Klangbrücken

Beziehungsentwicklung bei Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen durch ambulante Musiktherapie

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
des Doctor scientiae musicae
am Institut für Musiktherapie der
Hochschule für Musik und Theater Hamburg

im Promotionsstudiengang Musiktherapie (alter Ordnung)
am Institut für Musiktherapie
der Hochschule für Musik und Theater Hamburg

Vorsitz des Promotionsausschusses:

Prof. Dr. h.c. mult. Hans-Helmut Decker-Voigt

eingereicht von Inga Auch-Johannes
aus Braunschweig
am 20. Mai 2020

Hamburg 2020

Gutachter:

1. Prof. Dr. sc. mus. Eckhard Weymann
2. Prof. Dr. med. Johannes Pantel

Tag der mündlichen Prüfung: 14.10.2020

Ich suche nicht – ich finde.

Suchen – das ist Ausgehen von alten Beständen und ein Finden-Wollen von bereits Bekanntem im Neuen.

Finden – das ist das völlig Neue!

Das Neue auch in der Bewegung. Alle Wege sind offen, und was gefunden wird, ist unbekannt. Es ist ein Wagnis, ein heiliges Abenteuer!

Die Ungewißheit solcher Wagnisse können eigentlich nur jene auf sich nehmen, die sich im Ungeborgenen geborgen wissen, die in die Ungewißheit, in die Führerlosigkeit geführt werden, die sich im Dunkeln einem unsichtbaren Stern überlassen, die sich vom Ziele ziehen lassen und nicht – menschlich beschränkt und eingeengt – das Ziel bestimmen.

Dieses Offensein für jede neue Erkenntnis im Außen und Innen: Das ist das Wesenhafte des modernen Menschen, der in aller Angst des Loslassens doch die Gnade des Gehaltenseins im Offenwerden neuer Möglichkeiten erfährt.

(Pablo Picasso)

Dank

Ich bedanke mich herzlich bei den Mitgliedern der Forschungsgruppe, insbesondere Herrn Prof. Dr. Eckhardt Weymann für die stets fruchtbaren Gespräche in der Betreuung meiner Arbeit, sowie Herrn Prof. Dr. Johannes Pantel und Herrn Arthur Schall für die Unterstützung im Forschungsprojekt und den kollegialen Austausch.

Mein Dank gilt auch der BHF-Bank Stiftung Frankfurt am Main sowie der Alzheimer Gesellschaft Frankfurt am Main für die finanzielle Förderung des Projekts.

Ein besonderes Dankeschön geht an meine Patienten und Patientinnen im Forschungsprojekt und ihre pflegenden Angehörigen. Das Kennenlernen dieser Persönlichkeiten hat mich sehr bereichert.

Für die Unterstützung bei der redaktionellen Durchsicht und besonders für die vielen motivierenden Gespräche bedanke ich mich sehr herzlich bei meiner Freundin Sabine von Imhoff.

Meiner Familie danke ich für die Ermutigungen und die Geduld.

Inhalt

1 Einleitung und Stand der Forschung 7

2 Das Praxis-Forschungsprojekt *Klangbrücken* 16

2.1 Zielsetzung und Fragestellungen 16
2.2 Organisation des Projekts 17
2.3 Settings 19
2.3.1 Das Setting für die PatientInnen 19
2.3.2 Das Setting für die Angehörigen 23
2.4 Überblick und Statistik 23
2.5 Das Forschungsdesign 26

3 Auswertungsmethodik 29

3.1 Qualitative Forschung als methodischer Zugang 29
3.2 Audiovisuelle Daten Videoanalyse 31
3.2.1 Das EBQ-Instrument Einschätzungsskala Beziehungsqualität 31
3.2.2 Methodische Schritte der Videoanalyse 36
3.3 Verbale Daten Interviewanalyse 41
3.3.1 Das Leitfadeninterview 41
3.3.2 Methodische Schritte der Interviewanalyse 41
3.4 Weitere Daten 46

4 Die PatientInnen und ihre Angehörigen 48

4.1 Die PatientInnen (Fallgeschichten) 48
4.1.1 „Was machen wir noch?“ - Frau Schwan 48
4.1.2 „Sag´, wer mag das Männlein sein?“ - Herr Galbert 56
4.1.3 „Wenn ich die Musik höre, habe ich meine Mama im Hirn!“ - Frau Oestrich 62
4.1.4 „Wer sind Sie?“ - Herr Bayer 68
4.1.5 „Fühlen Sie ´mal den feinen Stoff!“ - Frau Strauch 74
4.1.6 „Den Text verstehe ich nicht, aber die Melodie ist wunderbar!“ - Herr Stetter 80

4.2 Die Angehörigenarbeit 88
4.2.1 Die Angehörigen 88
4.2.2 Die musiktherapeutische Angehörigengruppe 93
4.2.3 Beiläufige Begegnungen 102

5 Ergebnisse 105

5.1 Wunsch und Fähigkeit der PatientInnen nach zwischenmenschlichem Bezug 105
5.2 Selbstbeobachteter Symptomrückgang und Stimmungsverbesserung 107
5.3 Offenheit für Neues und neue Fähigkeiten 109
5.3.1 Gestaltungsfähigkeit 110
5.3.2 Verantwortung und Hilfe 112
5.3.3 Interesse an unbekannten Musikinstrumenten 113
5.3.4 Improvisieren 114
5.3.5 Neue Musikrichtungen 116
5.4 Förderung der Beziehungsentwicklung durch gründliche Beziehungsarbeit 117
5.4.1 Die sichere Mündung von Exploration und Selbsterleben in Intersubjektivität und Interattentionalität 122
5.4.2 Das gemeinsame Erleben (EBQ Modus 4) – Starre oder Gewinn? 123
5.4.3 Die Bedeutung des Improvisierens für die Beziehungserfahrung 124
5.5 Kompensation von Sprachdefiziten 128
5.6 Bedürfnisse nach Entlastung 129
5.7 Loslassen am Lebensende 130
5.8 Vorfreude und Nachhaltigkeit 132
5.9 Weitere Ergebnisse für die PatientInnen 133
5.10 Weitere Ergebnisse für die Angehörigen 134
5.11 Ergebnisse für das System PatientIn und Angehöriger 135
5.12 Die Bewertung der Musiktherapie 136
5.13 Zusammenfassende Ergebnisse mit Bezug auf die Forschungsfragen 137

6 Konzeptskizze der ambulanten Musiktherapie 142

7 Diskussion und Ausblick 147

Literaturverzeichnis 165
Verzeichnis der Zitate 172
Verzeichnis der Tabellen und Arbeitsmaterialien 173
Lebenslauf 174
Verfasser-Erklärung 176

Anhang 177
I. Videoszenen von den sechs Patienten und Patientinnen 178
II. Interviews mit den sechs Angehörigen 280

1 Einleitung und Stand der Forschung

Im ersten Teil der Einleitung werde ich mich mit der Frage auseinandersetzen, inwiefern die Musiktherapie für Menschen mit Demenz hilfreich sein kann.
In einem zweiten Teil des Kapitels gebe ich einen Überblick über den Stand der Forschung auf dem Gebiet der Musiktherapie für Menschen mit Demenz.

a) Menschen mit Demenz, Verbesserung der Lebensqualität durch Musiktherapie

Demenz ist in der Gesellschaft ein aktuelles Thema. Ca. 1,7 Millionen Menschen in Deutschland sind laut Informationsblatt „Selbsthilfe Demenz“ der Alzheimer Gesellschaft e.V. (2018) an einer Demenz erkrankt. Es existieren verschiedene Formen einer Demenzerkrankung: Das sind im Wesentlichen die Alzheimer Demenz, mit etwa zwei Dritteln der häufigste Typus, die vaskuläre Demenz, die Lewy-Body-Demenz, die frontotemporale Demenz und die Korsakow-Demenz. Demenzen treten vor allem im höheren Alter ab 65 Jahren auf, und die Prävalenzraten steigen stark mit dem Lebensalter an: von mehr als 1 % in der Altersgruppe der 65-69-Jährigen bis zu 40 % bei den 90-Jährigen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 2018).

Das dementielle Syndrom wird über verschiedene Symptome diagnostiziert: Diese sind vor allem die Beeinträchtigung des Gedächtnisses, die Abnahme der Orientierungsfähigkeit, der schleichende Verlust, neue Informationen zu behalten, die schwindende Urteilsfähigkeit und der Verlust von aktiver Sprache und Sprachverständnis. Oft werden diese Veränderungen beim Menschen mit Demenz mit Gefühlen von Angst und Scham begleitet. Eine Demenzerkrankung bringt deutliche Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten mit sich: Während im leichten Stadium noch ein unabhängiges Leben möglich ist und lediglich komplizierte Aufgaben nicht mehr ausgeführt werden können, werden im mittelgradigen Stadium die Beeinträchtigungen eines selbständigen Lebens stärker. Die Wahrnehmungs- und Gedächtnisstörungen verhindern ein planvolles Handeln und führen zu Situationen sich zu verirren. Auch die Persönlichkeit verändert sich: Oft zeigen sich die Betroffenen zurückgezogen, desinteressiert und ängstlich. Sie benötigen dann Unterstützung in ihrem Leben (Wojnar, 2007). Im schweren Stadium werden Personen nicht mehr erkannt, und es fehlen jegliche nachvollziehbare Gedankengänge (Förstl, 2009).

Menschen mit Demenz zeigen begleitend oft eine depressive Symptomatik, besonders in der frühen Phase, wenn ihnen ihre Defizite im Denken und Handeln bewusst werden. Viele einwickeln ein sogenanntes *herausforderndes Verhalten* und zeigen psychopathologische Symptome wie körperliche oder verbale Aggression, apathisches Verhalten, extreme Unruhe, Angst oder Enthemmung.

Sind alte, nicht demente Menschen oft schon von Einschränkungen in ihrer Lebensqualität eingeschränkt (beispielsweise durch zunehmende Morbidität, verringerte Mobilität und Sozialkontakte), so ertragen alte Menschen mit Demenz zu diesen altersbedingten noch die demenzbedingten Einschränkungen, die die Lebensqualität dieser Personengruppe verringert. Der Katalog von Problemfeldern ist lang und beinhaltet beispielsweise das Sehen und Hören, die Sinnesintegration und Apraxien, das Sprechen und das Sprachverständnis, die Motorik, die Vitalität, die Vigilanz und die Fähigkeit zu Konzentration und Ausdauer. Zurzeit ist eine ursächliche Heilung von Demenz weder möglich noch absehbar.

Seit den letzten Jahren verändert sich der Blick auf die Demenzerkrankten in der Gesellschaft ganz allmählich: weg von einer einseitig defizitorientierten Sichtweise hin zu einem Verständnis von Demenz als Daseinsform im Alter. Eine ausschließlich medizinische und verlustorientierte Sichtweise orientiert sich an dem meist progredient verlaufenden kognitiven Abbau und vernachlässigt dabei das (An)Erkennen der verbliebenen Fähigkeiten. Demenz nicht nur als ein Störungsbild, sondern positiv umgedeutet als ein Phänomen anzusehen, eröffnet einen Raum, den Menschen mit Demenz therapeutisch mit nicht medikamentösen psychosozialen Interventionen zu begegnen. Es geht dabei nicht um die (unmögliche) Heilung, sondern um eine höhere Lebensqualität für die Betroffenen, indem in einem Beziehungsgeschehen zwischen PatientenInnen und TherapeutInnen die momentanen Bedürfnisse erkannt und erfüllt werden sollen.

Hierbei gilt es zu unterscheiden: Defizitorientierte kognitive Therapien wie beispielsweise das ROT (Realitätsorientierungstraining) nach Taulbee und Folsom (1966) zeigen keine oder sogar eine negative Wirkung, weil sie Frustrationen hervorrufen können. Dagegen scheinen ressourcenorientierte Verfahren wie die kreativen Therapien, die Selbsterhaltungstherapie und die Ergotherapie besser geeignet, das Wohlbefinden der Patienten und Patientinnen zu stärken. Zu den kreativen Therapien zählen die Musiktherapie, Kunst-, Theater- und Tanztherapie (Haberstroh & Pantel, 2011).

Musiktherapie ist in besonderer Weise geeignet, Menschen mit Demenz in ihrem Wohlbefinden zu unterstützen. Sie ermöglicht, die kognitiv-funktionierende Sichtweise beiseite zu lassen, dem Menschen mit Demenz auf der emotionalen Ebene zu begegnen und dabei stimmige Situationen und Erfahrungen erleben zu lassen. Musiktherapie findet entweder aktiv oder rezeptiv statt. Zur aktiven Musiktherapie gehört das Singen von meist vertrauten Liedern, das Musizieren (metrisches oder rhythmisches Begleiten oder das Improvisieren auf Musikinstrumenten), bei der rezeptiven Musiktherapie werden Musikstücke gehört und das gemeinsame Erleben geteilt und mitgeteilt. Wie genau Musik bei Menschen mit Demenz wirkt, ist noch nicht hinreichend erforscht. Wirkungsstudien belegen aber, dass die Betroffenen durch Musikhören, Singen oder Musizieren (Improvisieren) ihre Stimmung und ihr Selbstwertgefühl verbessern und ihre Wahrnehmungsreize besser kanalisieren können; die wichtigsten Studien hierzu sind im zweiten Teil dieses Kapitels aufgelistet. Beim Liedersingen greifen

PatientInnen bei ihren Problemen im Kurzzeitgedächtnis auf ihr oft noch intaktes Langzeitgedächtnis zurück und erinnern problemlos Melodien und Texte. Damit verbunden ist oft das Erinnern an emotional prägende Situationen aus früherer Zeit, was zum verbalen Austausch anregen und zum Spüren des Selbst beitragen kann. Metrum und Rhythmus in der Musik kommt eine strukturierende Wirkung zu, die sich als hilfreich bei der Verarbeitung von Wahrnehmungsreizen zeigt. Sinnesverknüpfungen können wieder gelingen, die Motorik und Sprache kann sich verbessern. Besonders im fortgeschrittenen Krankheitsstadium vermögen Musik und Musiktherapie das schwindende Sprach vermögen und -verständnis zu kompensieren und zum wichtigsten Kommunikationsmedium zu werden, da sie die aktuelle Stimmung transportieren. Muthesius, Sonntag, Warme und Falk (2010) nennen es die Kraft der Musik, die das zerfallende Selbstbild der Patienten für eine bestimmte Zeit wiederherstellen können. Man könnte sagen, Musiktherapie für Menschen mit Demenz verfolgt den Zweck, diese Menschen wieder vollständiger zu machen.

Beziehung ist für alle Menschen ein grundlegendes Bedürfnis. Nach der Bindungstheorie von John Bowlby (2001) ermöglicht eine emotionale und vertrauensvolle Beziehung eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung des Menschen. Der Wunsch nach Beziehung bleibt dabei ein Leben lang erhalten. Musiktherapie findet immer in einer zwischenmenschlichen Beziehung statt. Somit ist das wohlgemeinte Anstellen einer Musik auf CD in Kombination mit dem Verlassen des Raumes keine Musiktherapie. Nur in der Beziehung sind ein gemeinsames Erleben und ein Mitteilen (wenn auch nur durch kleine Geste oder veränderte Mimik) möglich. Und dieses gemeinsame Erleben signalisiert den PatientInnen wahrgenommen zu werden und stärkt ihr Selbst. Eine musiktherapeutische Beziehung bedeutet immer auch, Einsamkeit der PatientInnen zu verringern und ein Stück der Teilhabe an der Kultur zu ermöglichen.

Musiktherapie als psychosoziales Angebot für Menschen mit Demenz findet ihren Platz auch in der neuen S3-Leitlinie Demenzen. Es wird allerdings angemerkt, dass Musiktherapie dort unzureichend und mit relativ geringen Effekten dargestellt wird; dieser Problematik widmen sich Kehl (2016) und Muthesius (2018).

Im Sommer 2008 bildete sich eine interdisziplinäre Forschungsgruppe um Prof. Dr. Eckhardt Weymann (Leiter des Masterstudiengangs Musiktherapie an der Fachhochschule Frankfurt am Main) und Prof. Dr. Johannes Pantel (Leiter der gerontopsychiatrischen Abteilung am Universitätsklinikum Frankfurt am Main), in der uns verschiedene Fragen bewegten: Wie kann Musiktherapie einen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz liefern? Welche Wirkungen lassen sich beobachten bei der Gruppe von Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz, die (noch) zuhause leben und von ihren Angehörigen gepflegt werden und noch dazu psychopathologische Symptome (sogenanntes herausforderndes Verhalten) zeigen? Diese Menschen sind aufgrund ihres Krankheitsgrads und/oder ihrer Immobilität nicht mehr in der Lage, andere Angebote wahrzunehmen.

Rund 80 % der Demenzerkrankten werden von ihren Angehörigen zu Hause gepflegt. Die häusliche Pflege stellt eine enorme körperliche und psychische Belastung für die Angehörigen dar. Die meisten entwickeln eine depressive Symptomatik, auch deshalb, weil sie zum Beispiel als Sohn oder Tochter zusätzlich noch berufstätig sind. Zur Entlastung pflegender Angehöriger gibt es von verschiedenen Trägern Angehörigengruppen, Gesprächskreise und Schulungsprogramme; Beispiele dazu finden sich im nachstehenden Teil des Kapitels. In der Forschungsgruppe fragten wir uns auch: Wie könnten pflegende Angehörige für sich selbst von der Musiktherapie profitieren? Wie könnte beispielsweise ein musikgestütztes Kommunikationstraining gestaltet sein und welche Erfahrungen könnten dort beobachtet werden?

Unsere Fragen und Diskussionen mündeten in das von 2008 bis 2010 durchgeführte Forschungsprojekt *Klangbrücken*, das im nächsten Kapitel vorgestellt wird.

Zuvor möchte ich einen Blick auf den Stand der Forschung werfen und wichtige Forschungsprojekte nennen. Ich beziehe dabei ältere, zur Zeit unseres Forschungsprojekts *Klangbrücken* bekannte Studien mit ein, nenne aber vorwiegend aktuelle Forschungen.

b) Stand der Forschung

Studien zur Wirksamkeit von Musiktherapie für ältere Menschen wurden fast ausschließlich im stationären Setting durchgeführt. Die Zielgruppe waren Menschen mit Demenz, Depression, Schlaganfall und Parkinson. Hier beschäftige ich mich mit Studien zu Musiktherapie und Demenz, nenne zwei Studien und behandele dann neuere und aktuellste in vorwiegend chronologischer Reihenfolge. Es ist auffällig, dass Großbritannien, Dänemark und Australien aktuell die führenden Länder in der Musiktherapieforschung sind. Hier wurde der neue Begriff der Indirekten Musiktherapie (*indirect music therapy*) gebildet, der den Blick auf die MusiktherapeutInnen und ihre Arbeit erweitert und ihren Kompetenzaustausch (*skill-sharing*) für pflegende Angehörige, Pflegepersonal und andere MitarbeiterInnen benennt und untersucht.

Die Musiktherapieforschung für das häusliche Setting ist gegenüber dem stationären noch unterrepräsentiert. Und die wenigen vorhandenen Studien für den häuslichen Bereich weisen nur eine Behandlungs-/Untersuchungszeit von wenigen Stunden innerhalb einiger Wochen auf; für einen längeren Untersuchungszeitraum gibt es noch keine Forschungsdesigns. Des Weiteren gibt es keine Erkenntnisse über ein musikgestütztes Kommunikationstraining in Angehörigengruppen, da ein solches Angebot noch fehlt.

Die ersten hier genannten sechs Studien sind aus den Jahren 1996 bis 2007; sie gehören zum Wissensstand zu Beginn des Forschungsprojekts *Klangbrücken*, das in dieser Arbeit Gegenstand der Untersuchung sein wird. Danach gehe ich

weitestgehend chronologisch vor und nenne weitere Studien mit Kurzbeschreibung, zuerst diejenigen, die sich auf die PatientInnen beziehen, anschließend diejenigen, die auch die Angehörigen und/oder die PflegerInnen und weitere MitarbeiterInnen miteinbeziehen.

Zum Bereich Demenz gehören zu den älteren Studien die Untersuchungen von Brotons und Pickett-Cooper (1996). Dort wurde festgestellt, dass sich bei AlzheimerpatientInnen Unruhe durch Musiktherapie reduzieren ließ.

In einem Review von 1999 untersuchten Koger, Chapin und Brotons Literatur zu der Frage, ob Musiktherapie ein effektives Verfahren in der Demenz ist.

2003 publizierte Brotons ein Review, einen Literaturüberblick über Musiktherapie bei Demenz.

Und im gleichen Jahr untersuchten Brotons und Marti (2003) die Wirkung von Musiktherapie bei Alzheimer-PatienInnen und ihren pflegenden Angehörigen. Sie veröffentlichten damit eine Studie aus der häuslichen Versorgung.

Argstatter, Hillecke, Bradt, und Dileo (2007) publizierten in einem systematischen Review musiktherapeutischer Metaanalysen (davon 25 auf Demenz bezogen) den Stand der Wirksamkeitsforschung. Sie fanden heraus, dass Musiktherapie eine positive Wirkung auf Agitiertheit, prosoziales Verhalten, Realitätsorientierung und kognitive Fähigkeiten ausüben kann.

Und Wormit, Bardenheuer und Bolay (2007) zeigten im selben Jahr den aktuellen Stand der Musiktherapie als praxisorientierte Wissenschaftsdisziplin in Deutschland auf, nannten Arbeitsfelder, Ausbildungsstätten und verschiedene musiktherapeutische Verfahren.

Ein Literatur-Review von Raglio et al. (2012) berücksichtigte 20 Studien aus den Jahren 2000 bis 2011. Es wurde die Wirkung von Musik und Musiktherapie (Musikhören und aktive Musiktherapie) nach dem BPSD *(behavioral and psychological symptoms of dementia)* untersucht. Die Ergebnisse zeigten zusammengefasst eine Reduktion von unruhigem Verhalten, eine Verbesserung von Kognition und Motorik und führten zu der Empfehlung, Musiktherapie weiter im italienischen Gesundheitssystem zu implementieren.

Aus dem gleichen Jahr stammt die randomisierte, kontrollierte Studie von Sung, Lee, Li und Watson (2012), die in Taiwan mit Gruppenmusiktherapie stattfand. Es wurde ein signifikant tieferes Angstlevel erreicht; während für eine Verringerung von Agitation keine signifikanten Werte gemessen werden konnten.

Die Meta-Analyse von Chu et al. (2015) ergab einen mittelgroßen Effekt von Verringerung bei herausforderndem Verhalten, einen mäßigen bei Angst und depressiven Verstimmungen sowie einen kleinen bei kognitiven Funktionen bei Menschen mit Demenz. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse der unterschiedlichen Studien inkonsistent waren.

Eine randomisierte kontrollierte Studie über die Wirksamkeit von multisensorischer Stimulation im Vergleich zu individualisierten Musiksitzungen bei Menschen mit schwerer Demenz kommt aus Spanien: Sánchez et al. (2016) haben u.a. die Outcomes, Angst, Stimmung und Kognition gemessen. Für die Musikgruppe zeigte sich nach einem Anstieg der Angst eine signifikante Angstreduktion in der Follow-up Phase (nach acht Wochen). In beiden Gruppen konnten signifikante Resultate bezüglich der Stimmungsverbesserung (ebenfalls in der Follow-up Periode) und keine die Kognition betreffende Veränderungen festgestellt werden.

Im gleichen Jahr stellten Ray, Dassa, Maier, Davis und Ogunlade (2016) fest, dass Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz in 28 Pflegeheimen in den USA durch Gruppenmusiktherapie ihr Agitationslevel reduzieren und dieses veränderte Level auch während der Pflegebehandlungen halten konnten, wenn Musikhören durch die Pflegekräfte angeboten wurde. Als eine interdisziplinäre Methode zwischen MusiktherapeutInnen und Pflegekräften wurden MusiktherapeutInnen ermuntert, ihre Fähigkeiten nicht auf das „Behandlungszimmer" zu beschränken, sondern den Unterschied zwischen professioneller Musiktherapie durch MusiktherapeutInnen und der Bereitstellung von Musik durch praktisch jeden anderen zu verdeutlichen.

Speziell bei Alzheimer-PatientInnen fanden Fang, Shengxuan, Huangfu und Calimag (2017) unter anderem heraus, dass Musiktherapie den Abbau kognitiver Funktionsbereiche reduzieren kann. Sie bewerteten musiktherapeutische Interventionen als einen möglicherweise vielversprechenden Behandlungsansatz und empfahlen einen möglichst frühzeitigen Behandlungsbeginn, wiesen aber auch auf die Notwendigkeit weiterer Belege aus künftigen Studien hin.

Zu einer ähnlichen Schlussfolgerung gelangte auch Trainor (2019) in ihrer Studie aus den USA: Sie empfahl Musiktherapie als nichtpharmakologische Behandlung, die frühzeitig beginnen sollte und auf diese Weise dem Gesundheitswesen Kosten ersparen könnte.

Des Weiteren ist das umfangreiche Review der *Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group* von van der Steene et al. (2018) zu nennen. Hier wurden 22 Primärstudien mit insgesamt 89 PatientInnen mit Demenz unterschiedlichen Schweregrads analysiert. Es zeigten sich moderate Effekte in der Verbesserung der depressiven Symptomatik und allgemeiner Verhaltensprobleme, keine oder nur geringe bei agitiertem und aggressivem Verhalten. Insgesamt konnten für Verbesserungen bei Angst, emotionalem Wohlbefinden, Kognition und sozialer Interaktion nur wenig verlässliche Effekte registriert werden, und es wurde auf die Notwendigkeit weiterer Studien hingewiesen.

In dem Review von Klímová, Kuča und Vališ (2019) aus der Tschechei wurden vier kontrollierte randomisierte sowie zwei kontrollierte Studien untersucht. Musiktherapie zeigte hier als nicht invasives Verfahren positive evidenzbasierte Effekte, insbesondere bei der Reduktion von Depression, Angst, Apathie und Agitation,

und es wurden damit die Ergebnisse aus ähnlichen Studien bestätigt. Aufgrund der Fähigkeit der Musiktherapie, beide Hirnhälften ansprechen zu können, wurde weitere Forschung im Hinblick auf die kognitiven Funktionen des Hirns für wünschenswert erachtet.

Als nächstes stelle ich hier vier wichtige Studien aus Dänemark vor: In einer Einzelfallstudie beschrieb Ridder (2011) den Ablauf einer Musiktherapiesitzung mit einer Patientin mit fortgeschrittener Demenz und agitiertem Verhalten in einem Pflegeheim. Ridders Fokus lag auf der Arousal-Regulierung, der Aktivierung des Selbstberuhigungssystems und der Validation. Sie stellte fest, dass es einen schrittweisen und zielgerichteten Beziehungsaufbau bedurfte, um der Patientin die Entwicklung der Aufmerksamkeit zu ermöglichen. Es zeigte sich, dass ihre soziale Isolation und ihr agitiertes Verhalten reduziert sowie ihre Lebensqualität verbessert werden konnten.

Weitere Studien unter Mitwirkung der Autorin Ridder finden sich im Anschluss: Mit den *Dementia Assessment Scales (MiDAS)* wurde eine spezielle Messgröße für Musiktherapie mit Menschen mit Demenz entwickelt (McDermott, Orrell & Ridder, 2014), die ein ganzheitliches Bild des Therapieprozesses widerspiegelt. Die Werte und Ansichten der Menschen mit Demenz sollten miteinbezogen und eine mögliche Zunahme des Wohlbefindens genauer beobachtet und in der Auswertung stärker berücksichtigt werden.

