den Therapeuten
- Flexibilität auf Seiten des Therapeuten
- die Unterstützung einer Katharsis als wesentliches Element im Prozess
- Beschränkung der therapeutischen Ziele

⁹⁰ diese Metapher benutzt der Therapeut sehr häufig

⁹¹ bei freier Improvisation, Metrumübungen und Rhythmus-Trommeln

⁹² häufig nach den Metrumübungen

⁹³ gehäuft in den Beobachtungsprotokollen (z.B. 1., 7., 11. Sitzung)

⁹⁴ Die Behandlungsangebote in der Akutpsychiatrie sind in der Regel auf Kurzzeittherapie ausgerichtet

⁹⁵ Bedingt durch das Setting kann in diesen Gruppensitzungen häufig nicht tiefend gearbeitet werden. Bemerkt der Musiktherapeut, dass ein Patient Unterstützung braucht, leitet er unter Absprache mit dem Team eine musiktherapeutische Weiterbearbeitung im Einzelsetting ein. „*Manchmal sind diese Einzeltherapien, die es dazu gibt [...] auch nur punktuell*“, z.B. *wenn ein Thema ansteht oder wenn da jemand sitzt der Rückenschmerzen hat und ich merke „dieser Mensch braucht `ne Einzelbegleitung“* [39:00].

Die zeitliche Begrenzung erfordert eine Beschränkung der therapeutischen Ziele und führt zur Fokussierung auf die Entlastung der Patienten.

➤ **Ressourcenorientierung**

Der Therapeut gibt ein allgemein bekanntes rhythmisches Pattern vor und trommelt dies mit den Patienten. Er nutzt das Motiv und das sich anschließende Reflexionsgespräch, um die Aufmerksamkeit der Patienten auf Erinnerungen an jene Zeit zu lenken aus der das rhythmische Motiv stammt. Durch die Frage: „*Was war das damals für eine Zeit für Sie?*“ werden bei vielen Patienten Erinnerungen an eine (häufig) bessere Lebensphase wach. Dadurch werden sie an ihre Ressourcen herangeführt. P25 misst nach einer Sitzung, in der es um *Erinnerungen an gute Zeiten* geht, der Musiktherapie mehr Bedeutung für die Problem- und Krankheitsbewältigung bei, als nach einer anderen Sitzung, in der sie mit einer umfangreichen Einzelarbeit im Fokus stand⁹⁶. Die Erinnerung führt bei der Patientin zu positiven Gefühlen und entlastet sie von ihrer momentanen Schwere. Der bekannte Rhythmus hat bei P25 „ein bestimmtes Wertegebiet [hervorgerufen], das auf Dinge, Personen oder Erlebnisse hinweist, die für [P25] von Bedeutung sind“ (SMEIJSTERS 1999,126).

5.2.7 Entlastung durch Humor

„*Ich habe gelacht [36:37], ich hab' ja gelacht, so hör' ich oft von den Patienten [..] Das ist auch eine Arbeitsweise mit Humor“ und sehr positiv gestaltetem Feedback [..], um die Patienten mit ihren Ressourcen in Verbindung zu bringen*, konstatiert der Therapeut im Interview [37:00]. Der vergleichenden Auswertung der FB ist zu entnehmen, dass gute Stimmung und Freude bei Patienten zu einer positiveren Einschätzung hinsichtlich des Musiktherapeuten und hinsichtlich der Krankheitsbewältigung führen⁹⁷.

Die Beobachterin erinnert sich an Situationen, in denen es dem Therapeuten gelang, Patienten durch humorvolle Kommentierungen ein Lächeln zu entlocken. Nach SANDER lässt sich Therapie als Umkehrung des Prozesses der Entstehung psychischer Störungen betrachten (vgl. 1999, 54). Daraus folgt, dass Patienten denen „das Lachen vergangen ist“ (z.B. durch Depressivität), in angemessenen Dosen mit Humor in Kontakt gebracht werden sollten, um dadurch Entlastung zu erfahren.

⁹⁶ vgl. qualitative Auswertung der Patientenfragebögen

⁹⁷ vgl. qualitative Auswertung der FB; Reflexion zu F3 und F9

5.2.8 Musikrezeption am Ende der Sitzung

Vergleichbar der Einstiegssituation endeten die Gruppenmusiktherapie-Sitzungen in der Regel⁹⁸ mit der gemeinschaftlichen Rezeption einer bestimmten Musik vom Tonträger⁹⁹. Wie bei der Einstiegsmusik handelte es sich auch hier um ein Musikstück, das der Therapeut bereits seit längerer Zeit einsetzt. Man kann von einer Rahmung der Gruppensitzung durch Musikrezeption sprechen. Die Auswertung der Beobachtungsprotokolle ergab, dass „*Entspannung*“ insgesamt 8x entweder beobachtet oder von Patienten benannt wurde. „*Erleichterung/Genuss*“ wurde insgesamt 7x vermerkt. Auch wenn es sich hierbei nicht um Mehrheiten handelt, so war doch in diesen 15 Fällen das abschließende Musikhören entlastend.

Nach dem Musikhören stellte der Musiktherapeut jeweils eine abschließende Frage an die Teilnehmer. Da sich die Fragestellung (scheinbar) immer wiederholt, sind in den Beobachtungsprotokollen insgesamt nur 4 Vermerke bezüglich der Formulierung¹⁰⁰ dokumentiert. Die (rezepierte) Musik ist demnach nur manchmal im Fokus, häufiger geht es um den Rückblick auf die gesamte Sitzung. Entsprechend kommentieren einige Patienten „*nicht mehr so angespannt wie zu Beginn*“ oder „*irgendwie beruhigt*“ zu sein (6 Vermerke).

⁹⁸ 8 von 12 beobachteten und dokumentierten Sitzungen endeten auf diese Weise, in 3 Sitzungen wurde alternativ getanzt; eine Sitzung endete stattdessen mit Trommeln

⁹⁹ siehe Musikanalyse „The Winter’s End“

¹⁰⁰ „Wie gehen Sie? - Wie gehen Sie jetzt in die Woche? - Wie war die Musik für Sie? Wie gehen Sie jetzt von hier weg? - Wie hat’s Ihnen gefallen? Wie war’s für Sie heute?“

6. Zur Abgrenzung

Die Ausführungen zur Hauptkategorie Entlastung durch Musiktherapie belegen, dass »Entlastung« in fast allen Phasen der 90-minütigen Gruppenmusiktherapie-Sitzung nachgewiesen werden konnte. Dabei zeigte sich bei einigen den Subkategorien untergeordneten Aspekten ein umfassenderes Entlastungsmoment, als bei anderen.

Das Setting »halboffene Gruppe« bedingt ein Klima und Vorgehen, welches für möglichst alle Gruppenteilnehmer förderlich sein soll. Dabei wirkt nicht jede Methode oder therapeutische Intervention auf jeden Patienten gleichermaßen. Auch ist nicht jede Wirkung beobachtbar. Die Sitzungen stehen den Patienten als Erfahrungsraum zur Verfügung, in welchem Prozesse angestoßen werden können.

6.1 Ambivalente Therapiesituationen

Im Folgenden sollen solche Therapiesituationen, in denen Entlastung nur für einen Teil der Patienten aufgezeigt werden konnte, nochmals genauer betrachtet werden.

6.1.1 Exploration und Auswahl von Instrumenten in der Ankommensphase

Bereits nachgewiesen wurde, dass die Möglichkeit, sich mit den Instrumenten zu beschäftigen, für einige Patienten entlastende Funktion hat.

Nicht außer Acht gelassen werden darf, dass viele Patienten es vermeiden, die Instrumente auszuprobieren. Nach SMEIJSTERS führen Depressionen dazu, dass ein geringerer Appell von den Instrumenten ausgeht und die Patienten Schwierigkeiten haben zu wählen (1999, 135). Im Falle einer Instrumentalimprovisation geraten diese Patienten um so mehr unter Stress, weil sie ein Instrument zum Klingen bringen (sollen), mit dem sie sich nicht vertraut gemacht haben. Hier empfiehlt sich eine Erprobungsphase in der Gruppensituation¹⁰¹.

¹⁰¹ vgl. Instrumentenrunde im Beobachtungsprotokoll zur 7. Sitzung

6.1.2 Rhythmen-Trommeln

Bereits nachgewiesen wurde, dass Eingebundensein und Mitschwingen in einem vom Musiktherapeuten vorgegebenen Rhythmus von vielen Patienten als entlastend empfunden wird.

Allerdings ist mehrfach (6x)¹⁰² ein Auseinanderfallen des Rhythmus⁷ bei Temposteigerung dokumentiert. Dies wird von Patienten unterschiedlich erlebt. Bei einigen Patienten hellen sich die Gesichter auf – sie kommentieren anschließend das schnelle Trommeln positiv. Es gibt jedoch auch mehrfach Vermerke wie „*bei Temposteigerung setzt P2 aus*“¹⁰³ oder „*P21 sieht nicht gelöst, sondern angespannt aus, je schneller das Spiel wird*“ und Kommentierungen wie beispielsweise von P10: „*Für mich war's zu viel. Ich hatte Mühe das hinzukriegen*“¹⁰⁴. „Rhythmus sagt etwas über das Maß an Variation und Lebendigkeit aus“ (SMEIJSTERS 1999, 134). Depressive Patienten haben häufig Probleme mit der Schnelligkeit des Handelns. Sie erleben die Temposteigerung als Stress. Wenn sie aus dem Rhythmus fallen, werden sie mit „Versagen“ konfrontiert.

6.1.3 Freie Improvisation

Bereits nachgewiesen wurde, dass und inwieweit freie Instrumentalimprovisation zur Entlastung der Patienten beitragen kann.

In den Reflexionsgesprächen nach freier Improvisation kam es mitunter zu der Aussage „*Ich hab's nicht hingekriegt*“ (P5; P17; P25). Die Patienten hatten bestimmte Vorstellungen davon, was sie erklingen lassen wollten, konnte diese jedoch nicht umsetzen. Freie Improvisation führt zu Grenzerfahrungen. Erlebtes kann als Entwicklungschance genutzt werden – ein neuer Versuch in der nächsten Improvisation kann zur Problembewältigung beitragen¹⁰⁵ - ; erlebte Frustration kann jedoch auch entmutigen.

Teilweise wurden in den Gruppengesprächen nach der freien Improvisation Mitleid und Betroffenheit deutlich. Die Erkenntnis, dass Patienten bei musikalischer Interaktion und durch die Themen anderer Patienten zusätzlich belastet werden könnten, veranlasst den Therapeuten die freie Improvisation nur dann einzusetzen, wenn die Gruppe soweit vorangeschritten ist, dass sich eine mögliche Prozessentwicklung einschätzen lässt.

¹⁰² wobei jedes Mal die gesamte Gruppe betroffen ist

¹⁰³ Beobachtungsprotokoll zur 5. Sitzung

¹⁰⁴ 11. und 12. dokumentierte Sitzung

¹⁰⁵ Die angeführte Situation mündete in eine zweite Improvisation. Danach gaben die 3 Patienten an, „*dass es vielleicht etwas besser war, aber noch nicht gut*“ (vgl. Beobachtungsprotokoll zur 7. Sitzung)

Im Interview sagt er *„Was ich anbiete muss unbedingt gelenkt sein. Aufgrund der Krankheitsbilder der Patienten müssen sie einen sicheren Rahmen vorgegeben bekommen. [...] Als erstes steht Stabilisierung. [...] ob die Stabilisierung nicht schon mit sich bringt, dass [das] Leben auch ohne die Bearbeitung des Traumas besser ist, das muss man dann noch sehen. [...] Konfrontative Arbeit ist bei diesen belasteten Menschen oft nicht angesagt.“* Im weiteren Verlauf des Interviews gibt er ein Beispiel, wonach Patienten äußern, dass ihnen die freie Improvisation zu nahe gegangen sei und sie das Trommeln vorziehen.

6.1.4 Musikhören am Ende der Sitzung

Musikhören zum Abschluss der Gruppensitzung wurde bereits betrachtet. Es ist zu differenzieren, zwischen Patienten, die dabei Entlastung erfahren und Patienten, die anderes beschreiben.

Zum abschließenden Musikhören finden sich in den **Beobachtungsprotokollen** gehäuft Vermerke wie *„Patient wirkt beherrscht“* – *„Patient starrt geradeaus ins Leere“* – *„Patient starrt vor sich auf den Boden“* – *„besorgte Mienen“* – *„Patient wirkt nachdenklich“*. Sieht man die insgesamt 13 Vermerke dieser Art im Kontext mit nachfolgenden **Kommentierungen der Patienten** wie zum Beispiel seitens P8: *„Die Musik hat mich sehr nachdenklich gemacht“* oder seitens P21: *„Die Musik war einerseits beruhigend, hat mich aber auch sehr sehr nachdenklich gemacht“* so muss daraus geschlossen werden, dass die Musikrezeption am Schluss nicht für jeden Patienten entlastende Funktion hat. Ob die Nachdenklichkeit¹⁰⁶ sich auf durch die Musik ausgelöste Resonanzen, auf die gesamte Sitzung, oder auf anderes bezieht¹⁰⁷, lässt sich an dieser Stelle nicht klären.

6.1.5 Tanz

In 3 der dokumentierten Sitzungen wird die abschließende Musikrezeption durch Tanzen ersetzt; und zwar in der 4. Sitzung durch eine Bewegungsimprovisation zu Raggae-Musik und in der 7. und 10. Sitzung jeweils durch einen meditativen Kreistanz mit Handfassung. Insgesamt haben in den 3 Sitzungen 11 Patienten am Tanzen teilgenommen, 4 davon an 2 Sitzungen mit Tanz.

Beim Tanzen handelt es um Musikrezeption mit zeitgleicher Umsetzung der musikalischen Impulse in Bewegung. In den beobachteten Sitzungen kamen sowohl freier Tanz (1x), als auch Tanzen nach einer vorgegebenen Choreographie (2x) vor. Die **Beobach-**

¹⁰⁶ insgesamt 10 Vermerke

¹⁰⁷ da die Schlussequenz eine Schwellensituation zwischen Therapie und anstehendem Stationsalltag, Besuchszeit, etc. darstellt, wirken möglicherweise Aspekte die außerhalb des Settings liegen hinein

tungen waren signifikant anders, als beim reinen Musikhören. Dokumentiert sind Anspannung und Zittern (4x), Berührungsangst (2x dieselbe Patientin), Zaghaftheit (1x), unregelmäßige Bewegungen (1x), Unbeweglichkeit und Starre (2x). Fließende Bewegungen und Genuss waren nur bei 2 Patienten (P5 und P2) wahrnehmbar. Mit Ausnahme einer Patientin¹⁰⁸, gab es von keinem der Teilnehmer Kommentare zum Tanzen, vielmehr war eine Atmosphäre in der Gruppe, als handele es sich bei dem was gerade geschehen war um ein peinliches Erlebnis. Thematisiert wurden im Abschlussgespräch allenfalls Sitzungsereignisse, die vor dem Tanzen stattgefunden hatten.

Aus den Beobachtungen ist zu schließen, dass Tanzen bei den Patienten statt zu Entlastung zu vermehrter Belastung führt. Der Therapeut dazu **im Interview**¹⁰⁹: „[Tanzen] geht fast nie in diesen Gruppen [...] weil das Tanzen aufgehört hat mit den Patienten [...] im wahrsten Sinne ist ausgetanzt“[61:19]. „Da ist einfach kein Platz zum Tanzen“, es sei denn, es hat gerade ein Prozess in der Gruppe stattgefunden, der Tanzen möglich macht. „Das versuche ich zu erspüren“.

6.2 Therapiesituationen im Spannungsfeld zwischen Entlastung und Entwicklung

Die angeordnete Beschäftigung mit den Musikinstrumenten in der Ankommenssituation, das schnelle Trommeln von (teilweise komplexen) Rhythmen, Frustrationserlebnisse beim Improvisieren, belastende Gesprächsthemen und Handfassung beim Tanzen stellen für einige Patienten Herausforderungen dar.

Diese Herausforderungen und deren therapeutische Bearbeitung können zu einer Schnittstelle im Prozess von Entlastung zu Entwicklung werden¹¹⁰, denn durch Entlastung allein ist noch keine Veränderung erreicht.

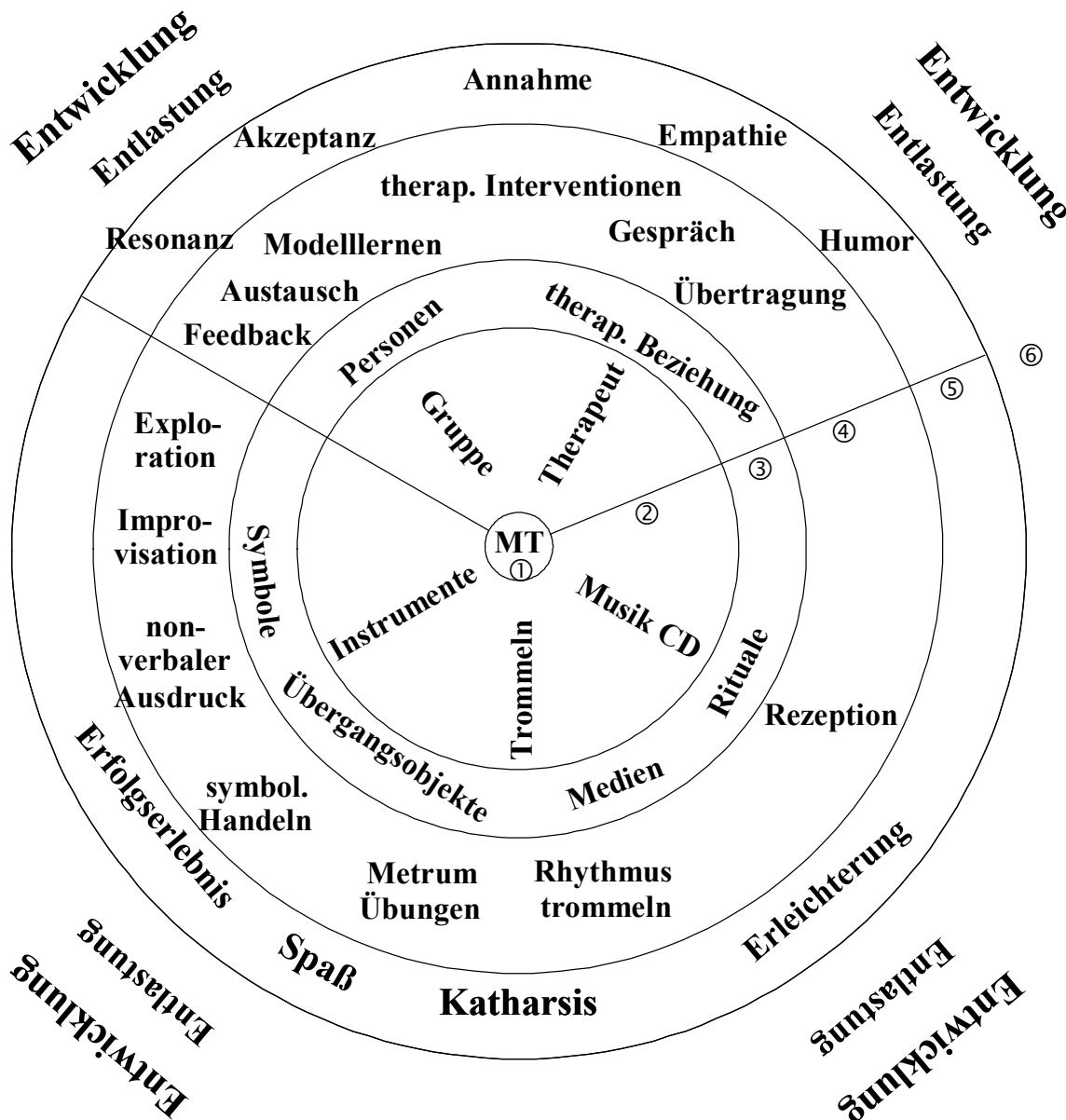
Im nachfolgenden Zusammenhangsmodell (2) wird Entwicklung als über die Entlastung hinausreichendes Ziel dargestellt.