Im gleichen Jahr veröffentlichten die Autoren einen Artikel über die Bedeutung von Musik aus der Perspektive der Menschen mit Demenz, der pflegenden Angehörigen im häuslichen Setting und der MusiktherapeutInnen. Sie fanden heraus, dass es zur Verbesserung der Lebensqualität der PatientInnen unerlässlich ist, jedes Einzelnen persönliche „Musikgeschichte“ *(each person´s musical history*) zu kennen (McDermott, Orrell & Ridder, 2014).

Und in einem Artikel zum Round Table des Weltmusiktherapiekongresses 2017 behandelten McDermott et al. (2018) die Themen Indirekte Musiktherapie *(indirect music therapy)* und Kompetenzaustausch *(skill-sharing)*. Es ging darum, Möglichkeiten zu Schulungen von pflegenden Angehörigen und Pflegepersonal durch MusiktherapeutInnen mit dem Ziel der Kompetenzerweiterung auf dem Gebiet der Kommunikation zu diskutieren und einen multiprofessionellen Austausch zu unterstützen.

Ich nenne nun zwei weitere, neue Studien, die die Wirkung von Musiktherapie auch auf pflegende Angehörige oder PflegerInnen untersuchten. Dieser Fokus hat in den letzten Jahren in der Musiktherapieforschung vermehrt an Gewicht gewonnen:

Sie stammen aus Australien: In der Studie von Baker, Grocke und Pachana (2012) wurde bei Ehepaaren, bei denen eine Person an Demenz erkrankt war, ein tägliches, durch den pflegenden Partner angeleitetes, musikalisches Angebot

durchgeführt. Interaktion, Austausch von Gefühlen und das Wohlbefinden sollten befördert werden. Bei den EhepartnerInnen zeigte sich, dass Gefühle von Angst, Einsamkeit und psychischer Belastung gemindert werden konnten. Die Akzeptanz der Pflegerolle sowie die Beziehung zwischen den PartnerInnen konnte sich wiederbeleben und vertiefen.

Ebenfalls von Baker et al. (2019) stammt die explorative Machbarkeits-Studie für den häuslichen Bereich, die sich mit der Intervention des *Songwriting* für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz beschäftigte. Melodie und Text eines Lieds wurden in sechs Sitzungen unter Anleitung eines Musiktherapeuten erfunden, aufgeschrieben und aufgenommen. Die Angehörigen erlebten diesen kreativen Prozess als zugleich herausfordernd und hilfreich, konnten ihre Emotionen ausdrücken sowie ihr Selbstbewusstsein und die Gruppenidentität stärken.

Zuletzt führe ich eine Reihe von Praxisprojekten an, die in Deutschland stattgefunden haben:

Besondere stationäre Dementenbetreuung Hamburg. Hier handelt es sich um ein 1991 bis 1994 durchgeführtes psychosoziales Hilfsangebot für Menschen mit mittelgradiger und schwerer Demenz und teilweise herausforderndem Verhalten in besonderen Wohneinheiten. Einfühlsames Begleiten in interdisziplinären Teams von MusiktherapeutInnen, ErgotherapeutInnen und Pflegekräften waren die Grundidee des Konzepts (Sonntag, 2004 und Dürrmann, 2001, 2005).

Balsam für die Seele. Haus-Musik. Dieses von 2007 bis 2010 durchgeführte Modellprojekt dokumentierte die musiktherapeutische Arbeit für Menschen mit Demenz in der häuslichen Versorgung durch zwei Pflegedienste in Berlin. Die Ergebnisse bezogen sich im Wesentlichen auf die Verbesserung der Lebensqualität der PatientInnen und die Entlastung der pflegenden Angehörigen (Muthesius, 2010).

Abschiedsmusik. Dieses Projekt hat 2001 bis 2003 in Rendsburg an stationären und teilstationären Alteneinrichtungen stattgefunden. Es wollte einen Beitrag leisten, herausfordernde Verhaltensweisen der BewohnerInnen zu verringern und ihre Lebensqualität sowie das Gesamtklima an den Einrichtungen zu verbessern. Es wirkten professionelle MusiktherapeutInnen des Musiktherapie Instituts Rendsburg sowie pflegerisch und therapeutisch tätige Fachkräfte zusammen (Musiktherapie Institut Rendsburg, 2003).

Musik auf Rädern. Dieses Dienstleistungsunternehmen für ambulante Musiktherapie auch für Menschen mit Demenz wurde 2003 von drei Musiktherapeutinnen an der Universität Münster gegründet. Das Angebot beinhaltete häusliche Einzelmusiktherapie, institutionelle Gruppenmusiktherapie, Angehörigenberatung und musikalische Veranstaltungen. Musiktherapie wurde als Kommunikationsmedium für Betroffene im fortgeschrittenen Stadium angesehen und unterstützte die kreative musikalische Fähigkeit (das

Improvisieren) dieser Patientengruppe (Keller, Klären & Pfefferle, 2006).

Music for Life. Dieses in Deutschland durchgeführte Modellprojekt bezog sich auf die ursprüngliche Studie in London. (Smilde, Page & Alheit, 2014). Sie wurde nicht von MusiktherapeutInnen, sondern von Musikern durchgeführt und wollte von den InitiatorInnen Alheit, Page und Smilde (2015) als innovativer Ansatz der Arbeit mit Demenzkranken verstanden werden. Unter Berücksichtigung des person-zentrierten Ansatzes nach Kitwood (2007) sollten mithilfe von kreativen Workshops und musikalischen Improvisationen Identität und Kommunikation verbessert, Teilhabe praktiziert sowie musikalische Lernprozesse in Gang gebracht werden.

Musiktherapie 360°. Von 2015 bis 2018 lief dieses Projekt der SRH Hochschule Heidelberg, in dem in einem Pflegeheim und einem Krankenhaus die Wirksamkeit und der Stellenwert von Musiktherapie für drei Zielgruppen, ältere (nicht nur demenzerkrankte) PatientInnen/BewohnerInnen, Angehörige und Pflegekräfte, untersucht wurde. Es zeigten sich vor allem eine emotionale und körperliche Aktivierung der PatientInnen/BewohnerInnen und eine Stärkung des sozialen Miteinanders (Wormit, Hillecke, von Moreau & Diener, 2020). Als theoretischer Bezug diente das heuristische ABECI-Modell, eine Kategorisierung von musiktherapeutischen Wirkfaktoren: A-attention modulation, B- behavior modulation, E-emotion modulation, C-cognition modulation und I-interpersonal communication modulation (Hillecke & Wilker, 2007; Wormit et al., 2020).

Unser Forschungsprojekt *Klangbrücken* berücksichtigte den Forschungsstand bis zum Jahr 2008 und richtete sich in seiner Konzeption darauf aus, dazu beizutragen, Erkenntnislücken bei Musiktherapie in der häuslichen Versorgung, bei längerer Behandlungsdauer und bei einem musikgestützten Kommunikationstraining für pflegende Angehörige zu schließen.

2 Das Praxis-Forschungsprojekt *Klangbrücken*

In diesem Kapitel werde ich das Forschungsprojekt *Klangbrücken* vorstellen. Ich beginne mit der Zielsetzung und den Fragestellungen und beschreibe anschließend die Projektorganisation und die Formen des Settings. Danach gebe ich einen Überblick über einige statistische Daten zu den TeilnehmerInnen und ihren Musiktherapiestunden. Dieses Kapitel endet mit einer Veranschaulichung des Forschungsdesigns. Informationen zu dem Projekt sind auch bei Wosch (2011) veröffentlicht.

2.1 Zielsetzung und Fragestellungen

Mit dem Forschungsprojekt *Klangbrücken* sollte herausgefunden werden, welche Wirkungen ambulante Musiktherapie bei mittelgradig bis schwer an Demenz erkrankten Menschen haben kann. Es konnten Patienten eingeschlossen werden, die (noch) zu Hause leben und von Angehörigen versorgt werden. Damit sollten besonders diejenigen erreicht werden, die aufgrund des Schweregrades ihrer Krankheit beziehungsweise mangelnder Mobilität Angebote außer Haus nicht mehr wahrnehmen konnten und somit aus dem Versorgungsnetz herauszufallen drohten.

Eine Reihe weiterer Fragen tauchte auf: Welche Veränderungen würden sich im Untersuchungszeitraum zeigen? Wie würde sich die Beziehungsfähigkeit der Patienten und Patientinnen darstellen und möglicherweise sogar weiter entwickeln? Wäre es möglich, mithilfe musiktherapeutischer Behandlungen psychopathologische Symptome, sogenanntes "herausforderndes Verhalten" wie beispielsweise Unruhe, Aggressivität oder Teilnahmslosigkeit zu verringern? Würde Musik therapie auf diese Weise zur Verbesserung der Lebensqualität der PatientInnen beitragen können?

Eine Besonderheit von *Klangbrücken* lag in dem parallel durchgeführten Angebot für die pflegenden Angehörigen: Sie trafen sich monatlich zu einem Angehörigenabend. Dort stand neben Gesprächen zur persönlichen Entlastung ein von der Musiktherapeutin angeleitetes Kommunikationstraining mit musikalischen Mitteln im Vordergrund. Die Angehörigen sollten damit die Möglichkeit erhalten, sich in einer Gruppe selbst besser kennen zu lernen und neue Verhaltensweisen erproben zu können. Es sollte beobachtet werden, ob sich die Anzeichen der Belastung (die bis hin zur Depressivität reichten) verringern würden. Es sollte den Angehörigen eine veränderte, positive Sichtweise auf den zu pflegenden Menschen ermöglicht werden, um ihnen den Umgang mit dem Erkrankten zu erleichtern.

Parallel zu unseren Untersuchungen wurde innerhalb des Projekts eine psychometrische Begleitstudie von der gerontopsychiatrischen Abteilung der

Universitätsklinik Frankfurt am Main durchgeführt. Dort konnte mithilfe des Verfahrens der Zeitreihenanalyse mehrerer Videomitschnitte von Einzelmusiktherapiesitzungen nachgewiesen werden, dass sich nonverbale Kommunikationsfähigkeit, Wohlbefinden und emotionaler Ausdruck der PatientInnen während der Musiktherapiesitzungen signifikant verbesserten (Schall et al., 2010 und Schall, 2012).

Unsere Ausgangsüberlegungen mündeten in folgende Forschungshypothesen:

1. Musiktherapie zu Hause für Menschen mit Demenz steigert die Beziehungsfähigkeit und leistet damit einen Beitrag zu einer verbesserten Lebensqualität.

2. Bei zu Hause betreuten Personen mit fortgeschrittener Demenz tragen musiktherapeutische Interventionen zu einer Reduzierung psychopathologischer Symptome und problematischer Verhaltensweisen (z. B. Agitation, Affektlabilität, Apathie etc.) bei.

3. Begleitendes, nonverbales Kommunikationstraining mit den pflegenden Angehörigen ermöglicht eine erweiterte, positive Sichtweise auf die Erkrankten und führt zu einer Entlastung (Reduzierung des *caregiver burden)* sowie zu einer Verbesserung der affektiven Befindlichkeit der Angehörigen (z. B. Depressivität).

2.2 Organisation des Projekts

Das Praxis-Forschungsprojekt widmete sich Patienten mit Demenz, die noch zuhause versorgt wurden, aber nicht (mehr) an anderen psychosozialen Angeboten teilnehmen konnten. Eine Besonderheit dieses Projekts war die musiktherapeutische bzw. musikgestützte Angehörigengruppe, die auch als eine Art psychosoziales Kommunikationstraining für den nichtsprachlichen Umgang mit den Demenzbetroffenen fungierte. Die Verbindungslinien zwischen den PatientInnen, Angehörigen und der Musiktherapeutin sollten sich auch in der Namensgebung für das Projekt widerspiegeln. Unter *Klangbrücken* stellte ich mir persönlich ein verbindendes Gebäude vor, das mit klanglicher Begleitung gehört, gesehen, betreten oder überquert werden konnte und zum Verweilen einlud. Man konnte auf der Brücke gemeinsam hinübergehen oder sich dort an beliebiger Stelle begegnen, flüchtig oder für länger.

Unter Federführung des Leiters des Masterstudiengangs Musiktherapie der Fachhochschule Frankfurt am Main (Prof. Dr. Eckhard Weymann) wirkten als Kooperationspartner die gerontopsychiatrische Abteilung des Frankfurter Universitätsklinikums und die Frankfurter Alzheimer Gesellschaft mit. Ich war als Musiktherapeutin zuständig für die häusliche Musiktherapie und für die Angehörigengruppe sowie als Forscherin für die Durchführung des Projekts von der Datenerhebung bis zur Datenauswertung. Die Partner bildeten eine Forschungsgruppe, die regelmäßig tagte. Der Projektleiter und ich berichteten hier vom Fortgang des Forschungsprojekts *Klangbrücken*, die Beteiligten diskutierten die aktuelle

Entwicklung und gaben bei Bedarf Hilfestellungen, beispielsweise bei der Akquise weiterer Patienten und Patientinnen. Kurze gezeigte Videoszenen von meinen Hausbesuchen mit anschließender Erläuterung dienten der Vertiefung eines Verständnisses musiktherapeutischer Prozesse.

Finanziell gefördert wurde das Projekt durch die BHF-Bank Stiftung Frankfurt.

Die Patientenakquise erfolgte durch Empfehlung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den Sprechstunden der Gedächtnisambulanz am Frankfurteter Universitätsklinikum, durch Pressemitteilungen und eine extra eingerichtete Telefonnummer in meiner häuslichen Praxis.

Die Presse berichtete mehrmals über das Projekt: zu Beginn, verbunden mit einem Aufruf zur Teilnahme sowie zweimal während der Laufzeit mit Berichten und Fotos.

Bei einer festgelegten Dauer des Forschungsprojekts von zwei Jahren wurde die Dauer des Behandlungszeitraums der Patienten ein wichtiger Diskussionspunkt und stellte uns vor die Alternative: für jeden Patienten ein ganzes Jahr Musiktherapie oder nur ein halbes und dafür mit der doppelten Patientenanzahl? Ich argumentierte für die geringere Patientenanzahl zugunsten eines längeren Behandlungszeitraums, da ich sehr interessiert war, was sich in einem ganzen Jahr zeigen und (möglicherweise nur aufgrund der längeren Behandlung) entwickeln könnte. Wir entschieden uns für dieses Modell, die Musiktherapie wurde für ein Jahr Behandlungsdauer angesetzt und verteilte sich rein rechnerisch auf 36 Einzelmusiktherapiestunden für jeden aus der Patientengruppe. Es wurden insgesamt 432 Stunden Einzelmusiktherapie und 23 Sitzungen der Angehörigengruppe durchgeführt. Von 19 Patienten und Patientinnen zu Beginn haben elf das Projekt mit voller Stundenzahl durchlaufen. Sie erhielten im Schnitt ein Jahr lang dreimal pro Monat einen Hausbesuch von der Musiktherapeutin. Die Dauer der häuslichen Musiktherapieeinheit wurde für 45 Minuten angesetzt, richtete sich aber individuell nach der Befindlichkeit und den Wünschen des Menschen mit Demenz und konnte auch gelegentlich nur etwa 20 Minuten oder auch mehr als eine Stunde dauern.

Vor dem Beginn der Praxisphase des Forschungsprojekts habe ich in Eigeninitiative eine zweimonatige Pilotphase durchgeführt, bei der zwei Patienten und zwei Patientinnen an meinem Wohnort mit Demenz im mittleren und späten Stadium je drei häusliche Musiktherapiestunden erhalten haben. Die Teilnahme war für sie kostenlos, und die Stunden habe ich videografiert und ausgewertet. Mit der Pilotphase konnte ich mich mit möglichen Formen einer häuslichen Musiktherapie vertraut machen und erste Erfahrungen mit der Auswertung der Videos nach dem EBQ-Instrument (**E**inschätzung der **B**eziehungs**q**ualität, Schumacher, 2010) gewinnen. Das EBQ-Instrument, das in der vorliegenden Arbeit angewendet wird, wird in Kapitel 3.2.1 erläutert. Eine Angehörigengruppe gab es in dieser Pilotphase nicht, aber es fanden mehrere Einzelgespräche mit den pflegenden Angehörigen statt, in denen deutlich wurde,

dass dringender Bedarf für eine Möglichkeit zu ihrer psychischen Entlastung bestand.

2.3 Settings

Die folgenden Abschnitte finden sich auch in abgewandelter Form bei Auch-Johannes und Weymann (2015). Die zwei Untersuchungsfelder musiktherapeutische Hausbesuche für die PatientInnen und musikgestütztes Kommunikationstraining in der Angehörigengruppe machten unterschiedliche Settings erforderlich.

2.3.1 Das Setting für die PatientInnen

Der Erstkontakt

Er fand als Gespräch zu viert statt: Patient oder Patientin, (pflegender) Angehöriger, Musiktherapeutin und psychologischer Mitarbeiter für die geplante, parallel zur Musiktherapie laufende Untersuchung (Schall, 2012).

Beim Erstkontakt waren unterschiedliche Befindlichkeiten und Motivationen der PatientInnen zu berücksichtigen: So forderten zwei viel Aufmerksamkeit ein, und ein anderer verstand den Gesprächsinhalt nicht und mochte in Ruhe gelassen werden und keine Fragen beantworten. Die Angehörigen wünschten sich Informationen über den geplanten Projektablauf und die Arbeitsweise in der Musiktherapie. Der Kollege der begleitenden Untersuchung wollte seine Testungen mit den PatientInnen und Befragungen der Angehörigen durchführen. Und ich als Musiktherapeutin wollte auf alle Beteiligten eingehen, Fragen beantworten und selbst welche stellen, meine Notizen vervollständigen, die zeitliche Planung besprechen und schon einfühlsam und flexibel einen ersten PatientInnenkontakt herstellen. Das Thema der persönlichen Belastung des/der Angehörigen sowie die Berichte über den Krankheitsverlauf der PatientInnen, insbesondere über aktuelle Defizite, gehörten nicht in diese Gesprächsrunde und sollten anschließend in einem anderen Zimmer ohne die PatientInnen besprochen werden, um sie vor Kränkungen zu schützen. Der erste Hausbesuch dauerte ca. eineinhalb Stunden und endete mit dem Austeilen von Informationsblättern und Einverständnisformularen (für die Projektteilnahme und das Erstellen von Videos), die zur Prüfung in Ruhe zunächst bei der Familie verblieben und erst am Tag der ersten Musiktherapiesitzung eingesammelt wurden.

Der musiktherapeutische Hausbesuch als besondere Form eines Settings

Die Musiktherapie fand als Einzeltherapie im Haus bzw. in der Wohnung der PatientInnen statt und begann bereits mit dem Eintreten. Dies konnte jedes Mal eine bedeutsame und spannende Situation für mich als durchführende

Musiktherapeutin sein. Wer öffnete heute die Tür? Welche Atmosphäre zeigte sich? Herrschte vielleicht Hektik, weil der pflegende Angehörige heute mein Kommen vergessen hatte und noch mit der Pflege beschäftigt war, oder wurde ich schon erwartet? Möglicherweise schloss ich mit dem überlassenem Schlüssel selbst auf, hörte gar kein Geräusch und musste meinen Patienten oder meine Patientin auch erst einmal rufend suchen.

Meist traf ich meine PatientInnen an ihrem Lieblingsplatz auf der Wohnzimmercouch, in einem Sessel oder am Esstisch an, wo sie auch meistens für die gesamte Dauer meiner Hausbesuche sitzen blieben. Nur zwei Patientinnen standen gelegentlich zwischendurch auf, um beispielsweise mit mir am Klavier zu spielen, oder sie gingen in andere Zimmer, weil sie dort etwas suchten (z.B. ihre Brille) oder mir etwas zeigen wollten (z.B. ein Foto der Mutter).

Das spezielle Setting des Hausbesuchs hatte für die PatientInnen den Vorteil, dass sie dort zuhause waren und sich vermutlich sicherer fühlten, als wenn sie einen ihnen fremden Praxisraum hätten aufsuchen sollen. Durch das Setting wurde mir die Rolle des Gastes zugeschrieben, und meine häuslichen Behandlungen wurden zu willkommenen Haus-"Besuchen". Der Beziehungsaufbau zu den Patienten und Patientinnen wurde in diesem als sicher erlebten Umfeld erleichtert. Außerdem wurde es mir möglich, schneller in die Lebenswelt meiner PatientInnen mit ihrer Einrichtung, den Bildern und Fotos einzutauchen, sie besser zu verstehen und aus meinen Beobachtungen Ansatzpunkte für Gesprächsthemen zu finden. Wenn ich Angehörige bei meinen Hausbesuchen antraf, erhielt ich in kurzen Gesprächen mit ihnen Informationen über Ereignisse der vergangenen Woche und über aktuelle Befindlichkeiten von Patient/in und Angehörigem.

Mit Bedacht erfühlte ich jedes Mal, wo ich meinen eigenen Platz wählte: gegenüber dem Patienten oder der Patientin, über Eck oder daneben? Es galt, den hier angemessenen Körperabstand zu wählen und diesen je nach Bedarf auch variieren zu können (z.B. hin zu mehr räumlicher Nähe mit Körperkontakt in einer Situation des Tröstens).

Musiktherapie zu Hause ist in der Regel eine Einzeltherapie. Das ermöglichte mir, im Unterschied zu einer Gruppentherapie, meine volle Aufmerksamkeit auf einen Patienten bzw. eine Patientin lenken zu können. Damit wurde die Chance eröffnet, zu einer schneller wachsenden, intensiven Beziehung zu gelangen, die sich an ihren Bedürfnissen orientierte und ihre Individualität förderte.

Überprüfung der Diagnose

Es war sinnvoll, dass ich trotz der vorliegenden medizinischen Diagnose selbst zu einer Beurteilung der PatientInnen kam, aus der ich meine Arbeitshypothese ableitete und ständig überprüfte. Es handelt sich dabei um eine andere Art der Diagnosestellung als beim Arzt: Mit der medizinischen Diagnose im Hinterkopf (zum Beispiel bestimmte Werte von neuropsychologischen Testergebnissen)

waren es die eigenen Beobachtungen, die zu therapierelevanten Schlussfolgerungen führen konnten. Solche Beobachtungen konnten beispielsweise die Bereiche der Wahrnehmungsauffälligkeiten, der emotionalen Ausdrucksfähigkeit oder der Beziehungsfähigkeit betreffen. Eigene diagnostische Erkenntnisse bildeten die Grundlage für meine Arbeitshypothese als Musiktherapeutin, aus der ich gezielte Interventionen entwickelte. Dieser Vorgang war nicht statisch, sondern konnte sich mit neuen Erkenntnissen immer wieder verändern. So führten etwa neue Fragen von mir zu neuen Antworten der Angehörigen; dies erweiterte die Diagnosestellung und verfeinerte die Arbeitshypothese, und das wiederum veränderte die musiktherapeutischen Interventionen (Muthesius, Sonntag, Warme & Falk, 2010).

Das Methodeninventar der Praxis bei den musiktherapeutischen Hausbesuchen

Ein reichhaltiges Methodeninventar erlaubte es, aus der Vielfalt auszuwählen und die Patienten und Patientinnen möglichst nahe an ihren Bedürfnisssen und ihrem Interesse begleiten zu können.

Das Methodeninventar beinhaltete fünf Ebenen:

- Singen
- Sprache
- Instrumentalmusik
- Bewegung
- Stille

Auf allen Ebenen waren aktive Teilnahme und Hören (und ggf. Zuschauen) möglich.

Singen

Hier wurde umfangreiches Liedmaterial bereitgehalten: Volkslieder, darunter auch spezielle Lieder aus der jeweiligen Heimatregion, Schlager, vornehmlich aus der Vorkriegszeit, auch Kunstlieder und Opernarien aus den Epochen Klassik und Romantik und Spätromantik. Des Weiteren waren bedeutsam das situative Singen und das Situationslied, das auch für einen einzelnen Patienten oder eine Patientin komponiert sein konnte. In allen drei Formen wurde die Symbolisierung des Alltagsgeschehens vollzogen. Dieses Angebot reduzierte sich nicht auf das Für-Singen, sondern blieb stets offen für die aktive Mitgestaltung durch den Patienten bzw. die Patientin. Schließlich spielten Formen der vokalen Improvisation eine Rolle: das Spiel mit erfundenen Liedern, Motiven, Vokalen, Lauten, Summen.

Sprache

Sprache wurde in verschiedenen Ausdrucksformen angeboten: als alltags-gewohntes Sprechen, als leicht verfremdete (emotionalisierte) Sprache, als gebundenes Sprechen mit und ohne Unterlegung von Musik. Psychologisch ging es um das Übertragen der Alltagsphänomene von der gewohnten sprachlichen auf die musikalische Ebene, um hier Anstöße zur Symbolisierung und psychischen Entwicklung zu geben. Zur Improvisation wurden Spiele mit Texten, Textteilen, Nonsens-Wörtern und Lauten genutzt.

Instrumentalmusik

In der nonvokalen und nonverbalen Instrumentalmusik wurden folgende Formen angeboten: Lied-Zitate als direkte Liedanklänge, Lied-Paraphrasierungen, *Ostinati* und Liegeklänge, die als „musikalischer Warteraum" Zeit und Platz für neu Entstehendes gaben, frei gestaltete Musik (auch mit gemeinsamen Beiträgen), idiomatisch gebundene Musik wie Tänze und Trauermärsche.

Zur rezeptiven Verwendung waren Stücke aus der Musikliteratur der letzten vier Jahrhunderte im Repertoire und wurden entweder auf gezielte Intervention oder Patientenwunsch hin genutzt.

Bewegung

Zur initiierten Bewegung gehörten Tänze, Sitztänze, Klanggestenspiele und das Schunkeln. Ferner gab es mit improvisierten Bewegungssequenzen Möglichkeiten zur intra- und interpersonellen Beziehung und damit zur Annäherung an die zentrierte Körperlichkeit und den Körperkontakt.

Stille

Die Stille in der Musiktherapie stellte einen wichtigen Entwicklungsraum bereit. Sie war als musikalisches Phänomen der Ort, an dem in dichter Atmosphäre von Aufmerksamkeit und Bezogenheit bereits etwas „da war" und Weiteres entstehen und ausgedrückt werden konnte. In der Stille herrschte Abwarten und Hören; sie bot Raum für Ideen und Ausdruckswünsche und war der Ort des Teilens eines gemeinsamen Anwesendseins. Beide Formen von Musiktherapie, die aktive und die rezeptive, wurden angeboten. So wurde gesungen (mit Gitarrenbegleitung), auf vorhandenen und mitgebrachten Instrumenten improvisiert, Musik verschiedener Epochen und Gattungen gemeinsam angehört, manchmal auch getanzt; es wurde miteinander geredet, gelacht, getrauert und auch einfach nur gemeinsam beieinander gesessen und geschwiegen.

Manchmal war der pflegende Angehörige im Haus anwesend, dann konnte ich vor der Stunde neue Informationen über besondere Vorkommnisse oder die Stimmung des Patienten bzw. der Patientin einholen oder Organisatorisches besprechen. Manchmal betrat ich mit einem Schlüssel allein die Wohnung und musste den überraschten, vielleicht sogar erschrockenen Patienten erst einmal beruhigen. Dabei genügte meist schon das Hochhalten der mitgebrachten Gitarre in der farbigen Schutzhülle. Sie diente als Erkennungszeichen und aktivierte offenbar eine Insel der Erinnerung an eine angenehme Zeit mit Musik, auch wenn sich keiner der PatientInnen im Projekt an meinen Namen erinnern konnte.

2.3.2 Das Setting für die Angehörigen

Die pflegenden Angehörigen bildeten eine Gruppe, die sich einmal monatlich für 90 Minuten im Musiktherapieraum der Fachhochschule Frankfurt traf. Unter meiner Anleitung sollten sie an einem musikgestützten Training teilnehmen, um ihre Wahrnehmungsfähigkeit, ihr Selbstwertgefühl und ihre Kommunikationsfähigkeit zu verbessern und psychische Entlastung zu erfahren. Im Raum, der mit vielen ansprechenden Musiktinstrumenten bestückt war, hatte ich stets einen Stuhlkreis für die Teilnehmer angeordnet. Dort fanden die Begrüßung, Verabschiedung und die Geprächsteile der Abende statt. Zu den instrumentalen Improvisationen bewegten sich die TeilnehmerInnen im ganzen Raum, wählten sich ihre Instrumente für die Improvisationen aus und holten sie sich an ihren Platz im Stuhlkreis. Mit wachsender Erfahrung und stärkerem Selbstbewusstsein verteilten sie sich dazu mit ihren Instrumenten im ganzen Raum, um beispielsweise Sichtkontakt zu den anderen Gruppenmitglieder herzustellen und klangliche Abstimmung zu erleichtern.

<u>Methodeninventar der Praxis in der musiktherapeutischen Angehörigengruppe</u>

Grundsätzlich wurde hier dasselbe Methodeninventar wie bei den musiktherapeutischen Hausbesuchen bereitgehalten: Die fünf Ebenen waren auch hier Singen, Sprache, Instrumentalmusik, Bewegung und Stille (siehe 2.3.1).

Es wurde in der Angehörigengruppe von mir im Vorfeld eine andere Gewichtung der einzelnen Ebenen angenommen: z.B. weniger emotionalisierte zugunsten von realer Sprache und weniger Singen und Bewegung zugunsten von instrumentalem Improvisieren vermutet. Trotzdem sollte das methodische Angebot offen bleiben und sich nach den Bedürfnissen und Wünschen der Gruppe richten. Beide Formen der Musiktherapie, die aktive und die rezeptive, wurden auch in der Angehörigengruppe angeboten.

2.4 Überblick und Statistik

Für das Forschungsprojekt wurden Erstgespräche mit 22 PatientInnen und ihren

Angehörigen geführt; drei von ihnen haben vor dem ersten Hausbesuch abgesagt: bei zwei dieser Angehörigen erschien der zeitliche und organisatorische Aufwand, einmal monatlich in die Fachhochschule zu fahren, zu hoch. In der dritten Familie hat die pflegende Tochter für ihren Vater abgesagt, der schließlich doch nicht teilnehmen wollte.

Die nachstehende Tabelle Nr. 1 „Die PatientInnen im Überblick“ zeigt, dass 19 PatientInnen das Projekt begonnen und elf von ihnen mit der vollen Anzahl von 36 bzw. 33 vorgesehenen Musiktherapiestunden auch abgeschlossen haben. Zu der Anzahl von 36 und 33 Gesamtstunden ist Folgendes zu erläutern: Es stand im Vorfeld ein Kontingent von 432 Stunden zur Verfügung, das für 12 Patienten in je 36 Musiktherapiestunden aufgeteilt werden sollte. Nachdem jedoch auch Therapieabbrüche vorkamen, wurden zum Projektende hin die verbliebenen 99 Therapiestunden gleichmäßig zu je 33 auf die letzten drei Patienten verteilt. Daher ist bei den Patienten Nr. 10, 11 und 19 der nachstehenden Tabelle die Anzahl von 33 als volle Stundenzahl anzurechnen.

Begonnen wurde die häusliche Musiktherapie mit sechs PatientInnen, und bei Ausscheiden wurde zeitnah nachbesetzt. Nach Ablauf der Projektzeit waren 11 PatientIinnen im Alter zwischen 68 und 101 Jahren und ihre pflegenden Angehörigen jeweils ein Jahr lang musiktherapeutisch begleitet worden.

Die 19 Patienten hatten alle eine Demenz im mittleren bzw. späten Stadium, elf von ihnen vom Typ Alzheimer, zwei eine vaskuläre Demenz, eine eine frontotemporale Demenz und fünf eine Demenz nicht näher bezeichneten Typs. Bei einem Patienten lag zusätzlich eine Diagnose einer Depression vor und bei einem weiteren die einer Parkisonerkrankung.

Dazu zeigten die Patienten verschiedene psychopathologische Auffälligkeiten; sie sind für die in dieser vorliegenden Arbeit ausgesuchten und untersuchten PatientInnen im Kapitel 5.2 "Selbstbeobachteter Symptomrückgang und Stimmungsverbesserung während des Behandlungsjahres" benannt.

Bei acht Patienten und Patientinnen kam es zu einem Therapieabbruch, für den es unterschiedliche Gründe gab: Bei einer Patientin habe ich selbst die Therapie aufgrund zurückgegangenen Interesses nach 14 Stunden beendet. Zwei Patienten haben mir nach sechs bzw. zwei Musiktherapiestunden signalisiert, dass sie keine weiteren Hausbesuche mehr wünschten. Von diesen beiden, die vorzeitig abbrachen, hatte sich bei einer Patientin das Schlafbedürfnis deutlich verschärft, sodass sie keinerlei Angebote mehr annehmen wollte. Der andere Patient war ein ehemaliger Hochschulprofessor, der dachte, dass ich durch ihn die Betreuung meiner Doktorarbeit wünschte. In dieser festen Annahme zeigte er sich unglücklich darüber, dass er keine Fachkraft für Musik sei und mir nicht helfen konnte. Es gelang ihm nicht, in einem Patient-Therapeutin-Modell einen Platz für sich zu finden. Bei zwei Patienten beendeten die jeweiligen Ehepartner die Musiktherapiebehandlung trotz eines vielversprechenden Beginns nach dem jeweils zweiten Hausbesuch mit der Begründung, das Angebot sei nicht geeignet

Tabelle 1: Die PatientInnen im Überblick (Namen pseudonymisiert)

Nr.	Name	m/ w	Geb.-jahr	Diagnose	Pfl. Ang.	Mth -St.	Abbruch durch	Inter-view	priv. Wf
1	Schwan	w	1928	Vaskuläre Demenz	Ehemann	36		ja	ja
2	Galbert	m	1933	Alzheimer, Depression	Ehefrau	36		ja	ja
3	Weiss	w	1936	Vaskuläre Demenz	Sohn	36		ja	nein
4	Bayer	m	1908	Alzheimer	Tochter	36		ja	nein
5	Oestrich	w	1928	Vaskuläre Demenz	Tochter	36		ja	nein
6	Mühlbeck	w	1934	Alzheimer	Ehemann	36		ja	ja
7	Strauch	w	1923	Demenz	Sohn	36		ja	nein
8	Stetter, H.	m	1920	Alzheimer	Sohn	36		ja	nein
9	Stetter, I.	w	1929	Alzheimer	Sohn	14	Musik-therapeutin	nein	entf.
10	Prinz	w	1937	Frontotem Demenz	Ehemann	33		ja	nein
11	Bleul	w	1931	Alzheimer	Ehemann	33		ja	ja
12	Böcklin	w	1908	Demenz	Tochter	9	Tod	nein	entf.
13	Ayaz	w	1935	Alzheimer	Tochter	6	Patientin	nein	entf.
14	Filbinger	m	1921	Demenz	Ehefrau	8	Tod	nein	entf.
15	Leister	m	1941	Demenz	Ehefrau	2	Patient	nein	entf.
16	Schulze	m	1932	Alzheimer, Parkinson	Ehefrau	2	Ehefrau	nein	entf.
17	Rhode	w	1940	Alzheimer	Ehemann	2	Ehemann	nein	entf.
18	Unterbach	m	1921	Alzheimer	Ehefrau	2	Tod	nein	entf.
19	Wandler	w	1922	Demenz	Tochter	33		ja	ja

Abkürzungen: m (männlich), w (weiblich), priv. Wf (private Weiterführung), entf. (entfällt)

für den Ehepartner und rege ihn/sie auf. Diese Sichtweise konnte ich nicht teilen und sah hier die Gründe in eifersüchtigen Gefühlen der pflegenden Ehepartner. Ein Patient und zwei Patientinnen verstarben in der Woche nach der zweiten, achten und neunten Musiktherapiestunde.

Fünf Angehörige haben die Musiktherapie für ihr Familienmitglied bei mir auf privater Basis fortlaufen lassen: zwei für jeweils ein weiteres Jahr, einer für zwei Monate. Bei zwei Familien wurde die Musiktherapie im Anschluss an das Projekt an einen der beiden Musiktherapeuten im Praktikum übergeben, wo sie noch mehr als acht Jahre durchgeführt wurde.

Die Angehörigengruppen haben einmal pro Monat stattgefunden; für jeden Angehörigen wurden somit innerhalb des ganzen Therapiejahres zwölf Termine angeboten. Die Abende wurden regelmäßig besucht, und jeder Angehörige mit einem Patienten oder einer Patientin mit voller Musiktherapieanzahl hatte durchschnittlich an 10 Terminen teilgenommen. Zum letzten Treffen wurden alle Angehörigen aus dem Projekt eingeladen: An diesem Abend waren auch die Leiter des *Bürgerinstituts* und des Vereins *Leben mit Demenz* anwesend und konnten den Angehörigen mit verschiedenen Angeboten unterstützende Perspektiven aufzeigen. Bei diesem letzten offiziellen Treffen hat sich die Gruppe eine Fortführung dieser Abende unter meiner Anleitung gewünscht, und es konnten im folgenden Jahr noch vier weitere Angehörigentreffen im vierteljährlichen Turnus stattfinden.

2.5 Das Forschungsdesign

Die Auswahl der Patientengruppe für die vorliegende Arbeit

Von allen 19 Patienten und Patientinnen im Forschungsprojekt fanden sechs Eingang in diese Arbeit (PatientInnen Nr. 1, 2, 4, 5, 7 und 8 aus der Tabelle Nr. 1, S. 25). Zur Entscheidung für diese Auswahl waren meine folgenden Überlegungen maßgeblich:

Es sollten PatientInnen sein, die den vollen Behandlungszeitraum durchlaufen hatten, also ein ganzes Jahr lang Musiktherapie erhalten hatten. Auf diese Weise sollten sie die Möglichkeit für einen langen Entwicklungsaufbau bekommen. Und ich wollte während dieser Behandlungsphase über einen langen Zeitraum mit einer Anzahl von fünf bis sieben Videos möglichst viel Datenmaterial für die Auswertung erstellen können.

Nach Erfüllung dieses Kritiriums ließ ich mich bei der Auswahl der Patienten von Diversität leiten, und es war mir wichtig, Patienten mit unterschiedlichen Demenzformen und psychopathologischen Symptomen auszusuchen. Somit wählte ich je drei Männer und drei Frauen, von denen zwei improvisierten, davon eine vokal und einer instrumental, und sich vier Patienten auch musikalisch aktiv einbrachten, jedoch gar nicht improvisierten.

Auch die Form ihrer Demenz und psychopathologischen Symptome reichte von Demenz des Typs Alzheimer (4), über vasulärer Demenz (1) zu nicht spezifizierter Demenz (1). Ihre psychopathologischen Auffälligkeiten zeigten sich sich in Angst und Depressivität (3) , bei einem Patienten von ihnen in einer schweren Form mit suizidalen Episoden verbunden mit aggressivem Verhalten, Logorrhoe (2) und Apathie (1).

Das Einzelsetting in der Musiktherapie sollte mir ermöglichen, auf die Individualität der Menschen in dieser Patientengruppe einzugehen und unterschiedliche Therapieinhalte und -prozesse zu zeigen.

Auch in der Gruppe der pflegenden Angehörigen dieser sechs Patienten zeigte sich eine Heterogenität dar: es waren die Ehefrau (1), der Ehemann (1), die Töchter(2) und die Söhne (2) meiner sechs Patienten und Patientinnen.

Das Forschungsdesign lässt sich als umseitige Übersicht darstellen. Das methodische Vorgehen zur Erhebung, Aufbereitung und Auswertung der Daten soll im folgenden Kap. 3 ausführlich erläutert werden.

Das Forschungsdesign im Überblick

<table>
<tr><td colspan="2">Qualitatives Design: Einzelfallanalyse</td></tr>
<tr><td colspan="2">Wie wirkt Musiktherapie im Hinblick auf eine Verbesserung der Beziehungsfähigkeit der PatientInnen, eine Reduzierung ihrer psychopathologischen Symptome und dadurch eine Verbesserung ihrer Lebensqualität?

Wie verbessert sich die Befindlichkeit der pflegenden Angehörigen durch positive Sichtweise auf den Patienten bzw. die Patientin und durch Entlastung?</td></tr>
<tr><td colspan="2">Datenerhebung:</td></tr>
<tr><td>PatientInnen:
Extrahierung relevanter Videoszenen</td><td>Angehörige:
Transkription der Interviews in verdichtete Form der Schriftsprache</td></tr>
<tr><td colspan="2">Aufbereitung:</td></tr>
<tr><td>PatientInnen:
Extrahierung relevanter Momente aus Videoszenen</td><td>Angehörige:
Transkription der Interviews in verdichtete Form der Schriftsprache</td></tr>
<tr><td colspan="2">Auswertung:</td></tr>
<tr><td>PatientInnen:
Erstellen zusammenfassender Texte nach Darstellung und Interpretation der Videoszenen</td><td>Angehörige:
Bildung eines Kategoriensystems nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse
Erstellen zusammenfassender Texte
Erstellen vergleichender Texte</td></tr>
<tr><td colspan="2">Zusammenführung und Interpretation der Textinhalte
Beschreibung der Ergebnisse in Bezug auf die Forschungsfragen</td></tr>
</table>

3 Auswertungsmethodik

Dieses Kapitel stellt die Schritte der Auswertungsmethodik von der Datensammlung über die Bearbeitung bis zur Interpretation dar. Dabei wird auch das jeweilige theoretische Gerüst zu den audiovisuellen und verbalen Daten erläutert. Eingeleitet wird das Kapitel mit einigen Überlegungen zur qualitativen Forschung.

3.1 Qualitative Forschung als methodischer Zugang

Im Vorfeld habe ich mich als Forscherin mit zwei unterschiedlichen Leitgedanken auseinander gesetzt: dem quantitativen und dem qualitativen Ansatz. Mischformen, in denen qualitative Daten auch quantitativ oder umgekehrt ausgewertet werden können, nennen beispielsweise Bernard und Ryan (2010). Die Gegensätze zwischen quantitativer und qualitativer Forschung scheinen durch einen dritten, den Mixed-Methods-Ansatz, gemildert zu sein.

Während die quantitative Forschung beispielsweise besonders große Glaubwürdigkeit herausstellt, weil sie auf Fakten ausgerichtet eine größere Objektivität innehat, Messtechniken verwendet und Standardisierung und Objektivität ermöglicht, zeigt sich der qualitative Ansatz anders: Hier steht die Generierung von neuem, tieferem Wissen über einen Forschungsgegenstand im Vordergrund. Die Forschung ist interpretativ und subjektiv und beschäftigt sich mit Fragen nach dem Warum und dem Wie. In der psychotherapeutischen Forschung haben qualitative Ansätze mittlerweile an Bedeutung gewonnen. Die Entscheidung für einen bestimmten Ansatz ist im Wesentlichen vom Forschungsgegenstand und den Forschungsfragen abhängig. Die vorliegende Forschungsarbeit bezieht sich auf einen qualitativen Ansatz, denn dieser verspricht mir im Gegensatz zum quantitativen Vorgehen Antworten auf die Forschungsfragen. Es handelt sich hier mit den Texten aus den Interviews mit den pflegenden Angehörigen und den Filmaufnahmen von Musiktherapiestunden um ein qualitatives Datenmaterial. Die Auswertung erfolgt ebenfalls qualitativ. Im Vordergrund steht der Subjektbezug im Gegensatz zu einer in der quantitativen Forschung angestrebten Objektivität. Im Mittelpunkt meiner Überlegungen stehen die Forschungsfragen, mein Vorwissen und meine Vorannahmen. Mithilfe von induktiver Vorgehensweise gehe ich vom jeweiligen Einzelfall aus und versuche die Konstruktion einer Wirklichkeit aus subjektiver Sicht. Unter Berücksichtigung der Forschungfragen ist es mein Ziel, mit einer offenen Haltung Phänomene und Entwicklungen erleben, beschreiben, nachvollziehen, interpretieren und Bedeutungen finden zu können. Danach kann der Schritt zu einer Verallgemeinerung erfolgen, bei dem weitere Bedeutungen gefunden werden können (Weymann, 2004). In der Doppelrolle als Therapeutin und Forscherin werden mehrere Aspekte zu berücksichtigen sein, die ich im Kapitel 7 „Diskussion“ beschreiben werde.

Qualitätskriterien

Zur Absicherung des Forschungsprozesses habe ich in dieser Arbeit folgende Gütekriterien nach Mayring (1993) angewendet, die er als die wichtigsten sechs in der qualitativen Forschung nennt:

- Verfahrensdokumentation
- Regelgeleitetheit
- Argumentative Interpretationsabsicherung
- Gegenstandsangemessenheit
- Kommunikative Validierung
- Triangulation

Des Weiteren folge ich fünf Gütekriterien von Strübing (2016), der sie Prinzipien nennt:

- Das Prinzip der Gegenstandsangemessenheit
- Das Prinzip der Offenheit
- Das Prinzp der Kommunikation
- Das Prinzip der Prozesshaftigkeit
- Das Prinzip der Reflexivität

Weitere Gütekriterien sind für mich gültig:

- Universalität
- Spezifität
- Limitation

Der Datenpool rekrutierte sich aus verschiedenen Quellen: Aus den Videos der musiktherapeutischen Hausbesuche wurden audiovisuelle und aus den Interviews mit den pflegenden Angehörigen verbale Daten gewonnen.

Zusätzliche schriftliche Daten wurden aus den Protokollen der musiktherapeutischen Hausbesuche und der Angehörigengruppen sowie aus verschiedenen

Notizen erhoben. Sie machen nur einen kleinen Teil der Datenerhebung aus und werden im Kap. 3.4 „Weitere Daten“ dargestellt.

3.2 Audiovisuelle Daten Videoanalyse

Die meisten Patienten waren aufgrund des Schweregrads ihrer Erkrankung nicht in der Lage, den Videoaufnahmen selbst zuzustimmen. Der Einsatz dieses Dokumentationsinstruments wurde ethisch gründlich reflektiert und schließlich bejaht. Die Vorteile von Videoaufzeichnungen lagen vor allem in der höheren Objektivität, da hier Beobachtungen nicht von der einen berichtenden Person aktuell notiert werden, sondern von verschiedenen Betrachtern und zu verschiedenen Zeiten Beobachtungen gemacht werden können. Sie ermöglichen gewissermaßen mehrere Perspektiven auf die zu beobachtenden Situationen. Auch für die Analyse bieten Videos den Vorteil, unabhängig von der Erinnerung Beobachtungen zu vertiefen oder zu revidieren. Zu bedenkende Nachteile sind zum einen, dass die Kamera auch nur das Sicht- und Hörbare aufzeichnet und die ganze Situation weder erfassen noch wiedergeben kann. Aufgezeichnet wird nicht die Wirklichkeit, sondern stets ein Ausschnitt daraus, der interpretiert werden muss. Muthesius et.al. (2011) betonen, dass das *Wie* in einer Szene (immer wiederholbar) gezeigt werden kann, aber nicht das *Warum* des Handelns.

Zum anderen geht es um den Persönlichkeitsschutz der PatientInnen. Diesem weitestgehend zu entsprechen, wurde mit den Angehörigen ein individueller Verwendungsmodus der Aufnahmen für andere Aktivitäten (z.B. Fach-Vorträge und Seminare) außerhalb des Forschungsprojekts besprochen und die Zustimmung gesondert vereinbart.

3.2.1 Das EBQ-Instrument Einschätzungsskala Beziehungsqualität

Analysiert wurden die Videos nach dem EBQ, der Einschätzungsskala Beziehungsqualität. Das EBQ-Instrument wurde von Schumacher und Calvet (Schumacher, 2000) entwickelt, und zwar als Evaluierungsinstrument für Kinder mit Autismus-Diagnose und anderen tiefgreifenden Entwicklungsstörungen. Später wurde eine Beschreibung des EBQ mit Praxisbeispielen auf beiliegender DVD publiziert (Schumacher, Calvet & Reimer, 2011). Das EBQ basiert auf folgenden theoretischen Grundlagen der Entwicklungspsychologie: dem Selbstkonzept von Stern (2007), der Verhaltensorganisation von Brazelton (1973) und Als (1986), der Bindungstheorie von Bowlby (2001a) und in der Weiterentwicklung von Grossmann (1997) sowie Grossmann und Grossmann (2004), der sozial-emotionalen Entwicklung von Sroufe (1997) und der neueren Hirnforschung von Hüther (2003).

Beziehungsfähigkeit gehört zur angeborenen Ausstattung eines Menschen. Die Qualität einer zwischenmenschlichen Beziehung ist gekennzeichnet durch den Grad an gegenseitigem Einfühlungsvermögen. Das Selbstkonzept Sterns hilft, die

Entwicklungsstufen, die zu einer guten Beziehungsqualität führen, in ihrem schrittweisen Aufbau zu berücksichtigen. Stern unterscheidet vier Phasen, in denen sich das Selbst entwickelt. Diese Phasen entstehen nacheinander und bleiben bis zum Lebensende bestehen; sie werden nachstehend aufgeführt und kurz beschrieben (Stern, 2007):

- Das Empfinden eines auftauchenden Selbst
- Das Empfinden eines Kernselbst
- Das Empfinden eines intersubjektiven Selbst
- Das Empfinden eines verbalen Selbst

Das Empfinden eines auftauchenden Selbst

Der Ursprung dieser Phase liegt in der pränatalen Zeit. Säuglinge sind bereits in der Lage, mit ihren Fähigkeiten zu Wahrnehmung und Erleben, Blickkontakt zur Kontaktperson herzustellen und Verhalten nachzuahmen.

Das Empfinden eines Kernselbst

Das Kernselbst beginnt ebenfalls in der vorgeburtlichen Zeit und beinhaltet die Urheberschaft, Kohärenz und Kontinuität des Selbst. Hier entwickelt sich auch das Selbst in Resonanz eines Anderen. Affekte müssen durch den Anderen reguliert werden, den der Säugling noch nicht als Person, sondern als Sicherheit gebende Umrahmung wahrnimmt.

Das Empfinden eines intersubjektiven Selbst

Zwischen dem siebten und neunten Lebensmonat können Säuglinge ihre Gefühle mit denen des Anderen in Verbindung bringen, was zu einem gemeinsamen Erleben führt. Für das Erreichen dieser Intersubjektivität werden drei Merkmale sichtbar: eine gemeinsame Aufmerksamkeit *(Interattentionalität)*, eine intentionale Gemeinsamkeit *(Interintentionalität*) und ein gemeinsames Erleben von affektiven Zuständen *(Interaffektivität)*.

Das Empfinden eines verbalen Selbst

Im zweiten Lebensjahr beginnt beim Kleinkind die Sprache. Der Erwerb des neuen Mediums des Austausches bedeutet eine Erweiterung des interpersonalen Erlebens und der Möglichkeit, mit Worten neue Bedeutungen zu erlangen.

Gleichzeitig können nach Stern auch Nachteile entstehen: Durch die Sprache kann das eigene Erleben auf eine unpersönliche und abstrakte Ebene reduziert werden.

Die Theorie des EBQ-Instruments bezieht auch das Konzept der Feinfühligkeit nach Ainsworth (2003) mit ein. Mary Ainsworth versteht unter dem Begriff der Feinfühligkeit (*maternal sensivity*) die Qualität der Reaktionen der Mutter (oder anderer Bezugspersonen) auf die Bedürfnisse des Kleinkindes. Die vom Kind ausgesendeten Signale sollten im Idealfall umfassend wahrgenommen und prompt und angemessen beantwortet werden. Dazu gehört, zur Verarbeitung notwendige Pausen, die sich in einem kurzfristigen Abwenden des Kindes äussern, nicht als Ablehnung der eigenen Person zu interpretieren und Blickkontakt wiedereinzufordern. Vielmehr ist es richtig, gelassen und aufmerksam zu warten, bis das Kind wieder von sich aus den Blickkontakt wiederaufnimmt.

Das EBQ-Instrument besteht aus vier Skalen:

- Therapeutenskala (TBQ)
- Skala des körperlich-emotionalen Ausdrucks (KEBQ):
- Skala des instrumentalen Ausdrucks (IBQ)
- Skala des vokalen Ausdrucks (VBQ)

Eine fünfte Skala für den sprachlichen Ausdruck (SBQ) befindet sich in

Vorbereitung.

Jede Skala enthält Hauptmerkmale, die die Beobachtungsschwerpunkte festlegen, das sind u.a:

- TBQ): Ausgangspunkt, Affektlage des Therapeuten, Arbeitshypothese, Intervention und deren Gerichtetheit, musikalische Mittel, Spielraum
- KEBQ: Beziehung, Körperkontakt, Affekt, Blick
- IBQ: Instrument, Objektbezug, musikalische Mittel, Spiel-/Tonraum
- VBQ: Stimme, intra-/interpersonelle Beziehung, stimmlich-vorsprachliche Ausdrucksmittel

Die Beziehungsqualität wird in sieben Modi (von 0 bis 6) eingeteilt:

- Modus 0: Kontaktlosigkeit/-abwehr/Pause
- Modus 1: sensorischer Kontakt/Kontakt-Reaktion
- Modus 2: funktionalisierender Kontakt
- Modus 3: Kontakt zu sich selbst/Selbsterleben
- Modus 4: Kontakt zum Anderen/Intersubjektivität
- Modus 5: Beziehung zum Anderen/Interaktivität
- Modus 6: Begegnung/Interaffektivität

Wenn man das EBQ-Instrument von der Zielgruppe Kinder mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen auf Menschen mit Demenz übertragen will, ist die veränderte Ausgangslage zu berücksichtigen: Entwicklungsgestörte Kinder sollen in der Musiktherapie linear aufbauend weitere Beziehungsqualitäten erreichen, bei Menschen mit Demenz gehen wir hingegen davon aus, dass sie bereits alle Beziehungsqualitäten in ihrem Leben erreicht haben und nun aufgrund ihrer Krankheit den Zugang zu allen oder einigen verlieren. Ein musiktherapeutisches Beziehungsangebot soll demnach mit abgestimmten (und nicht überfordernden) Interventionen die PatientInnen unterstützen, ihr Repertoire an Beziehungsqualitäten zu erhalten und wieder zu erweitern. Eine solche Angemessenheit zu erreichen ist ein Zweck des Einsatzes des EBQ-Instruments. Es soll ein (Klang)-Raum bereitgestellt werden, in dem Begegnung auf individuellem Anspruchsniveau angeboten wird. Außerdem sollen mithilfe der Skalen Entwicklungen und Verläufe dokumentiert werden können.