¹⁰⁸ Dabei handelte es sich um P6, die, wie sich herausstellte, unter Berührungsangst litt. Beim freien Tanz hatte sie sich starr verhalten und nicht bewegt, beim Kreistanz mit Handfassung hatte sie sich gezwungen mitzumachen und sich danach bitter über die Zumutung beschwert.

¹⁰⁹ Das Interview fand 4 Jahre nach der TB statt. Offensichtlich hat sich der Umgang mit Tanz in diesem Setting seitdem verändert.

¹¹⁰ vgl. abschließendes Fazit

Zusammenhangsmodell (2)



- ① Setting
- ②+③ Beziehungen & Elemente
- ④ Prozesse & Interaktionen in den beobachteten Situationen
- ⑤+⑥ Haltungen & Resultate

7. Gegenüberstellung und Synthese mit den Ergebnissen von PAAS

In ihrer „Studie zur Untersuchung der Relevanz der Musiktherapie in der Psychiatrie...“ gelangt PAAS durch Analyse von 80 Stundenprotokollen¹¹¹ zur Hauptkategorie »**Therapeutische Wirkung**« (2003, 27). Darunter subsummiert sie aktivierende, entspannende, emotional-affektive, assoziative, kathartische, regressive, psychosoziale und kommunikative Wirkaspekte von Musiktherapie.

Unter Verweis auf das Kodierparadigma von Strauss und Corbin erstellt PAAS eine Bedingungsmatrix aus ursächlichen Bedingungen, Kontextbedingungen, intervenierenden Bedingungen, Patientenstrategien und verweist auf sich daraus ergebende Konsequenzen (ebd.). Die Vorgehensweise beim axialen Kodieren der Daten zu der vorliegenden Arbeit war entsprechend.

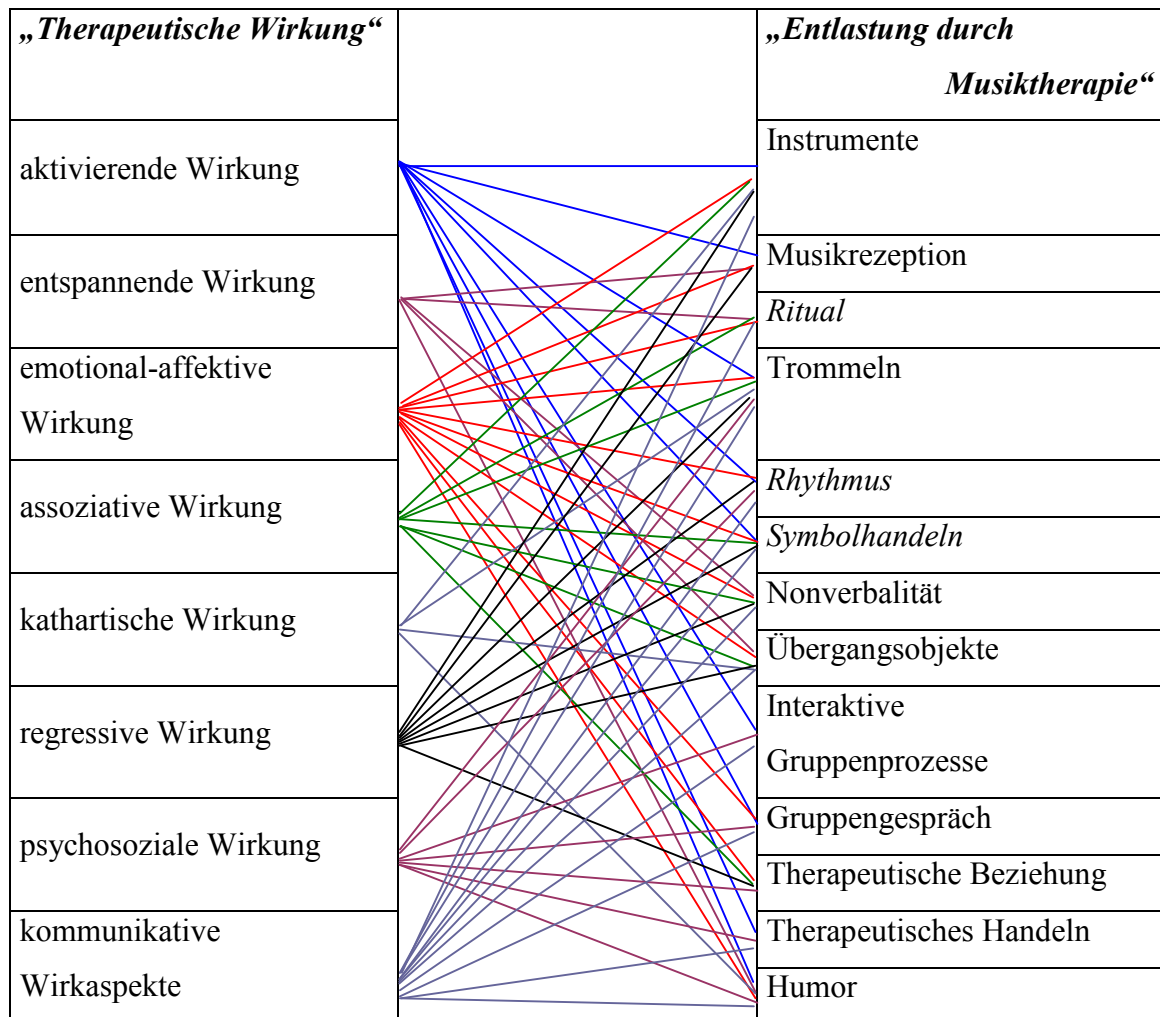
Vergleich der Arbeiten

PAAS wertet in ihrer Arbeit Dokumentationen aus den Krankenakten aus. Dort finden sich vornehmlich Wirkungen, aber „Nicht in allen Stundenprotokollen [...] eindeutige Angaben [...] über die verwendete Methode“ (2003, 33). Die in der Arbeit angeführten Zitate lassen auf eine überwiegend ergebnisorientierte Dokumentation seitens der Musiktherapeuten schließen.

Ein Teil des dieser Arbeit zugrunde liegenden Datenmaterials dokumentiert aus Forscherperspektive wahrgenommene Prozesse. Dabei war die Vorgehensweise zunächst eine offene; es wurde nicht zielgerichtet nach einer Bestätigung der „Effektvariablen“ von PAAS gesucht (vgl. SMEIJSTERS 1996, 25). Stattdessen wurden Prozesse und die daraus resultierende Wirkung erfasst. Die dabei ermittelten Wirkaspekte decken sich größtenteils mit den Wirkungen bei PAAS. Sie werden zu der übergeordneten Position „Entlastung durch Musiktherapie“ zusammengeführt.

¹¹¹ Ausgangsbasis ist eine Stichprobe von 80 Stundenprotokollen aus der Zeit von 1996 bis 2002. In dieser Zeit waren eine Musiktherapeutin und ein Musiktherapeut beide jeweils auf Honorarbasis in der Institution beschäftigt. Die Stundenprotokolle beziehen sich sowohl auf Patienten der Einzel- als auch auf Patienten der Gruppenmusiktherapie.

Nachfolgendes Schaubild stellt die vielfältigen Zusammenhänge zwischen den zur „Entlastung durch Musiktherapie“ beitragenden Items und Methoden und den bei PAAS herausgearbeiteten „Therapeutischen Wirkungen“ dar.



Im Folgenden sollen exemplarisch einige der aufgezeigten Zusammenhänge erläutert werden:

Affektabfuhr bei Einzelarbeit an der Trommel führt zu Entlastung und entspricht der bei PAAS beschriebenen kathartischen Wirkung (vgl. ebd. 29, Zeile 25). Interaktive Gruppenprozesse führen zu Entlastung und entsprechen der bei PAAS beschriebenen psychosozialen Wirkung. Gruppengespräche führen zu Entlastung und entsprechen den bei PAAS beschriebenen kommunikativen Wirkaspekten. Symbolhandeln (am Übergangsobjekt „Trommel“) führt zu Entlastung und entspricht unter anderem der bei PAAS beschriebenen assoziativen Wirkung (vgl. ebd. 29, Zeile 11).

Trommeln, Rhythmus erleben, die Handhabung von Instrumenten, Symbolhandeln, interaktive Gruppenprozesse und Gruppengespräche haben aktivierende Wirkung.

Aktivierung kann je nach Erkrankung auch als Anstrengung erlebt werden. Dies gilt insbesondere für depressive Patienten¹¹². „Wenn der Depressive kein lebender Leichnam bleiben will“ schreibt JUNG, „so muss er, so unsäglich schwer es ihm fällt [...] winzige kleine Schritte tun“ (2007, 138). Längerfristig führt die Aktivierung zur Belebung und Wiederentdeckung von Ressourcen.

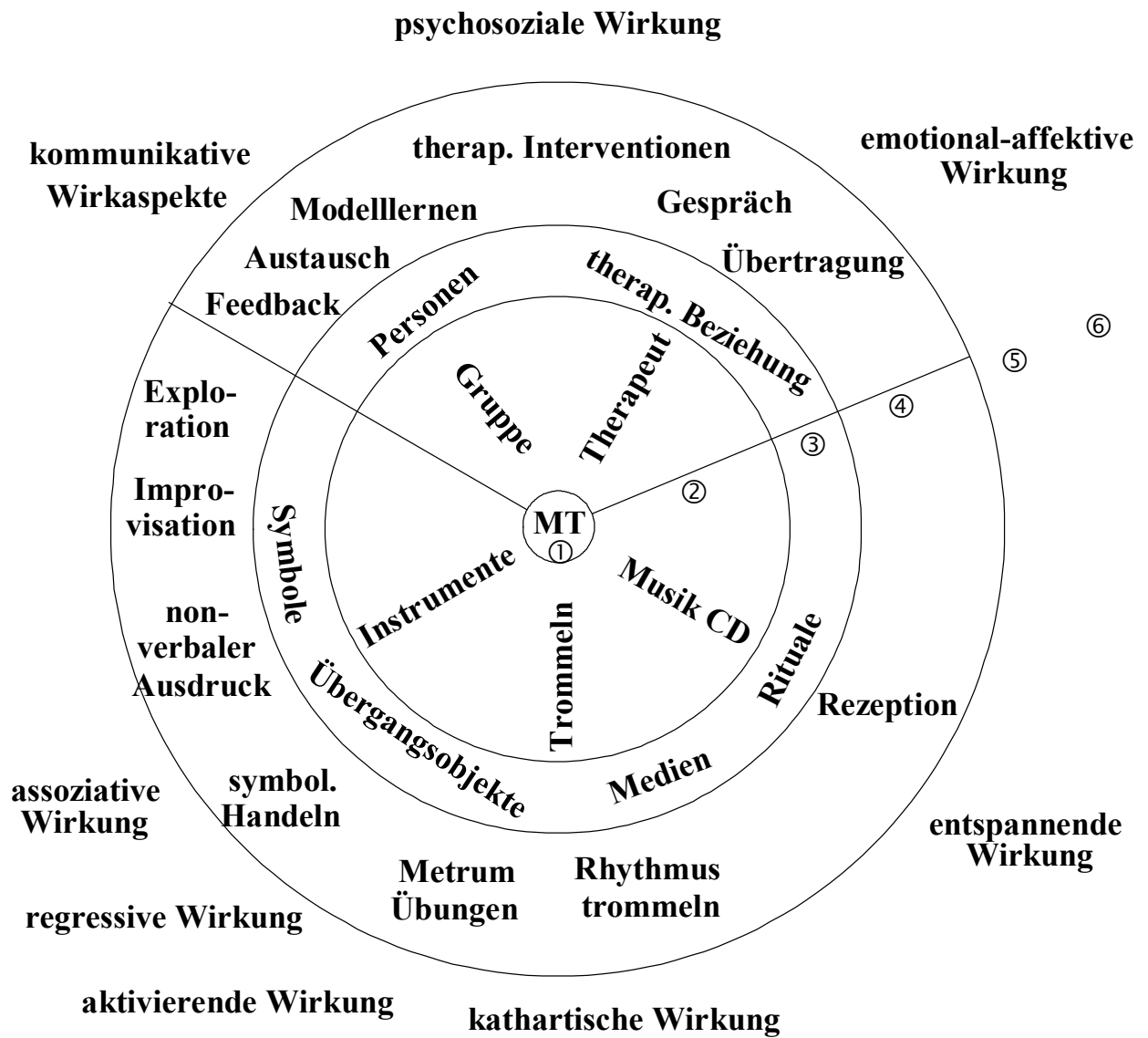
Deutlich visualisiert das vorangegangene Schaubild, dass jede Wirkung auf ein Bündel von Faktoren zurückzuführen ist und umgekehrt jede Handlung, jedes eingesetzte Medium, jede Methode zu mehreren Wirkaspekten führt. Insofern ergänzen sich die beiden Arbeiten.

Entspannende Wirkung, emotional-affektive Wirkung, assoziative Wirkung, Katharsis, Regression, psychosoziale Wirkung und Kommunikation können in dem Moment in dem sie sich ereignen entlastend an sich sein; darüber hinaus können sie auch zu einer umfassenden Entlastung des Patienten beitragen.

Im Zusammenhangsmodell (3) werden die therapeutischen Wirkungen nach PAAS in einen Kontext mit den beobachteten Prozessen und Interaktionen, Beziehungen und Elementen im musiktherapeutischen Setting gestellt.

¹¹² 20 von 27 Patienten (der Beobachtungsphase) waren von Depression als Haupt- oder Nebendiagnose betroffen

Zusammenhangsmodell (3)



- ① Setting
- ②+③ Beziehungen & Elemente
- ④ Prozesse & Interaktionen in den beobachteten Situationen
- ⑤+⑥ Haltungen & Resultate

8. Die Akzeptanzbefragung

Nach Wegfall der Patienteninterviews ist die Akzeptanzbefragung das einzig verbleibende Instrument zur Erfassung der Patientenperspektive. Unterschiedliche Vorkommnisse im Forschungsverlauf führten dazu, dass der Fragebogen unterschiedlichen Auswertungen unterzogen werden musste.

In **Unterkapitel 1** wird der Fragebogen vorgestellt.

In **Unterkapitel 2** findet sich eine vergleichende Auswertung von 20 FB. Veränderungen in der Einschätzung der Patienten werden unter Hinzunahme der Beobachtungsprotokolle reflektiert. Die Ergebnisse dieser Auswertung sind weitestgehend in die Darstellung der Untersuchungsergebnisse in den qualitativen Teil dieser Arbeit eingeflossen. Der Nachvollziehbarkeit und Vollständigkeit halber befindet sich die Auswertung hier im Kapitel zum Fragebogen.

In **Unterkapitel 3** befindet sich eine quantitative Auswertung der analog zur Teilnehmenden Beobachtung (Phasen 1 + 2) erhobenen letzten FB jedes Patienten. Die ermittelten Werte können als quantitative Bezugsgröße zur qualitativen Forschung (TB + Interview) betrachtet werden. Im Auswertungskapitel wird¹¹³ per Fußnote auf diese Ergebnisse referiert.

In **Unterkapitel 4** wird die quantitative Auswertung der Gesamtbefragung vorgestellt und diskutiert.

In **Unterkapitel 5** schließt sich eine Fragebogenkritik an.

In **Unterkapitel 6** findet sich eine vergleichende Gegenüberstellung des Akzeptanzfragebogens mit einem anderen Messinstrument.

¹¹³ hinsichtlich der Frage nach der Atmosphäre in der MT

8.1 Vorstellung des Fragebogens

Herkunft des Fragebogens

Abgeleitet ist der Fragebogen von einem Evaluationsinstrument der AOK Rheinland, welche seit 2002 Projekte zur Verbesserung der psychosozialen Situation kranker Menschen in Selbsthilfegruppen finanziert¹¹⁴. Zur Auswertung der Projekte hat die AOK Rheinland einen Fragebogen eingesetzt. Auf der Grundlage dieses FB ist durch Fokussierung der Fragen auf Musiktherapie der hier eingesetzte FB entstanden. Mit dem verwendeten Fragebogen wurde bereits in vorangegangenen Diplomarbeiten gearbeitet¹¹⁵.

Aufbau des Fragebogens

Anhand von 11 geschlossenen Fragen zu

- Zufriedenheit (F 1-3 und 10)
- Atmosphäre (F 4)
- Veränderungen (F 5-8)
- Umsetzung der Anregungen (F 9) und
- Zielen der Patienten (F11)

soll die jeweilige Einschätzung der Patienten mittels vorgegebener Antwortkategorien erhoben werden¹¹⁶.

Zu den Fragen 1-4 und 8 -9 gab es je 4 mögliche Antworten, zu den Fragen 5-7 gab es je 3 mögliche Antworten, zur 10. Frage 2 Antwortmöglichkeiten zu Auswahl. Die Antworten hatten bewertenden Charakter¹¹⁷. Frage 11 gibt 5 mögliche Antworten vor, an Hand derer Ziele und Wünsche der Patienten deutlich werden.

8.2 Vergleichende Auswertung von Patientenfragebögen

Gegenstand der nachfolgenden Betrachtungen ist die vergleichende Analyse von Patientenfragebögen. Veränderungen im Antwortverhalten einzelner Patienten werden vor dem Hintergrund der Erkenntnisse aus den Beobachtungsprotokollen reflektiert. Die

¹¹⁴Eines dieser Projekte „Musiktherapie bei chronischen Schmerzen“ wurde von dem Musiktherapeuten durchgeführt, dessen Gruppenmusiktherapie in der Akutpsychiatrie Gegenstand dieser Diplomarbeit ist.

¹¹⁵ Soost 2004, Brüggemann 2005, Abel 2005. Auf einen Pretest wurde daher verzichtet.

¹¹⁶ Der komplette Fragebogen befindet sich im Anhang zu dieser Arbeit

¹¹⁷ siehe Fragebogenkritik

zugrundeliegende Basis n=20 setzt sich zusammen aus jeweils 2 FB¹¹⁸ von 10 Patienten der ersten Beobachtungsphase. Die Ergebnisse sind zu verstehen als Ergänzung und Erweiterung der Untersuchungsergebnisse aus TB und Experteninterview. Fokussiert wird auf die ermittelte **Hauptkategorie „Entlastung durch Musiktherapie“**.

Vergleichende Darstellung der Angaben im ersten und zweiten Fragebogen

Veränderungen in den Einschätzungen n=10

+ / - = in der Skala steigend bzw. sinkend

Nebenstehende Tabelle veranschaulicht das Antwortverhalten der 10 Patienten im jeweils zweiten Fragebogen.