Ich nenne als nächstes adäquate musiktherapeutische Interventionsformen für die Arbeit mit Menschen mit Demenz unter Berücksichtigung der einzelnen Modi:

Modus 0: Kontaktlosigkeit/-abwehr/Pause

Musik hat die Funktion des Einhüllens, es werden kein direktes Kontaktangebot an die PatientInnen gemacht und auch keine Reaktion erwartet. Mit viel Zeit wird ihnen die Möglichkeit gegeben, sich in der Musik mit lang klingenden Instrumenten und Stimme in ihrem So-Zustand angenommen und geborgen zu fühlen.

Modus 1: sensorischer Kontakt/Kontakt-Reaktion

In diesem Modus tauchen erste, kleine und zufällige Reaktionen oder Äußerungen der PatientenInnen auf und werden von der TherapeutInnenseite

her spontan beantwortet. Als Vorstufe zum Kontakterleben im Modus 3 (Selbsterleben) verstanden sind Impulse vom Musiktherapeuten oder von der Musiktherapeutin notwendig, um eine Hilfestellung für die Wahrnehmung der Bedürfnisse der PatientInnen zu geben. Die musikalischen Parameter wie etwa Tonhöhe und Tempo sollen sich den Äußerungen der PatientInnen anpassen, um die Verknüpfung verschiedener Sinnesreize zu unterstützen.

Modus 2: funktionalisierender Kontakt

Hier äußern die PatientInnen ihre affektiven Bedürfnisse stimmlich oder mit einem Musikinstrument. Da die Affektlage meist gespannt ist, ist es notwendig, dass sich MusiktherapeutInnen funktionalisieren lassen, d.h. als Hils-Ich die Energie des Affektes musikalisch (vokal oder instrumental) aufnehmen und allmählich so gestalten, dass eine entlastende Situation für die PatientInnen entsteht. Die Affektgestaltung kann beispielsweise in ein improvisiertes Lied mit persönlichem Text münden.

Modus 3: Kontakt zu sich selst/Selbsterleben

Im Modus 3 können Patient und Patientin Urheberschaft und Selbstkohärenz erproben. Eigene gesungene Töne werden oft mit Staunen und Stolz wahrgenommen oder ein Musikinstrument oft mit langer Phase der Konzentration und Freude ausprobiert. Musiktherapeut oder -therapeutin unterstützen diese Exploration durch Beobachten und das zurückgenommene, unaufdringliche eigene Spiel. Durch musikalische Anregungen wie z.B. das Verändern der Lautstärke können Impulse gesetzt werden, die den musikalischen Ausdruck im Fluss halten und die Phase der Exploration erhalten.

Modus 4: Kontakt zum Anderen/Intersubjektivität

Der Patient zeigt nun Interesse am Musiktherapeuten als Person und möchte ein gemeinsames Erleben teilen. Es werden Freude und emotionale Nähe beim gemeinsamen Spielen und Singen erlebt und mit rückversichernden Blicken geteilt. Beide beziehen sich auf das gemeinsame Thema des Zusammenmusizierens und stimmen Tempo, Lautstärke usw. aufeinander ab. Der Wunsch nach Pausen wird berücksichtigt, sie dienen der Verarbeitung des Erlebten und können zu bewusstem Wiedereinsteigen mit gesteigertem musikalischen Ausdruck führen.

Modus 5: Beziehung zum Anderen/Interaktivität

Mit der Fähigkeit des Nach- und Mitmachens rückt jetzt der musikalische Dialog

in den Vordergrund. Im Spiel können eigene melodische oder rhythmische Motive eingebracht und vom Anderen übernommen werden. Musiktherapeutisch wird mit Imitation und Variation der wechselseitige Austausch unterstützt. Es bildet sich eine zwischenmenschliche Nähe, in der der Wunsch zu länger anhaltendem Austausch entstehen und in die Improvisation führen kann. Im fortgeschrittenen Stadium einer Demenzerkrankung wird das Erreichen des Modus 5 erschwert.

Modus 6: Begegnung/Interaffektivität

Beide SpielpartnerInnen befinden sich in einer positiven Affektlage und gestalten ihr Spiel in emotionaler und vertrauter Verbundenheit. Das gemeinsame Musizieren wird oft von Erinnerungen und Vorstellungsinhalten geprägt und zeigt Erfindungsreichtum in der Übernahme verschiedener Rollen (z.B. Tanzpartner oder Märchenfigur). Der Spielraum wird gleichberechtigt mit Fröhlichkeit und Leichtigkeit ausgefüllt. Musiktherapeutisch werden die Stimmung, Freiheit und Flexibilität des Musizierens durch die spielerischen Wechsel von Mitgehen und Initiieren der Impulse im Fluss gehalten. Krankheitsbedingt kann der Modus 6 im schweren Stadium nicht mehr erreicht werden.

Weitere Erfahrungen mit der Anwendung des EBQ auf Demenzpatienten finden sich bei Warme (2005 und 2007) und Muthesius et al. (2011). Und Körber (2007) hat über das EBQ-Instrument bei Psychotherapiepatienten veröffentlicht.

Das EBQ-Instrument ist ein geeignetes Evaluierungsinstrument, um Beziehungsqualitäten klar und schnell einschätzen zu können. Bei der Interpretation sollte immer berücksichtigt werden, dass das EBQ-Instrument uns das *Was* einer vorherrschenden Situation bestimmen lässt, aber nicht das *Warum*.

Eine Qualifizierung der AnwenderInnen des EBQ-Instruments ist immer erforderlich.

3.2.2 Methodische Schritte der Videoanalyse

Datenerhebung

Alle sechs Patienten erhielten ein Jahr lang ca. dreimal im Monat eine musiktherapeutische Einzelbehandlung als Hausbesuch mit jeweils insgesamt 36 Stunden. Etwa jede sechste Woche wurde die Musiktherapiesitzung mit einer Videokamera mit integrierter Festplatte mitgeschnitten (s. Arbeitsmaterialien, S. 173). Dazu bediente entweder eine Praktikantin oder ein Praktikant (beide Studierende im Masterstundiengang Musiktherapie) die Kamera, oder sie verblieb auf ein Stativ geschraubt in einer Perspektive, die Patient bzw. Patientin und mich erfasste. Die überwiegende Anzahl der Videos wurde mit dem Stativ gedreht, da

ich meistens allein zu den Hausbesuchen unterwegs war. Die Termine für die Drehtage hatte ich im Voraus für alle Patienten festgelegt, um möglichst unbeeinflusst von der Entwicklung des Therapieprozesses für alle gleiche Messpunkte durchzuführen. Die Videoaufnahmen entstanden beim 1., 5., 11., 18., 23., 30. und 35. Hausbesuch. Alle vorgesehenen sieben Videos konnte ich von drei Patienten drehen, aus technischen Gründen von einem Patienten sechs und von zwei Patienten nur fünf. Die Musiktherapiesitzungen wurden in voller Länge aufgezeichnet.

Datenaufbereitung

Die Videos wurden von der Festplatte der Kamera auf den Rechner überspielt und ungeschnitten in die entsprechend angelegte Patientenordner einsortiert und datiert. Spätestens zu diesem Zeitpunkt wurden alle Patientennamen pseudonymisiert. Es wurden folgende Sicherungskopien aller Filme angefertigt: zweimal auf DVDs und einmal auf externer Festplatte, die außerhalb des Hauses aufbewahrt wurde, sowie einmal auf der Cloud.

Der nächste methodische Schritt war die Bestimmung und Extrahierung von relevanten Szenen mit bedeutsamen Momenten *(pivotal moments, meanigful moments)*. Was kennzeichnet eine relevante Szene? Ich schließe mich Schumachers (2011) Auffassung an, nach der die Bedeutung einer Szene von der Fragestellung des Untersuchenden und seinem Motiv, eine bestimmte Szene auszuwählen, abhängig ist. Ich wollte unter der Berücksichtigung der Frage-stellung nach einer Entwicklungsmöglichkeit und -fähigkeit vor allem Szenen zeigen, in denen etwas geschieht, sich etwas ankündigt, verändert oder deutlich wird. Mit Trondalen (2006) gehe ich davon aus, dass in bedeutsamen Momenten verfestigte Beziehungsmuster erforscht und aufgeweicht werden und neue Be-ziehungerfahrungen durch die Musik gemacht werden können. Nach meiner Er-fahrung können dabei frühere Beziehungsqualitäten wiederbelebt werden und zu neuen Erfahrungen führen.

Ich habe mich entschieden, für jedes Video zwei bis drei relevante Szenen herauszugreifen. Eine Ausnahme bilden das 2. Video von Herrn Galbert (Patient Nr. 2) und das 3. Video von Herrn Bayer (Patient Nr. 6), da die Stunden früher abgebrochen wurden. Ich gab bei der Auswahl den Szenen, in denen sich Entwicklung andeutete oder zeigte, den Vorrang. In Musiktherapiestunden, in denen kaum oder keine Veränderungen in den Ver-haltensweisen auftraten, habe ich Szenen mit immer wiederkehrenden Be-ziehungsqualitäten ausgewählt, die für den Stundenablauf an diesem Tag typisch waren. Die einzelnen Videoszenen erhielten (sachliche oder poetische) Über-schriften und dienten dazu, die Leserschaft auf die Szene einzustimmen. Für mich öffneten diese Überschriften Räume der Erinnerung, und die Szenen wurden beim Lesen der Überschriften erneut lebendig.

Jede Wiedergabe einer Szene beinhaltete zwei bis drei Unterteilungen:

- Einführung
- Darstellung
- Interpretation

Erläuternde Sätze zur Einführung wurden nach Bedarf geschrieben, z.B. bei der jeweils ersten Szene eines Videos, um die aktuelle Lage des Patienten oder der Patientin zu schildern und/oder zu Beginn einer späteren Szene, um zu beschreiben, was ich kurz zuvor beobachten konnte. Eine Einführung in eine Szene konnte in Einzelfällen auch wegfallen. Die Bausteine Darstellung und Interpretation waren hingegen fester Bestandteil dieser Veranschaulichung. Bei der Darstellung habe ich mich bemüht, meine Beobachtungen wertfrei festzuhalten. Die Interpretation erfolgte in Textform und mündete am Ende in die Einschätzung der Beziehungsqualität nach dem EBQ-Instrument.

Ich gebe zu bedenken, dass der methodische Schritt der Extrahierung bestimmter Videoszenen mit bedeutsamen Momenten nicht trennscharf zu dem der Auswertung gesehen werden kann. Denn schon die Benennung einer Szene als bedeutsam und ihre Auswahl schließen bereits eine subjektive Interpretation und damit einen Akt des Auswertens ein.

Datenauswertung

Die Videos wurden nach jeweils zwei Skalen ausgewertet: immer nach der Therapeutenskala (TBQ) und zusätzlich nach derjenigen, bei der sich der musikalische Ausdruck der PatientInnen zeigte oder vorwiegend zeigte (Basisqualität). Videos, bei denen sich PatientInnen nicht musikalisch äußerten, wurden als zweites nach der Skala des körperlich-emotionalen Ausdrucks (KEBQ) analysiert. Die Analyse folgte dem zeitlichen Verlauf jeder einzelnen aufgezeichneten Sitzung und markierte eine Anfangsbeziehungsqualität sowie jede deutliche Veränderung. Momente, bei denen nur kurzfristig eine andere Beziehungsqualität erreicht wurde, werden als *peaks* bezeichnet. Alle Videoanalysen eines Patienten bzw. einer Patientin wurden auch miteinander verglichen, untereinander betrachtet und ausgewertet. Dazu wurde für jeden Film eine Hauptbeziehungsqualität (Basisqualität) benannt und diese dann in Beziehung zu den der anderen Videos gesetzt (Eine Übersicht der in allen Videos aufgetretenen Beziehungsmodi der PatientInnen findet sich in der Tabelle Nr. 2 „Die EBQ-Modi in den Videos“, S. 119).

Es folgt ein Beispiel für eine relevante Szene mit ihren drei Bestandteilen Einführung, Darstellung und Interpretation:

"Vor-, Zwischen- und Nachspiel"

(Patientin Nr. 1, Frau Schwan, Video Nr. 7, Szene Nr. 3, siehe auch S. 201–202)

Einführung

"Was machen wir noch?" fragt die Patientin, nachdem wir schon einige Lieder miteinander gesungen haben, und wir überlegen beide. Frau Schwan schnalzt ein paar Mal und schaut im Zimmer herum.

Darstellung

Aus der Stille heraus spiele ich eine einfache Kadenz (1-4-5-1) im Dreiertakt und wiederhole sie immer wieder. Noch ist nicht klar, ob mehr daraus werden kann. Ich schwinge mit dem Oberkörper. Frau Schwan wiegt den Kopf zum Dreiertakt und deutet mit einer Hand eine Dirigierbewegung an und beginnt zu summen. Ich stimme mit ein, lasse ihr mit einem Solo mehr Raum und antworte wieder. Nun klingt es wie eine Einleitung zu einem Lied.

Ich singe "Zum Tanze da geht ein Mädel". Frau Schwan erkennt es sofort, blickt mich an und spielt dann die Chicken Shakes, die sie in den Händen hält.Ab der ersten Strophe singt die Patientin in gewohnter Weise auf "Ah" mit und wippt zur Musik, sodass manchmal die Instrumente erklingen. Zweimal richtet sie sich auf, rückt von der Rückenlehne der Couch ab und sich vor. Nach der Strophe singt sie weiter und improvisiert eine Melodie. Ich unterstütze ihr Singen und es kommt zum ersten Zwischenspiel. Frau Schwan führt, ich lasse sie ein Stück solo singen oder umspiele ihre Melodie mit meinen spielerischen Einwürfen auf "La-la-la" und "Ja-ja-ja".

Die zweite Strophe singen wir noch ausdrucksvoller. Frau Schwan versteht den Text "Ach, herzallerliebstes Mädel, so lass mich doch los!" und blickt mit mitfühlender Miene. Vor der Stelle "Ich lauf ´dir gewisslich auch so nicht davon!" schaut sie zu mir, um dann punktgenau an dieser Stelle in schwungvolles Mitgestalten einzutauchen. Diesmal geht die Initiative zu einem Zwischenspiel von mir aus, ich singe eine kleine Variation der Strophenmelodie mit kurzen, eingestreuten Achtelketten. Frau Schwan singt die Teile mit, die sie auf die Schnelle erfassen kann. Dabei wiederholt sie meine letzte Phrase so sicher, dass ich sie sie allein singen lasse.

Es folgt die dritte und letzte Strophe. Wir singen etwas ruhiger bis zur Stelle "Da ward in den Wald schon der Jüngling gerannt." Diesen Höhepunkt des Liedtextes musizieren wir beide wieder lauter und lachen über die Wendung in der erzählten Geschichte.

Das Nachspiel beginnt lebhaft und fröhlich. Ich beginne es, und Frau Schwan kommt dazu. Nach Beendigung einer Phrase summt sie noch weiter, und ich

singe noch zweimal eine kleine Melodie, die an ein Lebewohl-Rufen klingt. Diese führe ich mit einem Ritardando auf dem Grundton zurück. Frau Schwan singt dazu die obere Terz und kippt dann sehr leise ebenfalls zum Grundton ab.

Interpretation

Die Szene zeigt, wie die Patientin in einer langen Aufmerksamkeitsspanne ein Lied mit allen drei Strophen mitsingt und dazu ein Vorspiel, Zwischenspiele und ein Nachspiel gestaltet. Von Anfang an ist unser Musizieren mehr als ein Fokussieren auf ein gemeinsames Thema, also auf das Lied mit seinen drei Strophen. Schon in der Musik vor dem Lied und auch sogar, bevor sich eine Einleitung zu einem Lied zu erkennen gibt, zeigt Frau Schwan eine entwickelte Fähigkeit zum Nach- und Mitmachen.
Mit meiner Kadenz am Anfang biete ich Frau Schwan noch kein Lied (gemeinsames Thema) an und weiß zu diesem Zeitpunkt selbst überhaupt noch nicht, dass ein Lied folgen wird. Vielmehr gebe ich eine Struktur in Klang und Form vor, die einen Sicherheit vermitteltenden Rahmen vorgibt und gleichzeitig in ihrer Einfacheit zum Anreichern mit vokalen Äusserungen einlädt.

Frau Schwan zeigt sich initiativ, sie beginnt mit einem eigenen melodischen Einfall. Sie improvisiert und kennt den weiteren Verlauf unserer Musik ebenso wenig wie ich, aber ihre interpersonelle Beziehung zu mir bleibt durch die aufeinander bezogenen Vokalisationen über die gesamte Szene hinweg klar erkennbar. An mehreren Stellen gibt es Momente, bei denen ich der Patientin den Übergang von der Interaktivität zur Interaffektivität anbiete. Das ist beispielsweise der Fall, wenn ich im zweiten Zwischenspiel nach der zweiten Strophe die kleine Variation der Strophenmelodie mit kurzen, eingestreuten Achtelketten unbekümmert auf "La-la-la" singe. Frau Schwan scheint jedoch zu konzentriert meinen Achtelketten hörend und mitsingend zu folgen, als dass sie sich ins freie Spielen mit mir einlassen könnte.

Auch nach der dritten Strophe, als wir uns herzlich zur textlichen Schlusspointe angelacht haben, wäre die Möglichkeit zu einem improvisierten Nachspiel auf der Beziehungsebene der Interaffektivität gegeben. Ich spüre hier, dass Frau Schwan noch während der Strophe kurz in einem lustvollen Spielen mit mir agiert hat (Sie zeigt hier im EBQ eine Tendenz zum Modus 6). Im sich anschließenden Nachspiel nimmt sie meinen weiter angebotenen, spielerischen Affekt im Singen aber nicht auf. In beiden Fällen kehre ich zum dialogischen Level zurück, um sie nicht zu überfordern, sondern ihr in ihrem aktuellen Beziehungsmodus zu begegnen.
(Einschätzung der gesamten Szene: im EBQ Modus 5 mit Peak zu 6 : Pat. VBQ 5 mit Peak zu 6 , Ther. TBQ 5 mit Peak zu 6).

3.3 Verbale Daten Interviewanalyse

3.3.1 Das Leitfadeninterview

Zur Interviewanalyse stehen mehrere Modelle bereit. Flick (2002) nennt u.a. verschiedene Formen von Leitfadeninterviews (z.B. das Fokussierte Interview und das Experteninterview) oder Interviews mit Erzählungen als Zugang (Narratives und Episodisches Interview). Keines der Modelle passt genau auf den hier zu untersuchenden Forschungsgegenstand, wohl aber existieren Überschneidungen in den Merkmalen. Ich habe mich für das Grundmodell des Leitfadeninterviews entschieden, weil ich mit Fragen bestimmte Themen ansprechen möchte, wobei die Reihenfolge der Themen nicht statisch sein muss. Innerhalb dieser Struktur lasse ich ähnlich dem Narrativen Interview Raum für Erzählungen, etwa wenn sie die Situationen im Alltag beschreiben, leite aber gegebenenfalls zum Leitfaden zurück.

3.3.2 Methodische Schritte der Interviewanalyse

<u>Datenerhebung</u>

In der letzten Woche der musiktherapeutischen Hausbesuche und in der Woche nach dem letzten Angehörigenabend habe ich mit dem jeweils pflegenden Angehörigen ein Interview geführt, das mit der Videokamera als Tonaufnahme mitgeschnitten wurde, d.h. die Kamera war auf ein Detail im Raum gerichtet (z.B. auf einen Blumenstrauß oder ein Möbelstück) und zeigte nicht den Interviewpartner. Meine Gesprächspartner und -partnerinnen waren schon vor Beginn des Forschungsprojekts von diesem geplanten Abschlussinterview informiert gewesen, und es gelang, die Interviews zeitnah und zuverlässig durchzuführen. Insgesamt wurden mit elf Angehörigen Interviews geführt und bearbeitet, von denen die sechs der ausgewählten Patienten und Patientinnen für diese Arbeit ausgewertet wurden. Die anderen Interviews werden hier nicht weiter berücksichtigt, lieferten mir aber Hintergrundinformationen zum Thema.

Meine sechs Gesprächspartner und -partnerinnen waren die Ehefrau (1), der Ehemann (1), die Töchter(2) und die Söhne (2) meiner sechs PatientInnen. Sie waren zwischen 55 und 82 Jahre alt. Die paritätische Verteilung der Geschlechter und des Verwandtschaftsgrads ergab eine heterogene Gruppe mit zu erwartenden unterschiedlichen Erfahrungen mit dem Forschungsprojekt. Der Ort des Interviews wurde je nach Wunsch der Interviewten verabredet und fand in der gemeinsamen Wohnung von Patient bzw. Patientin und Angehörigem (3), in der Wohnung der pflegenden Tochter (1), im Musiktherapieraum der Fachhochschule Frankfurt (1) oder in einem Café (1) statt. Die Länge der Interviews lag bei durchschnittlich 41 Minuten, das kürzeste war 22 und das längste 53 Minuten lang.

Durch das Interview erhoffte ich mir Erkenntnisse über folgende vier Themenbereiche:

- Selbsterleben (z.B in der Angehörigengruppe bei den Gesprächs- und Musikteilen)
- Blick auf den Patienten, die Patientin (z.B. in Bezug auf die Stimmung bei den Hausbesuchen)
- Transfer in den Alltag (z.B. ein veränderter Blick oder verändertes Verhalten
- Bewertung der Musiktherapie (z.B. was Musiktherapie bewirken konnte und was nicht)

Für das Gespräch hatte ich als Strukturierungsinstrument einen Leitfaden ausgearbeitet. Die Fragen sollten die obengenannten Themenbereiche ansprechen und dabei genügend Raum für eigene Gedanken und Formulierungen lassen.

Der Leitfaden bestand aus sechs Fragen:

- Das Jahr mit der Musiktherapie ist nun vorüber, wenn Sie an diese Zeit denken, was fällt Ihnen dazu ein?
- Was können Sie zur häuslichen Musiktherapie sagen?
- Was fällt Ihnen zur Angehörigengruppe (Gesprächsteil, Musikteil) ein?
- War irgendetwas für Sie in diesem Projekt auch negativ gewesen?
- Hat sich durch das Projekt irgendetwas verändert in Ihrem Alltag, in der Familie?
- Würden Sie wieder an diesem Projekt teilnehmen?

Und zum Abschluss wurde die Einladung ausgesprochen:

- Wenn Sie sich nun noch einen Augenblick Zeit nehmen und sich fragen, ob noch irgendetwas (zum Projekt) gesagt werden soll.

Das Interview begann mit einer Anwärmphase, mit kurzem Nachfragen zur Befindlichkeit meines Gesprächspartners oder mit einem kurzen Gespräch außerhalb der Thematik. Die offen gehaltene Einstiegsfrage ermöglichte meinen Gesprächspartnern einen niederschwelligen Beginn des Interviews, es nahm eventuelle Aufregung, da sie individuell mit einem Themenbereich beginnen konnten, der ihnen gerade einfiel. Gleichzeitig hatte diese Frage schon die Themenbereiche Selbsterleben und Blick auf den Patienten oder die Patientin angestoßen, die sich durch Nachfragen immer klarer herausarbeiten ließen. Oft gelangten meine Gesprächspartner durch das Nachfragen in einen Prozess des Erinnerns und des Denkens und förderten weiteres Material in Form von Erfahrungen und Gedanken zutage. Fragen wie "Können Sie dazu noch mehr

sagen?" oder "Können Sie ein Beispiel nennen?" dienten der Präzisierung. Da ich auch stets mit einem therapeutischen Ohr anwesend war, verfolgte ich auch das Aufspüren von Ambivalenzen in positiven Äusserungen. Dazu benutzte ich auch Bemerkungen, die provozierend wirken konnten wie "Das klingt ja fast so, als ob...". Exkurse wie z.B. "Ich habe inzwischen das Bad neu fliesen lassen" beantwortete ich mit "Darüber können wir gerne nachher nochmal drüber reden", um die Fokusssierung auf das Thema beizubehalten.

Die Abschlussfrage wurde von einigen auch als Abschluss des gesamten Projekts empfunden und entsprechend behandelt: Man nahm sich lange Zeit zum Nachdenken oder Nachspüren, und oft wurde hier Dank für die Projektzeit ausgedrückt.
Das Interview endete stets mit meinem Dank an meinen Gesprächspartner.

Datenaufbereitung

Die Interviews wurden von der Festplatte der Kamera auf den Rechner überspielt und ungeschnitten in die entsprechend angelegte Patientenordner einsortiert und datiert. Es wurden auch hier wie bei den Videos von den Musiktherapiestunden folgende Sicherungskopien angefertigt: zweimal auf DVDs, einmal auf externer Festplatte, die außerhalb des Hauses aufbewahrt wurde, und einmal in der Cloud.

Die sprachlich aufgezeichneten Interviews wurden in einem nächsten methodischen Schritt in Schriftsprache übertragen, und zwar gleich in eine verdichtete Form. Probeschritte, in denen ich zuerst wörtlich transkribiert und dann den Text verdichtet hatte, ergaben bei der Analyse keine anderen Ergebnisse, sodass ich mich für diesen Schritt von der Sprachform direkt zur verdichteten Schriftform entschieden habe. Die verdichtete Form ist eine Zusammenfassung, die sich interessant lesen lassen sollte und die im Wesentlichen der Chronologie des Gesprächs folgte. Wenn sie einmal davon abwich, so wurde doch der inhaltliche Faden nachgezeichnet. Exkurse wurden weglassen.

Auch hier lässt sich wie bei den Videos die Aufbereitung des Materials nicht immer zur Auswertung scharf trennen, denn die Transkription der Interviews in eine verdichtete Form der Schriftsprache sind auch bereits Tätigkeiten des subjektiven Interpretierens und damit des Auswertens.

Datenauswertung

Die Auswertung folgt dem Prinzip der Qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2003, Kuckartz 2012) und läßt sich in mehreren Schritten darstellen:

- Interpretation mit Extrahierung von Fundstücken und Zitaten
- Bildung eines Kategoriensystems durch Ordnen der Fundstücke und Zitate
- Verfassen eines zusammenfassenden Textes jedes Interviews
- Verfassen eines vergleichenden Textes zwischen allen Interviews

Nachstehend möchte ich die einzelnen Auswertungsschritte erläutern. Zuerst ordnete ich die sechs verdichteten Formen der Interviews in ein zweispaltiges Seitenformat ein. In die rechte Spalte notierte ich nach mehrmaligem Lesen meine Fundstücke (*codes*). Fundstücke waren Bausteine komprimierter Inhalte, etwa wie kleine Überschriften, Zitate dienten einer lebendigen Illustration der Situation und wurden kursiv und fett abgesetzt.

Das auf der Folgeseite stehende Beispiel ist ein Ausschnitt aus dem Interview mit Herrn Schwan (pflegender Ehemann von Frau Schwan, Patientin Nr. 1) mit verdichtetem Text, extrahierten Fundstücken und zwei Zitaten.

Wenn ich meiner Frau ankündigte, dass Sie, Frau Auch-Johannes , Musiktherapie, heute kommen, dann war sie begeister,t und wie Sie selbst gesehen haben, auch bei der Sache. Am Anfang war es besser als jetzt zum Schluss, sie ist etwas träger im Denken geworden.	Vorfreude auf die Musiktherapiestunde Begeisterung und Konzentration bei der Musiktherapie Wechselnde Verfassung der Patientin, insgesamt schlechter werdend
Ich habe festgestellt, dass sie bei Musiktherapie und überhaupt bei Musik sofort alles andere vergisst und sich darauf konzentriert.	Musiktherapie und Musik lässt alles andere sofort vergessen und befördert Konzentration darauf
Wenn ich ihr Radio anmache, z.B. HR 4, dann hört sie diese Lieder, patscht im Sessel sitzend und ist froh und glücklich. Das bewegt mich immer wieder und bringt mich dazu, dass sie es weitermacht, solange sie noch aufnahmefähig ist. Denn wenn sie einmal daran kein Interesse mehr hat, dann hat sie an nichts mehr Interesse.	Musikhören aus dem Radio bewirkt Patschen und macht froh und glücklich Innere Bewegung über die Freude des Patienten Freude des Patienten motiviert zu weiterem Auftrag für Musiktherapie
Sie kann ja nicht lesen oder schreiben, das ist schon traurig. Ich gehe mit ihr spazieren, aber das ist bei diesem Wetter schwierig, sie ist unsicher. Und bei Schnee ist das ganz katastrophal, da hat sie Angst. Das war im vorigen Jahr noch anders.	Trauer über Verlust von Fähigkeiten Rückblickender Vergleich auf die Zeit vor der Krankheit
Musiktherapie bringt etwas für die Seele, für die Psyche, aber die Krankheit als solche ist wahrscheinlich nicht aufzuhalten.	Musiktherapie kann Demenz nicht heilen, bringt aber etwas für die Seele
Neulich haben wir morgens in der Küche gesungen. Sie hat irgendwelche Lieder angestimmt und ich habe mitgesungen. Da habe ich gesagt, dass ich doch gar nicht schlecht singe und Sänger hätte werden können, und da hat sie mir einen Vogel gezeigt. Sie nimmt also alles auf. Sie hat es auch richtig gemacht, denn ich hätte keinen guten Sänger abgegeben.	***Neulich haben wir morgens in der Küche gesungen.*** Neuer, kreativer Umgang mit der Patientin ***Da habe ich gesagt, dass ich doch gar nicht schlecht singe und Sänger hätte werden können.*** Humorvolle Bemerkung Anerkennung über das, was die Patientin versteht

In einem nächsten Bearbeitungsschritt habe ich alle Fundstücke vergrößert kopiert, ausgeschnitten und themenbezogen zusammengestellt. Dabei habe ich die Themen aus dem Material generiert. Es konnten vier Kategorien sowie teilweise Unterkategorien gebildet werden, die mit den Fragen aus dem Leitfaden korrespondierten. Das war zu erwarten gewesen, dennoch blieb ich bei der Kategorienbildung offen für eventuelle andere, ungewöhnliche Kategorien, die dann aber nicht aus dem Datenmaterial zu lesen waren. Fast alle Interviewpartner äusserten sich zu diesen vier Kategorien und drei Unterkategorien (UK) in der Kategorie Selbsterleben.

- Selbsterleben (UK 1 Schwierigkeiten, UK 2 Erfahrungen in der Angehörigengruppe, UK 3 positive Momente)
- Blick auf den Patienten bzw. die Patientin
- Transfer in den Alltag
- Bewertung der Musiktherapie

Die Anzahl der Fundstücke bewegte sich bei vier Interviews zwischen 93 und 111, bei zweien betrug sie 46 bzw. 48. Ich extrahierte durchschnittlich je 11 Zitate und verwendete nach mehrmaliger Durchsicht einige davon. In einem nächsten Schritt erstellte ich pro Interview einen Text, der zunächst einen Hintergrund zur aktuellen Situation am Therapie- und Projektende schilderte und dann die Kategorien und Unterkategorien als weitere Gliederungspunkte verwendete. Ich habe mich entschieden, keine vertiefte Inhaltsanalyse zu erstellen, sondern das gewonnene Material für meine Fragestellungen als ausreichend zu betrachten und textlich weiter zu verarbeiten.

Als nächstes folgte zu jeder Kategorie und Unterkategorie eine Querdurchsicht der Aussagen aus allen Interviews. Diese erstellte ich als Stichworte. Auf diese Weise wurde immer weiter vom Einzelfall abstrahiert, und es wurden übereinstimmende Erfahrungen und Aussagen sichtbar, die im Kapitel 5 „Ergebnisse“ in verschiedenen Unterkapiteln verarbeitet ihren Platz fanden.

3.4 Weitere Daten

Darunter subsummierten sich

- Protokolle aller Musiktherapiestunden
- Protokolle aller Angehörigenabende
- beiläufige Begegnungen (Tür-und-Angel-Gespräche) mit den Angehörigen (siehe hierzu auch Kap. 4.2.3)

- Telefonate mit den Angehörigen
- Notizen von Einfällen unter der Woche

Diese Daten wurden gesammelt und in Kapitel 4 für die Fallgeschichten der Patientnnen und Beschreibung der Angehörigenarbeit sowie in Kapitel 5 für die Ergebnisse miteingebracht.

Die beiläufigen Begegnungen als Datenquelle erhielten unter Kapitel 4.2.3 einen eigenen Platz, durch sie erhielt ich neben Informationen atmosphärische Einblicke in die Lebenssituation, die Gefühls- und Gedankenwelt der Angehörigen.

4 Die PatientInnen und ihre Angehörigen

4.1 Die PatientInnen (Fallgeschichten)

Die Überschriften der nachstehenden sechs Fallberichte waren Äußerungen der PatientInnen. In den Fallgeschichten finden sich Szenenbeispiele (kursiv) und Zitate aus den musiktherapeutischen Hausbesuchen. Sie sollen der Illustration und Verdeutlichung des Texts dienen.

Alle Namen der Patienten und Patientinnen sowie ihrer Angehörigen wurden zum Schutz ihrer Privatsphäre pseudonymisiert. In einigen Fällen wurden auch die Berufe der Angehörigen geändert dargestellt, wenn sonst das Risiko einer Erkennbarkeit der Familie bestand.

Für die Fallberichte habe ich einen Leitfaden mit folgenden Kriterien erstellt:

- Stammdaten (Alter, Personenstand)
- soziale Anamnese (Verwandte, Wohnverhältnisse)
- medizinische, psychologische Anamnese (Krankheitssymptome, Therapiemotivation, Ziele und Wünsche der Angehörigen, Ziele der Musiktherapeutin)
- musikalische Anamnese (erlernte Instrumente, musikalische Aktivitäten)
- musiktherapeutischer Behandlungsverlauf (Erstkontakt, Themen, musikalische Aktivitäten, evtl. Lieblingsinstrumente, Therapieprozess mit Beziehungsentwicklung, Behandlungsende und Abschied)

4.1.1 „Was machen wir noch?“ - Frau Schwan

Frau Schwan (80) lebte mit ihrem gleichaltrigen Ehemann seit vielen Jahren in ihrem gemeinsamen Bungalow. Herr Schwan pflegte seine Frau allein. Die beiden Kinder wohnten in der Nähe, besuchten die Eltern oft und unterstützten den Vater im Haushalt.

Herr Schwan hatte von dem Forschungsprojekt erfahren und seine Frau angemeldet, da sie sich zunehmend ängstlich und depressiv zeigte und er sich für sie ein ansprechendes Angebot erhoffte, das ihre Stimmung verbessern könnte. Früher habe seine Frau ein fröhliches Wesen gehabt und sehr gern gesungen.

Vor 20 Jahren wurden bei einer CT-Untersuchung mehrere, zurückliegende Schlaganfälle festgestellt. Kurze Zeit später sei ihr selbst eine zunehmende Wortfindungsstörung aufgefallen; sie erhielt die Diagnose einer vaskulären Demenz (siehe auch Tabelle Nr. 1, Patientin Nr. 1, S. 25). Seit drei Jahren könne sie nicht mehr schreiben. Nun spräche sie nur noch sehr wenig, sei aber

körperlich noch rüstig und habe immer noch Freude am Hören von Volksliedern.

Beim Vorbesprechungstermin traf ich das Ehepaar Schwan zusammen in ihrem Haus an. Ich setzte mich zu den beiden an den runden Esstisch im Wohnzimmer und begann ein ruhiges Gespräch. Frau Schwan war offensichtlich aufgeregt und antwortete mir hastig mit wenigen, herausgeschleuderten Wortbrocken. Es war ihr wichtig mir mitzuteilen, dass sie früher fröhlich gewesen sei, so viele Dinge allein geregelt habe und nun sehr traurig über ihren gesundheitlichen Zustand sei. Als der Ehemann uns allein ließ, fragte ich Frau Schwan, ob ich ein paar der gerahmten Fotos aus dem Regal an den Tisch holen dürfte. Sie nickte und versuchte sogleich, mir die abgebildeten Verwandten zu nennen. Dabei gerieten ihr die Namen der Personen offensichtlich durcheinander, aber trotzdem kam ein gemeinsames Gespräch zustande, wenn ich den Verwandtschaftsgrad oder ein Charaktermerkmal der Personen auf den Fotos zu erraten versuchte. Frau Schwan fühlte sich verstanden und beruhigte sich. Als ich dann beim gemeinsamen Betrachten des Fotos mit ihrer Mutter spontan ein Schlaflied zu singen begann, schaute mich Frau Schwan liebevoll an und sang leise auf „La-la“ mit mir.

Aufgrund einer ersten Einschätzung deckten sich die Wünsche der Angehörigen, die Ängste und depressive Stimmung Frau Schwans zu mildern und für sie ein Angebot der persönlichen Ansprache zu bieten, auch mit meinen eigenen Therapiezielen. Die Patientin sollte die Möglichkeit erhalten, Freude und Kompetenz im Singen ihr bekannter Lieder zu erleben, aber darüber hinaus auch allen anderen Gefühlen Ausdruck verleihen zu können. Meine Ziele reichten noch weiter: Mit therapeutischen Musikinstrumenten wollte ich das gemeinsame Singen erweitern und beleben und sie zum Explorieren der Instrumente ermutigen, um ihr die Chance auf neue Erfahrungen anzubieten. Darüberhinaus wollte ich ihr mit einem aktiven musikalischen Angebot (Singen oder Spielen) ein kompensatorisch wirkendes Beziehungsangebot für das sich verschlechternde Sprechvermögen bereitstellen. Durch die Möglichkeit, in der Musiktherapie Freude erleben, allen Gefühlen Ausdruck verleihen und neue Erfahrungen machen zu können, sollte sich ihre Lebensqualität verbessern.

Der Ehemann hatte ihr stets schon am Vormittag meinen Besuch nach dem Mittagessen angekündigt, und Frau Schwan freute sich schon im Vorfeld sehr. Meist wechselte ich zu Beginn meiner Besuche erst einmal ein paar Worte mit Herrn Schwan in der Küche, um mir die Befindlichkeiten der beiden aus der letzten Woche und des heutigen Vormittags schildern zu lassen und eventuelle Neuigkeiten zu erfahren. Wenn ich dann das Wohnzimmer betrat, saß Frau Schwan bereits in freudiger Erwartung auf der Couch, streckte mir die Hände entgegen und rief mir einige Worte oder Silben zur Begrüßung zu.

Der Ehemann hatte im Lauf der Therapie nach und nach kleine Musikinstrumente angeschafft und stets vor jeder Stunde einige Rhythmusinstrumente auf dem Couchtisch angeordnet. Ich freute mich über den musikalisch gedeckten Tisch, der für seine Frau und mich eine einladende Atmosphäre

schaffte. Als sich herausstellte, dass Frau Schwan Schwierigkeiten bei bestimmten Bewegungen mit den Händen hatte und nicht alle Musikinstrumente anspielen konnte, wurden die *Chicken Shakes* zu ihrem Lieblingsinstrument. Bei den metrischen Schüttelbewegungen konnte sie ihre Freude beim Singen auch körperlich ausdrücken und unser gemeinsames Singen problemlos klanglich unterstützen.

Beispiel Nr. 1

Frau Schwans Vorfreude auf die Musiktherapiestunde ist groß. Bei meinem Betreten des Wohnzimmers sitzt sie schon erwartungsvoll an ihrem Lieblingsplatz auf der Couch und ruft mir zur Begrüßung freudig einen Schwall von unverständlichen Silben zu. Sobald ich in Windeseile meine Jacke ausgezogen, die Gitarre ausgepackt (gestimmt habe ich schon vorher im Auto) und mich zu ihr gesetzt habe, kann ich ihr noch schnell die Hände drücken und ihr behilflich sein, ihre Lieblingsinstrumente, die Chicken Shakes, vom Tisch zu nehmen. Dann schwingt sie schon im Sitzen auf und ab, schüttelt im frischen Metrum die Chicken Shakes und summt eine improvisierte Melodie. Ich stimme mit ein, und so beginnt die erste Musik dieser Stunde. Es folgen Lieder, Liedteile, weitere Improvisationen, manchmal klar voneinander getrennt, manchmal ineinander verwoben, solange bis wir eine Pause brauchen. Ich fühle mich wie bei einem Kaffeeklatsch, wo sich zwei aufeinander gefreut haben und erstmal viel zu "erzählen" haben.

Wie es sich herausstellte, kannte Frau Schwan sehr viele Volkslieder und nahm meine Liedvorschläge begeistert an. Auch ihr unbekannte Lieder wie zum Beispiel *Sieben Schwalben* mitzusingen gelang ihr gut.

Frau Schwan mochte am liebsten heitere Lieder, sang aber auch ruhige wie *Wahre Freundschaft soll nicht wanken* sehr gern mit mir oder auch allein auf „La-la“. Gerade bei diesem Lied drückte sie eine große Innigkeit aus und schien ganz in ihr Solosingen versunken. In solchen Momenten ließ ich auch die begleitende Gitarre schweigen und hörte ihr einfach nur zu.

Schon in den ersten Stunden mit Frau Schwan erweiterte ich mein methodisches Angebot: Aufgrund einer ersten Vokalimprovisation in der ersten Musiktherapiestunde stellte ich mir die Frage, ob diese im Ansatz gezeigte Fähigkeit der Patientin ausgebaut werden und zu weiterer psychischer Entlastung würde führen können.

Im Verlauf des Behandlungsjahres improvisierten wir häufiger. Ich traute der Patientin nach und nach mehr zu und machte selbst nach den Liedern längere Pausen. So begann ich nicht sofort ein neues Lied zu singen, sondern unterstützte stattdessen ihre improvisatorischen Ansätze. Auf diese Weise konnte ich meinen Anteil, sie zu unterhalten, verringern und den ihres selbstbestimmten Handelns erweitern. In der 9. Musiktherapiestunde dachte sich Frau Schwan eine kleine

viertaktige Melodie mit einem marschähnlichen Rhythmus aus, die fortan immer wieder in unseren Vokalimprovisationen auftauchte. Ich schrieb sie auf und nannte sie *Frau Schwans Wanderlied,* worüber sie sich freute.

Das Singen ließ sie von Anfang an Sicherheit und Fröhlichkeit empfinden, und sie wollte diese Gefühle nicht am Liedende aufgeben, sondern für sich verlängern. So sang sie einfach weiter und wiederholte meist die letzten Abschnitte des Refrains. Dann fiel ich mit ein, sang wie sie ohne Text auf „La-la“ weiter, flocht auch wieder Teile der Strophenmelodie ein oder ließ ohne Stimme Zwischenteile nur auf der Gitarre erklingen. Dadurch, dass für Frau Schwan die Musik nicht aufhören, sondern weitergehen sollte, konnte sich bei ihr allmählich eine Fähigkeit zum vokalen Improvisieren entwickeln. Die Improvisationen traten ab etwa Mitte des Behandlungsjahrs in praktisch jeder Musiktherapiestunde auf und wurden bis zum Therapieende zum festen Bestandteil unseres gemeinsamen Musizierens.

Auch in der Qualität veränderten sich diese Vokalimprovisationen. Zuerst waren es kürzere "Übergangsmusiken" mit wenigen melodischen Einfällen, die Frau Schwan beim Improvisieren hörend, suchend und wartend auf ein neues, ihr bekanntes Lied zeigten.

Im weiteren Verlauf entwickelten sich diese Improvisationen zu musikalischen Dialogen. Immer häufiger wurden Motive des anderen übernommen und später im Sinne eines Frage-Antwort-Spiels einander zugeworfen. Ihre stimmlichen Äußerungen und das Wahrnehmen meiner Äußerungen gewannen an Bewusstheit und waren aufeinander bezogen. Ein Beispiel hierfür ist im letzten Video die Szene, wenn Frau Schwan mit mir das Lied *Zum Tanze, da geht ein Mädel* singt und dazu ein Vor- und Nachspiel sowie zwei Zwischenspiele vokal improvisiert. Die Patientin bewegt sich sicher und ideenreich und mit großem Konzentrationsvermögen in der musikalischen Beziehung (siehe auch Frau Schwan, 7. Video, Szene 3, S. 201).

Frau Schwans Fähigkeit des vokalen Improvisierens war für mich und die ganze Familie überraschend. Je mehr sich ihre Sprache und ihr Sprachverständnis verschlechterten, desto länger und intensiver nutze sie das Improvisieren kompensatorisch für gemeinsam erlebte Beziehungsmomente und zeigte sich glücklich. Wenn ich beim Paraphrasieren die ursprüngliche Melodie eines Lieds verließ (mit der Gitarre spielte ich meist einen gleichbleibenden *Turnaround*), konnte sie mir auch dabei folgen, griff meine musikalischen Einfälle auf und steuerte schon nach wenigen Musiktherapiestunden unserer vokalen Improvisation eigene Motive dialogisch bei.

Den Text konnte sie schon bei den Liedern nur noch in Bruchstücken mitsingen, in der Improvisation war sie vom Erleben eines solchen Defizits befreit. Hier genügten ihre Silbeneinfälle vollkommen, denn es gab ja keinen vorgeschriebenen Text. Sie hörte auch mich keinen Text singen, nach dem sie sich hätte richten müssen, was sie bei den Liedern meist versucht hatte.

Beispiel Nr. 2 (siehe auch Fr. Schwan, 7. Video, Szene 2, S. 199–200)

Wir spüren beide beim Singen der letzten Takte des Lieds „Bunt sind schon die Wälder“, dass die Musik noch weitergehen soll. Ich wiederhole die letzten drei Akkorde der Texstelle "Kühler weht der Wind" und da singt Frau Schwan sofort eine wie eine musikalische Frage anmutende Melodie dazu, die ich mit dem Liedschluss "Kühler weht der Wind" beantworte. Es entwickelt sich mühelos ein Frage-Antwort-Spiel: Zu einem Turnaround der drei Akkorde (Hauptdreiklänge 4-5-1) improvisiert sie im ersten Halbsatz der achttaktigen Periodenform, und ich antworte in der zweiten Hälfte. Nach der ersten Frage-Anwort-Einheit schiebe ich mit der Gitarre vier instrumentale Takte ein und habe damit das Spiel umgedreht. Jetzt übernehme ich den Part der Frage auf "La-la", und Frau Schwan antwortet mir. Ganz streng halten wir diese Form nicht durch, denn Frau Schwan singt auch in meinen Part mit hinein. Dabei schwingen wir gemeinsam im Dreiertakt, Frau Schwan bewegt sich sicher innerhalb dieses Schemas. Als ich meine musikalische Frage zum vierten Mal singe und dabei etwas leiser werde, beuge ich mich nach vorn, Frau Schwan macht es mir nach, und wir singen beide den Antwort-Part.

Es folgt ein kleines instrumentales Zwischenspiel, bei dem Frau Schwan ein bisschen mitsummt, bis wir noch einmal die musikalische Frage aufnehmen und auch die Antwort zusammen singen. Mit einem Ritardando finden wir einen gemeinsamen Schlusston. Frau Schwan klopft auf ihr Knie und flüstert: "Ja".

Die dialogische Beziehung zeigte sich in dem vorstehenden Beispiel in unserem Wechselgesang, bei dem Motive ausgetauscht wurden. Vor allem spielten wir in dieser Szene mit dem Frage-Antwort-Schema. Melodisch verwendeten wir Frau Schwans Melodie vom Beginn der Improvisation und die Schlusswendung des Refrains immer wieder. Diese Dialogform, das Frage-Antwort-Spiel, hatten wir gemeinsam gefunden und bewegten uns darin mit großer Sicherheit und Selbstverständlichkeit.

Das Wechselspiel endete, als wir gemeinsam sangen. Das instrumentale Zwischenspiel auf der Gitarre sollte Erholung von der musikalischen Aktion geben und Raum lassen für eventuelle neue Ideen. Tatsächlich tauchte noch einmal das Frage-Antwort-Paar auf, es entwickelte sich aber nicht mehr zum Wechselspiel, denn wir sangen beide zusammen und traten in keinen weiteren Dialog mehr ein. Der gemeinsam gestaltete Schluss stellte die Patientin zufrieden, was sie verbal ausdrückte. Ihr "Ja" im Flüsterton zeigte, dass sie emotional etwas erlebt hatte.

Das Erleben der Patientin und die wachsende Beziehung zwischen uns entwickelten sich vor allem in den Vokalimprovisationen diametral zur Verschlechterung ihres Gesundheitszustands. Je mehr sie z.B. mental oder körperlich abbaute, desto deutlicher zeigte sich Frau Schwan in den Musiktherapiestunden emotional befreit und in der sicheren therapeutischen Beziehung glücklich.

Das Singen von bekannten Liedern und die zunehmenden Vokalimprovisationen stellten bis zum Behandlungsende einen Raum dar, in dem sie erfahren konnte, sich frei und unbelastet musikalisch zu bewegen und glücklich zu sein.

Die deutliche Verschlechterung ihrer Sprache und ihres Sprachverständnisses führte im Alltag zunehmend zu spannungsgeladenen Situationen voller Missverständnisse, Ablehnung und Agression zwischen ihr und den Familienmitgliedern, stellte in der Musiktherapiestunde jedoch keine Beeinträchtigung der Beziehungsmomente dar. Aggressivität zeigte Frau Schwan nur manchmal am Anfang meines Hausbesuchs, wenn sie diese Stimmung noch aus Erlebnissen am Vormittag in die ersten Momente der Musiktherapiestunde (noch vor dem Einschalten der Videokamera) mit hineintrug. Die aktuelle Gefühlslage der Patientin konnte auch hier ohne Worte erspürt und erfasst werden. Meine musikalischen und körperlich-emotionalen Interventionen sowie mein stellvertretendes Verbalisieren führten stets zu Gefühlen des Verstandenseins und zum Wohlbefinden bei der Patientin. Musiktherapie zeigte sich als hilfreich, um derartige Situationen mit problematischen Symptomen wie Aggression oder besondere Niedergeschlagenheit aufzugreifen und in eine entlastende und positive Stimmung umzugestalten. Das folgende Beispiel stammt aus dem Protokoll der 28. Musiktherapiestunde:

Beispiel Nr. 3

Frau Schwan ist heute sehr aufgebracht. Der pflegende Ehemann berichtet, dass sie morgens beim Anziehen „großes Theater“ gemacht und um sich geschlagen habe, und es habe sehr lange gedauert, bis sie fertig angezogen war.

Frau Schwan möchte mir offensichtlich von den Ereignissen am Morgen berichten, doch ihre massive Wortfindungsstörung lässt nur Nonsens-Wörter und einzelne Silben hervorsprudeln, und das macht sie noch ungeduldiger. Ich nehme Frau Schwans Hände, kommentiere in emotionalisierter Sprache auf dem gleich hohen Affektniveau die Äußerungen der Patientin. Nach einigen Minuten der Abstimmung lässt sich der Affekt vorsichtig gestalten: Aus dem Händehalten wird ein sanftes Hin-und-Her-Bewegen, und Frau Schwan wird ruhiger. Dann spreche ich nach und und langsamer und leiser. Zum Schluß atmen wir beide tief aus und bleiben einfach noch ein Weilchen beisammen sitzen.

Während der Musiktherapiestunden kam es nur wenige Male zu schwierigen Momenten, deren Anlass im musiktherapeutischen Angebot selbst lagen. Es handelte sich um das Singen der ungeliebten Textstelle „*Wenn ich einst gestorben bin“* aus dem Lied *Horch, was kommt von draußen ´rein*. Diese Stelle im Text hatte sie zum Unterbrechen und Kopfschütteln veranlasst, manchmal auch zum kompletten Abbruch des Singens. Das Thema Sterben und Tod berührte sie und führte zu diesem Abwehrverhalten. Es dauerte Monate, bis sie diese Strophe

doch mit mir sang. Als es schließlich gelang (und auch nie wieder zum Problem wurde), fühlte ich mich an den Titel des Forschungsprojekts *Klangbrücken* erinnert: Ich sah ein inneres Bild von einer Brücke aufsteigen. Es zeigte, wie wir beide nebeneinander darüber schlenderten, getragen von der Musik und der sicherheitsstiftenden Anwesenheit des Anderen.

Das Thema Sterben und Tod zeigte sich gegen Ende des Behandlungsjahres auch in ihrem immer wieder einmal unvermittelt auftauchenden Satz: *"Es ist bald Schluss."* (Z 1). Ob sie damit das Ende der Musiktherapiestunde oder ihres Lebens meinte, war mir nicht immer klar. Vielleicht war je nach Situation beides zutreffend. Meist sagte ich daraufhin, dass wir noch Zeit haben. Diese Antwort passte auf beide Interpretationen und wirkte beruhigend.

Die Patientin hatte früher kein Instrument gespielt, explorierte hier in der Musiktherapie neben dem Spielen der bevorzugten *Chicken Shakes* auch mit einem *Glockenspiel,* einer *Ocean Drum* und mit einem Paar *Maracas*. Zum Singen patschte sie auch gern auf ihre Oberschenkel oder klatschte.

Manchmal hatte ich den Eindruck, dass sie die *Chicken Shakes* nicht bewusst anspielte und den Klang gar nicht bemerkte. Dann verstärkten die Musikinstrumente nur ihren körperlichen Ausdruck, das Mitwippen der Arme.

Mit anderen, im Laufe der Musiktherapiestunden mitgebrachten Musikinstrumenten konnte Frau Schwan weniger anfangen. Zwar gefielen ihr die Klänge und riefen oft ein Staunen hervor, aber meist hatte sie Schwierigkeiten im Umgang mit ihnen. So konnte sie beispielsweise die einzelnen Metallplättchen des *Glockenspiels* nicht gut erkennen und mit den Schlägeln treffen. Wenn ihre Schlägel auf dem Holzrahmen des Instruments oder auf der Tischplatte landeten, zeigte sie sich verstört, da sie dann das völlig veränderte Geräusch nicht mit ihren Spielbewegungen in Verbindung bringen konnte.

Ähnlich verhielt es sich mit der *Rührtrommel* oder der *Ocean Drum*, immer setzte ihre mangelnde Motorik einer ausreichend adäquaten Handhabung Grenzen und verhinderte ein durch den Klang erzeugtes emotionales Erleben.

Im Laufe des Behandlungsjahres verbesserte sich Frau Schwans Sprechvermögen in der Musiktherapie, und sie sprach ganze Sätze. Im Alltag war das nicht mehr möglich, da äußerte sie nur noch Silben und diese immer seltener. So sagte sie beispielsweise, als ich ihr zu Beginn einer Musiktherapiestunde die *Chicken Shakes* reichte, klar und ruhig: *"Sie müssen mir helfen, ich muss erst richtig ´reinkommen."* (Z 2). Oder sie bedankte sich am Schluss einer Stunde mit: *"Das war wieder sehr schön, vielen Dank."* (Z 3).