Unterschieden wird zwischen Antworten, die im Vergleich zum ersten Fragebogen in der Skala entweder steigen (+) oder sinken (-) und solchen, die stabil (gleichbleibend) sind.

ITEM	+	-	gleichbleibend	o.A.
F1	3	1	6	
F2	3	2	5	
F3	1		9	
F4	2	1	7	
F5	2	2	6	
F6	1	2	7	
F7	6	1	3	
F8	2		8	
F9	2	2	5	1
F10			9	1

Im Folgenden sollen die Veränderungen im Antwortverhalten zu den einzelnen Fragen (F1-F10) näher betrachtet werden.

F1

Die Frage nach dem **Gefallen der MT**¹¹⁹ wurde 9x mit »sehr gut«, 10x mit »gut« und 1x mit »befriedigend« beantwortet. Das Item »nicht gefallen« wurde nicht gewählt.

F2

Auf die Frage nach der **Zufriedenheit mit Inhalt und Durchführung der MT** wurde 11x mit »sehr zufrieden« und 9x mit »überwiegend zufrieden« geantwortet. Die Items »weniger zufrieden« und »nicht zufrieden« wurden nicht gewählt.

¹¹⁸ einer davon nach der ersten und der zweite FB nach Teilnahme an weiteren Gruppensitzungen erhoben, wobei der Erhebungszeitraum deckungsgleich mit der ersten Beobachtungsphase ist

¹¹⁹ Der genaue Wortlaut der jeweiligen Fragen ist dem FB im Anhang zu entnehmen.

Die Fragen 1 und 2 wurden von 3 der 10 Patienten jeweils im zweiten FB positiver beantwortet als im ersten FB. Das kann darauf zurückgeführt werden, dass die Patienten **mit dem Ablauf vertrauter geworden** sind. Sie wussten, was sie zu erwarten haben und waren bereits darauf eingestellt. Erfüllung der Erwartungen führt zu Zufriedenheit mit dem Ablauf (F2) und generell zum Gefallen der MT (F1).

Bei 2 Patienten fiel der Zufriedenheitsgrad jeweils von »sehr zufrieden« auf »überwiegend zufrieden« ab. Den Beobachtungsprotokollen der TB sind mögliche Gründe zu entnehmen:

Zur Patientin (P3)

Die Tatsache, dass sich die Einschätzung von P3 bezüglich der Durchführung der MT (F2) und auch bezüglich des Gefallens (F1) etwas relativiert hat, kann auf die Geschehnisse in den jeweils vorangegangenen Sitzungen zurückgeführt werden. In der Sitzung vor dem ersten FB stand P3 phasenweise mit ihrem Thema im Mittelpunkt. In der Sitzung vor dem zweiten FB war dies nicht im selben Umfang der Fall. P3 wirkte enttäuscht. Sie hat erfahren müssen, dass ihr die **Aufmerksamkeit des Therapeuten** nicht in jeder Sitzung im gleichen Maße zuteil werden kann.

Zur Patientin (P25):

In der Sitzung vor dem ersten FB wird ein Rhythmus von Cream getrommelt. Th lenkt danach *„die Aufmerksamkeit auf die Erinnerung an vergangene Zeiten“*¹²⁰. P25 fühlt sich sehr angesprochen. Sie ist Cream-Fan und erzählt davon. Danach lächelt sie und *„hat einen zufriedenen Gesichtsausdruck“*.

In der Sitzung vor dem zweiten FB findet eine Einzelarbeit statt, in der die Patientin mit Unterstützung durch die Gruppe Abgrenzung üben soll. Das fällt ihr sehr schwer, will kaum gelingen. *„Danach macht Th [P25] deutlich, dass sie daran [am Durchsetzungsvermögen] noch arbeiten müsse“*. Vermerk zur Abschlussrunde: *„[P25] geht nachdenklich, mit dem Vorsatz auf sich zu achten“*. Nach dieser Sitzung, in der die Patientin einerseits viel Unterstützung und Ver-

¹²⁰ kursiv geschriebene Textstellen sind Zitate aus den Beobachtungsprotokollen

ständnis durch Th und Mitpatienten erfahren hat, andererseits aber auch sehr **an ihre Grenzen gekommen** ist, gibt sie an »überwiegend zufrieden« mit Inhalt und Durchführung der MT zu sein (F2). Beim Item »Gefallen der MT« (F1) bleibt sie bei der Bewertung »*sehr gut*«.

F3

In 15 von 20 FB gaben Patienten an, mit der **Leitung der MT** »*sehr zufrieden*« zu sein, »*überwiegend zufrieden*« wurde 5x gewählt, »*weniger zufrieden*« und »*unzufrieden*« wurden nicht angegeben.

Es gab eine Veränderung von »*überwiegend zufrieden*« zu »*sehr zufrieden*«. Die Sitzungsprotokolle ergeben, dass die Patientin (P18) vor Ausfüllen des FB in besonders **guter Stimmung** war, **da** sich bei ihr einiges geklärt hat und sie **entlassen wird**. Dies könnte möglicherweise zur Erklärung der besseren Einschätzung der Leitung dienen, es kann sich aber auch um einen **Gewöhnungseffekt** handeln.

F4

Die **Atmosphäre in der MT** wurde 5x als »*sehr angenehm*« und 15x als »*angenehm*« bezeichnet. Die Items »*weniger angenehm*« und »*schlecht*« wurden nicht gewählt.

Zwei Veränderungen von angenehm zu sehr angenehm und eine Veränderung von sehr angenehm zu angenehm sind zu verzeichnen. Da der Unterschied zwischen angenehm und sehr angenehm nicht erheblich erscheint, wird diesen Schwankungen keine sehr große Bedeutung zugemessen.

F5

Die Frage nach **Verbesserungen auf der körperlichen Ebene** wurde 7x mit »*ja*«, 9x mit »*teilweise*«, 3x mit »*nein*« geantwortet, 1 FB blieb ohne Angabe.

In zwei Fällen veränderte sich die Einschätzung von »*ja*« zu »*teilweise*«: Eine Patientin (P25) hatte in der Sitzung vor dem zweiten FB eine für sie möglicherweise **anstrengende Einzelarbeit** an der Trommel (s.o.), im anderen Fall (P3) gibt es im Beobachtungsprotokoll keine Hinweise, die zu einer Erklärung führen.

In zwei Fällen (P16 und P23) veränderte sich die Einschätzung von »nein« zu »ja«. In beiden Fällen fand vor dem Ausfüllen des FB eine Körperübung statt, einmal gefolgt von einer freien Bewegungsimprovisation, einmal gefolgt von einem Kreistanz. Es liegt nahe, die Verbesserung auf der körperlichen Ebene mit den **Körperübungen** in Verbindung zu bringen.

Eine Überprüfung aller FB hinsichtlich der Angaben zu F5 nach Sitzungen mit Körperübungen ergab, dass die Frage nach einer Verbesserung auf der körperlichen Ebene insgesamt 4x mit »ja«, 3x mit »teilweise« und 1x nicht beantwortet wurde. Eine Korrelation zwischen positiver Bewertung und Körperübungen kann aus dieser Verteilung nicht eindeutig hergeleitet werden.

F6

Die Frage nach **Veränderungen auf der seelischen Ebene** durch MT wurde 11x mit »ja«, 7x mit »teilweise« und 2x mit »nein« beantwortet.

Die Einschätzungen wechselten von FB1 zu FB2 einmal von »teilweise« zu »ja« und zweimal von »ja« zu »teilweise«. Veränderungen auf der seelischen Ebene sind ein langwieriger und multifaktorell bedingter Prozess. Trotzdem entscheiden sich sehr viele Patienten, der MT Bedeutung für Veränderungsprozesse beizumessen.

F7

Ob es durch die MT **Veränderungen im Kontakt zu anderen Menschen** gibt, wurde in 5 FB mit »ja«, in 8 FB mit »teilweise« und in 7 FB mit »nein« beantwortet.

Es zeigen sich **deutliche Abweichungen zwischen den Antworten des ersten und zweiten FB**. Bei 5 von 10 Patienten weist der zweite FB eine positive Veränderung hinsichtlich der Kontakte auf¹²¹. Dieses Ergebnis deutet auf eine **Verbesserung der Kontaktfähigkeit und Intensivierung von Kontakten durch Gruppenmusiktherapie** hin.

Eine Patientin (P17) fällt aus dem Rahmen. Ihre Einschätzung bezüglich der Kontakte hat sich von »teilweise« zu »nein« verändert. P17 wirkt über die ganze Zeit sehr zurückgezogen und dünnhäutig. Zwischenzeitlich scheint sie mit einer Mitpatientin in Kontakt gekommen zu sein. Diese ist zum Zeitpunkt des

¹²¹ In einem Fall eine neg. Veränderung von teilw. zu nein

Ausfüllens des zweiten FB gerade entlassen worden. P17 fällt dadurch möglicherweise wieder in ihre Zurückgezogenheit und Einsamkeit zurück.

F8

Die Frage nach einer **Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens** weist eine Streuung der Antworten über drei Stufen auf. Mit »ja, sehr deutlich« antworteten 3, mit »ja, etwas« 14 und mit »weniger« 3 der Befragten.

In zwei Fällen ist eine Veränderung der Einschätzung zu verzeichnen; einmal von »ja, etwas« zu »ja, sehr deutlich« (P24) und einmal von »weniger« zu »ja, etwas« (P16). Die Antwort »nicht verbessert« wurde nicht gewählt.

Zur Patientin (P24):

Hinsichtlich der Zunahme des Wohlbefindens dieser Patientin könnte es folgende Erklärung geben: In der Sitzung vor dem ersten FB gab es eine sehr anstrengende Mitpatientin, die ihren Aggressionen derart freien Lauf ließ, dass es für alle Teilnehmer zur Belastung wurde. In der Sitzung vor dem zweiten FB war die **Gruppe kleiner** und homogener.

Zur Patientin (P16):

Der Patientin geht es sichtbar gut als sie in die MT kommt. Sie genießt das Musikhören, lächelt viel, beim Trommeln ist ihr Spiel „gut im Fluss der Gruppe eingebettet“. Zur Abschlussrunde steht im Beobachtungsprotokoll vermerkt: P16 „stahlt; es ginge ihr gut. Aber manchmal kippt das wieder, deshalb muss (oder möchte?) sie noch im Krankenhaus bleiben“. Die Angabe, dass sich das allgemeine Wohlbefinden »weniger verbessert« habe, widerspricht den Beobachtungen. Es liegt die Vermutung nahe, dass sie sich für diese Angabe entschieden hat, um noch nicht entlassen zu werden. In der Sitzung vor dem 2. FB wird Entlassung nicht thematisiert. Das Improvisieren mit den Glöckchen bereitet ihr **Freude**, sie gibt an, dass sich ihr allgemeines Wohlbefinden »etwas« verbessert hat.

P18 fällt etwas aus dem Rahmen der durchweg positiven Angaben zum Wohlbefinden: In der Sitzung vor dem ersten FB bringt sie ein Thema ein, reagiert im weiteren Verlauf aber barsch, als die Mitpatienten sie bedauern „Ich kann das

nicht mehr hören! Jeder hat so seins und für jeden ist das schlimm, egal was es ist“. In der Sitzung vor dem zweiten FB geht es ihr gut, einiges hat sich geklärt, Entlassung steht an. Sie ist sehr engagiert und versucht jeden der Mitpatienten mit Tipps zu unterstützen. Trotzdem gibt sie hier genau wie nach der ersten Sitzung an, dass sich ihr Wohlbefinden durch Teilnahme an der MT »weniger« verbessert hat.

F9

Ob die **Anregungen aus der MT zur Problem- oder Krankheitsbewältigung** genutzt werden können, wird 3x mit »sehr gut« , 13x mit »gut« , 3x mit »wenig« beantwortet; einmal bleibt sie ohne Angabe. Die Antwort »gar nicht« wird nicht gewählt.

In vier Fällen ist eine Veränderung der Einschätzung feststellbar, und zwar 2x von »wenig« zu »gut« und jeweils 1x von »sehr gut« zu »gut« und von »gut« zu »wenig«.

Mit **zunehmender Teilnahmhäufigkeit** ist davon auszugehen, dass Patienten vermehrt (positive) Erfahrungen in der MT machen können. Bei einer Patientin (P16) mit der Einschätzungsveränderung von wenig zu gut, ist eine ansteigende Tendenz bei fast allen Fragen zu verzeichnen. Die andere Patientin (P5) stand mehrfach **mit Einzelarbeit im Fokus**.

Die Patientin (P25), die ihre Einschätzung von sehr gut zu gut verändert, ist bereits ausführlich in den Ausführungen zu F2 beschrieben. Es fällt auf, dass sie der Sitzung, in der es um **Erinnerungen an gute Zeiten** geht, mehr Bedeutung für die Krankheitsbewältigung beimisst als der Sitzung mit der **Einzelarbeit zu ihrem Abgrenzungsthema**.

P18 gibt nach der Sitzung, in der sie **im Fokus** stand und bedauert wurde an, die MT zur Problembewältigung »gut« nutzen zu können. Nach der Sitzung vor der Entlassung gibt sie an, die MT »wenig« zur Problembewältigung nutzen zu können.

F10

Die Frage, ob sie **Musiktherapie weiterempfehlen** würden, wird von den Patienten in 19 Fragebögen mit »ja«¹²² und einmal nicht beantwortet.

Ergebnisse aus dem Fragebogenvergleich

Nachstehende Ergebnisse flossen in die Gesamtdarstellung der Untersuchungsergebnisse aus qualitativer Forschung (Teil 1) ein:

➤ **Therapeutische Beziehung**

Es ist für Patienten von Bedeutung, wie viel Aufmerksamkeit der Therapeut ihnen widmet (vgl. F1, F2, F9)¹²³.

➤ **Ressourcenorientierung**

Der Therapeut bringt Patienten mit ihren Ressourcen in Kontakt, indem er deren Aufmerksamkeit auf musikbiographisch bedingte Erinnerung an vergangene Zeiten lenkt (vgl. F9)¹²⁴.

➤ **Positive Stimmung**

Positive Gestimmtheit und Freude führten bei Patienten zu einer positiveren Einschätzung (vgl. F3, F9)¹²⁵.

➤ **Gruppe**

Die Ergebnisse aus F7 lassen erkennen, dass es bei Patienten durch die Teilnahme an der Gruppenmusiktherapie zu einer Verbesserung der Kontaktfähigkeit und Intensivierung von Kontakten kommt¹²⁶.

➤ **Vertrautheit**

Die Reflexionen zu F1, F2, F3, F8, F9 lassen erkennen, dass bei zunehmender Teilnahmehäufigkeit die Vertrautheit mit dem Setting, der Gruppe¹²⁷ und dem Therapeuten zunimmt.

¹²² eine davon hat handschriftlich ergänzt „wenn’s hilft“

¹²³ eingeflossen in die Subkategorie: Entlastung durch den Th

¹²⁴ dto

¹²⁵ dto

¹²⁶ eingeflossen in die Subkategorie: Entlastung durch die Gruppe

¹²⁷ dto

➤ Problembewältigung

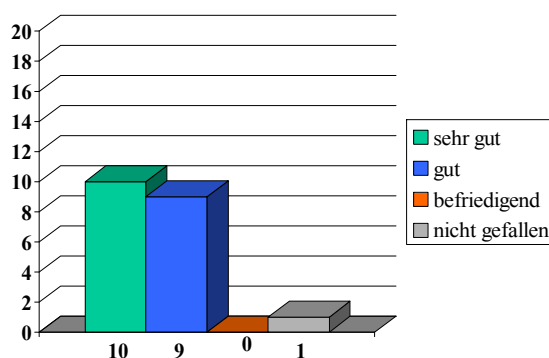
Nach Sitzungen in denen sie mit einer Einzelarbeit im Fokus standen, gaben Patienten häufiger an, die Anregungen aus der MT zur Problembewältigung nutzen zu können, als nach Sitzungen, in denen dies nicht der Fall war. Eine Ausnahme stellt P25 dar, der »Erinnerungen an gute Zeiten« hilfreicher waren als eine Einzelarbeit.

8.3 Statistik: Darstellung der Daten aus den analog zur TB erhobenen Fragebögen

Insgesamt nahmen während der beiden Beobachtungsphasen 27 Patienten an der Gruppenmusiktherapie teil. Nach der ersten Beobachtungsphase wertete die Diplomandin C. ABEL die vorliegenden Fragebögen im Rahmen ihrer Diplomarbeit aus. Sie bezog sich dabei auf den jeweils letzten FB jedes Patienten und kam so zu einer Grundgesamtheit¹²⁸ von $n = 15$ (ABEL 2005). Um in der Gesamtauswertung¹²⁹ auf statistische Daten aus den FB verweisen zu können, wurden im Folgenden die Angaben aus der Diplomarbeit ABEL ergänzt um die Angaben aus den vorliegenden FB der zweiten Beobachtungsphase¹³⁰. Dadurch erweiterte sich die Grundgesamtheit auf $n = 20$ (von 7 Patienten lag kein FB vor).

F1: Wie hat Ihnen die MT gefallen?

$n=20$



Insgesamt gaben 10 Patienten (50%) an, dass ihnen die MT sehr gut gefallen habe; 7 davon waren TN der 1. Beobachtungsphase, 3 waren TN der 2. Beobachtungsphase.

9 Patienten (45%) gaben an, dass ihnen die MT gut gefallen habe; 7 davon waren TN der 1. Phase, 2 waren TN der 2. Phase.

1 Teilnehmer (5%) aus der 1. Phase gab an, dass ihm die MT nicht gefallen habe.

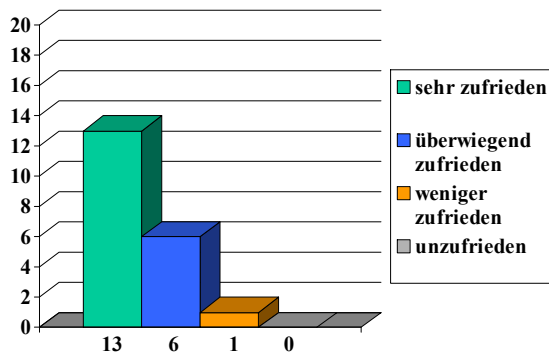
¹²⁸ Die Summe der jeweils letzten FB der Patienten, welche an den beobachteten Sitzungen teilnahmen, wird hier als Grundgesamtheit definiert

¹²⁹ Die qualitative Gesamtauswertung (von TB, FB und Interview) bezieht sich auf beide Beobachtungsphasen

¹³⁰ FB Nr.: 22; 35; 68; 86 und 102

F2: Wie zufrieden waren Sie mit Inhalt und Durchführung der MT?

n=20



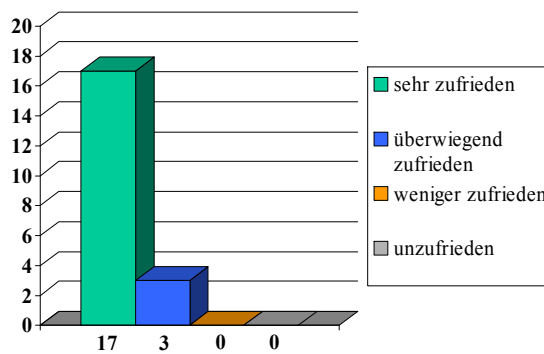
Insgesamt waren 13 Patienten (65%) sehr zufrieden mit Inhalt und Durchführung der MT; 9 davon waren TN der 1. Phase, 4 waren TN der 2. Phase.