Der Ehemann hatte es sich zur Gewohnheit gemacht, unseren Musiktherapiestunden vom etwas entfernten Esstisch aus zuzuhören. Über die Begeisterung seiner Frau beim Singen war er sehr erfreut. Dass sie auch improvisieren konnte, war für ihn überraschend, und er bewunderte sie dafür.

Im Alltag außerhalb der Musiktherapie ließen bei der Patientin Angst und

Depressivität nach, als die Angehörigen es verstanden, schwierige Pflegesituationen mit Singen zu entschärfen und ihr mit Volksliedern von CDs ein angenehmes musikalisches Klima bereitzustellen. Dann zeigte Frau Schwan auch ihren Angehörigen gegenüber häufiger Blickkontakt, eine lebhafte und differenzierte Mimik und lächelte häufiger. Bei Familienfesten zog sie sich nicht länger still in sich zurück, sondern saß nun fröhlich in der großen Runde, äußerte frei Silbeneinfälle oder sang laut und beteiligte sich auf ihre persönliche Weise rege am Gespräch.

In den letzten Wochen der offiziellen Projektzeit wurden Verschlechterungen in Frau Schwans Motorik beim Gehen und Greifen auffällig. Auch ihr Sprechen verringerte sich, sie ging früher aus dem Blickkontakt und schaute vermehrt geradeaus in den Raum. Beim Hören blieb sie aber unverändert aufmerksam.

Ein gemeinsames Abschiedsritual zum Ende der Projektzeit entfiel, da meine musiktherapeutischen Hausbesuche auf Wunsch der Familie auf privater Basis weitergeführt wurden.

Der EBQ im Therapieverlauf

Hier wird der Therapieverlauf des Patienten mit dem EBQ- Instrument betrachtet. Das EBQ-Instrument mit seinem Aufbau und seinen entwicklungspsychologischen Grundlagen wird in Kapitel 3.2.1 erläutert.

Auf die Einschätzungsskala Emotionale Beziehungsqualität (EBQ) bezogen, bot Frau Schwan von sich aus über den gesamten Therapieverlauf sehr häufig den Modus 4 (VBQ) an. Sie wollte Lieder mit mir singen und ihr Erleben bei ihren vokalen Äusserungen durch Blicke zu mir und gelegentlich zum Ehemann in Richtung der Kamera rückversichern. Und sie zeigte sich sehr bedacht auf musikalische Abstimmung mit mir, beispielsweise in der Dynamik und Mimik.

Während sich unsere therapeutische Beziehung festigte, trat ihre Fähigkeit zum vokalen Improvisieren weiter hervor, und ich förderte diesen Ausdruck. Frau Schwan zeigte erst Peaks zum Modus 5, dann bewegte sie sich eindeutig im Modus 5. Sie übernahm beim Singen Motive von mir, erfand eigene Melodien und zeigte in den Improvisationen ein ausgeprägtes Gefühl für musikalische Formschemata, in denen wir spielerisch und dialogisch improvisierten.

Eine Beziehungsqualität im Modus 3 wurde selten beobachtet. Die klare Erwartungshaltung der Patientin auf gemeinsames Singen stand so im Vordergrund, dass sie nur selten Beziehungsangebote in dem Modus des Entdeckens annahm.

Ebenso selten trat der Modus 1 auf (siehe auch Frau Schwan, Video 5, Ende der Szene 2, S. 192). Nicht in den Videos dokumentiert, aber in den Musiktherapiestunden zwischen den Filmaufnahmen beobachtet: Wenige Male zeigte sich die Patientin am Ende einer Stunde zwischen Schlusslied und meiner Verabschiedung im Modus 1. Dann blieb sie zurückgelehnt sitzen, blickte still nach unten ohne

etwas direkt anzusehen und wollte für sich sein. Hin und wieder seufzte sie leise und scheinbar unbewusst.

4.1.2 „Sag´, wer mag das Männlein sein?“ - Herr Galbert

Herr Galbert war zum Zeitpunkts seiner Anmeldung zum Forschungsprojekt 75 Jahre alt und lebte mit seiner Ehefrau in einer Dreizimmerwohnung in einem ruhigen Stadtteil Frankfurts. Das Ehepaar war mehr als 50 Jahre miteinander verheiratet und hatte eine Tochter, die in der Nähe wohnte. In seinem früheren Berufsleben hatte Herr Galbert als Elektrotechniker bei der Berufsfeuerwehr gearbeitet und diese Tätigkeit sehr gern ausgeübt.

Die ersten Symptome fielen seiner Frau drei Jahre zuvor in Form von Unsicherheiten bei seiner örtlichen Orientierung auf. Zunächst zeigte Herr Galbert seine Orientierungsschwäche nur in fremder Umgebung (z.B. bei Familienfeiern in ihm fremden Lokalen oder bei Wochenendausflügen in fremden Hotels). Nach und nach breitete sie sich auch auf sein vertrautes Zuhause aus, und bald wusste er beispielsweise nicht mehr, in welchen Schubladen seine Wäschestücke zu finden waren. Herr Galbert brauchte immer mehr Unterstützung bei seiner Pflege und bei alltagspraktischen Tätigkeiten, die seine Frau nun übernahm und dadurch selbst stärker körperlich und psychisch sehr belastet wurde.

Ein Jahr später konnte Frau Galbert ihren Mann zu einem gemeinsamen Besuch in der Gedächtnissprechstunde der Universitätsklinik Frankfurt motivieren, der die Diagnose einer Alzheimererkrankung brachte (siehe auch Tabelle Nr. 1, Patient Nr. 2, S. 25). Die Diagnose empfand Herrn Galbert als niederschmetternd, und er entwickelte ab diesem Zeitpunkt starke depressive Symptome.

Über die Gedächtnissprechstunde erhielt Herr Galbert zunächst einen Vormittagsplatz in einem Betreuungsprogramm, das vom Frankfurter Bürgerinstitut organisiert wurde und wo er mehrmals wöchentlich in einer Gruppe mit ebenfalls von Demenz Betroffenen am Frühstück, an Aktionen wie Basteln und Malen und an Unterhaltungen teilnehmen konnte. Nach seinen Angaben empfand er die Aufenthalte dort als sehr belastend, da ihm dort durch andere bereits schwere erkrankte Teilnehmer vor Augen geführt worden wäre, mit welch schlechter Prognose auch er rechnen müsste. Er beendete seine Besuche dort, und weil er gern Musik hörte, meldete ihn seine Ehefrau zur Teilnahme am Forschungsprojekt an.

Als ich Herrn Galbert zum Kennenlernen zu Hause aufsuchte, traf ich auf einen großen, schlanken Mann, der mich höflich hereinbat und mir gleich einen Stuhl heranrückte. Aus einem vorangegangenen Telefonat mit der pflegenden Ehefrau wusste ich, dass Herr Galbert erhebliche Zweifel am Sinn seiner Projektteilnahme hegte und seiner Frau gegenüber sogar geäußert hatte, niemand sollte glauben, er würde mit der Therapeutin „Kinderlieder“ singen. Er ließe sich auf dieses

Treffen nur ein, weil er neugierig geworden sei und weil ihm von seiner Frau zugesichert worden war, sich heute erst einmal ganz unverbindlich informieren zu können.

Herr Galbert zeigte sich mir gegenüber wissbegierig und fragte mich, wie der neueste Forschungsstand in Bezug auf die Alzheimererkrankung sei und welche Medikamente es gegen die Krankheit gäbe. Er sagte, er wüsste, dass es noch keine Heilung gäbe, drückte aber die Hoffnung aus, dass ich, die ja dieses Projekt in Kooperation mit einer Universitätsklinik durchführte, vermutlich als erste von neuen Medikamenten erfahren und ihm das umgehend mitteilen würde. In Bezug auf Musiktherapie und Demenz gab er sich als Kenner aus und erwähnte, dass es ja bekannt sei, dass Musik „wirke“, ohne das näher zu erläutern. Ich war erstaunt über seine nachvollziehbaren Gedankengänge und seinen sprachlichen Ausdruck. In diesem Gespräch war kaum etwas von einer demenzbedingten Symptomatik zu bemerken. Zur Musiktherapie allgemein oder unseren möglichen musikalischen Aktivitäten stellte er keine Fragen. Aber unser Erstkontakt zeigte deutlich, wie sehr Herr Galbert von mir Informationen zu seiner Heilung oder Besserung erhoffte.

Meine Hausbesuche fanden immer im Esszimmer statt. Die ersten Male saßen wir über Eck am Tisch, und Herr Galbert berichtete meistens von seiner Verzweiflung über seine Alzheimererkrankung, manchmal weinte er dabei. Dabei zeigte er auch Verständnis für die zunehmenden Belastungen seiner Frau.

Ich spürte bei den Sitzungen eine Spannung von Herrn Galbert ausgehend und beantworte ruhig seine immer wieder hartnäckigen Fragen, z.B. nach der Auswertung der Videos im Forschungsprojekt, nach einem Ergebnis, was das Ziel sei usw. Ich fand es ungewöhnlich, wie er mit seiner mittelgradigen Demenz seine Fragen formulieren konnte und erkannte seine Suche nach befriedigenden Antworten an, aber gleichzeitig fühlte ich mich in dieser bedrängenden Frage-Antwort-Situation unwohl. Ich hatte das Gefühl, dass sich auch Herr Galbert nicht wohlfühlte und meine Besuche überwiegend nur aufgrund seiner Hoffnung, von mir bald ein Heilmittel gegen seine Krankheit zu erfahren und aus Höflichkeit zuließ.

In der ersten Musiktherapiestunde lenkte schließlich eine von mir mitgebrachte CD mit griechischen Volkstänzen seine Aufmerksamkeit auf die Musik (siehe auch 1. Video, Szene 1, S. 203–204). Von seiner Ehefrau hatte ich erfahren, dass beide in Griechenlandurlauben diese Musik kennen und lieben gelernt hatten und seit dieser Zeit in Frankfurt immer noch wöchentliche Treffen besuchten, bei denen griechische Tänze erlernt werden konnten.

Herr Galbert zeigte mir von da an gern seine CD-Sammlung, und wir rundeten unsere ersten Musiktherapiestunden (mit seinen weiterhin vielen Fragen) ab, indem wir zum Schluss gemeinsam eine Musik aus seiner oder meiner Sammlung anhörten, Blicke austauschten und uns gelegentlich anlächelten. Mein Gefühl, dass sich Herr Galbert in den Musiktherapiestunden nicht wohl fühlte, blieb

zunächst trotzdem bestehen. Als ich dann von seiner Frau in der Angehörigengruppe erfuhr, dass er bei meinem Klingeln an der Tür seiner Frau sagte, sie sollte nicht öffnen, blieb ich von da an in jeder Stunde aufmerksam für einem geeigneten Anlass, einen Abbruch seiner Projektteilnahme anzusprechen und damit möglicherweise seinem Wunsch zu entsprechen.

Mit Ausbruch der Krankheit hatte Herr Galberts Selbstwertgefühl einen Tiefstand erreicht. Er fühlte sich oft hilflos und unnütz und entwickelte eine schwere Depression mit suizidalen Schüben. Einerseits mochte ich ihm mit meinem musiktherapeutischen Angebot keine weitere psychische Belastungssituation zumuten, andererseits spürte ich hinter seinen drängenden Fragen seine große seelische Not. Unter respektvoller Berücksichtigung seiner Gefühle, seiner belastenden Befindlichkeit und meines Gefühls möglicherweise doch eine tragfähige und hilfreiche Beziehung miteinander aufbauen zu können, schwankte ich in meiner Einschätzung der Situation immer wieder zwischen Fortführen und Abbrechen der Therapie. In der fünften Musiktherapiestunde traf ich den Patienten in einer psychischen Krise an, in der er seiner Frau mit seinem Weggang für immer drohte und gleichzeitig weinte. Die Ehefrau zeigte sich hilflos und verzweifelt, und ich musste diese Krisensituation sofort entschärfen (siehe auch Herr Galbert, 2. Video, Szene 1, S. 206–209).

Kurz danach ergab sich eine Wende in unseren Musiktherapiestunden. Ich hatte eine Reihe von Musikinstrumenten mitgebracht und wie einen Parcour im Zimmer aufgebaut. Herr Galbert explorierte sofort, scherzte über den *Rainmaker,* mit dem er doch „niemandem etwas antun“ wollte und spielte geschickt ein kurzes, aufspringendes Motiv auf der *Schlitztrommel*, das ihm etwas verschämt einen bewundernden Ausruf entlockte. Als ich ihn bat, seine kleine, aus Griechenland mitgebrachte *Djembe* spielen zu dürfen, reichte er sie mir aus dem Regal herunter und lud mich zum Hinsetzen ein. Unsere Musiktherapiestunden waren von da an mit dem Ausprobieren der Instrumente gefüllt. Im Alltag zeigte sich Herr Galbert weiterhin psychisch belastet, aber in unseren Stunden war die Stimmung heiter und unbeschwert.

Ein *Metallophon*, das ich mitbrachte, um Herrn Galberts musikalischen Ausdrucksraum auf einem Melodieinstrument erweitern zu können, wurde zu seinem persönlichen Lieblingsinstrument, das ich ihm von da an in seiner Wohnung überließ. Es stand, wenn es nicht gespielt wurde, auf der Anrichte im Esszimmer, wurde von der Ehefrau liebevoll abgestaubt und von Herrn Galbert vor jeder Musiktherapiestunde samt zwei paar unterschiedlicher Schlägel ordentlich auf dem Esstisch platziert. Das *Metallophon* erfüllte in meiner Abwesenheit die Funktion eines Übergangsobjekts. Ich brachte nun immer die Gitarre mit und unterstütze sein Spiel mit Begleitakkorden.

Als er begann, Melodien auf dem *Metallophon* nachzuspielen, zeigte er ein großes Interesse daran und konzentrierte sich sehr auf seine selbstgestellte Aufgabe. Er hatte früher nie ein Musikinstrument spielen gelernt, aber mit großer Musikalität führte ihn seine Ohr-Hand-Koordination mit einiger Übung zu den

richtigen Tönen. Allerdings hatte er einen hohen Anspruch an sich selbst und ärgerte sich enorm über falsche Töne. Er begann dann immer wieder von Neuem, schüttelte den Kopf und wurde immer hektischer in seinen Versuchen. Oft sah er den Grund für die falschen Töne in seinem Instrument, das "verstellt" sein müsste.

Herr Galbert spielte nun eifrig selbstgewählte Volkslieder auf dem *Metallophon*. Das wichtigste Lied wurde *Sag´, wer mag das Männlein sein"*, das ich zu seinem Spiel auf dem *Metallophon* stets mit der Gitarre akkordisch begleiten sollte. Diese Textzeile des Refrains berührte mich, da es schien, dass sie Herrn Galberts verunsichertes Lebensgefühl widerspiegelte. Nach kurzer Zeit bat er mich mitzusingen, und nach weiteren Wochen begann er selbst zu singen. Der Patient hatte es im Vorfeld der Projektteilnahme seiner Frau gegenüber abgelehnt, mit mir „Kinderlieder“ singen zu müssen, und nun sangen und spielten wir unbefangen miteinander. Diese Situation erschien mir im Rückblick bemerkenswert und gleichzeitig auch wie ganz selbstverständlich gewachsen.

Zu dieser Zeit unseres ersten Zusammenspiels war Herrn Galbert das Fortschreiten seiner Krankheit schon deutlich anzumerken: Er sah gealtert aus, zeigte sich antriebsarm und müde. Seine vorher so eloquente Sprache hatte sich reduziert, und er äusserte sich nur noch in kurzen Sätzen. Dazu erlebte er die Enttäuschung, dass die Trainerin des griechischen Tanzkurses dem Ehepaar nahegelegt hatte, nicht mehr zu kommen, da Herr Galbert den neuen Tanzschritten nicht mehr folgen könnte und die Gruppe störte.

Als einen nächsten Entwicklungsschritt unserer Beziehungsqualität entdeckte er das Improvisieren auf seinem Lieblingsinstrument, dem *Metallophon.* Ich reagierte auf seine Melodieabbrüche nicht mehr abwartend, bis er den Melodiefaden wiederaufgenommen hatte, sondern improvisierte einen Zwischenteil und blieb weiter im Spielfluss. Dadurch verloren falsche Töne ihre Wichtigkeit, konnten schnell vergessen werden und störten unser gemeinsames Spiel überhaupt nicht mehr. Sobald es Herrn Galbert gelang, während eines solchen Zwischenspiels mit meiner Gitarre nicht mehr abzubrechen und sich im Weiterspielen allmählich von einer bestimmten Melodie zu lösen, verloren die Töne ihre Wertigkeit als richtig oder falsch und verschmolzen nun als Einfälle und Beiträge zum Gesamtklang unserer Improvisation. Herr Galbert fühlte sich mit seiner Entdeckung der Improvisation psychisch entlastet und erlebte nun viel Freude, Spaß und witzige Spielsituationen. Er zeigte sich in den Musiktherapiestunden motiviert, oft fröhlich und stolz.

Während der Musiktherapiestunden hatte die Ehefrau für eine kleine Auszeit immer nebenan im Wohnzimmer gesessen und unserer Musik zugehört. Die Musik mit unserem Gesang (immer aus vollem Herzen und manchmal laut), den Melodieumspielungen auf dem *Metallophon* und der Gitarrenbegleitung weckten das Interesse der Ehefrau und brachten ihm ihre Anerkennung, wie das Beispiel Nr. 4 aus der 30. Musiktherapiestunde zeigt:

Beispiel Nr. 4

Heute musizieren wir besonders freudig und voller Leichtigkeit. Früher hat Frau Galbert ihren Mann nie singen gehört und nun mit solch sonorer Stimme und *mit so ansprechender Musik! Sie hat immer erklärt, dass die Musiktherapiestunde nur ihrem Mann und mir gehören sollen, aber jetzt öffnet sie doch vorsichtig die Tür und streckt den Kopf herein: "Ist das mein Mann? Das klingt ja wie bei einem richtigen Auftritt!" Herr Galbert zuckt schüchtern mit den Schultern und lächelt seine Frau an.*

In den Improvisationen erreichten Patient und Therapeutin eine interaffektive Verbundenheit. Wir musizierten meist die ganze Stunde, sangen und spielten als gleichberechtigte Spielpartner und erlebten unsere Beziehung als von gegenseitigem emotionalen und persönlichen Ausdruck geprägt. Bei Herrn Galberts sicherer und kompetenter musikalischen Gestaltung während seines Improvisierens gab es keine Anzeichen für seine schwere Erkrankung. Erst unmittelbar nach dem Verklingen des letzten Tons wurde deutlich, dass das emotionale Erleben bei ihm nicht haften bleiben konnte, denn er begab sich sofort wieder auf die Suche nach einem neuen Musikstück. Ich selbst brauchte länger, die emotionale Stimmung loszulassen. Hier ein Beispiel aus der 29. Musiktherapiestunde:

Beispiel Nr. 5 (siehe auch Herr Galbert, 6. Video, Szene 2, S. 221–222)

Ich singe auf eine einfache Akkordfolge zur Gitarre und beginne mit den von Herrn Galbert in der vorangegangenen Improvisation ausgedachten Silben "Lamba, lamba". Weil mich die Musik ans Wandern erinnert, ändere ich den Text in "Schlendern, schlendern, einfach durch die Welt" und "Schlendern, schlendern rechts und links mal schauen". Ich schunkele mit dem Oberkörper dazu.

Der Patient blickt die ganze Zeit nach unten, singt aber gleich mit und wiegt sich ebenfalls hin und her. Er singt den Textteil "Schlendern" mit und einmal in seiner Abwandlung "Schau mal". Schließlich etablieren sich in unserer Improvisation die Silben "Lamba, Dumba und Lala".

Wir singen zur Gitarre als gleichberechtigte Musizierpartner und spielen mit den Motiven. Dabei gehen die Lautstärkewechsel von Herrn Galbert aus, die Tempowechsel werden von mir initiiert, was kaum zu bemerken ist, da wir in perfekter dynamischer und agogischer Abstimmung musizieren.

Mein Blick löst sich nach und nach von Herrn Galbert und geht ebenfalls nach unten, wir bleiben hörend miteinander verbunden. Unsere Affektlage ist freudig, aber nicht ausgelassen, doch sehr engagiert und persönlich. In der Schlussphase flüstern wir beinahe geheimnisvoll unsere Melodie.

Herr Galbert atmet aus und ist schon wieder auf der Suche nach einem neuen Stück, während ich ihn anschaue und meinen Atem noch anhalte.

Herr Galbert zeigte nur in den ersten Musiktherapiestunden Angst, Depressivität, Suizidalität und Aggression. Im Alltag außerhalb der Musiktherapie blieben diese Symptome allerdings bestehen. So traten gelegentlich Schübe bei ihm auf, bei denen seine Aggression zunahm und sich gegen die pflegende Ehefrau richtete, sodass sie ernsthafte Verletzungen (u.a. eine Unterarmfraktur) davontrug. Während sich die häusliche Situation während des Behandlungsjahrs weiter anspannte, zeigte der Patient in der Musiktherapie nach den ersten Stunden ausnahmslos seine weiche, friedliche Seite und konnte sich mithilfe instrumentaler Improvisationen in den musiktherapeutischen Beziehungsangeboten in sicherem und freudigem Austausch bewegen. In solchen Momenten des gemeinsamen Musizierens war seine krankheitsbedingte Symptomatik nicht mehr zu bemerken, und er agierte als gesunder und psychisch starker Dialogpartner. Im Spiel schunkelte und lächelte er und war augenscheinlich glücklich.

Frau Galbert, konnte während des Behandlungsjahrs trotz der zunehmenden Schwierigkeiten mit ihrem Ehemann zu einer Haltung finden, bei der sie nicht mehr vergeblich auf Besserung hoffte oder ihm für sein schwieriges Verhalten Vorwürfe machte. Sie konnte seine Krankheit schließlich akzeptieren und damit wieder gute und glückliche Momente erkennen und genießen.

In der Angehörigengruppe hatte sie sich in einem Veränderungsprozess eine Haltung von anfänglicher Auflehnung gegen die Krankheit zu jetzt mehr Gelassenheit und Wertschätzung der verbliebenen Möglichkeiten erarbeiten können: *"Man muss es einfach laufen lassen, das Beste aus der Situation machen und genießen, was noch geht."* (Z 4).

Die Musiktherapie wurde nach Beendigung der Projektzeit auf Wunsch des Ehepaars auf privater Basis in geringerer Frequenz fortgesetzt.

Das EBQ-Instrument im Therapieverlauf

Hier wird der Therapieverlauf des Patienten mit dem EBQ- Instrument betrachtet. Das EBQ-Instrument mit seinem Aufbau und seinen entwicklungspsychologischen Grundlagen wird in Kapitel 3.2.1 erläutert.

In den ersten Musiktherapiestunden konnten sich der Patient und ich in einer Beziehungsqualität der Interattentionalität mit einem gemeinsamen Gesprächsthema oder einem gemeinsamen Anhören einer Abschlussmusik von einer CD bewegen (EBQ Modus 4). Aber unter der Oberfläche war durchgängig eine angespannte Atmosphäre zu spüren, die durch das zuvor erwähnte, bohrende Fragen des Patienten und seinem höflichen Verhalten zwar meist verborgen geblieben war, aber dazu geführt hatte, dass wir uns beide nicht wohlgefühlt haben. Die (unbegründete) Angst des Patienten, er müsste mit der Musiktherapeutin Kinderlieder singen, ließen unterschwellig Skepsis und Abwehr entstehen, und ich erwog vorübergehend einen Therapieabbruch.

In der 5. Stunde trat seine quälende Affektlage offen zutage und erforderte meinerseits eine sofortige Krisenintervention, wodurch Patient und Ehefrau schließlich etwas beruhigt werden konnten (EBQ Modus 2).

Es folgten Wochen, in denen sich der Patient in den Therapiestunden aktiv der Musik zuwandte, von da an keine Fragen mehr zu Sinn und Zweck des Forschungsprojekts stellte sondern begann, verschiedene Musikinstrummente zu explorieren. Dabei erlebte er in ruhiger Atmosphäre Selbstwirksamkeit und Intrasynchronisation und freute sich auf die kommenden Musiktherapiestunden (EBQ Modus 3).

Dann hatte er mit dem *Metallophon*, das ich ihm mitgebracht hatte und das in der Funktion eines Übergangsobjekts auf Dauer bei ihm verbleiben konnte, sein Lieblingsinstrument gefunden und versuchte konzentriert, von sich aus Volkslieder zu spielen. Er forderte mich auf, ihn auf der Gitarre zu begleiten und mit ihm in einen interattentionalen Austausch zu treten (EBQ Modus 4).

Das Kinderlied *Sag´, wer mag das Männlein sein, das da steht im Wald allein?* war eines seiner selbst gewählten Lieder, und wir spielten es in fast jeder Stunde. Auffällig war im Text des Refrains die Symbolik des sich verloren fühlenden Mannes, der seine Identität nicht (mehr) kannte.

Das Melodiespielen verschiedener Lieder gelang dem Patienten bei seiner Musikalität gut, nur bei falschen Tönen ärgerte er sich und bediente sich des Abwehrmechanismus der Verschiebung: Er schob die Ursache für falsche Töne auf das angeblich nicht richtig funktionierende Musikinstrument.

Mit dem Erlernen des instrumentalen Improvisierens erreichte Herr Galbert eine interaffektive Beziehungsqualität und konnte sich musikalisch emotional ausdrücken. Die letzten zwei Monate der Projektzeit musizierten wir jede Stunde in fest etablierter Bezogenheit als Dialogpartner (EBQ Modus 5) und noch häufiger als freudig engagierte Spielpartner (EBQ Modus 6).

4.1.3 „Wenn ich die Musik höre, habe ich meine Mama im Hirn!“ – Frau Oestrich

Frau Oestrich war zu Therapiebeginn gerade 80 Jahre alt geworden. Sie war schon viele Jahre lang Witwe und lebte noch allein in der gemeinsamen Drei-Zimmer-Wohnung. Sie hatte einen Sohn, eine Tochter und zwei Enkelkinder. Täglich kam stundenweise eine Pflegerin in die Wohnung, die für Frau Oestrich mittags kochte und sie bei der Pflege unterstützte. Jeden Abend kam die Tochter oder ein anderes Familienmitglied und brachte sie zu Bett. An den Wochenenden war die Tochter durchgehend anwesend.

Da die Mutter auch schon wiederholt nachts im Hausflur herumgeirrt war und die Nachbarn herausgeklingelt hatte, wurde in der Familie nun öfters die Überlegung einer Heimunterbringung diskutiert.

Im Alter von 78 Jahren hat sich Frau Oestrich in Begleitung ihrer Tochter in einer psychiatrischen Klinikambulanz vorgestellt. Seit etwa sieben Jahren hatte die Familie erste Verhaltensänderungen bei der Mutter bemerkt: So fielen vor allem eine nachlassende Merkfähigkeit und Defizite der örtlichen und zeitlichen Orientierung auf. Nach testpsychologischen Untersuchungen war die Diagnose einer mittelgradigen Demenz gestellt worden (siehe auch Tabelle Nr. 1, Patientin Nr. 3, S. 25).