6 Patienten (30%) gaben an, mit Inhalt und Durchführung überwiegend zufrieden zu sein; 5 davon waren TN der ersten, 1 TN der 2. Phase.

1 Patient (5%) der 1. Phase gab an, weniger zufrieden zu sein.

F3: Wie zufrieden waren Sie mit der Leitung der MT?

n=20

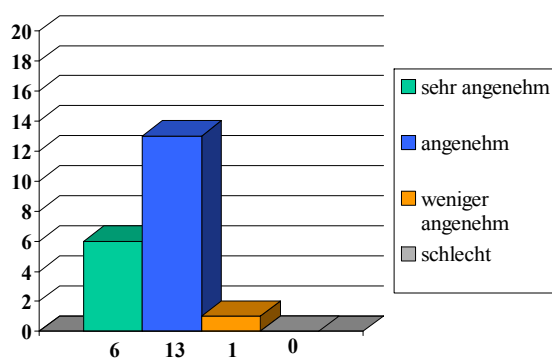


17 Patienten (85%) gaben an, dass sie mit der Leitung der MT sehr zufrieden waren; 12 davon waren TN der 1. Beobachtungsphase, 5 waren TN der 2. Phase.

3 Patienten (15%) der 1. Beobachtungsphase waren überwiegend zufrieden mit der Leitung der MT.

F4: Wie empfanden Sie die Atmosphäre in der MT?

n=20



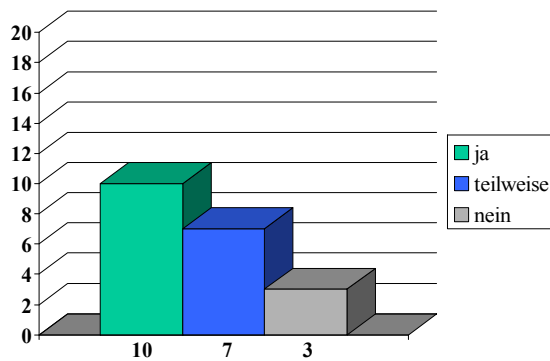
Die Atmosphäre empfanden insgesamt 6 Patienten (30%) als sehr angenehm; 5 davon waren TN der ersten Beobachtungsphase, 1 davon war TN der 2. Phase.

13 Patienten (65%) empfanden die Atmosphäre als angenehm; 9 davon waren TN der 1. Phase und 4 waren TN der 2. Phase.

1 Teilnehmer (5%) der 1. Phase empfand die Atmosphäre als weniger angenehm.

F5: Hat sich für Sie etwas auf der körperlichen Ebene verbessert?

n=20



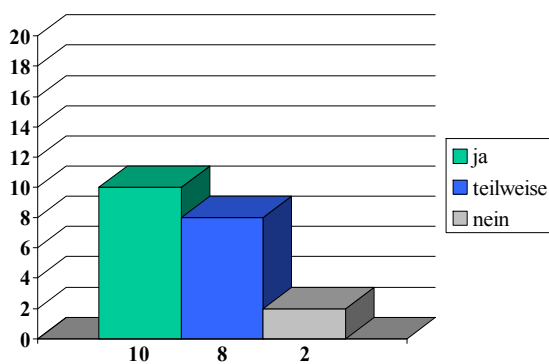
10 Patienten (50%) gaben an, dass sich für sie auf der körperlichen Ebene etwas verbessert habe; 8 davon waren TN der 1. Beobachtungsphase, 2 waren TN der 2. Phase.

7 Patienten (35%) gaben an, dass sich auf der körperlichen Ebene teilweise etwas verbessert habe, 5 davon waren TN der 1. Phase und 2 TN der 2. Phase.

3 Patienten (15%) gaben an, dass sich auf der körperlichen Ebene nichts verbessert habe, 2 davon waren TN der 1. Phase, einer war TN der 2. Phase.

F6: Hat sich für Sie etwas auf der seelischen Ebene verbessert?

n=20



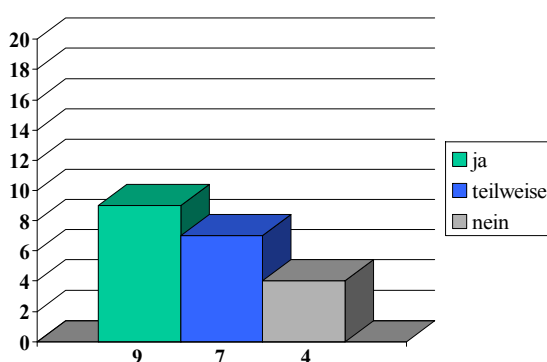
10 Patienten (50%) gaben an, dass sich etwas auf der seelischen Ebene verbessert habe; 8 davon waren TN der 1. Phase, 2 waren TN der 2. Phase.

8 Patienten (40%) gaben an, dass sich für sie teilweise etwas auf der seelischen Ebene verbessert habe; 5 davon waren TN der 1. Phase und 3 waren TN der 2. Phase.

2 Patienten (10%), beide TN in der 1. Phase, gaben an, dass sich auf der seelischen Ebene nichts verändert habe.

F7: Hat sich für Sie etwas im Kontakt mit anderen Menschen verändert?

n=20



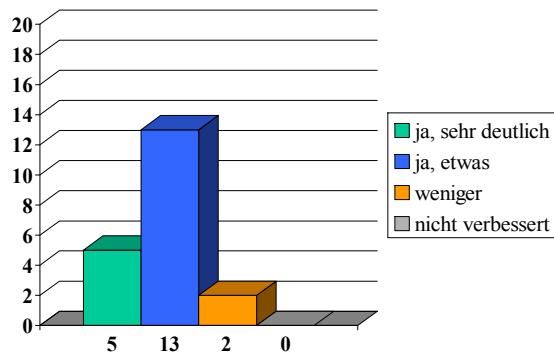
Insgesamt gaben 9 Patienten (45%) an, dass sich etwas im Kontakt mit anderen Menschen verändert habe; 7 davon waren TN der 1. Phase, 2 waren TN der 2. Phase.

7 Patienten (35%) gaben an, dass sich teilweise etwas im Kontakt mit anderen verändert habe; 5 davon waren TN der 1. Phase, 2 waren TN der 2. Phase.

4 Patienten (20%) gaben an, dass sich im Kontakt nichts verändert habe; 3 davon waren TN der 1. Phase, einer war TN der 2. Phase.

F8: Hat sich durch die Teilnahme an der MT Ihr allgem. Wohlbefinden verbessert?

n=20



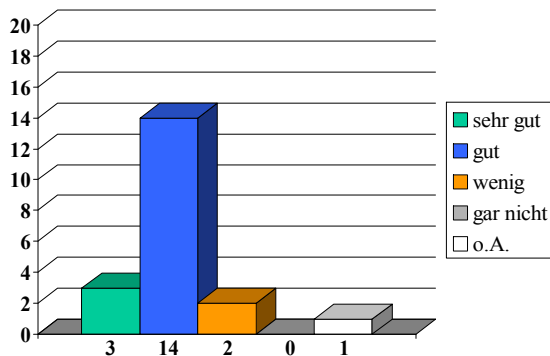
5 Patienten (25%) gaben an, dass sich ihr allgem. Wohlbefinden sehr deutlich verbessert habe; 3 davon waren TN in der 1. Phase, 2 waren TN in der 2. Phase.

13 Patienten (65%) gaben an, dass sich ihr allgem. Wohlbefinden etwas verbessert habe; 10 davon waren TN in der 1. Phase, 3 waren TN der 2. Phase.

2 Patienten (10%), beide TN der 1. Phase gaben an, dass sich ihr allgem. Wohlbefinden wenig verbessert habe.

F9: Können Sie die Anregungen aus der MT zur Problem-/Krisenbewältigung nutzen?

n=20



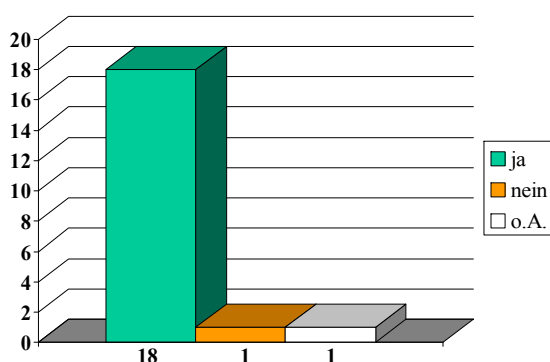
3 Patienten (15%) gaben an, dass sie die Anregungen aus der MT sehr gut zur Problem- und Krisenbewältigung nutzen können; zwei davon waren TN der 1. Phase, einer war TN der 2. Beobachtungsphase.

Insgesamt 14 Patienten (70%) gaben an, die Anregungen gut nutzen zu können; 10 davon waren TN während der 1. Phase, 4 waren TN während der 2. Phase.

2 TN (10%) der 1. Beobachtungsphase gaben an, die Anregungen nur wenig nutzen zu können. 1 FB war an dieser Stelle ohne Angabe.

F10: Würden Sie die MT anderen Patienten weiterempfehlen?

n=20



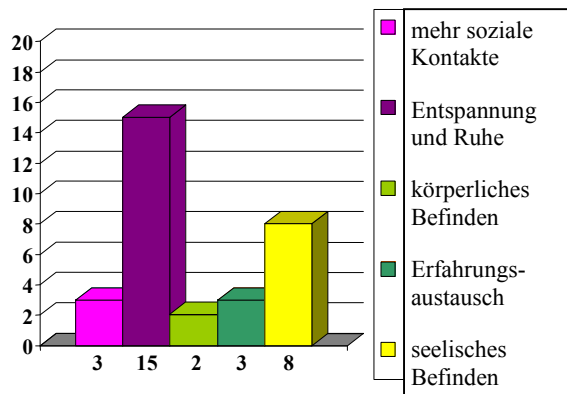
Insgesamt 18 Patienten (90%) würden die MT an andere Patienten weiterempfehlen; 13 davon waren TN der 1. Phase, 5 waren TN während der 2. Beobachtungsphase.

1 Patient (5%) gab an, dass er die MT nicht weiterempfehlen würde. 1 FB (5%) war an dieser Stelle ohne Angabe.

In beiden Fällen handelt es sich um TN während der 1. Beobachtungsphase.

F11: Was möchten Sie durch die zukünftige Teilnahme an der MT für sich erreichen?

n=20*



Entspannung und Ruhe ist mit 15 Nennungen das größte Anliegen der Patienten, Verbesserung des seelischen Befindens mit 8 Nennungen das zweitgrößte Anliegen.

Erfahrungsaustausch und mehr soziale Kontakte sind mit jew. nur 3 Nennungen keine vorrangigen Ziele der Patienten; ebenso wenig eine Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens mit nur 2 Nennungen.

*mehrfach Nennungen möglich

Bezüglich einer Interpretation der Daten aus der Fragebogenerhebung wird auf die Gesamtauswertung aller Fragebögen im anschließenden Kapitel verwiesen.

Weiterführung der Fragebogenerhebung

Um eine größere Grundgesamtheit zu erzielen, wurde die Fragebogenerhebung nach der TB weitergeführt. Aus organisatorischen Gründen wurde jedoch fortan nur jeweils 1 FB pro Patient erhoben.

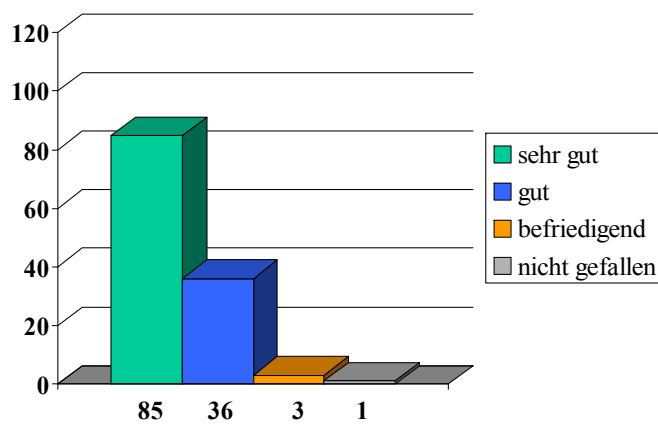
8.4 Gesamtauswertung

Die nachfolgende quantitative Auswertung von 125 Fragebögen setzt sich zusammen aus 15 Fragebögen aus der Zeit Februar-April 2005 (vgl. ABEL) und 110 Fragebögen aus dem sich anschließenden Erhebungszeitraum Mai 2005 bis Dezember 2006.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu jeder Frage in Diagrammform dargestellt und reflektiert. Die Antwortkategorien führen zu einer Ordinalskala, der die Häufigkeitsverteilung zu entnehmen ist. In den Diagrammen wird die absolute Häufigkeit aufgeführt; in Textform wird jeweils zusätzlich die relative Häufigkeit angegeben.

F1: Wie hat Ihnen die Musiktherapie gefallen?

n=125

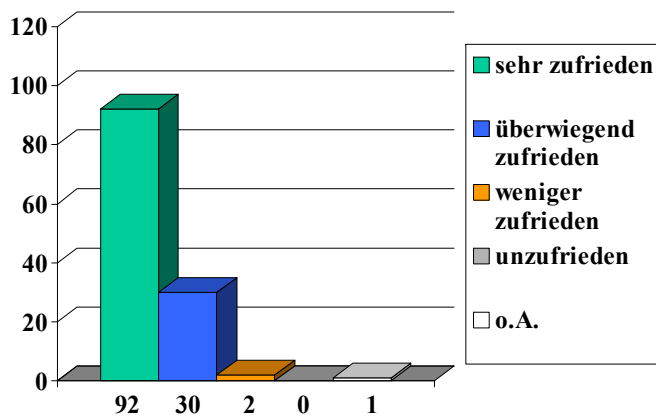


Bei der ersten Frage handelt es sich um eine »Aufwärmfrage«. Von 125 befragten Patienten gaben 85 (68%) an, dass ihnen die MT »sehr gut« gefallen hat, 36 (28,8%) der Befragten antworteten mit »gut«, 3 Patienten (2,4%) antworteten mit »befriedigend« und 1 Teilnehmer (0,8%) gab an,

dass ihm die MT »nicht gefallen« habe. Das Antwortverhalten lässt darauf schließen, dass die Teilnehmer die Musiktherapie positiv erlebt haben und das Behandlungsangebot akzeptieren.

F2: Wie zufrieden waren Sie mit dem Inhalt und der Durchführung der Musiktherapie?

n=125

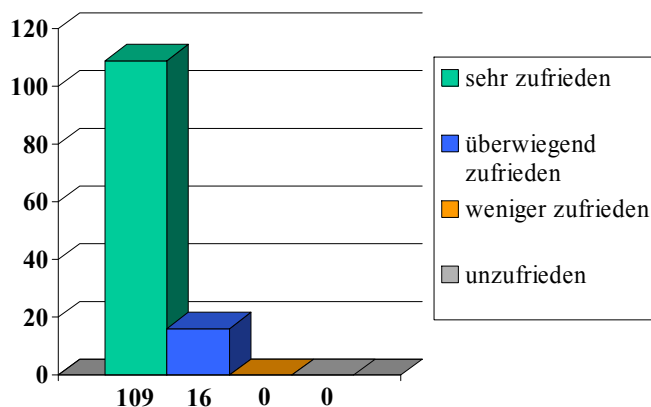


Die zweite Frage fokussiert sowohl auf Inhalte, als auch auf die Durchführung der MT. Da zwischen Inhalt und Durchführung nicht differenziert wird, ist es der **Ablauf** der Sitzung, den die Patienten hier beurteilen. Von den 125 befragten Patienten gaben 92 (73,6%) an, sehr zufrieden zu

sein, 30 Personen (24%) gaben an überwiegend zufrieden zu sein, 2 Teilnehmer (1,6%) antworteten mit weniger zufrieden, niemand gab an, unzufrieden zu sein; 1 Teilnehmer (0,8%) beantwortete diese Frage nicht. Das auffällig positive Antwortverhalten ist fast identisch mit den Antworten zur ersten Frage. Den Patienten, die mit dem Ablauf der Sitzung zufrieden waren, hat die Musiktherapie zugleich auch gefallen, Patienten die weniger zufrieden waren, haben F1 mit »befriedigend« oder »nicht gefallen« beantwortet.

F3: Wie zufrieden waren Sie mit der Leitung der Musiktherapie?

n=125



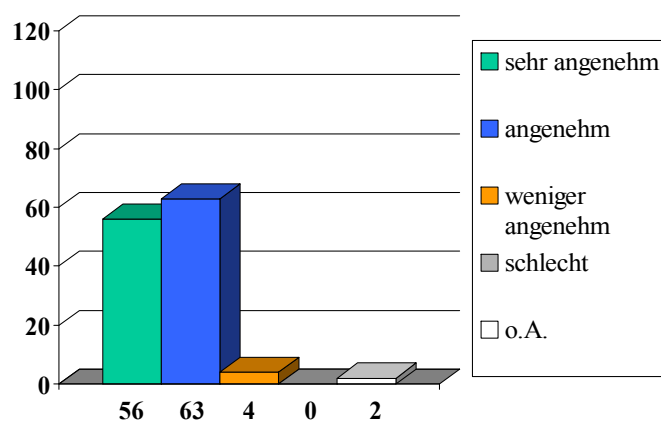
Von 125 Patienten gaben 109 (87,2%) an, mit der Leitung der MT »sehr zufrieden« gewesen zu sein. 16 Patienten (12,8%) gaben an, »überwiegend« zufrieden gewesen zu sein. Die Kategorien »weniger zufrieden« und »unzufrieden« wurden nicht gewählt.

In der therapeutischen Arbeit entwickelt sich zwischen Patienten und Therapeuten eine besondere Beziehung. Dabei kommt es häufig auch zu Übertragungen. Eine »therapeutische Beziehung« ist eine Vertrauensbeziehung, auf die sich die Patienten verlassen können müssen. Sogar Patienten, die bei der Beantwortung von F1 und F2 kritisch waren, votieren hier positiv.

Nicht außer Acht gelassen werden darf, dass sich die Befragten in der Klinik in einem Abhängigkeitsverhältnis befinden. „Gefälligkeitsantworten“ sind deshalb nicht auszuschließen.

F4: Wie empfanden Sie die Atmosphäre in der Musiktherapie?

n=125



Die Atmosphäre in der MT empfanden 56 Patienten (44,8%) als »sehr angenehm«; 63 Patienten (50,4%) empfanden die Atmosphäre als »angenehm«; 4 Patienten (3,2%) gaben an, dass die Atmosphäre »weniger angenehm« gewesen sei. 2 Fragebögen (1,6%) blieben ohne Angabe.

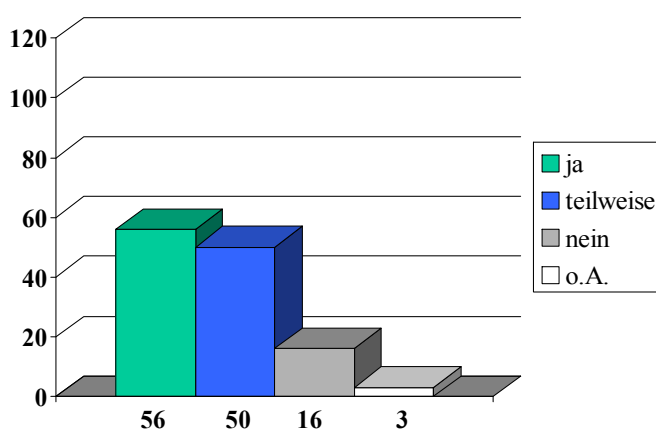
Bei der Beantwortung dieser Frage ist erstmalig nicht die bestmögliche bzw. positivste Antwortkategorie überragend. Stattdessen sind die Kategorien »sehr angenehm« und »angenehm« fast gleich häufig vertreten. Unter Atmosphäre kann sowohl die inter-

subjektive Stimmung zwischen Patient und Therapeut, Patient und Mitpatient oder Patient und Gruppe, als auch die Eigenschaften der Umgebung (Räumlichkeit, „Dekoration“, Klänge) aufgefasst werden. Welchen Aspekten wie viel Bedeutung zugemessen wird, kann individuell unterschiedlich sein. Patienten in der Psychiatrie legen häufig Wert auf konfliktfreie, belastungsarme Sitzungsabläufe¹³¹. Folglich könnte eine sehr angenehme Atmosphäre als belastungsarm und konfliktfrei, eine angenehme Atmosphäre als überwiegend belastungsarm und konfliktfrei angenommen werden. Von den 4 Patienten, die mit »weniger angenehm« antworteten, gibt es in einem Fall Informationen in einem Beobachtungsprotokoll. Diese sollen exemplarisch herangezogen werden:

In der dokumentierten Sitzung nahm P26 eine abwehrende Haltung ein und konnte sich weder musikalisch handelnd noch im Gespräch auf die Musiktherapie einlassen. Das Verhalten des Patienten lässt sich als Widerstand interpretieren. Das Antwortungsverhalten im gesamten FB ist entsprechend. Ein Patient, der sich im Widerstand befindet, erlebt die Sitzung nicht als konfliktfrei. Die Tatsache, dass nicht mit »schlecht«, sondern mit »weniger angenehm« votiert wird, kann wiederum als Befangenheit durch Abhängigkeit interpretiert werden.

F5: Hat sich für Sie durch die Teilnahme an der Musiktherapie etwas auf der körperlichen Ebene verbessert?

n=125



Die Frage nach Verbesserungen auf der körperlichen Ebene wurde von 56 Patienten (44,8%) mit »ja«, von 50 Patienten (40%) mit »teilweise« und von 16 Patienten (12,8%) mit »nein« beantwortet. 3 FB (2,4%) waren ohne Angabe.

Diese Frage ist konkreter als die vorangegangenen Fragen und weist ein differenzierteres Antwortverhalten auf. 12,8% der Patienten entscheiden sich für die Verneinung. Für manche Patienten mag es er-

¹³¹ zum »anekdotischen Vergleich« herangezogenes Praxiswissen der Autorin (vgl. Glaser 2005, 74)

staunlich anmuten, bei Psychotherapie nach der körperlichen Befindlichkeit gefragt zu werden. Die Tatsache, dass dennoch insgesamt 84,8% zumindest eine teilweise Verbesserung verspüren, lässt sich folgendermaßen deuten:

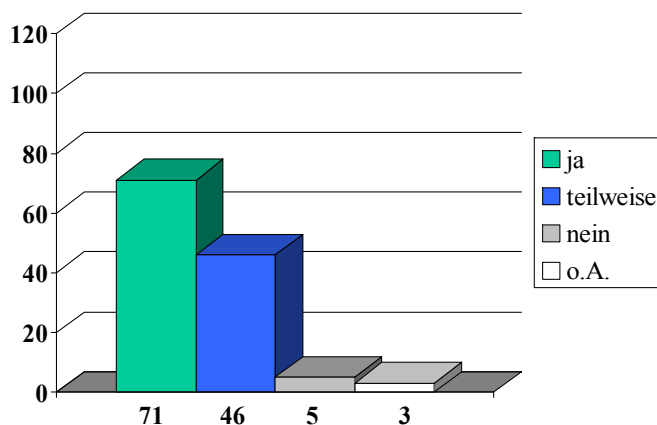
Psychische Erkrankung geht mit Stress einher. Stress verursacht Blockaden, die zu Verspannungen führen. Erfährt ein Patient Entlastung, wird der Stress geringer. Verspannungen und Schmerzen gehen zurück.

Auch die Tatsache, dass hin und wieder Körperarbeit in Form von Übungen aus der Rhythmik zur Anwendung kommen kann dazu beigetragen haben, dass viele Patienten die Verbesserungen auf der körperlichen Ebene mit der MT in Verbindung bringen.

Insgesamt gibt es 16 Patienten, die eine Verbesserung auf der körperlichen Ebene verneinen. Drei dieser Patienten waren während der TB zugegen; es lassen sich jedoch keine Belegstellen finden, die zur Deutung der Antworten herangezogen werden können.

F6: Hat sich für Sie durch die Teilnahme an der Musiktherapie etwas auf der seelischen Ebene verbessert?

n=125



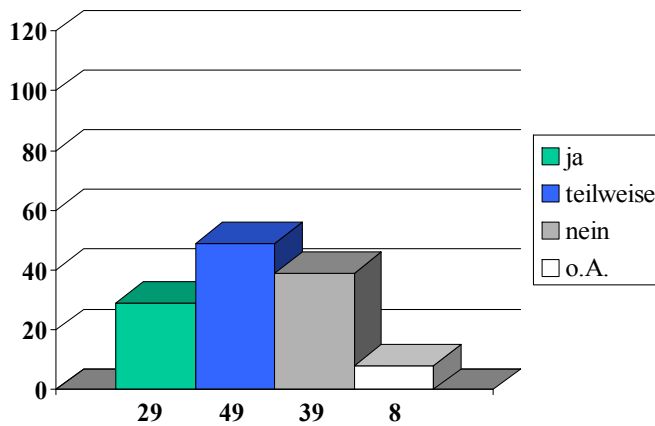
Die Frage nach Verbesserungen auf der seelischen Ebene haben 71 Patienten (56,8%) mit »ja« und 46 (36,8%) mit »teilweise« beantwortet. 5 der Patienten (4%) haben die Frage verneint. In 3 FB (2,4%) blieb die Frage unbeantwortet.

Die Frage nach Verbesserungen auf der seelischen Ebene ist ebenfalls konkreter Natur. Insgesamt 117 Patienten konstatierten hier zumindest teilweise eine Verbesserung. Die Patienten befinden sich in der Akutpsychiatrie; es ist davon auszugehen, dass ihr Hauptanliegen eine Verbesserung der psychischen Befindlichkeit ist.

Die Tatsache dass von 93,6 % der Patienten Verbesserungen auf der psychischen Ebene mit der Musiktherapie in Verbindung gebracht werden, kann als Erfolgsbestätigung für die MT betrachtet werden.

F7: Hat sich für Sie durch die Teilnahme an der Musiktherapie etwas im Kontakt mit anderen Menschen verändert?

n=125



Die Antworten auf die Frage nach Veränderungen im Kontakt mit anderen Menschen weisen ein breites Verteilungsspektrum auf. 29 Patienten (23,2%) gaben an, dass sich durch die MT Veränderungen im Kontakt entwickelt haben; 49 Patienten (39,2%) sind der Ansicht, dass

sich zumindest »teilweise« Veränderungen ergeben haben, 39 Patienten (31,2%) beantworteten diese Frage mit »nein«, 8 Patienten (6,4%) beantworten die Frage nicht.

Die Frage nach Veränderungen im Kontakt wird sehr unterschiedlich beantwortet. Insgesamt 62,4% erlebten bei sich eine Veränderung im Laufe der Therapiezeit, 31,2% jedoch nicht. Dieses »nein« sagt aber noch nichts über die Kontaktfähigkeit an sich aus. So kann es sein, dass Patienten, die von vornherein keine Kontaktschwierigkeiten hatten genauso mit »nein« antworten, wie Patienten mit Kontaktschwierigkeiten bei denen sich nichts verändert hat.

Wird davon ausgegangen, dass 31,2% der Patienten wenig Kontakte hatten und trotz der Teilnahme an der Gruppenmusiktherapie keine Veränderung feststellen können, so muss nach den Gründen gefragt werden, da es ja gerade einer der Vorzüge von Gruppenmusiktherapie ist, dass die Teilnehmer nicht nur vom Therapeuten, sondern auch voneinander profitieren.

Hierzu ist anzumerken,

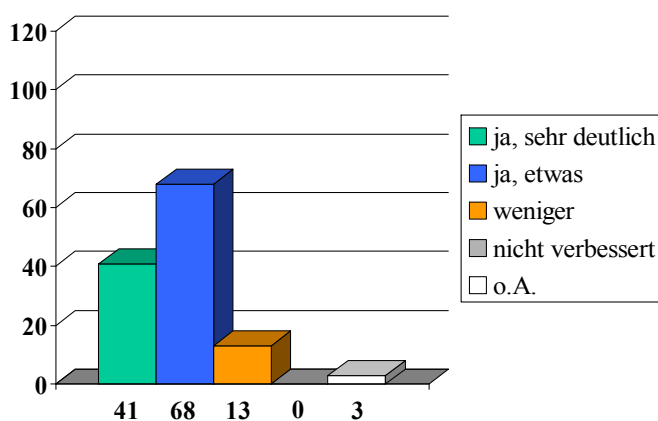
- dass das halboffene Gruppenformat nur wenig geeignet ist, eine Gruppe zusammenwachsen zu lassen.
- dass Gruppenprozesse in der Musiktherapie insbesondere in Sitzungen mit freier Improvisation beobachtbar waren. Mit Verweis auf das Setting und die

Störungsbilder setzt der Musiktherapeut jedoch häufiger gelenkte, Therapeut zentrierte Verfahren ein, als die Gruppenimprovisation.

Nicht außer Acht gelassen werden darf, dass psychische Erkrankung häufig massiven Einfluss auf das Kontaktverhalten der Betroffenen hat. Bei vielen der Patienten¹³² ist die Haupt- oder eine der Nebendiagnosen »Depression«. „Depressive [Patienten] neigen dazu, sich gesellschaftlich und emotional von anderen Menschen zurückzuziehen“ (WITTCHEN 1998, 123). Insofern kann eine Verbesserung oder teilweise Verbesserung im Kontaktverhalten von 62,4% der Patienten als Erfolg angesehen werden.

F8: Haben Sie das Gefühl, dass sich durch die Teilnahme an der Musiktherapie Ihr allgemeines Wohlbefinden verbessert hat?

n=125



Die Frage nach Verbesserungen hinsichtlich des allgemeinen Wohlbefindens beantworteten 41 Patienten (32,8%) mit »ja«, sehr deutlich, 68 Patienten (54,4%) mit »ja, etwas« und 13 Patienten (10,4%) mit »weniger«. Kein einziger Patient gab an, dass sich nichts verbessert habe. 3 FB

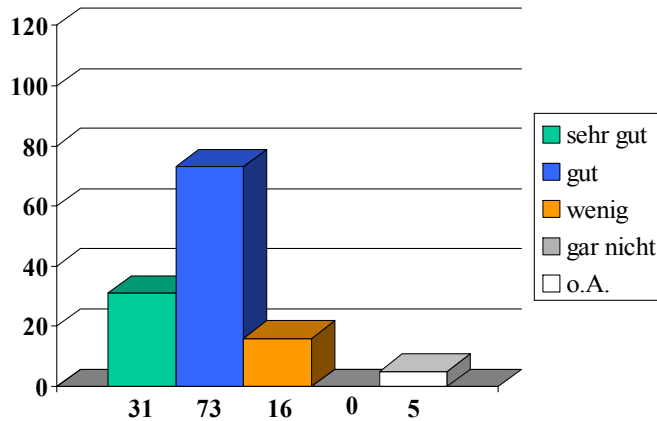
(2,4%) blieben ohne Angabe. 109 von 125 Patienten (87,2%) bringen eine Verbesserung ihres allgemeinen Wohlbefindens zumindest zum Teil mit der Musiktherapie in Verbindung.

Die Frage hat zusammenfassenden Charakter. Es ist davon auszugehen, dass Patienten, bei denen sich Verbesserungen auf körperlicher Ebene, in seelischer Hinsicht oder im Kontaktverhalten eingestellt haben auch eine Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens konstatieren.

¹³² von den Patienten der Beobachtungsphasen haben 74% als Haupt- oder Nebendiagnose eine Depression

F9: Können Sie die Anregungen aus der Musiktherapie zur Problem- bzw. Krankheitsbewältigung nutzen?

n=125



Insgesamt 104 Patienten gaben an, die Musiktherapie zur Krankheits- und Problembewältigung nutzen zu können; davon votierten 73 (58,4%) mit »gut« und 31 (24,8%) sogar mit »sehr gut«. 16 Patienten (12,8%) gaben an, die MT nur »wenig« zur Problembewältigung nutzen zu können.

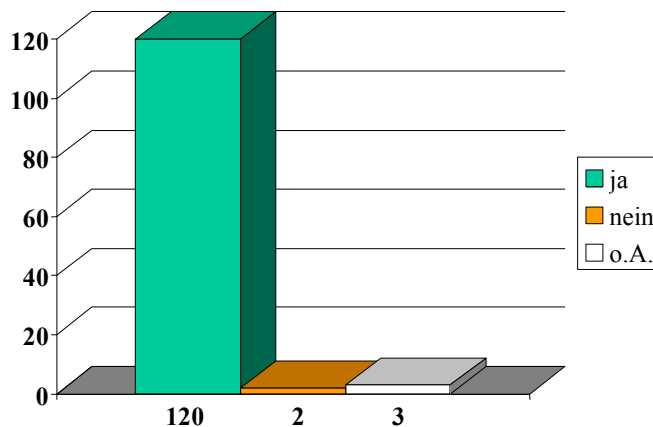
Kein Patient gab an die MT in dieser Hinsicht »gar nicht« nutzen zu können; jedoch lieben 5 Patienten (4%) die Frage unbeantwortet. Mit insgesamt 83,2% gibt ein Großteil der Patienten an, die Anregungen aus der MT zur Problembewältigung nutzen zu können.

Der vorangegangene Fragebogenvergleich zeigt, dass Patienten nach einer Einzelarbeit der MT mehr Bedeutung hinsichtlich der Problem- und Krankheitsbewältigung beimessen. Die hohe Anzahl von Patienten, die hier mit »sehr gut« und »gut« votierten, können jedoch nicht alle mit Einzelarbeit im Fokus gestanden haben. Daraus folgt, dass auch das Miterleben von Einzelarbeit bei Mitpatienten, Anregungen zur eigenen Problem- und Krankheitsbewältigung erbringen kann. Ausschnitte aus den Beobachtungsprotokollen weisen darauf hin, dass sich Patienten an Mitpatienten orientieren¹³³. So kann Einzelarbeit mit einem Patienten zum Modell für andere Teilnehmer werden.

¹³³ BSP 1: Nach einer Gestalttherapeutischen Arbeit mit P5 überlegen sich P6 und P4, wie sich die Arbeit auf sie übertragen ließe (aus dem Protokoll zur 2. beob. Sitzung)
 BSP 2: Das Thema „Auszug von zu Hause“ wird von P18 eingebracht. P17 und P23 werden dadurch angeregt, sich ebenfalls Gedanken diesbezüglich zu machen.

F10: Würden Sie die Musiktherapie anderen Patienten weiterempfehlen?

n=125



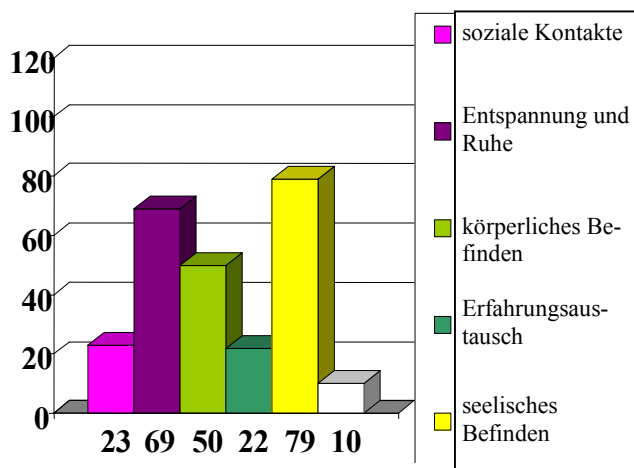
Von 125 Patienten würden 120 (=96%) die MT an andere Patienten weiterempfehlen. 2 Patienten (1,6%) würden die MT nicht weiterempfehlen, 3 FB (2,4%) blieben ohne Antwort. Damit entzogen sich diese Befragten der Ja-Nein-Dichotomie, die sie zu einer klaren Aussage zwingen

sollte. Sieht man diese Frage im Zusammenhang mit den vorhergehenden Antworten, so lässt sich feststellen, dass 96% der Patienten der MT Bedeutung in einer oder mehrerer Hinsichten beimessen, sonst würden sie diese nicht weiterempfehlen.

Allerdings können auch hier (genau wie bei F3) Gefälligkeitsantworten nicht ausgeschlossen werden.

F11: Was möchten Sie durch die zukünftige Teilnahme an der Musiktherapie für sich persönlich erreichen?

n= 125 / Mehrfachnennungen möglich



Die Frage erfasst die Bedürfnisse der Patienten. Mehrfachnennungen waren möglich. Am häufigsten vertreten war mit 79 Nennungen (63,2%) das Bedürfnis nach einer „Verbesserung des seelischen Wohlbefindens“, gefolgt von dem Bedürfnis nach „Entspannung und Ruhe“ mit 69 Nennungen (55,2%) und dem Wunsch nach „Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens“ mit 50 Nennungen (40%). Die Wünsche nach mehr sozialen Kontakten mit 23 Nennungen (18,4%) und Erfahrungsaustausch mit 22 Nennungen (17,6%) wurden nicht so häufig benannt. In 8% der Fälle (10x) blieb die Frage unbeantwortet.

In 8% der Fälle (10x) blieb die Frage unbeantwortet.

Wohlbefinden (körperlicher und seelischer Natur) und Entspannung bzw. Ruhe sind Bedürfnisse, bei denen eine passive /empfangende Haltung eingenommen werden kann. Erfahrungsaustausch und soziale Kontakte erfordern Eigenaktivität. Festzustellen ist, dass Bedürfnisse, die von den Patienten aktiv angegangen werden müssen, für die befragten Patienten nicht im Vordergrund stehen¹³⁴.

Der Wunsch nach einer Verbesserung des seelischen Befindens sollte eigentlich bei Patienten der Akutpsychiatrie vorausgesetzt werden können. Die Tatsache, dass „nur“ 63,2% der Patienten dieses Ziel angeben ist erstaunlich, zumal in F6 ganze 93,6% der Patienten eine zumindest teilweise Verbesserung angeben. Zu hinterfragen ist, ob die Formulierung „zukünftige Teilnahme“ für Verwirrung gesorgt hat, da der FB vor der Entlassung ausgefüllt wurde. Diese Erklärung müsste aber dann für alle Items dieser Frage angenommen werden.