Seit Geburt bestand bei Frau Oestrich eine offene Gaumen-Kiefer-Spalte, wodurch sie Sprach-/Artikulationsstörungen hatte. Über Jahre hinweg hatte sie in der Kindheit und Jugendzeit eine private Sprachtherapie absolviert, dennoch waren Artikulationsstörungen geblieben. Diese hatten sie ihr Leben lang psychisch sehr belastet, denn sie war in ihrer Kindheit deswegen offenbar oft gehänselt worden.

Die Tochter hatte ihre Mutter zur Teilnahme am Forschungsprojekt *Klangbrücken* angemeldet, um die Einsamkeit der Mutter in der Wohnung zu mildern und um sie mit Musik zu erfreuen. Die Mutter liebte Musik, besonders Volkslieder, und wenn sie auch aufgrund ihres angeborenen Sprachfehlers nicht singen wollte, so hörte sie sie doch gern im Radio oder Fernsehen und klatschte dann oft freudig mit.

Als ich zum Vorbesprechungstermin (noch ohne Musiktherapie) die Wohnung von Frau Oestrich betrat, saß diese aufrecht in ihrem Sessel und balancierte mit der rechten Hand ihre Teetasse auf der mit links gehaltenen Untertasse. Und obwohl bei Frau Oestrich sofort ein einseitiger Tremor zu erkennen war, gelang es ihr, mithilfe voller Konzentration Tasse und Untertasse abzustellen. Nun konnte sie sich mir zuwenden und lächelte etwas scheu. Mir erschien sie sehr damenhaft und elegant mit ihrer schlanken Figur und der geschmackvollen Kleidung (dunkler Rock, grau-rosafarbener Pullover mit Rosendruck und dezenter Perlenkette).

Die Tochter war ebenfalls anwesend und erklärte der Mutter, dass ich sie heute gerne kennenlernen wollte, um dann regelmäßig zu kommen und für die Mutter Musik zu spielen. Frau Oestrich schien nichts dagegen zu haben, nickte und bot mir sogleich Kekse und Obst an.

In der Musiktherapie zeigten sich Frau Oestrichs drei wichtige Lebensthemen. Das bedeutendste war Frau Oestrichs psychische Belastung aufgrund ihrer Sprachstörung. Dieses Thema tauchte in jeder Musiktherapiestunde einmal oder mehrmals auf. Dann betonte sie zwei Dinge: ihr eigenes Engagement bei den regelmäßigen Therapiestunden und den ihr Leben lang verfolgten Grundsatz bei der Erziehung ihrer Kinder, andere Menschen mit Handicaps nicht zu demütigen. Von ihrer Mutter hätte sie den Grundsatz "Edel sei der Mensch, hilfreich und gut" auch in ihr eigenes Leben übernommen.

Ein zweites, aktuelles Thema war Frau Oestrichs immer wieder und auffällig deutlich herausgestellte Zufriedenheit in ihrer früheren Ehe. Sie hätte einen ´lieben Mann´ gehabt, und Alkohol wäre in ihrer Familie kein Thema gewesen.

Die Tochter berichtete dies allerdings anders: Wegen massiver Alkoholprobleme hatte Frau Oestrichs Ehemann sogar seine Arbeit als Koch in einer Kantine immer weniger ausüben können, sodass sie sogar selbst häufig für ihn eingesprungen war, um seine Arbeit auszuführen. Entweder verdrängte Frau Oestrich hier die Wahrheit, die dann psychisch nicht mehr zu ertragen wäre, oder aber sie hatte die Erinnerung an diese Zeit inzwischen vergessen.

Das dritte wichtige Thema in Frau Oestrichs Leben war die Sorge um die Tochter, die sich als junges Mädchen einer Herzoperation unterziehen musste, von der sie eine lange Stereotomienarbe zurückbehalten hatte. Frau Oestrich zeigte sich noch heute traurig darüber und war der Meinung, dass es für die Tochter deswegen schwer gewesen sei, einen Partner zu finden.

Das Ziel der Tochter war, mit den musiktherapeutischen Hausbesuchen die Einsamkeit der Mutter zu mildern und ihr etwas zu bieten, das ihr Freude bereitete.

Mein zusätzliches Ziel war, entsprechend der formulierten Forschungshypothesen, die Beziehungsfähigkeit der Patientin zu verbessern und einen Beitrag zu einer höheren Lebensqualität zu erreichen. Dazu war es unerlässlich, ihre festgefahrenen Kontaktmuster (sie redete, der andere sollte zuhören) aufzuweichen und einen Zugang zu ihrem eigenen Erleben zu ermöglichen. Ich wollte versuchen, nicht mehr präsente, möglicherweise verdrängte oder verschüttete Beziehungsmuster wiederzubeleben und ihr damit einen variantenreicheren Handlungsspielraum zu eröffnen.

Das Explorieren und Spielen der Musikinstrumente erschien Frau Oestrich jedes Mal neu, sie konnte sich wohl von einem zum anderen Besuch nicht mehr daran erinnern. Vielleicht blieben nicht zuletzt deshalb die Instrumente für sie interessant. So war die *Ocean Drum* für sie fast jedes Mal zunächst ein Geschicklichkeitsspiel und bot Anlass zur Aufregung, wenn sie sich vorstellte, die vielen Kügelchen könnten herausfallen und sie müsste sie wieder aufsammeln. Oft beschäftigte sie sich länger mit den Instrumenten und widmete sich ihren Klangmöglichkeiten. So spielte sie gern auf den *Klangstäben* und erklärte mir dann, welcher *Klangstab* ihrer Meinung nach gut und welcher nicht gut klang. Dann kam das gewohnte Verhalten des Beurteilens und Dozierens wieder durch, allerdings hatte es nicht mehr die übliche Strenge und Beharrlichkeit, denn nun war es eingebettet in ein Entdecken und Erleben. Ich kommetierte und spiegelte ihre Äußerungen mimisch, gestisch oder in einem Situationslied und auf diese Weise konnte sich aus der "Einbahnstraße" (sie redet, der andere hört zu) ein kleiner "künstlerischer Spielplatz" entwickeln. In diesen Momenten wiederholte sie nicht mehr ständig ihr Reden, denn ihr Redefluss mündete oft in eine gemeinsame Musik, die ihr psychische Entlastung bot, Freude machte und Stolz hervorrief.

Beispiel Nr. 6 (siehe auch Fr. Oestrich, 1. Video, Szene 2, S. 229–231)

Aufgrund ihres Interesses an den Klangstäben frage ich Frau Oestrich, ob sie auch mitspielen möchte und reiche ihr einen Schlägel, während ich mit dem anderen weiterspiele. Die Patientin verneint dies, bleibt aber weiter konzentriert und genau zuhörend. Ich spüre aber dennoch, hier noch einen Schritt weiter in der Beziehungsaufnahme gelangen zu können und ziehe den Schlägel nicht zurück sondern halte ihn weiter ruhig anbietend vor ihre Hand. Frau Oestrich hatte zwar zuerst abgelehnt, legt aber nun ihren Keks auf dem Tisch ab, reibt sich kurz die Hände (von eventuellen Krümeln sauber) und nimmt vorsichtig und scheu lächelnd den angebotenen Schlägel. Sogleich reiche ich ihr den zweiten dazu und nehme mir selbst schnell einen weiteren, um gegebenenfalls mitspielen zu können. Frau Oestrich spielt sogleich kurz auf beiden Klangstäben und kommentiert den Klang des höher klingenden Klangstabs: "Der klingt besser." Es entspinnt sich ein Gespräch über die unterschiedlichen Klänge beider Klangstäbe, bei dem Frau Oestrich und ich immer wieder die Einzeltöne anschlagen und konzentriert nachhören. Frau Oestrich erkundet die Klänge, ich nehme mich zurück, höre zu, frage nach und begleite ihr Spiel mit Nicken und leisem Singen. Allmählich entsteht ein kleiner Spielraum mit ersten rhythmischen Motiven, die ich gern vokal aufgreife.

Während wir beide unsere Aufmerksamkeit auf das erklingende Instrument fokussieren, entsteht für die Dauer von einigen Sekunden ein musikalisches Zusammenspiel, das aus einem Rhythmus auf den Klangstäben und meiner kleinen, vokalen Melodie besteht. Zusammenspiel deswegen, weil die Musik zwar spontan entsteht, aber von beiden bereits aufeinander abgestimmt ist und als Ganzes hörend wahrgenommen wird. Es ist gut zu erkennen, wie Frau Oestrich ihren Rhythmus lächelnd zur gesungenen Melodie spielt. Auch versteht Frau Oestrich musikalisch meine gesungene Form mit Vorder- und Nachsatz und hält den Rhythmus bis zum Ende der Periode mitgestaltend durch. Frau Oestrich hat bei dieser kleinen Musik offensichtlich etwas Neues erlebt. Erstaunt betrachtet sie die Schlägel in ihren Händen, blickt dann zur Therapeutin und beschreibt ihr Erleben mit einem Sprichwort: "Man wird so alt wie ´ne Kuh und lernt immer noch dazu."

Gelegentlich habe ich Frau Oestrich, die eigentlich nur Volkslieder und Operettenmusik hörte, neoklassizistische Musik vorgespielt, um ihre Aufmerksamkeit im Sinne einer Erweiterung auf ein für sie unbekanntes Genre zu richten. Sie war stets neugierig auf die mitgebrachte Musik und hatte auch gern einige Minuten lang zugehört, bis ihr Erzähldrang erneut durchbrach und sie wieder zu sprechen begann. Das Beispiel Nr. 7 stammt aus der 8. Musiktherapiestunde:

Beispiel Nr. 7

Ich kündige Frau Oestrich ein Musikstück zum Hören an, und als sie fragt, was es ist, antworte ich geheimnisvoll: "Überraschung! Was Neues!". Ich lege die CD in den mitgebrachten Player ein und spiele ihr den ersten Satz der Orchestersuiten aus "Antiche danze e arie per liuto" von Ottorino Respighi vor. Dem etwa vier Minuten langen "Balletto" kann sie etwa zur Hälfte lächelnd zuhören, kommentiert ihren Höreindruck mit: "Oh, da muss man 'was können!" und fällt dann wieder in ihren üblichen Erzählfluss.

Im Therapieverlauf zeigte sich immer häufiger ein Bröckeln ihrer damenhaften Fassade, dann erschien Frau Oestrich nicht mehr so starr und kontrolliert, wurde nachdenklich oder zeigte zum ersten Mal ein paar Tränen.

Das Thema Mutter tauchte schon in der 5. Behandlungsstunde auf, zunächst von der Mutter schwärmend, später auch mit zunehmender Sehnsucht und Trauer über deren Abwesenheit. Besonders in den letzten Monaten der Therapie nahm neben ihrem Grundthema der erlittenen Hänselei wegen ihres Sprachfehlers das Thema Mutter einen größeren Raum innerhalb der Stunde ein. Sie konnte ihre nun häufiger auftretende Sehnsucht nach der Mutter ausdrücken und zeigte sich weich und bedürftig. Das Thema Sehnsucht nach der Mutter und Traurigkeit über den Verlust konnte insofern bearbeitet werden, dass Frau Oestrich immer psychische Entlastung erfahren konnte. Es zeigte sich, dass die Musik, die eine emotionale Atmosphäre herstellte, nicht nur der Auslöser für das Auftauchen dieses schmerzlichen Thema war sondern auch therapeutisch wirksam sein konnte und tröstete. Sie konnte mein Angebot des Nachnährens annehmen. Zusätzlich wurden auf der Wortebene die Gefühle beschrieben, geteilt und nach Möglichkeit in eine Form gebracht, mit der die Patientin im Hier und Jetzt umgehen konnte (z.B. die heute noch erhaltene Kaffeekanne als schöne Erinnerung bewahren oder die Tochter um einen Rahmen für das Foto mit der Mutter bitten). Das Beispiel Nr. 8 stammt aus der 25. Musiktherapiestunde:

Beispiel Nr. 8

Frau Oestrich holt in den letzten Musiktherapiestunden oft ein altes Foto mit ihrer Mutter und zeigt es mir immer wieder. Wir sprechen über ihre Erinnerungen an die geliebte Person und sie weint dabei. Schließlich stimme ich leise das Lied "In Mutters Stübele" an. Es trifft Frau Oestrichs Stimmung, ihrer Suche nach mütterlicher Geborgenheit. Während ich für sie singe, wechselt ihr Blick immer zwischen dem Foto und mir, sie nickt und lächelt unter ihren Tränen.

Frau Oestrich zeigte ihre Logorrhoe und ihr dominantes, besserwisserisches Verhalten im Verlauf des Behandlungsjahres immer seltener, weniger ausgeprägt

und in kürzeren Schüben. In der Musiktherapie konnte sie nach und nach ihre Angst und Depressivität äußern und einen Weg finden, allmählich auf andere Beziehungsangebote einzugehen. Sie beschäftigte sich in den letzten Musiktherapiestunden vermehrt mit dem Thema des Abschiednehmens vom Leben, wie das Beispiel aus der 28. Musiktherapiestunde verdeutlicht:

Beispiel Nr. 9

Frau Oestrich zeigt mir ihre Möbel im Wohnzimmer und lobt die gute Qualität einzelner Stücke. Das hat sie schon oft gemacht, aber es ist ihr eben immer wieder wichtig mir mitzuteilen, dass sie es in ihrem Leben auch in Bezug auf ihre Möbel zu etwas gebracht hat. Die Stimmung ist dabei wie gewöhnlich ruhig und heiter. Dann verstummt Frau Oestrich und wendet den Blick nach innen. Leise sagt sie: "Man kann nichts mitnehmen."

Frau Oestrich zeigte sich in gutem Blickkontakt zu mir, lächelte und äusserte sich in Mimik, Gestik und Bewegungen differenzierter. In der letzten Musiktherapiestunde hatte sie meinen schon länger angekündigten Abschied als endgültig verstanden und war offensichtlich bewegt.

(Einige Wochen nach Therapieabschluss zog Frau Oestrich in ein Pflegeheim um, wo sie nach zwei weiteren Monaten verstarb.)

Das EBQ-Instrument im Therapieverlauf

Hier wird der Therapieverlauf der Patientin mit dem EBQ- Instrument betrachtet. Das EBQ-Instrument mit seinem Aufbau und seinen entwicklungspsychologischen Grundlagen wird in Kapitel 3.2.1 erläutert.

Auf die Einschätzungsskala Emotionale Beziehungsqualität (EBQ) bezogen bot Frau Oestrich von sich aus über den gesamten Therapieverlauf den Modus 4 an (KEBQ, hörend und IBQ, klatschend, patschend, mit Instrumenten spielend) an.

Auf meine Anregung hin begab sie sich instrumental auch auf den Modus 3 (IBQ) und konnte sich dort eine Weile erprobend aufhalten. Von da aus mündete die Beziehungsqualität in eine gemeinsame Musik auf dem Modus 4 oder wurde durch Frau Oestrichs durchbrechenden Rededrang unterbrochen, manchmal auch weiter explorierend auf Modus 3 wieder aufgenommen.

Der Modus 3 kam in ihrem Alltag aller Wahrscheinlichkeit nach nicht (mehr) vor, und ich sehe ihn bei ihr nicht als eine bloße Regression vom Modus 4 aus, sondern als eine wichtige Stufe, auf der sie sich mit Unbekanntem auseinandersetzen, zu Einfällen und Assoziationen gelangen und diese äußern konnte. Darüber hinaus hat sie durch das Explorieren im Modus 3 neue musikalische

Erfahrungen machen können, die ihr Freude bereitet haben. Für diese Erfahrungen, die sie auch in ihrem Alter noch machen konnte, war es nötig gewesen ihr etwas zuzumuten.

Eine Erweiterung der Beziehungsmodi zeigte sich nicht nur von Modus 4 zu Modus 3 sondern auch in Richtung Modus 5, der dialogischen Beziehungsqualität (als Modus 4 mit Peak zu 5). Diese Erweiterung ereignete sich mehrmals in der zweiten Hälfte der Therapie und ist als Entwicklungsfortschritt zu bewerten. Frau Oestrich vervollständigte Lückelieder, und weil sie wegen des Sprachfehlers nicht sang, geschah das auf der Sprachebene, aber manchmal in durchaus musikalisierter Sprache.

In den Videos nicht dokumentiert, aber in den Musiktherapiestunden zwischen den Filmaufnahmen beobachtet: Die Patientin richtete ihren Blick gelegentlich zum Fenster in die Weite. Dies geschah nur, wenn Musik erklang. Oft war sie wohl hörend im Beziehungsmodus 4 und zeigte mir dies, wenn sie anschließend ihr Erleben mit mir teilen wollte. Doch manchmal schien es mir, dass sie aus der Beziehung ging, um für einen Moment ganz für sich zu sein. Dann hätte es sich um den Modus 0 gehandelt. Frau Oestrich bemerkte die Atmosphäre, wollte oder konnte sich aber nicht auf einen Kontakt einlassen und brauchte womöglich eine Pause. Diese wenigen Situationen ließen sich für mich nicht immer eindeutig einschätzen.

4.1.4 "Wer sind Sie?" - Herr Bayer

Herr Bayer lebte mit seiner Tochter seit mehr als 30 Jahren in seinem Einfamilienhaus südlich von Frankfurt. Zwei Söhne wohnten weiter entfernt in jeweils anderen Städten, der Kontakt zu ihnen war weniger eng als zur Tochter. Herr Bayer war zu Beginn seines Einstiegs in das Forschungsprojekt gerade 100 Jahre alt geworden, und die Tochter, Frau Berger, hatte ihm ein großes Familienfest im Garten bereitet. Herr Bayers Ehefrau war vor wenigen Jahren kurz nach der Diamantenen Hochzeit gestorben, und er litt noch täglich unter dem Verlust.

Herr Bayer stammte ursprünglich aus Nordhessen. Sein Vater war als Wagenmeister bei der Reichsbahn beschäftigt gewesen, er selbst war Oberstudienrat für Englisch und Französisch geworden und hatte am Gymnasium in der Nähe seines Hauses unterrichtet. Aus der Zeit seiner Berufstätigkeit existierte immer noch ein Lehrerstammtisch, den er regelmäßig einmal im Monat besuchte und sich dorthin allein zu Fuß auf den Weg machte. Mit seiner Tochter nahm er auf ihre Initiative hin an Gottesdiensten teil, brach beim Erklingen der Musik aber meist in Tränen aus, was die Tochter verunsicherte und auch ärgerte. Zweimal wöchentlich kam eine Physiotherapeutin vorbei, ansonsten verbrachte Herr Bayer den Tag allein zuhaus.

Die fachärztliche Diagnose einer Demenzerkrankung vom Typ Alzheimer wurde sechs Jahre zuvor gestellt. Die aktuelle Testung vor Projektbeginn hatte die

Diagnose bestätigt und den Beginn des mittleren Stadiums festgestellt (siehe auch Tabelle Nr. 1, Patient Nr. 4, S. 25).

Herr Bayer verfügte praktisch über kein Kurzzeitgedächtnis mehr, was ihn seinem Lebensgefühl sehr verunsicherte: *"Es fühlt sich alles so komisch an."* (Z 5). Immer wieder versuchte er sich durch dieselben Fragen zu orientieren und eines Gefühls von Sicherheit rückzuversichern. Die pflegende Tochter fühlte sich durch ihre Berufstätigkeit und die Pflege des Vaters sehr belastet und in ihrer eigenen Lebensqualität eingeschränkt. Das ständige Fragen des Vaters, seine Ängstlichkeit und Traurigkeit über den Tod der Frau machten sie oft ärgerlich. Das wiederum führte meist zu einem schlechten Gewissen.

Beim Kennenlernen in seinem Haus saß Herr Bayer in seinem Lieblingssessel in Fensternähe. Er blickte immer wieder verunsichert zur Tochter, denn dass mich seine Tochter soeben als eine Frau vorgestellte hatte, die künftig einmal in der Woche hier Musik für ihn machen wolle, hatte er gleich wieder vergessen. Während die Tochter dann nebenan im Gespräch mit meinem Kollegen saß, der die Ersteinschätzung von Herrn Bayers Depression vornahm, fragte er mehrmals ängstlich, wer ich sei und was ich wolle. Dabei griff er immer wieder zu einem Zettel auf dem Couchtisch, nahm ihn an sich und versuchte angestrengt, ihn zu lesen. Wie ich erfahren hatte, aktualisierte die Tochter jeden Morgen, bevor sie zur Arbeit das Haus verließ, diesen Zettel und vermerkte dort für den Vater in Stichpunkten die für den jeweiligen Tag geplanten Besuche oder Aktivitäten. Auf dem heutigen Zettel stand aber nichts von meinem Besuch, und ich musste Herrn Bayer immer wieder aufs Neue beruhigen. Dabei blickte ich mich im Wohnzimmer um und entdeckte ein Hochzeitsfoto. Ich durfte es aus dem Regal nehmen und gab es ihm. Er erkannte seine Frau und fragte mit tränenerstickter Stimme, ob es wahr sei, dass sie schon tot ist. Ich nickte mitfühlend und bemerkte, wie gut sie beide in der Hochzeitskutsche aussähen. So entspann sich eine kleine Unterhaltung, bei der mir Herr Bayer schließlich stolz lächelnd erzählte, seine Braut hätte als schönste Frau im Ort gegolten, und *er* hätte sie erringen können.

Die pflegende Tochter, Frau Berger, hatte sich von seiner Projektteilnahme gewünscht, dass ihr Vater einmal wöchentlich von jemandem Besuch erhalte, der sich völlig auf ihn konzentrieren, ihn mit Musik erfreuen und mit seiner Traurigkeit umgehen konnte.

Für mich wurde schon im Erstkontakt deutlich, dass Herr Bayers Gefühle von Unsicherheit durch seine Orientierungsschwäche und unbewältigte Trauer über den Verlust seiner Ehefrau wichtige Themen in der vor uns liegenden, gemeinsamen Zeit werden würden. Ich wollte ihm emotionale Erlebnisse ermöglichen, um ihn zumindest kurzfristig aus der Starre seiner depressiven Gefühle zu holen und mit angstfreien Momenten seine Lebensqualität zu verbessern.

Für meine Hausbesuche hatte ich von der Tochter einen Hausschlüssel erhalten,

da es nicht sicher war, ob ihr Vater beim Fernsehen mein Klingeln hören würde. Zu Beginn jeder Musiktherapiestunde ging es darum, den Patienten mit meinen Besuchen nicht zu erschrecken, den Grund meines Kommens immer erneut zu erklären und mich dann in die Atmosphäre im Wohnzimmer einzufühlen. Bei Herrn Bayer wurde es mir wie bei keinem der anderen Patienten bewusst, dass ich diese Phase des Einfühlens brauchte, ehe wir die Stunde miteinander gestalten konnten.

Beispiel Nr. 10 (siehe auch Herr Bayer, Einführung zum 1. Video, S. 248)

Es ist die erste Musiktherapiestunde bei Herrn Bayer. Ich habe mich nach dem Aufschließen der Haustür rufend bemerkbar gemacht und treffe ihn im abgedunkelten Wohnzimmer in seinem Lieblingssessel sitzend an. Er wirkt so zerbrechlich und fragt mich verunsichert nach dem Grund meines Kommens. Ich antworte ihm freundlich, dass wir zusammen Musik machen können und packe in Ruhe meine Gitarre aus.

Dann hole ich mir einen Stuhl, setze mich Herrn Bayer gegenüber und schlage einige Gitarrenakkorde (meist in Moll) an. Dabei fällt mir das Lied "Sieben Schwalben " ein und ich summe und singe die erste Strophe: "Sieben Schwalben sitzen dort auf dem Draht und schrei´n und schrei´n. Es geht fort, es geht fort, bald wird Winter sein." Jetzt bin ich ganz angekommen.

In den Musiktherapiestunden sang ich für den Patienten häufig bekannte Volkslieder, denn es war mir wichtig, ihn zu beruhigen und meinen Besuch mit angenehmen Gefühlen für ihn zu verbinden. Herr Bayer lehnte sich beim Zuhören auch meist zurück, nickte bestätigend und schien die Lieder zu kennen. Manchmal bewegte er auch die Lippen für ein ganz leises Mit-Mir-Singen.

Eine immer wiederkehrende Szene war dabei, dass er mich fragte: *"Und da kommen Sie extra hierher, um mir altem Mann vorzusingen?"* (Z 6). Er war so gerührt, dass ihm dabei oft die Tränen kamen. Ich legte ihm dann lächelnd meine Hand auf den Arm und fühlte mich wie eine Schülerin, die dem Oberstudienrat ein Ständchen vortrug.

Ich behielt Herrn Bayer während der ganzen Musiktherapiestunde fest im Blick und beobachtete genau, ob ich ihn beruhigen oder erfreuen konnte oder ob ich ihn möglicherweise überforderte. Auch er blieb in engem Blickkontakt zu mir und schien darin eine Bestätigung zu suchen und zu finden, dass er sich in einer sicheren Situation befand.

Wenn doch wieder Gefühle der Verunsicherung an die Oberfläche tauchten (was in jeder Stunde mehrmals vorkam), nahm er den Zettel vom Tisch und schaute nach, ob für heute Musiktherapie auf dem Tagesplan stand. War das der Fall, legte er den Zettel entspannt zurück und widmete sich wieder dem Zuhören

meiner Lieder. Hatte die Tochter vergessen, meinen Besuch zu notieren (was mehrmals vorkam), blickte er mich ängstlich fragend an. Mit einem Lachen oder einem kleinen, gesungenen Situationsmotiv wie z.B. ´*Vergessen, vergessen, bin trotzdem da!´* konnte sich der Patient aber immer schnell beruhigen.

Herr Bayers fragile psychische Konstitution zeigte sich auch in der folgenden, immer wiederkehrenden Szene: Auf dem Wohnzimmerregal ihm gegenüber stand ein etwa DIN A 3 großes Pappschild, das mit einer großen, goldenen Zahl 100 beklebt war und offensichtlich eine Erinnerung an seinen kürzlich gefeierten 100. Geburtstag darstellte. Herr Bayer deutete auf das Schild und fragte mich, ob es wirklich stimme, dass er 100 Jahre alt sei. Ich bejahte lächelnd, worauf er sich ungläubig auf die Schenkel klatschte und sein Erstaunen mit lauten Ausrufen ausdrückte. Sehr oft kamen ihm dabei die Tränen und er zeigte sich alles andere als erfreut über sein hohes Alter. Ich sagte meist etwas Unterstützendes wie ´*Das ist wirklich etwas Besonderes!´* oder ´*Das haben Sie geschafft!´*, worauf er schüchtern lächelte, aber nicht wirklich überzeugt schien, dass 100 Jahre alt zu werden als etwas Positives anzusehen sei.

Schon in der ersten Musiktherapistunde hatte ich die *Ocean Drum* mitgebracht und angespielt. Bayer hatte sich im Sessel vorgebeugt und schaute mir interessiert zu. Zusammen nahmen wir das Rauschen des Instruments wahr, und ich fragte ihn, ob er schon einmal am Meer gewesen sei. Herr Bayer erinnerte sich: *"Königsberg. Da war ich schon. Da habe ich studiert."* (Z 7).

Dann wagte ich es, ihm die *Ocean Drum* zu reichen. Es folgte eine Szene, in der er das Musikinstrument explorierte und von dem Klang sehr emotional berührt wurde. Ich war überrascht und spürte sogar für einen kurzen Moment die Sorge, er könnte diese plötzlich aufbrechende Intensität an Gefühlen nicht verkraften.