Zusammenfassung

- F1: Die Musiktherapie hat fast allen Patienten gut oder sehr gut gefallen.
- F2: Fast alle Patienten waren mit Inhalt und Durchführung der MT zufrieden.
- F3: Mit der Leitung der MT waren die TN ausnahmslos zufrieden.
- F4: Die Atmosphäre in der MT wurde überwiegend als angenehm empfunden.
- F5: 84,8% der Patienten bringt Verbesserungen auf der körperlichen Ebene mit der MT in Verbindung.
- F6: 93,6% der Patienten bringt Verbesserungen auf der seelischen Ebene mit der MT in Verbindung.
- F7: 62,4% der Patienten bemerkten Veränderungen im Kontakt zu anderen Menschen
- F8: 87,2% der Patienten bringen eine Verbesserung ihres allgemeinen Wohlbefindens in Verbindung mit der MT
- F9: 83,2% gaben an, die Anregungen aus der MT zur Problem- und Krankheitsbewältigung nutzen zu können.
- F10: 96% der Patienten würden die MT weiterempfehlen.

¹³⁴ Patienten, die keine Ziele benennen, sind vermutlich auch eher passiv/empfangend orientiert.

F11: Die Veränderungsbedürfnisse der Patienten sind groß, jedoch tritt die Bereitschaft zur aktiven Veränderung deutlich hinter einen allgemeinen Wunsch nach Verbesserung zurück.

8.5 Fragebogenkritik

Anzumerken ist, dass das Antwortverhalten der Patienten durchweg positiv ist. Von einer normalen Verteilung kann dabei nicht ausgegangen werden. Bei näherer Betrachtung stellt sich der Fragebogen in mehrerlei Hinsicht als ungeeignet heraus.

Problem 1: Kategorienverteilung

Bei den 4-Kategorienfragen F1, F2, F3, F4, F8 und F9 gibt es keine mittlere (neutrale) Antwortkategorie. Daraus resultiert indirekt eine Beeinflussung in Richtung positiver Antworttendenz (vgl. Atteslander 2000, 158ff). Die niedrigste Kategorie wurde bei diesen 6 Fragen in allen 125 FB insgesamt nur 1x gewählt.

Die zweitniedrigste Kategorie wurde bei F8 und F9 mit 14,4% und 12,8% zwar etwas häufiger gewählt, aber von einem ausgewogenen Verhältnis kann nicht die Rede sein. In beiden Fällen liegen die Antworten der beiden oberen Kategorien bei mehr als 85%.

Bei F1-F4 wurde die zweitniedrigste Kategorie mit 0x bis 4x sehr selten gewählt. Dies lässt sich möglicherweise mit Befangenheit erklären.

Problem 2: Befangenheit

In F1-F3 ging es um die Bewertung der Therapie und des Therapeuten. Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass Personen, die in einem Abhängigkeitsverhältnis stehen, aus Gründen der Befangenheit häufig nicht objektiv antworten.

F5-F9 widmen sich der Sachebene und sind dem Erkenntnisinteresse dienlicher.

Problem 3: Gefälligkeitsantwort (en)

Nicht nur bei Befangenheit sind Gefälligkeitsantworten zu erwarten, sondern auch bei einer Frage wie F10. Zwar handelt es sich dabei um eine 2-Kategorienfrage, wodurch sich ein ausgewogenes Antwortverhalten erwarten ließe, aber die Frage: „Würden Sie

die MT weiterempfehlen“ mutet wie ein Appell an. Die Tatsache, dass 96% der Patienten die Frage bejahen legt nahe, dies als Gefälligkeitsantwortverhalten einzustufen.

Problem 4: Transfer

Die Fragen F1 bis F4 fordern die Patienten zu einer Bewertung der erlebten Musiktherapie auf. Um die erbetene Bewertung vorzunehmen, ist ein Transfer von der Erlebnisebene auf die kognitive Ebene erforderlich.

Problem 5: Zuordnung

Die Fragen F5-F8 fordern dazu auf, bei Veränderungen auf körperlicher, seelischer und sozialer Ebene eine Zuordnung zur Musiktherapie vorzunehmen. Dies rückwirkend für die gesamte Behandlungszeit zu tun und dabei zwischen MT und anderen Therapien zu differenzieren ist kaum möglich.

Die Zuordnung neu erworbener Problembewältigungsstrategien (F9) dagegen, könnte durchaus auch rückwirkend vorgenommen werden.

Problem 6: mangelnde Klarheit

Die Fragen nach Gefallen, Atmosphäre und allgemeinem Wohlbefinden sind unkonkret und lassen sich nur schwer auswerten und interpretieren.

Erkenntnisse aus dem Fragebogen

Trotz der angeführten Kritikpunkte hat die Auswertung des FB zu einigen Erkenntnissen geführt.

Bei den 3-Kategorienfragen gab es ein differenzierteres Antwortverhalten. Zwar weisen auch die Antworten zu F5 und F6 eine deutliche Tendenz zur Positivbeantwortung auf, es gab aber auch Teilnehmer, die mit der Antwort »nein« die niedrigste Kategorie wählten. Die Antworten zu F7 stehen in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander.

F11 ist eine Mehrfachauswahlfrage zur Erhebung der Bedürfnisse der Patienten.

8.6 Gegenüberstellung des Akzeptanzfragebogens mit dem EBS

Nach der kritischen Betrachtung des Akzeptanzfragebogens soll ein anderes Messinstrument zum Vergleich herangezogen werden.

Der Erlabrunner Beurteilungsbogen zur Stundeneinschätzung bei symptomzentrierter Gruppenpsychotherapie (EBS) wurde Mitte der 80er Jahre in einer Klinik für stationäre Psychotherapie von Röhrborn, Berger und Hofmann entwickelt. KNOTHE verwandte den EBS zur Erfassung der Patientensicht in einer Untersuchung zur Gruppenmusiktherapie im stationären und tagesklinischen Setting (vgl. 2004, 144).

Im Folgenden wird der Akzeptanzfragebogen auszugsweise dem EBS gegenübergestellt und die jeweilige Fokussierung einzelner Fragestellungen verglichen.

Akzeptanzfragebogen	EBS
<p>Wie hat Ihnen die Musiktherapie gefallen?</p> <p><input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> befriedigend <input type="checkbox"/> nicht gefallen</p>	<p>Wie fühlten Sie sich in der heutigen Gruppenstunde/Trainingsstunde?</p> <p>verkrampft - gelöst, locker unruhig - ruhig unsicher - sicher unzufrieden - zufrieden</p>
<p><i>Fokus:</i> <i>Bewertung der MT, allgemein</i></p>	<p><i>Fokus:</i> <i>Gefühle der Patienten in der Stunde</i></p>
<p>Wie zufrieden waren Sie mit dem Inhalt und der Durchführung der Musiktherapie?</p> <p><input type="checkbox"/> sehr zufrieden <input type="checkbox"/> überwiegend zufrieden <input type="checkbox"/> weniger zufrieden <input type="checkbox"/> unzufrieden</p>	<p>Fühlten Sie sich in die Gruppenarbeit</p> <p>einbezogen 5 4 3 2 1 0 wenig einbezogen?</p>
<p><i>Fokus:</i> <i>Zufriedenheit, Bewertung der Durchführung</i></p>	<p><i>Fokus:</i> <i>Gefühl des Einbezogenenseins</i></p>
<p>Wie zufrieden waren Sie mit der Leitung der Musiktherapie?</p> <p><input type="checkbox"/> sehr zufrieden <input type="checkbox"/> überw. zufrieden <input type="checkbox"/> weniger zufrieden <input type="checkbox"/> unzufrieden</p>	<p>Haben Ihnen Äußerungen und Verhalten der/des Therapeuten in dieser Stunde</p> <p>viel 5 4 3 2 1 0 wenig geholfen?</p>
<p><i>Fokus:</i> <i>Zufriedenheit mit der Leitung, allgemein</i></p>	<p><i>Fokus:</i> <i>„Profitieren“ vom Therapeuten</i></p>

Hat sich für Sie durch die Teilnahme an der Musiktherapie etwas auf der seelischen Ebene verbessert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nein	Wie stark berührte Sie die heutige Gruppenstunde/Trainingsstunde? stark 5 4 3 2 1 0 gar nicht
<i>Fokus:</i> <i>Veränderungen auf seelischer Ebene</i>	<i>Fokus:</i> <i>Stärke der emotionalen Beteiligung</i>
Können Sie die Anregungen aus der Musiktherapie zur Problem- bzw. Krankheitsbewältigung nutzen? <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> gar nicht	Hat Ihnen die Arbeit der Gruppe in dieser Stunde viel 5 4 3 2 1 0 wenig weitergeholfen?
<i>Fokus: „Bewältigung“</i>	<i>Fokus: „Fortschritt“</i>

Der Akzeptanzfragebogen zielt auf eine Bewertung, der EBS auf eine Beschreibung der emotionalen Beteiligung.

Beim Akzeptanzfragebogen handelt es sich um eine Momentaufnahme. Dabei wird vom Patienten insofern ein Transfer erwartet, als dass er retrospektiv Aussagen darüber treffen soll, ob und zu welchen Veränderungen die Teilnahme¹³⁵ an der Musiktherapie geführt hat.

Der EBS wurde nach jeder Therapiestunde ausgefüllt der Akzeptanzfragebogen von jedem Patienten nur einmal, zum Zeitpunkt der Beendigung seiner Teilnahme. Beim EBS sind folglich Entwicklungsprozesse aus einem Vergleich der Bögen ableitbar, beim Akzeptanzfragebogen sind keine Vergleiche möglich, folglich keine Veränderungsprozesse ableitbar.

¹³⁵ Die Teilnahmehäufigkeit lag im Durchschnitt bei 7,5 Sitzungen

9. Fazit

Der Einsatz strukturgebender Verfahren in einer halboffenen Musiktherapiegruppe in der Akutpsychiatrie führt bei den Patienten zu Entlastung und Vertrauensbildung und bereitet so den Boden für selbstgesteuerte Interaktionen und Entwicklung.

Psychiatriepatienten befinden sich in einer akuten Krise und haben oftmals das Vertrauen auf ihre eigenen Ressourcen verloren. Die Akzeptanzbefragung ergibt, dass Bedürfnisse, die von den Patienten aktiv angegangen werden müssen, für die befragten Personen nicht im Vordergrund stehen. Das Bedürfnis nach Entspannung und Ruhe und der Wunsch nach Verbesserungen auf psychischer und somatischer Ebene überwiegen. Damit nehmen sie eine passiv-empfangende Haltung ein. Sie möchten vor allem geheilt werden. Diese Haltung lässt sich erklären, wenn man die Erkrankungen betrachtet. Ein Großteil der Patienten der Musiktherapie leidet unter Depression. Depression geht einher mit einem Mangel an Initiative und Antrieb. In der Musiktherapie werden die Patienten „abgeholt, wo sie stehen“. Sie sollen jedoch abgeholt werden, nicht stehen bleiben! Die Kunst ist es, eine Balance zu finden zwischen dem Eingehen auf die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten einerseits, andererseits aber auch Impulse zur Weiterentwicklung zu geben.

Die untersuchte Gruppenmusiktherapie bewegt sich in diesem Spannungsfeld. Durch ein Konzept, das verschiedene Elemente und Methoden enthält, bietet der Musiktherapeut den Patienten sowohl Entlastungs- und als auch Entwicklungsräume an.

Entlastungsräume

Musikhören zu Beginn der Sitzungen und die annehmend-akzeptierende Haltung im Gespräch beruhigt die Patienten¹³⁶. Mittels Metrumübungen werden die Patienten mit den Trommeln in Kontakt gebracht, um danach gezielt einzelne Patienten zu kathartischer Entladung auf der Trommel zu führen. Auf diese Weise mit ihren Gefühlen in Kontakt gebracht, eröffnet sich den Patienten ein erster Zugang zu blockierten Energien und Ressourcen. Im sich anschließenden Rhythmustrommeln wird die Patientengruppe wieder vereint. Über seine verbindende Wirkung hinaus ist Rhythmus ein Bewegungs-

¹³⁶ Hier stellt sich die Frage, ob dadurch nicht auch anstehende Themen beruhigt und beiseite geschoben werden

faktor. Im Menschen Erstarres kann durch Rhythmen wieder in Bewegung gebracht werden.

Strukturiertes Vorgehen entlastet. In den strukturgebenden Trommelphasen und den sich anschließenden Gesprächen übernimmt der Therapeut die Führung der Gruppe. Damit geht er auf die passiv-empfangende Haltung der Patienten ein¹³⁷ und gibt ihnen darüber hinaus Orientierungshilfe. Durch regelmäßige Teilnahme an der Gruppenmusiktherapie entsteht Vertrautheit. Sukzessiv kommt es zur Bereitschaft sich einzulassen. Der Boden für selbst gestaltetes sich Ausprobieren im interaktiven Prozess der freien Improvisation ist bereitet.

Entwicklungsräume

Die Methoden der aktiven Musiktherapie bieten besondere Chancen. Musikinstrumente erweisen sich als geeignete Übergangsobjekte. Sie machen Emotionen hörbar und stehen somit zwischen Patient und Außenwelt. Durch explorierenden Umgang mit den Instrumenten erfahren die Patienten Resonanz. In der freien musikalischen Improvisation kommunizieren und interagieren sie nonverbal. Der Musiktherapeut hält sich dabei weitestgehend im Hintergrund und nimmt auf unterstützende Art und Weise musizierend teil. Das bedeutet, dass die Patienten Initiative ergreifen müssen. Das Verhältnis von initiativ agierenden und reaktiv mitspielenden Patienten lag in den beobachteten Situationen bei 50:50. Patienten, die noch keine Erfahrungen in vorangegangenen Sitzungen gemacht hatten, waren zu gleichen Teilen initiativ wie Patienten mit vorangegangenen Erfahrungen. Die Initiative bei freier Improvisation ist also unabhängig von der vorangegangenen Teilnahmehäufigkeit.

Gruppenimprovisation aktiviert. Die Beobachtungsprotokolle belegen, dass nach freier Improvisation, also nach klanglich-musikalischer Interaktion, jeweils auch die verbal-kommunikative Interaktion belebt war. Durch musikalisches Handeln evozierte Themen wurden in der Gruppe reflektiert. Wechselseitiges Verständnis und Impulse von Mitpatienten erwiesen sich als entlastend und inspirierend. In diesen Phasen übernimmt der Musiktherapeut eine moderierende Funktion. Seine Interventionen beschränken sich darauf, den Gruppenprozess zu fördern und in Gang zu halten. Wenn Patienten in Be-

¹³⁷ riskiert dadurch aber auch eine Verstärkung dieser Haltung

drängnis geraten, schaltet der Therapeut sich ein und lenkt die Aufmerksamkeit auf andere Aspekte.

Gruppenmusiktherapie führt die Patienten aus der Isolation. Beim gemeinsamen Musikhören und -spielen werden nonverbal Kontakterfahrungen gemacht; in den sich anschließenden Gesprächen werden die Kontakte beibehalten und fortgeführt. Patienten steigern dadurch ihre Fähigkeit Kontakte aufzunehmen und zu gestalten. Verbesserungen auf der Kontaktebene bei 62,4% der Befragten sind bei vorwiegend depressiven Patienten als Erfolg zu betrachten.

Einschränkungen durch das Setting

Ein gemeinschaftlicher Prozess vom zunächst vorrangigen Bedürfnis nach Entlastung hin zur Entwicklung von Eigeninitiative, Kreativität und Selbstvertrauen erfordert ein geschlossenes Gruppenformat. So wäre es zu vermeiden, dass in ihrem Entwicklungs- und Heilungsprozess fortschreitende Patienten, dem Setting geschuldet immer wieder die strukturgebende Phase durchlaufen. Ein Vermerk in den Beobachtungsprotokollen weist darauf hin, dass `fortgeschrittene' Patienten (P5; P6) enttäuscht waren, als an Stelle der von ihnen favorisierten Instrumente die Trommeln zum Einsatz kamen. In Verantwortung für alle Teilnehmer der Gruppe muss der Therapeut aus Rücksicht auf neu hinzugekommene Patienten *„immer wieder bei Null anfangen“*¹³⁸. Das halboffene Gruppenformat bedeutet insofern eine Einschränkung hinsichtlich der Arbeitsweise.

Daraus ergibt sich die **Fokussierung auf die Entlastung** der Patienten. Darüber hinaus bietet sich die **Gruppenmusiktherapie als potenzieller Entwicklungsraum** an.

Die untersuchte Musiktherapie als Entlastungs- und Entwicklungsangebot ist als relevanter Beitrag in der Akutpsychiatrie anzusehen. Er öffnet die Perspektive auf weitere psychosoziale Entwicklungsräume in Form von Einzelmusiktherapie sowie geschlossenen - und indikationsspezifischen Gruppen.

¹³⁸ Zitat aus dem Experteninterview

10. Ausblick

Anregungen für weiterführende Forschungen:

Untersuchung der Auswirkungen unterschiedlicher Einstiegsmusiken auf den nachfolgenden musiktherapeutischen Prozess.

Versuche mit der diesem Setting zugrunde liegenden, beruhigenden Einstiegsmusik einerseits und einem belebenden Musikstück von Habib Koité (Wassiye) andererseits zeigten, dass freie Improvisationen im Verlauf der jeweils nachfolgenden Sitzung sehr unterschiedlich ausfielen. Die Vermutung liegt nahe, dass die Auswahl des zu Beginn rezipierten Musikstückes nachfolgende »freie« Improvisationen und damit einhergehende Entwicklungsprozesse in nicht unerheblichem Maße beeinflusst.

Vergleichende Untersuchung von Gruppenmusiktherapie mit akutpsychiatrischen Patienten in unterschiedlichen Einrichtungen/ bei verschiedenen Musiktherapeuten.

Es wäre interessant herauszufinden, ob das bei den beobachteten Patienten stark vorherrschende Bedürfnis nach Entlastung ausschließlich vom Störungsbild herührt, oder ob es Wechselwirkungen zwischen Setting und Patientenbedürfnissen gibt.

Vergleichende Untersuchung von Gruppenmusiktherapie bei halboffenem und bei geschlossenem Gruppenformat.

Akutpsychiatrie ist gekennzeichnet durch möglichst kurze Verweildauer der Patienten. Daraus resultiert die Tatsache, dass in diesem Bereich überwiegend halboffene Gruppenformate anzutreffen sind. Die Autorin ist überzeugt, dass die Arbeit in einer geschlossenen Gruppe zu anderen Ergebnissen führt. Eine derart ausgelegte Untersuchung könnte die Leiter entsprechender Einrichtungen ggf. dazu bewegen, die Möglichkeiten von Musiktherapie besser zu nutzen.

Postskriptum

„Jede Krankheit ist ein musikalisches Problem“

Novalis zitiert nach ORFF

Literatur

Forschungsmethoden

- Atteslander, P. (⁹2000): Methoden der empirischen Sozialforschung. Walter de Gruyter, Berlin
- Bohnsack, R./ Marotzki, W./ Meuser, M. (2003): Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. Opladen
- Bourier, G. (⁵2003): Beschreibende Statistik. Praxisorientierte Einführung. Gabler Verlag, Wiesbaden
- Diekmann, A. (¹³2005): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbek b. Hamburg
- Glaser, B./ Strauss, A. (²2005): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Verlag Hans Huber, Bern
- Glaser, B./ Strauss, A. (²1995): Betreuung von Sterbenden. Eine Orientierung für Ärzte, Pflegepersonal, Seelsorger und Angehörige. Vandenhoeck&Ruprecht, Göttingen
- Glaser, B. (1992): Basics of Grounded Theory Analysis. Sociology Press, Mill Valley
- Lamnek, S. (²1993): Qualitative Sozialforschung Bd. 1 u. 2. Weinheim
- Schnell, R./ Hill, P./ Esser, E. (⁷2005): Methoden der empirischen Sozialforschung. R. Oldenbourg Verlag, München
- Smeijsters, H. (1996): Entweder – oder? Überlegungen zur quantitativen und qualitativen Forschung in der Musiktherapie. In: Musiktherapeutische Umschau 17, 23-38
- Strübing, J. (²2008): Grounded Theory. Qualitative Sozialforschung Bd. 15. VS-Verlag, Wiesbaden

Musiktherapie und Sonstige

- Abel, C. (2005): Musiktherapie bei Depression. Eine Studie zur Qualitätssicherung in einer psychiatrischen Abteilung für Erwachsene. Diplomarbeit Universität Siegen
- Aldridge, D. (2004): Leben als Jazz. In: Haase, Ulrike/Stolz, Antje: Improvisation – Therapie – Leben. Crossener Schriften zur Musiktherapie. Bd. XVI. Crossen, S. 474-486
- Becker, B. (1987): Die Bedeutung und die Möglichkeiten des Trommelns in der heilpädagogischen Musiktherapie. Diplomarbeit Uni Düsseldorf
- Becker, B. (2002): Wirkung und Wahrnehmung von Trommeln. Lit Verlag, Münster

- Bunt, L. (1998): Musiktherapie. Eine Einführung für psychosoziale und medizinische Berufe. Beltz, Weinheim
- Decker-Voigt, H.-H. (2001): Schulen der Musiktherapie. Ernst Reinhardt Verlag, München
- Friedemann, L. (1973): einstieg in neue klangbereiche durch gruppenimprovisation. In: Blasl, F. (Hg.) rote reihe 50. Universal Edition AG, Wien
- Friedemann, L. (1983): Trommeln-Tanzen-Tönen. In: Helmstreit, H. (hg.) rote reihe 69. Universal Edition AG, Wien
- Frohne-Hagemann, I. (1995): Integrative Musiktherapie bei Menschen mit depressiven Zuständen. Legitimation und Konzepte. In: Musiktherapeutische Umschau, 16 S.16 –31, Vandenhoeck&Ruprecht, Göttingen
- Frohne-Hagemann, I. (2001): Musiktherapie vor dem Hintergrund integrativer Theorie und Therapie. In: Decker-Voigt (Hg.): Schulen der Musiktherapie. Ernst Reinhardt Verlag, München. S. 159-182
- Frohne- Hagemann, I. (Hg.) (2004): Rezeptive Musiktherapie. Reichert Verlag, Wiesbaden
- Fromm, E. (172001): Märchen, Mythen, Träume. Eine Einführung in das Verständnis einer vergessenen Sprache. Hamburg
- Greissing/Zillo (2002): Zilgrei gegen Rückenschmerzen. Orbis Verlag, München
- Haase, U. (2004): Improvisation als Handlungsangebot. Spiel-Raum als Lebens-Raum. In: Haase, U./ Stolz, A. et al: Improvisation – Therapie – Leben. Crossener Schriften zur Musiktherapie. Bd. XVI. Crossen, S: 110-120
- Hegi, F. (2001): Gestalt-Musiktherapie. In: Decker-Voigt (Hg.): Schulen der Musiktherapie. Ernst Reinhardt Verlag, München. S. 125-158
- Hesse, R. (2007): Wohin die Reise geht... Musiktherapie mit Patienten einer Akutpsychiatrischen Station. Forum Musiktherapie und Soziale Arbeit. Universität Siegen. Verfügbar über: www.musiktherapie.uni-siegen.de/forum/erwachsene/vortraege/4.34_hesse.pdf [31.01.2009, 19:00]
- Hofmann, B./ Hoffmann, N. (2007): Verhaltenstherapie. In: Schauenburg, H./ Hofmann, B.(Hrsg.): Psychotherapie der Depression. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulenübergreifend. Georg Thieme Verlag, Stuttgart
- Jourdain, R. (2001): Das wohltemperierte Gehirn: Wie Musik im Kopf entsteht und wirkt. Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg
- Jung, M. (2007): Die erschöpfte Seele. Depression: Wege aus der Dunkelheit. Emu-Verlag, Lahnstein

- Jungaberle, H. (2007): Musik & Metapher. Psychotherapie im Wandel. Zur Theorie und Evaluation von Musik als therapeutischem Medium. Pro Business, Berlin
- Kapteina, H./ Hörtreiter, H. (1993): Musik und Malen in der therapeutischen Arbeit mit Suchtkranken. Bärenreiter Verlag, Kassel
- Kapteina, H. (2000): Kommunikation ohne Worte. Die Instrumente der Musiktherapie. In: Gotthilf Vöhringer Schule (Hrsg.): Komplexe Welt der Sinne. Wilhelmsdorf S. 15-36
- Kapteina, H. (2004): Ästhetische Aneignung als Selbstverwirklichung des Individuums. In: Marchal, P. (Hrsg.): Ästhetik heute. Beiträge zu einem Studienfach und seinen Teilbereichen. Einführung in das Fach Ästhetik und Kommunikation. Siegen S. 101-109
- Kapteina, H. (2004): Rezeptive Musiktherapie bei Suchtkranken. In: Frohne-Hagemann, I. (Hg.): Rezeptive Musiktherapie. Reichert Verlag, Wiesbaden
- Kapteina, H. (2007): Zur Ästhetik der musikalischen Improvisation in der Musiktherapie. Musiktherapeutische Umschau, 28,1 S.5-16. Vandenhoeck&Ruprecht, Göttingen
- Kapteina, H. (2008): Musikpsychologische und klinische Grundlagen des Helfens und Heilens mit Musik. Skript zur Einführung in die Musiktherapie. Universität Siegen. Verfügbar über: http://www.musiktherapie.uni-siegen.de/kapteina/material/lehrgebiete/skript_zur_vorlesung_2008.pdf [31.01.2009, 16:45]
- Knill, P. (1990): Wissenschaftliche Betrachtungen zur Musiktherapie unter ethischen Gesichtspunkten. In: Decker-Voigt, H.-H. (Hg.): Musik und Kommunikation. Tagungsberichte Band 1. Lilienthal S.39-58
- Knothe, K. (2004): Musiktherapie in der psychiatrisch-klinischen Praxis Ergebnisse stationärer und tagesklinischer Gruppenmusiktherapie. In: Haase, U./ Stolz, A. et al: Improvisation – Therapie – Leben. Crossener Schriften zur Musiktherapie. Bd. XVI. Crossen, S: 136-156
- Knothe, K./Reinhardt, A. (2006): Stellung, Bedeutung und Effektivität der Musiktherapie in der Behandlung psychiatrischer Patienten. Shaker, Aachen
- Kohut, H. (1977): Introspektion, Empathie und Psychoanalyse. Suhrkamp, Frankfurt
- Lôo, H./Gallarda, T. (2000): Depressionen. Lübbe, Bergisch Gladbach
- Loos, Gertrud (1986): Spiel-Räume. Musiktherapie mit einer Magersüchtigen und anderen frühen Störungen. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart
- Luban-Plozza, B. et al. (1988): Musik und Psyche. Hören mit der Seele. Birkhäuser, Basel
- Möller, H.-J./Laux, G./Deister, A. (2001): Psychiatrie und Psychotherapie. Thieme, Stuttgart

- Neri, C. (2006): Gruppenprozesse. Theorie und Praxis psychoanalytischer Gruppentherapie. Psychosozial Verlag, Gießen
- Orff, G. (1979): Musiktherapie bei Kindern. In: Pflüger, P.: Rhythmus – Entspannung - Heilung. Menschliches Fühlen und Musik. Bonz, Fellbach
- Paas, C. (2003): Untersuchung zur Relevanz der Musiktherapie in der Psychiatrie am Beispiel der Kreiskrankenhauses Siegen. Diplomarbeit Universität Siegen
- Preckel, J. (1992): Das Erscheinungsbild der Depression und Wege zum Verständnis. In: Dokumentation der 1. Fachtagung Musik und Depression am FPI in Hückeswagen, Beversee S 5-16
- Rentmeister, U. (Hg) (2006): Lärmende Stille im Kopf. Musiktherapie in der Psychiatrie. Reichert, Wiesbaden
- Rogers, C. (¹²2007): Die nicht-direktive Beratung. Fischer, Frankfurt
- Sander, K. (1999): Personzentrierte Beratung. Beltz, Weinheim
- Schwabe, M. (1992): Musik spielend erfinden. Improvisieren in der Gruppe für Anfänger und Fortgeschrittene. Bärenreiter, Kassel
- Smeijsters, H. (1999): Grundlagen der Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen
- Soost, W. (2004): Musiktherapie bei chronischen Schmerzen. Evaluation eines neuen Selbsthilfeangebots der AOK Köln. Diplomarbeit Universität Siegen
- Stern, D. N. (2007): Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag. Brandes & Aspel, Frankfurt
- Timmermann, T. (2004): Tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie. Reichert, Wiesbaden
- Tschuschke, V. (2003): Kurzgruppenpsychotherapie. Theorie und Praxis. Springer, Wien
- Wagner, J. (2005): Die Musik im Blick. Therapeutische Improvisation zwischen Psychoanalyse und psychologischer Morphologie. In: Musiktherapeutische Umschau 26,4 S.359-364. Vandenhoeck&Ruprecht, Göttingen
- Wittchen, H.-U. (²1998): Handbuch Psychischer Störungen. Psychologie Verlags Union, Weinheim
- Wosch, T. (2002): Emotionale Mikroprozesse musikalischer Interaktionen. Waxmann, Münster

Downloads

Bundesarbeitsgemeinschaft Musiktherapie (1998): Kasseler Thesen zur Musiktherapie.

Verfügbar über:

http://www.bag-musiktherapie.de/Musiktherapie_Thesen.htm [31.01.2009, 15:15]

Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie (2003): Zur Geschichte der Musiktherapie.

Verfügbar über:

http://www.musiktherapie.de/fileadmin/user_upload/medien/pdf/Geschichte_Musiktherapie.pdf [31.01.2009, 15:20]

Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten (ICD 10) (2006).

Verfügbar über:

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl2006/fr-icd.htm>
[23.03.2009]

Kreisklinikum Siegen: Psychiatrie und Psychotherapie.

Verfügbar über:

<http://www.kreisklinikum-siegen.de> [21.3.2009, 10:20]

Mieg, H. A. (2005): Experteninterviews. Skript des Kurses "Experteninterviews" Humboldt-Universität. Berlin.

Verfügbar über:

http://www.mieg.ethz.ch/education/Skript_Experteninterviews.pdf [11.03.2009]

Witt, H. (2001): Forschungsstrategien bei quantitativer und qualitativer Sozialforschung. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research (Online-Journal), 2(1).

Verfügbar über:

<http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-01/1-01witt-d.htm> [18.04.2008]

Anhänge	<u>Seite</u>
Zur Teilnehmenden Beobachtung	
Übersicht Sitzungsverläufe	1-3
Musikanalyse „Land of Dreams“ (Rezeptiver Einstieg)	4-6
Musikanalyse „The Winter’s End“ (Rezeptiver Abschluss)	7-8
Beobachtungsbogen 1 (1.+ 2. Beobachtungssituation)	9-10
Beobachtungsbogen 2 (3.– 12. Beobachtungssituation)	11
Zu den Körperübungen	
Musiktherapie und Rhythmokinetik	12
Zu den ursprünglich geplanten Patienteninterviews	
Anschreiben Krankenhaus	13
Anschreiben Universität	13
Zur Akzeptanzbefragung	
Akzeptanzfragebogen	14
Formales	
Versicherung	15

Sitzungsverläufe

1	2	3	4
8.02.	15.2.	22.02.	1.03.
Ankunft	Ankunft	Ankunft	Ankunft
<u>Instrumente</u> Exploration (teilw.)	<u>Instrumente</u> Exploration	<u>Instrumente</u> Exploration Auswahl später	<u>Instrumente</u> Exploration und Auswahl
Trommel lt. Anweisung	Trommel lt. Anweisung	Trommel lt. Anweisung	Trommel lt. Anweisung
Rezept. Einstieg	Rezept. Einstieg	Rezept. Einstieg	Rezept. Einstieg
Reflexion des Gehörten	Reflexion des Gehörten – Vorstellungsrunde	Reflexion des Gehörten	Reflexion des Gehörten
	Gestaltth. Übung		
Trommelrundläufe	Trommelrundläufe	Trommelrundläufe	
Reflexion	Reflexion	Reflexion	
Rhythmen Trommeln	Rhythmen Trommeln	„Wut“ Trommeln	
	Reflexion	Reflexion	
			Improvisation 1
			Reflexion
			Improvisation 2
			Reflexion
			Körperübung
Musikrezeption	Musikrezeption	Musikrezeption	Bewegungs- improvisation
Abschlussrunde	Abschlussrunde	Abschlussrunde	Abschlussrunde
			Trommelrundläufe

Sitzungsverläufe

5	6	7	8
8.03.	15.03.	22.03.	29.03.
Ankunft	Ankunft	Ankunft	Ankunft
<u>Instrumente</u> Exploration + Auswahl + Trommel lt. Anweisung	<u>Instrumente</u> Exploration + Auswahl + Trommel lt. Anweisung	<u>Instrumente</u> Exploration + Auswahl + Trommel lt. Anweisung	<u>Instrumente</u> Exploration + Auswahl später Trommel lt. Anweisung
Rezept. Einstieg	Rezept. Einstieg	Rezept. Einstieg	Rezept. Einstieg
Reflexion des Gehörten	Reflexion des Gehörten – Ankommensrunde	Reflexion des Gehörten	Reflexion des Gehörten - Ankommensrunde
Trommelrundläufe	Trommelrundläufe	Trommelrundläufe	
	Reflexion		
Rhythmen Trommeln		Rhythmen Trommeln	
Reflexion		Reflexion	
		Instrumentenrunde	
		Improvisation 1	Improvisation 1
		Reflexion	Reflexion
		Improvisation 2	Improvisation 21
		Reflexion	
			Trommelrundläufe
	Körperübung		
Musikrezeption	Musikrezeption	Med. Tanz	
Abschlussrunde		Verabschiedung	Abschlussrunde

Sitzungsverläufe

9	10	11	12
12.04.	19.04.	15.11.	22.11.
Ankunft	Ankunft	Ankunft	Ankunft
<u>Instrumente</u> Exploration + spätere Auswahl + Trommel lt. Anweisung	<u>Instrumente</u> Exploration + Auswahl + Trommel lt. Anweisung	<u>Instrumente</u> Trommel lt. Anweisung	<u>Instrumente</u> Trommel lt. Anweisung
Rezept. Einstieg	Rezept. Einstieg	Rezept. Einstieg	Rezept. Einstieg
Reflexion des Gehörten – Ankommensrunde	Reflexion des Gehörten – Ankommensrunde	Reflexion des Gehörten – Ankommensrunde	Reflexion des Gehörten – Ankommensrunde
Trommelrundläufe	Trommelrundläufe	Trommelrundläufe	Trommelrundläufe
Reflexion	Reflexion	Einzelarbeit	Reflexion
	Rhythmen Trommeln	Rhythmen Trommeln	Rhythmen Trommeln
	Reflexion	Reflexion	Reflexion
Improvisation 1		Trommelrundläufe	
Reflexion		Reflexion	
Improvisation 2			
Reflexion			
	Körperübung		
Musikrezeption	Med. Tanz	Musikrezeption	Musikrezeption
	Abschlussrunde	Abschlussrunde	Abschlussrunde
	Trommelrunde		

Beschreibung und Interpretation der Einstiegsmusik

Jede Gruppenmusiktherapiesitzung beginnt mit der Rezeption des Musikstückes „Land of Dreams“ von Amalunai. Das Stück ist 5:07 Minuten lang.

	Sequenzen	Assoziationen	Wirkung
0:00	Gitarrenvortrag		
0:03	Einsatz eines stehenden Summakkordes aus hellen und tiefen Stimmen	Wiegenlied	beruhigend
0:14	Gesang: Frauen- und Männerstimme zusammen Strophe: vokalbetonte Phantasiesprache <i>su-wi-li-ki-mo</i> <i>ve-di-e-le-o</i> <i>ki-le-wa-i-da-le-wa-la</i> <i>ki-le-wa-la</i> aufgehende und wieder abschwellige Bögen (Legato) mit Emphase jeweils auf der 4. Silbe	Mutter +Vater Wiederkehr	beruhigend Sicherheit
0:38	Männerstimme summt: <i>mhm-mhm-ki-mo</i> 1. Wiederholung der Strophe Frauenstimme (Motiv) Männerstimme (Echo) Kontrapunkt	Wiederkehr Mutter Vater (Echo)	Sicherheit Bestätigung + Sicherheit
1:04	Refrain: Harmonie aus Frauen- und Männerstimmen <i>ha-e-de-i-mo</i> <i>ve-de-mi-su-mo</i> <i>vi-su-mo-ko-ro-o</i> <i>vi-su-mo-ko-ro-o</i> Anheben der Stimmen Emphase jeweils auf der 1. +3. Silbe bei wdh. Zeile 4 jede Silbe betont	Gemeinschaft, Harmonie (musikalisch)	Sicherheit, harmonisches Miteinander (i.S.d. Alltagsverständnis)
1:52	2. Wiederholung der Strophe Männerstimme (Motiv) Frauenstimme (Echo) Kontrapunkt	Wiederkehr Vater Mutter (Echo)	Konstanz Sicherheit Beruhigung
2:20	Refrain s.o.	Harmonie	harmonisches Miteinander
3:09	Zwischenspiel 1: Rhythm. Motiv (Gitarre(n) + Mandoline) + Melodisches Motiv (Flöte) durchgehend begleitendes Summen	auch bei Veränderung nicht verlassen werden	leichte Belebung zugleich Rückhalt, Sicherheit

3:40	Refrain s.o. leichte Verlangsamung	vermutetes Ende	zur Ruhe kommen
4:00	Zwischenspiel 2: Rhythmisches Motiv (Gitarre) + Melodisches Motiv (Mandoline) ohne Summen	langsamer Rückzug der behütenden Stimmen	leichte Belebung
4.23	Refrain s.o. Verlangsamung in der letzten Zeile Wiederholung der letzten beiden Zeilen dabei jede Silbe betont		Rückhalt, Sicherheit
5.07	Ende		

Beschreibung

Das Stück beginnt mit einem Gitarrenvorspiel. Ein hinzukommender stehender Summakkord erinnert mit seinem beruhigenden Klang an ein Wiegenlied. Darauf folgt eine Strophe, sanft gesungen von einer Frauen- und einer Männerstimme gemeinsam. Die singende Frauenstimme führt zur Assoziation „Mutter“; die etwas dezentere Männerstimme führt zur Assoziation Vater. Dadurch wird die beruhigende Wirkung des Intros bestätigt und verstärkt. Der lautmalerische Gesang der Strophe besteht aus einer Aneinanderreihung von Vokalen:

»su-wi-li-ki-mo ve-di-e-le-o ki-le-wa-i-da-le-wa-la ki-le-wa-la«.

Der Verzicht auf Sinn-„beladenen“ Text verhindert, dass der Zuhörer das Musikstück auf sinnverstehender kognitiver Ebene rezipiert und sich so dem emotionalen Zugang entzieht.

Bei der ersten Wiederholung der Strophe singt die Frauenstimme das Motiv vor; die Männerstimme erklingt als Echo.

Ein Refrain aus mehreren Stimmen mit einem ebenfalls lautmalerischen „Text“ setzt ein: »ha-e-de-i-mo we-de-mi-su-mo wi-su-mo-ko-ro-o wi-su-mo-ko-ro-o«.

Durch den gemeinschaftlichen emphatischen Gesang stellt sich beim Hören ein starkes Gemeinschaftsgefühl ein.

Nach dem Refrain ertönt wieder die Strophe, diesmal mit vertauschten Rollen; die Männerstimme singt das Motiv vor, die Frauenstimme erklingt als Echo. Diese Wiederkehr, wenn auch mit veränderten Rollen, wirkt beruhigend auf den Hörer. Ein Gefühl von Sicherheit stellt sich ein.

Wieder setzt der Refrain ein und ruft beim Hörer die Vorstellung einvernehmlichen Miteinanders hervor.

Ein rhythmisch-melodisches Zwischenspiel bringt deutet Veränderung an. Ein begleitendes durchgehendes Summen vermittelt indes Rückhalt und Sicherheit. auch bei Veränderung der Motive soll der Hörer wissen, dass es Konstanz gibt und er nicht verlassen wird.

Der wieder einsetzende Refrain bestätigt dies. Die leichte Verlangsamung im Refrain lässt vermuten, dass die Musik zum Ende kommt; der Hörer soll zur Ruhe kommen.

Ein zweites Zwischenspiel, diesmal ohne Summen, führt zu einer leichten Belebung. Die Stimmen, die eine Assoziation behütender Eltern hervorriefen, scheinen sich zurückgezogen zu haben.

Doch dann setzt noch einmal der Refrain ein und vermittelt, dass Rückhalt und Sicherheit bestehen bleiben. Nach Wiederholung der letzten beiden Verszeilen des Refrains endet das Stück. Mit 5 Minuten und 7 Sekunden ist es bedeutend länger, als in den Unterhaltungsmedien gebräuchliche Musikstücke, die zwischen 2,5 und ca. 3 Minuten dauern.

Das beschriebene Musikstück wird zu Beginn jeder Gruppenmusiktherapiesitzung gehört und hat dadurch eine zentrale Position im Therapieverlauf. Durch die Musik evozierte Stimmungen wirken sich aus auf die nachfolgenden Abläufe.

Im Zuge der Auswertung zu dieser Arbeit wurde dies Musikstück 2 „unabhängigen“ Personen (einer Musiktherapeutin und einem Kulturpädagogen) vorgespielt. Nach der Musikwirkung befragt, teilten diese mit, dass sie sich durch das Stück zunächst beruhigt fühlten, beim dritten Auftauchen des Refrains aber allmählich eine Veränderung herbei wünschten. Einer der Probanden sagte, dass vierte Auftauchen des Refrains hätte ihn genervt, da sich nichts zu verändern scheint. Die andere Probandin hatte die Assoziation einer Heilsbotschaft. Sie fühlte sich, als solle sie von etwas überzeugt werden.

Die Wirkung der Musik auf die Patienten der Gruppenmusiktherapie war überwiegend beruhigend. Damit erfüllt die Musik den ihr zugeordneten Zweck. Die Patienten werden beruhigt.

Allerdings muss die Frage gestellt werden, ob durch die Beruhigung der Gemütslage nicht in manchen Fällen die Auseinandersetzung mit anstehenden Themen verhindert wird.

Beschreibung und Interpretation der Abschlussmusik

9 von 12 Gruppenmusiktherapiesitzung endeten mit der Rezeption des Musikstückes „The winters end“ von Liam o’Flynn. Das Stück ist 3:15 Minuten lang.

	Sequenzen	Assoziationen	Wirkung
A1 0:00	vehement einsetzendes melodisches Motiv auf der Hornpipe (ir.Dudelsack) Motiv ansteigend, leicht abfallend, jedoch nicht bis zum Grundton „Schwebezustand“ erneut ansteigend und abfallend, insgesamt 5 Bögen am Ende des 5. Bogens abfallend bis zum Grundton	Weite starke Gefühle Schweben	Sehnsucht
B1 0:42	Intro 1 etwas dezenteres melodisches Motiv auf Oboe mit Gitarre im Hintergrund ansteigend, abfallend in 4 kleineren Bögen der erste und zweite davon auf dem Grundton endend der dritte und vierte nicht bis zum Grundton absteigend am Ende 2 ansteigende Tonfolgen hintereinander	ankommend Schweben Schweben	
A2 1:11	Wiederholung des Eingangsmotivs Dudelsack diesmal mit Flöte im Hintergrund	Weite starke Gefühle	Sehnsucht
B2 1:51	Intro 2 Aufbau wie Intro 1 diesmal Oboe mit Streichern im Hintergrund	s.o.	
A3 2:26	Motiv: Dudelsack + Flöte gleichberechtigt mit Emphase am Schluss	Weite	Sehnsucht
3:15	Ende		

Beschreibung

Das Musikstück ist aufgebaut aus zwei jeweils wiederkehrenden Phasen (A und B), die zu einer A-B-A-B-A Formation aneinandergereiht sind. In Phase A steht jeweils ein auf Hornpipes gespieltes Motiv im Vordergrund, in Phase B steht ein Oboenmotiv im Vordergrund.

Der energiegeladene Einsatz und das sich ebenso fortsetzende Dudelsackmotiv in Phase A, rufen beim Hörer die Assoziationen von „Weite“ und „Unendlichkeit“ hervor. Das ansteigende und wieder abfallende Motiv erreicht nicht den Grundton. Dadurch wird ein Schwebezustand in der Musik herbeigeführt, der sich auf den Hörer überträgt. Bilder

wie „Schweben über eine Landschaft“ stellen sich ein und führen zur Assoziation „Weite und Freiheit“. Der Hörer wird „entführt“ in die eigene Seelenlandschaft.

Die Zwischenspiele mit Oboe und Gitarre (B1) und mit Oboe und Streicher (B2) bestehen ebenfalls aus aneinander gereihten Bögen. Diese sind nicht so ausladend wie beim Hauptmotiv und gehen zu Beginn bis auf den Grundton zurück. Dadurch stellt sich beim Hörer kurzfristig das Gefühl ein, auf den Boden (der Tatsachen) zurück zu kehren. Dann aber öffnet sich auch dieses Motiv. Der Schwebeszustand setzt wieder ein.

Das Dudelsackmotiv (A2) wird wiederholt, diesmal mit Flötenbegleitung im Hintergrund. Im zweiten Zwischenspiel (B2) sorgen die Streicher im Hintergrund für ein ozeanisches Gefühl.

Das Dudelsackmotiv (A3) setzt zum dritten Mal ein, diesmal verstärkt durch kräftige Flötenbegleitung, kommt nach mehreren Bögen zum Grundton zurück, hebt noch einmal zu einer abschließenden Emphase an und verklingt.

Bei den Instrumenten handelt es sich vorrangig um Blasinstrumente (Dudelsack, Oboe, Flöte). Diese sind mit dem Atem verbunden und haben direkten Bezug zur Ich-Funktion.

Die Musik kann Sehnsucht nach Weite und Freiheit hervorrufen. Die Patienten befinden sich in einer Situation, in der von Weite und Freiheit nicht die Rede sein kann. Viele Patienten gaben in der Abschlussrunde an, sehr nachdenklich geworden zu sein. Es stellt sich die Frage, ob es einen Zusammenhang zwischen der Nachdenklichkeit der Patienten und der Musik gibt. Dazu P8 laut Beobachtungsprotokoll zur 12. Sitzung: „Diese Musik zum Schluss hat mich doch sehr nachdenklich gemacht“.

Beobachtungsbogen zur teilnehmenden Beobachtung in der Musiktherapie

Name: _____ Sitzung am: _____ Gruppensetting: ___ TN ♀ ___ TN ♂ Therapeut ♂ Beobachter ♀

Beobachtbare Befindlichkeit vor der Musiktherapie:

Persönl. Einstieg/ Ankommen:

Beobachtbare Präsenz während der Sitzung:

Verlaufsdigramm:

Interaktionen / Kontakte mit	musikal.	Instrumenten wahl	verbal	visuell	taktil	Eigeninitiative	Reaktion auf
Therapeut	<input type="checkbox"/> vermeidend <input type="checkbox"/> zögerlich <input type="checkbox"/> sporadisch <input type="checkbox"/> durchgehend		<input type="checkbox"/> vermeidend <input type="checkbox"/> zögerlich <input type="checkbox"/> sporadisch <input type="checkbox"/> durchgehend	<input type="checkbox"/> vermeidend <input type="checkbox"/> zögerlich <input type="checkbox"/> sporadisch <input type="checkbox"/> durchgehend	<input type="checkbox"/> vermeidend <input type="checkbox"/> zögerlich <input type="checkbox"/> sporadisch <input type="checkbox"/> durchgehend	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
einzelnen Gruppen- mitgliedern	<input type="checkbox"/> vermeidend <input type="checkbox"/> zögerlich <input type="checkbox"/> sporadisch <input type="checkbox"/> durchgehend		<input type="checkbox"/> vermeidend <input type="checkbox"/> zögerlich <input type="checkbox"/> sporadisch <input type="checkbox"/> durchgehend	<input type="checkbox"/> vermeidend <input type="checkbox"/> zögerlich <input type="checkbox"/> sporadisch <input type="checkbox"/> durchgehend	<input type="checkbox"/> vermeidend <input type="checkbox"/> zögerlich <input type="checkbox"/> sporadisch <input type="checkbox"/> durchgehend	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
gesamter Gruppe	<input type="checkbox"/> vermeidend <input type="checkbox"/> zögerlich <input type="checkbox"/> sporadisch <input type="checkbox"/> durchgehend		<input type="checkbox"/> vermeidend <input type="checkbox"/> zögerlich <input type="checkbox"/> sporadisch <input type="checkbox"/> durchgehend	<input type="checkbox"/> vermeidend <input type="checkbox"/> zögerlich <input type="checkbox"/> sporadisch <input type="checkbox"/> durchgehend	<input type="checkbox"/> vermeidend <input type="checkbox"/> zögerlich <input type="checkbox"/> sporadisch <input type="checkbox"/> durchgehend	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Beobachtungsbogen zur teilnehmenden Beobachtung in der Musiktherapie

Name: _____ Sitzung am: _____ Gruppensetting: ___ TN ♀ ___ TN ♂ Therapeut ♂ Beobachter ♀

Persönl. Einstieg/ Ankommen:

Beobachtbare Präsenz während der Sitzung:

Verlaufsdigramm:

Instrumente <u>Wahl</u> lt. Anweisung	Umgang mit Instrument	Interaktionen / Kontakte mit	e i s s	musikal	reaktiv	e i s s	verbal	reaktiv	e i s s	Blick- kontakt	reaktiv	Anmerkungen	
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
_____		Therapeut	☐	vermeidend	☐	☐	vermeidend	☐	☐	vermeidend	☐		
			☐	zögerlich	☐	☐	zögerlich	☐	☐	zögerlich	☐		
			☐	sporadisch	☐	☐	sporadisch	☐	☐	sporadisch	☐		
			☐	häufig	☐	☐	häufig	☐	☐	häufig	☐		
		anderen Gruppen- mitgliedern	☐	vermeidend	☐	☐	vermeidend	☐	☐	vermeidend	☐		☐
			☐	zögerlich	☐	☐	zögerlich	☐	☐	zögerlich	☐		☐
			☐	sporadisch	☐	☐	sporadisch	☐	☐	sporadisch	☐		☐
			☐	häufig	☐	☐	häufig	☐	☐	häufig	☐		☐

Musiktherapie und Rhythmokinetik

Der Musiktherapeut ist zugleich auch Zilgri Lehrer. Bei Bedarf ergänzt er Musiktherapie mit Körperübungen aus der Rhythmokinetik. Im Experteninterview danach befragt gibt er an, die Übungen aus der Rhythmokinetik als Methode einzusetzen, um bei Patienten eine Tiefenentspannung herbeizuführen. Die Körperarbeit kommt zum Einsatz um Spannungen abzubauen und Erfahrungen zu vertiefen (vgl. ebd. 56:47).

Zur Rhythmokinetik

Rhythmokinetik wurde von dem Heilpraktiker Bernhard Leukel, dem Physiotherapeuten Bernd Bosbach und der Gymnastiklehrerin Anette Wilsch entwickelt und propagiert. Es ist eine relativ unbekannte komplementärmedizinische Methode. Ihre Vertreter sehen sie nicht in Gegnerschaft zur evidenzbasierten Medizin, sondern als Ergänzung.

Es handelt sich um eine Kombination aus einfachen Bewegungen und einer gezielt eingesetzten Atmung. Die Grundlage dieser Selbsthilfemethode stellen die Rhythmokinetischen Impulse dar. Ein „Rhythmokinetischer Impuls“ besteht aus vier einfachen Schritten. Im ersten Schritt wird die Wohlfühlbewegung gefunden, im zweiten Schritt die Wohlfühlatmung. Die Kombination von Wohlfühlbewegung und Wohlfühlatmung ist der dritte Schritt. Im vierten Schritt wird über einen Nachtest ein Feedback gegeben.

Mit dieser Methode sollen Muskelimbancen behoben, Schon- und Ausweichhaltungen korrigiert werden. Die sogenannten "Impulse" sollen dann auf die Struktur, die Chemie und die Psyche wirken und Selbstheilungskräfte aktivieren.

Die Behandlung wird gegen Schmerzen, Verspannungen, Bewegungseinschränkungen, Missempfindungen, Schlafstörungen, Durchblutungsstörungen, Herz- und Verdauungsbeschwerden, und vieles andere angeboten (vgl. Wikipedia).

PATIENTENANSCHREIBEN Teil 1: **Briefkopf Krankenhaus**

Sehr geehrte(r)

Sie haben im Zeitraum Februar - April 2005 an einigen Gruppenmusiktherapie-Sitzungen teilgenommen, die durch die Universität Siegen zu Forschungszwecken begleitet und erfasst wurden.

Seitdem ist einige Zeit verstrichen und Sie sind nach Beendigung Ihres Aufenthaltes in unserer Einrichtung wieder in Ihren Alltag zurückgekehrt.

Zur Ergänzung und Vervollständigung der Musiktherapie-Forschung, würde Frau Ramona Hesse, die auch an den Sitzungen teilgenommen hat, gern ein Interview mit Ihnen führen; d.h. sich von Ihnen erzählen lassen, wie Sie die Musiktherapie erlebt haben und wie Sie jetzt, mit einigem Abstand dazu stehen.

Die Auswertung wird völlig anonymisiert.

Auch wir als Krankenhaus werden nicht erfahren, welche der angeschriebenen Personen interviewt wurden. Das Gespräch findet an einem Ort Ihrer Wahl statt.

Bitte erweisen Sie der Forschung diesen Dienst und melden Sie sich im Büro von Prof. Kapteina bei Frau Hesse.

Vormittags 8.30 bis 12.00 Uhr unter der Nummer:

Tel.: 0271 / 740 3212

Mit freundl. Grüßen

PATIENTENANSCHREIBEN Teil 2: **Briefkopf Universität**

Sehr geehrte (r)

Im Zeitraum Februar bis April 2005, wurden die Musiktherapiesitzungen im Krankenhaus Haus Hüttental wissenschaftlich begleitet und begutachtet.

Unmittelbar nach der Teilnahme an der Gruppenmusiktherapie, konnten Sie in einem Fragebogen mit einer Auswahl vorgegebener Fragen ankreuzen, wie Ihnen die Musiktherapie gefiel, ob Sie Wirkungen auf der körperlichen oder der seelischen Ebene wahrnehmen konnten, ob Sie die Musiktherapie weiterempfehlen.....

Neben diesen Patientenfragebögen, soll noch eine genauere Erforschung der Musiktherapie stattfinden.

Ich würde gern ein Gespräch mit Ihnen führen, in welchem Sie über Ihre ganz persönlichen Erfahrungen in diesen Sitzungen erzählen können:

- was sie erlebt haben,
- woran Sie sich gern erinnern - woran nicht so gern,
- ob und was Sie von diesen Erfahrungen mit in Ihren Alltag nehmen konnten und
- wie Sie heute – rückblickend – über die Gruppenmusiktherapie denken.

Selbstverständlich werden alle Ihre Aussagen anonym behandelt und ausgewertet. Weder das Krankenhaus, noch das Forschungsteam werden erfahren, wer was erzählt. In den Unterlagen werden Kürzel wie X1 o.ä. verwendet.

So ist es möglich, dass Sie auch ganz persönliche biographische Zusammenhänge einbringen können, die vielleicht durch die Musiktherapie wieder erinnert wurden.

Ich freue mich auf das Gespräch mit Ihnen und Danke schon im Voraus für Ihre Mithilfe.

Mit freundlichen Grüßen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, mit der Beantwortung der folgenden Fragen helfen Sie uns, die Behandlung zu verbessern und die Wirkung der Musiktherapie deutlicher zu erfassen. Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe!

Initialen/ Geschl.:

Station:

Alter:

Wie hat Ihnen die Musiktherapie gefallen?

- sehr gut
- gut
- befriedigend
- nicht gefallen

Wie zufrieden waren Sie mit dem Inhalt und der Durchführung der Musiktherapie?

- sehr zufrieden
- überwiegend zufrieden
- weniger zufrieden
- unzufrieden

Wie zufrieden waren Sie mit der Leitung der Musiktherapie?

- sehr zufrieden
- überwiegend zufrieden
- weniger zufrieden
- unzufrieden

Wie empfanden Sie die Atmosphäre in der Musiktherapie?

- sehr angenehm
- angenehm
- weniger angenehm
- schlecht

Hat sich für Sie durch die Teilnahme an der Musiktherapie etwas auf der körperlichen Ebene verbessert?

- ja
- teilweise
- nein

Hat sich für Sie durch die Teilnahme an der Musiktherapie etwas auf der seelischen Ebene verbessert?

- ja
- teilweise
- nein

Hat sich für Sie durch die Teilnahme an der Musiktherapie etwas im Kontakt mit anderen Menschen verändert?

- ja
- teilweise
- nein

Haben Sie das Gefühl, dass sich durch die Teilnahme an der Musiktherapie Ihr allgemeines Wohlbefinden verbessert hat?

- ja, sehr deutlich
- ja, etwas
- weniger
- nicht verbessert

Können Sie die Anregungen aus der Musiktherapie zur Problem- bzw. Krankheitsbewältigung nutzen?

- sehr gut
- gut
- wenig
- gar nicht

Würden Sie die Musiktherapie anderen Patienten weiterempfehlen?

- ja
- nein

Was möchten Sie durch die zukünftige Teilnahme an der Musiktherapie für sich persönlich erreichen?

- mehr soziale Kontakte
- Entspannung und Ruhe
- Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens
- Erfahrungsaustausch
- Verbesserung des seelischen Wohlbefindens

Erklärung

Ich versichere die vorliegende Arbeit selbstständig angefertigt und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt zu haben. Alle Textstellen, die dem Wortlaut oder dem Sinn nach anderen Werken entnommen sind, habe ich in jedem einzelnen Fall unter Angabe der Quelle deutlich als Entlehnung kenntlich gemacht.

29. April 2009

Ramona Hesse