Beispiel Nr. 11 (siehe auch Hr. Bayer, 1. Video, Szene 2, S. 249–250)

"Möchten Sie es mal nehmen?" frage ich Herrn Bayer nun und biete ihm die Ocean Drum an. Er nimmt sie mir gleich ab und schnell merke ich, dass ich beim Halten und Spielen nicht helfen muss. Herr Bayer hält die Ocean Drum sicher in Balance und betrachtet die sich leise bewegenden Kügelchen. Ich beginne zu summen und er kippt das Instrument leicht zur Seite und bringt es so zu einem lauteren Klingen. Hin und her wiegt er die Ocean Drum geschickt in seinen Händen und hält sie dabei ganz sicher.

Ich singe und summe etwas aus meinem heutigen Anfangslied "Sieben Schwalben sitzen dort". Herr Bayer hält das Instrument still, blickt mit offenem Mund und aufgerissenen Augen an mir vorbei und hält mir das Instrument hin, während er etwas mir Unverständliches murmelt. Er schüttelt die Ocean Drum dabei leicht vertikal (unbewusst und vor Aufregung?), und ich kommentiere das entstehende Geräusch mit singendem "La, la, la". Das Schütteln wiederhole ich singend, er blickt mich kurz an und lässt die Ocean Drum los. Als ich weiter schüttele, deutet

er kurz ein erneutes Zugreifen an, dann schlägt er kurz die Hände vors Gesicht und blickt verwirrt mit großen Augen und offenem Mund. Er führt die rechte Hand zum Mund und zurück und atmet noch einmal schwer.

Ich lasse die Ocean Drum ausklingen, sage ein beruhigendes und bestätigendes "Mmh-mmh", nicke ihm zu, und wir blicken uns still an.

Die Ocean Drum erschien ihm jedes Mal neu, und der Klang berührte ihn auch immer wieder aufs Neue, wenn auch mit weniger intensiven körperlichen Begleiterscheinungen wie sein Aufgeregtsein beim ersten Mal. Er assoziierte mit dem Klang des Musikinstruments weiterhin das Rauschen der Ostsee bei seinem Studienort Königsberg. Im Lauf der Therapie erfuhr ich von seinen abenteuerlichen Eisenbahnfahrten dorthin durch den sogenannten *Polnischen Korridor.* Als er sich einmal an seine Wirtin, die ihm das Zimmer vermietet hatte, erinnerte, spannen wir durch meine interessierten Fragen zusammen an einer Geschichte um diese Frau herum. Plötzlich erinnerte er sich an ihren Namen und daran, dass sie gut kochen konnte. Über diese Einfälle freute er sich sehr, lachte mich an und genoss unseren unbeschwerten Austausch.

Das Thema des Tods seiner Frau tauchte in nahezu jeder Musiktherapiestunde auf. Der Patient konnte es nur schwer fassen, dass sie schon gestorben war, schüttelte immer wieder ungläubig den Kopf und vergoss Tränen. Ich wartete mitfühlend oder summte eine improvisierte Melodie, bis Herr Bayer sich wieder fassen konnte. Dann ermunterte ich ihn zum Erzählen über seine Erinnerungen an sie und die gemeinsame Zeit. Auf diese Weise stellte sich der Patient seiner Trauer, sie erhielt Raum für einen Ausdruck und konnte gemeinsam ausgehalten werden.

Seine Fragen nach dem Grund für meine Besuche wurden mit der Zeit weniger. Wenn ich zu Beginn der Musiktherapiestunden meine Gitarre aus der roten Hülle auspackte, schaute er mich manchmal an und fragte mit schräg gehaltenem Kopf: *"Aber Sie waren schon ´mal da, nicht?"* (Z 8). Das Fragen enthielt nun keine der zuvor ausgedrückten Ängstlichkeit mehr. Der Patient schien sich an mich oder zumindest an meine Gitarre mit roter Hülle zu erinnern und damit angenehme Gefühle zu verbinden.

Zum Therapieende hin sprach Herr Bayer in der Musiktherapie mehr als vorher, äusserte sogar eigene Liedwünsche und sang nun hörbar mit mir zusammen. Dabei erlebten wir gemeinsam heitere Momente.

Beispiel Nr. 12 (siehe auch Hr. Bayer, 5. Video, Szene 1, S. 256–257)

Es erklingt zweimal die erste Strophe von "Bunt sind schon die Wälder". Herr Bayer lehnt sich im Sessel zurück, er entspannt sich und hört zu. Er atmet schwer und öffnet den oberen Hemdkragen. Dann streicht er sich kurz über den Mund,

schaut dann auf seine Armbanduhr und will offensichtlich etwas sagen. Ich warte, zupfe ein paar leise Akkorde und schaue ihn an.

Da streicht er sich über den Kopf und Nacken, zupft am Hemdkragen und murmelt: "Sie machen Musik mit mir..." Ich unterstütze ihn beim Weitersprechen durch mein :"Mmh" und er sagt: "Mal ´n Lied, was ich kann". Interessiert frage ich: "Ja?" und er sagt: "Auf, du junger Wandersmann". "Okay", antworte ich, "das können Sie". "Ja", meint er, und ich beginne das Lied zu singen.Herr Bayer hört mit verschränkten Händen zu und bewegt zunächst lautlos die Lippen wie zum Mitsingen. Er blickt zu mir oder schließt die Augen.

Nach der ersten Strophe frage ich, wie es weitergeht und singe dann eine weitere Strophe. "Das habe ich auch gesungen, wie ich noch jung war!", ruft er lachend. - "Aha, und da haben Sie sich das jetzt gewünscht, das Wanderlied."

"Jetzt bin ich n´alter Mann!" - "Ja, das stimmt." Er lacht wieder.

Ich sage: "Und da gehen Sie nicht mehr so groß wandern wie im Wanderlied!" Wir lachen beide, und ich füge hinzu:. "Ja, aber Sie können sich das Lied noch wünschen." Herr Bayer stimmt mir zu, und ich frage: "Aha. Wollen wir es mal zusammen singen?"

Und dann singen wir gemeinsam die erste Strophe, und Herr Bayer singt gut hörbar und sicher mit mir.

Bei Therapieende hatte Herr Bayer seinen 101. Lebensjahr vollendet, war inzwischen schwächer geworden und ging nun nicht mehr allein aus dem Haus. Er zeigte weiterhin Symptome der Angst und Depressivität, diese waren in der Musiktherapie im Verlauf allerdings weniger ausgeprägt. Der Patient konnte in der musiktherapeutischen Beziehung emotional berührt werden, sich öffnen und Vertrauen gewinnen. Das wurde im Gerührt- Sein über ein für ihn vorgetragenes Lied, im Überwältigt-Sein, wenn sein hohes Lebensalter zur Sprache kam oder im Weinen über den Verlust seiner Frau deutlich. Herr Bayer blieb stets in langem, sicherheitsstiftendem Blickkontakt zu mir. Seine Erinnerungen an Begebenheiten in seinem Leben wurden größer und differenzierter. Das Erzählen dieser Erinnerungen und beim Hören und später Mitsingen vertrauter Lieder bescherten ihm Momente der Freude und Unbeschwertheit.

Die pflegende Angehörige stellte für ihren Vater keine Verbesserung fest. Sie kehrte immer erst Stunden nach der Musiktherapiestunde von der Arbeit zurück, und ihr Vater hatte die Musiktherapiebesuche dann immer schon vergessen.

Weniger Depressivität und freudige Momente erlebten der Patient und die Angehörige, jeder für sich, in den Stunden der häuslichen Musiktherapie bzw. in der Angehörigengruppe. Die Tochter setzte sich während des Behandlungsjahrs mit ihrer seelischen Verfassung und der ihres Vaters auseinander. Zu einem emotionalerem Umgang mit ihrem Vater im Alltag reichte ihre Kraft aber nicht.

Kurze Zeit nach Therapieabschluss zog Herr Bayer mit seiner Tochter in eine Wohnung in einer anderen Stadt in die Nähe von Verwandten.

Das EBQ-Instrument im Therapieverlauf

Hier wird der Therapieverlauf des Patienten mit dem EBQ- Instrument betrachtet. Das EBQ-Instrument mit seinem Aufbau und seinen entwicklungspsychologischen Grundlagen wird in Kapitel 3.2.1 erläutert.

Der Ausgangsmodus 2 zeigte sich bei Herrn Bayer in der Musiktherapie kaum noch. Seine Ängste und depressive Stimmung traten selten auf und konnten dann schnell und wirkungsvoll behandelt werden. Herr Bayer ließ sich mit Musik, Worten und leichtem Armauflegen beruhigen, trösten und sicher fühlen.

Er agierte über den gesamten Therapieverlauf überwiegend im Modus 4 (im KEBQ Modus 4 Lieder hörend oder im VBQ Modus 4 mit mir singend). Dabei zeigte er intensiven Blickkontakt. Auf diese Weise wollte er mich in sein Erleben miteinbeziehen und gleichzeitig emotionalen Halt bei mir finden. Im Hören der Lieder und im Singen blieb er aufmerksam und in Gemeinsamkeit mit mir verbunden.

Im Modus 3 (IBQ Modus 3) explorierte Herr Bayer gelegentlich die *Ocean Drum.* Das Explorieren des Musikinstruments förderte seine Selbstwirksamkeit, die Klänge berührten ihn sehr und bereiteten ihm neue Hörerfahrungen. Meist entwickelte sich aus seinem konzentrierten Ausprobieren ein Übergang zum Modus 4 (KEBQ Modus 4), wenn ich ein Lied dazu sang und er hörend mit mir in einem gemeinsamen Tun verbunden blieb.

Gelegentlich zeigte Herr Bayer im Modus 4 (KEBQ Modus 4) Peaks zum Modus 6 (KEBQ Modus 6), wenn er in kurzfristigen Momenten an einer bestimmten Textstelle deren Absurdität oder Witz erfasste. So veranlasste uns beispielsweise im Lied *Und in dem Schneegebirge* die Textstelle *"Ich bin nicht alt geworden, ich bin noch allzeit jung"* zu einem gemeinsamen Auflachen mit affektivem Blickaustausch. Danach folgte meist eine kleine Improvisation von mir, um ihn weiter in intensivem Kontakt zu halten, die der Patient wieder aufmerksam hörend im Modus 4 verfolgte.

4.1.5 "Fühlen Sie ´mal den feinen Stoff!" - Frau Strauch

Frau Strauch stammte ursprünglich aus Berlin und wurde überwiegend von den Großeltern, die dort ein Fuhrunternehmen führten, erzogen. Sie war zu Therapiebeginn 85 Jahre alt, war verwitwet und lebte allein in ihrem kleinen Reihenhaus in einem Frankfurter Vorort. Sie hatte vier Kinder großgezogen, eine Tochter und drei Söhne. Der jüngste Sohn lebte in der Nähe und pendelte meist tageweise zwischen seiner Wohnung und dem Elternhaus, sodass er sich häufig um seine Mutter kümmern konnte.

Als den Kindern eine Verschlechterung des Gedächtnisses bei der Mutter auffiel, suchten sie mit ihr zunächst den Hausarzt und dann die Gedächtnissprechstunde an der Frankfurter Universitätsklinik auf. Dort erhielt die Patientin einige Wochen zuvor die fachärztliche Diagnose einer nicht näher spezifizierten Demenzerkrankung im beginnenden mittleren Stadium (siehe auch Tabelle Nr. 1, Patientin Nr. 7, S. 25).

Als ich Frau Strauch zum Kennenlernen in ihrem Haus aufsuchte, traf ich auf eine alte Dame, die mit mir zwar langsam und mit kleinen Schritten von der Haustür zum Wohnzimmer ging, aber mit energischen Armbewegungen und lauter Stimme Vitalität und Kraft ausstrahlte. Wir setzten uns an den Eßtisch mit Blick in den Garten, und sie begann sogleich zu erzählen. Dabei sprang sie von einem zum anderen Thema. So erfuhr ich in kürzerster Zeit von ihrem wunderschönen Haus in ihrer Kindheit, dass ihr gepflegte Kleidung wichtig sei (sie trug einen Rock aus einem feinen Wollstoff und dazu eine blaßrosa Seidenbluse) oder wieviel Geld sie kürzlich ihren Enkeln geschenkt habe.

Sie schaue gern politische Sendungen und könne gut mit Handwerkern verhandeln, berichtete sie. Ich könne sie gern wieder besuchen, aber sie sei auch sehr gern allein: *"Am liebsten bin ich alleine, da kann mir keiner in die Quere kommen."* (Z 9).

Da ihre Mutter in der Kindheit Klavier gespielt und sich vor einigen Jahren auch wieder ein Instrument gekauft hatte (das sie aber leider kaum spiele), meldeten sie die Kinder für die Teilnahme am Forschungsprojekt an. Sie wünschten sich, dass die Mutter mit Musik erfreut und eventuell sogar erneut zum eigenen Klavierspiel motiviert werden könnte. Vielleicht würde es auch gelingen, sie ruhiger werden zu lassen, denn noch immer wollte sie alle täglichen Angelegenheiten wie z.B. mit ihrer Bank und mit Handwerkern allein regeln, obwohl sie diese Aufgaben inzwischen psychisch erschöpften und sehr belasteten. Die Überforderung provozierte Verbissenheit, ungerechtfertigte Schuldzuweisungen auf andere und Enttäuschungen.

Mich beeindruckte die Stärke der Patientin, aber ich konnte auch Verbissenheit und Hilflosigkeit spüren. Frau Strauch wollte ihr offenbar lange praktiziertes Bestimmen in ihrer Familie in gewohntem Maß beibehalten, aber das schien nun mit 85 Jahren und ihrer Alzheimererkrankung über ihre Kräfte zu gehen. So war es mir ein wichtiges Ziel, mich diesem Thema zu widmen und mit ihr Wege zu ihrer Entlastung zu erarbeiten. Gleichzeitig wollte ich ihre starke Persönlichkeit wertschätzen und ihr eigene musikalische Ausdrucksmöglichkeiten anbieten.

Schon ab dem ersten Hausbesuch bezogen wir das Klavier im Wohnzimmer mit in die Musiktherapie ein. Ich entdeckte in einem Regal Noten von Sonatinen und Wiener Tänzen, und Frau Strauch erklärte mir, dass das ihre Lieblingsstücke seien. So spielte ich gleich aus ihren Notenheften, während Frau Strauch seitlich am Klavier saß und zuhörte. Mein Angebot, dass wir zusammen spielen könnten, jeder nur mit einer Hand, nahm sie nicht an, war aber wenigstens bereit, den

Stuhl am Klavier von ganz links in die Mitte vor die Tastatur zu rücken. Schließlich probierte sie doch verschiedene Stücke selbst anzuspielen. Auch wenn es zu einem abrupten Abbruch kam, herrschte doch kurzfristig eine heitere Stimmung.

Beispiel Nr. 13 (siehe auch Fr. Strauch, 1. Video, Szene 3, S. 260–261)

"Das ist das ganz Verrückte, das Wien bleibt Wien", meint Frau Strauch, als sie beim Durchblättern der Noten an diesem Walzer hängenbleibt. Ich singe sogleich das markante Intro dieses Stücks, und die Patientin fällt mit ein. Ich singe weiter, und sie versucht, diese Stelle mit der rechten Hand zu spielen. Es gelingt ihr in Melodie und Rhythmus nur wage, aber ich rufe "Ja, genau!", was sie motiviert, nun mit der linken Hand dazu weiterzuspielen. "Das spielen die im Neujahrskonzert in Wien immer, oder?" bemerke ich, und Frau Strauch bejaht das. Sie spielt eine kleine Passage schneller, und ich unterstütze durch Mitsingen das Aufzeigen des Melodieverlaufs. Nun bricht sie ab und hebt abwehrend die Hände: "Wenn ich alleine bin, kann ich spielen, aber wenn da jemand .... ist da nix drin."

Zu ähnlichen Situationen kam es immer wieder, Frau Strauch wollte ihre Lieblingswalzer spielen, schaffte es beidhändig nicht und brach dann frustriert ab. Mit mir zusammen in Arbeitsteilung (jeder spielt eine Hand) zu musizieren, war für sie erst einmal keine Option.

Neben Frau Strauchs Lieblingswalzern wurden auch Volkslieder zu einem festen Bestandteil unserer Stunden am Klavier. Ich spielte die Lieder für sie, und sie verfolgte sie aufmerksam hörend oder sogar leise mit mir singend. Das geschah stets in einer ruhigen Stimmung.

Hin und wieder blitzten auch beim Singen kleine heitere Situationen auf, in denen die Patientin für einen Moment Lockerheit zeigte und lachte.

Beispiel Nr. 14 (siehe auch Fr. Strauch, 1. Video, Szene 1, S. 261–262)

Frau Strauch sitzt entspannt mit übergeschlagenen Beinen und aufeinander gelegten Händen im Schoß über Eck neben mir. Leicht lächelnd hört sie mir zu und nickt gleich, als sie das Lied erkennt. Ihr Blick pendelt zwischen mir und dem Klavier. Sie singt nun mit. Als sich der Melodieverlauf im Refrain deutlich nach oben wendet, fasst sie sich kurz an den Hals. "Frühmorgens! So hoch (singen)!" rufe ich ihr zu, und wir lachen beide.

Die nächste Strophe singe ich auf "La-la". Frau Strauch singt nun nur ab und zu und fast unmerklich mit, hört aber genau zu. Am Ende sagt sie: "Ja, ja, das ist sehr hübsch, ja, ja, ich kenn´ das Lied".

In den ersten Wochen fand bei manchen Hausbesuchen erst einmal gar keine Musik statt. Dann wollte die Patientin mit mir am Eßtisch sitzen und mir ihre Sorgen erzählen. So war es einmal Ärger mit einem Techniker, der sich um ihr angeblich defektes Telefon kümmern sollte und vor Ort keinen Fehler finden konnte, oder es ging um ihre erwachsenen Kinder, die sie von ihren geplanten Vorhaben oder Anschaffungen, die sie missbilligte, in Kenntnis gesetzt hatten. Frau Strauch regte sich sehr auf, schimpfte und schien überzeugt, es besser zu wissen. Nach diesen emotionalen Berichten wirkte sie erschöpft. Durch geduldiges Zuhören und Nachfragen gelang es aber immer, ihren Blick auf ihre momentane Gefühlslage zu lenken und dabei manchmal einen Körperteil zu benennen, in dem ihr Ärger am deutlichsten zu spüren war. Sie legte dann meist beide Handflächen auf die Brust, und ich summte eine improvisierte Melodie für sie, bis sie sich beruhigte.

Bei zwei Hausbesuchen in der Anfangszeit lud mich die Patientin ein, ihr in den 1. Stock ins Schlafzimmer zu folgen, wo wir vor dem großen und gut gefüllten Kleiderschrank stehen blieben. Frau Strauch zeigte mir ihre Kleider, Röcke, Blusen und Pullover, betonte deren gute Qualität und forderte mich auf: *"Fühlen Sie ´mal den feinen Stoff!"* (Z 10). Wir verbrachten beide Male mehr als eine ganze Stunde mit dem Betrachten, Befühlen und ihrem gelegentlichen Anhalten ausgewählter Kleidungsstücke. Es war deutlich zu spüren, wie wichtig es der Patientin war, dass ich ihre "Schätze" betrachtete und bewunderte. Frau Strauch konnte diesen Austausch unter Frauen in ruhiger und heiterer Atmosphäre offensichtlich genießen, sie wirkte entspannt und zufrieden. Unsere Kleiderschau wurde dann wieder unten im Wohnzimmer mit einem Klavierstück, das sie sich wünschen durfte, abgerundet.

Das Klavier blieb das Zentrum unserer Musiktherapiestunden. Für andere Musikinstrumente interessierte sich die Patientin nicht, sie wusste nichts damit anzufangen und wollte sie auch nicht ausprobieren. Aber das Klavier erklang nun in allen weiteren Musiktherapiestunden. Oft hielt sich der pflegende Sohn während meiner Besuche im Haus im oberen Stockwerk auf und freute sich über die Klaviermusik, die aus dem Wohnzimmer zu ihm herauf tönte. Er berichtete mir, dass der Klavierdeckel inzwischen offen bliebe und die Mutter sich unter der Woche auch immer einmal wieder allein ans Klavier setzte, um zu spielen.

Im Therapieverlauf erfuhr ich, dass das Klavier ihrer Kindheit im Krieg eine sehr wichtige Funktion für die Patientin übernommen hatte. Sie erzählte mir von dem herannahenden, drohenden Geräusch der englischen Fliegerbomben, oft um die Mittagszeit, wenn sie aus der Schule gekommen und allein im Haus war.

Sie berichtete, dass sie sich dann oft ans Klavier gesetzt und gegen die Angst angespielt hatte: *"Mein Klavier hat mich gerettet!"* (Z 11).

Früher hatte Frau Strauch ihr Klavierspiel frustriert abgebrochen, wenn sie ihre Lieblingswalzer nicht mehr allein spielen konnte. Irgendwann hatte sie meinen Vorschlag, uns den Part zu teilen, sodass sie nur die rechte Hand spielte und ich

den unteren Part übernahm, doch angenommen. Von da an machte sie die Erfahrung, dass das Abgeben von Verantwortung Zufriedenheit bringen konnte. Dann war sie erleichtert und fröhlich und konnte das klangliche Ergebnis unserer Gemeinschaftsarbeit sehr genießen.

Beispiel Nr. 15 (siehe auch Fr. Strauch, 2. Video, Szene 3, S. 263–264)

Frau Strauch will mir wieder einen ihrer Lieblingswalzer von J. Strauß am Klavier vorspielen. Es klappt aber nicht so, wie sie sich das vorgestellt hat, und sie ist verärgert. Zu Beginn der Therapie hatte sie meine vorsichtig vorgetragenen Hilfsangebote stets entschieden abgelehnt und ihr Klavierspiel abgebrochen.

Heute nimmt sie zum zweiten Mal meine Hilfe an, und wir teilen uns den Klavierpart: Sie spielt nur die rechte Hand, ich übernehme die linke. Frau Strauch fordert jetzt mehrere Wiederholungen ein, und schließlich gelingt uns der Walzer mit dieser Arbeitsteilung fehlerfrei und mit dynamischem Ausdruck. Nach dem gemeinsam schwungvoll gesetzten Schlussakkord ruft sie mir voller Stolz zu: "Na, bitte! Geht doch!"

Ab der Mitte der Behandlungszeit forderte mich Frau Strauch auf, allein für sie zu spielen und setzte sich zum Zuhören nicht wie sonst mit ans Klavier, sondern in ihren etwas weiter entfernt stehenden Sessel. Sie hatte sich zuvor wieder aufgeregt und konnte nun auf ein Hilfsangebot zurückgreifen und nach Entspannung für sich nachfragen. Im weiteren Therapieverlauf vermochte sie in solchen Situationen in ihrem Sessel sogar ihre Augen schließen und sich den Klängen meines Klavierspiels anvertrauen wie im Beispiel Nr. 8 aus der 34. Musiktherapiestunde.

Beispiel Nr. 16

Heute zeigt sich Frau Strauch wieder gestresst und erzählt mir auch gleich, dass sie mit dem Handwerker wegen der Spüle in der Küche diskutiert habe. Worum es genau geht, erfahre ich nicht, aber Frau Strauch ist aufgebracht und sie habe ihm gesagt, er solle nicht glauben, dass sie seine Arbeiten nicht kontrollieren würde. Nachdem sie sich mir mitgeteilt hat, äußert sie den Wunsch nach Musik. Ich stelle zwei Hocker am Klavier zurecht, weil ich davon ausgehe, dass wir wieder ihre Lieblingswalzer "vierhändig" spielen in unserer eigenen, vereinfachten Aufteilung: Sie spielt mit der rechten Hand die Melodie, ich übernehme mit beiden Händen die Begleitung. Aber heute setzt sich Frau Strauch nicht ans Klavier, sondern in ihren gemütlichen Sessel und fordert mich auf: "Spielen Sie was." Während ich für sie am Klavier zum ersten Mal in der Musiktherapie die Walzer allein spiele, sehe ich, dass sie sich angelehnt hat und mit geschlossenen Augen lauscht.

Frau Strauch zeigte im Verlauf der Musiktherapie in den Musiktherapiestunden und ebenso im Alltag einen Rückgang ihres dominanten Verhaltens. Sie wurde ruhiger, weicher und offener. In der Musiktherapie zeigte sich das dadurch, dass sie mehr lächelte, Bedürftigkeit zugeben, Unterstützung annehmen und sich vertrauensvoll entspannen konnte.

Auf Nachfragen ihrer Kinder erinnerte sie sich gern an die Musiktherapiestunden und hob besonders das gemeinsame Klavierspielen hervor. Auch die Kinder erlebten ihre Mutter am Therapieende als deutlich zugänglicher und weicher als vorher.

Das EBQ-Instrument im Therapieverlauf

Hier wird der Therapieverlauf der Patientin mit dem EBQ- Instrument betrachtet. Das EBQ-Instrument mit seinem Aufbau und seinen entwicklungspsychologischen Grundlagen wird in Kapitel 3.2.1 erläutert.

Frau Strauch bewegte sich fast ausschließlich im Modus 4. Meist herrschte von Anfang meines Besuchs an zwischen uns eine positive Affektlage. Beim Singen und Hören zeigte die Patientin interattentional eine konzentrierte Ausrichtung auf ein gemeinsames Thema; Kontaktabbrüche kamen nicht vor. Mit ihren Blicken zu mir wollte sie mich in ihr Erleben miteinbeziehen und sich rückversichert finden. Die Themen (Lieder, Klavierstücke) bestimmten wir wechselseitig und konnten uns interintentional darauf einlassen.

Manchmal zeigte Frau Strauchs Beziehungsqualität im Modus 4 Peaks zum Modus 5 und Modus 5a (beim Vervollständigen eines Lückelieds).

Die Male, in denen ich Frau Strauch zu Beginn meiner Besuche aufgebracht im Modus 2 erlebte, erforderten immer zuerst eine Affektgestaltung. Das Abstimmen und die Regulierung des spannungsgeladenen Affekts der Patientin erfolgten durch Zuhören, Nachfragen und Summen (siehe auch Kap. 4.1.1, Patientin Nr. 1, Frau Schwan, S. 53–54, bei der die Affektgestaltung in stärkerem Maß musikalisch aktiv erfolgen konnte). Nach einer gelungenen Affektregulation war die Patientin bereit, mit mir in den Modus 4 in einen wie oben beschriebenen, interattentionalen Kontakt zu treten.

Die Modi 1 und 3 kamen in der Therapie nicht vor.

Auch die Modi 5 und 6 wurden nicht erreicht; ein vorsichtiges Angebot zum Improvisieren am Klavier mit der Patientin, was die Übergänge zu den Modi 5 und 6 hätte eröffnen können, führte zu einer Überforderung der Patientin und wurde von mir nicht erneut angeboten.

4.1.6 "Den Text verstehe ich nicht, aber die Melodie ist wunderbar!" – Herr Stetter

Herr Stetter lebte mit seiner Frau in einer Vierzimmerwohnung. Er war gerade 89 Jahre alt geworden, seine Frau war einige Jahre jünger und wie er ebenfalls an Demenz erkrankt. Das Paar hatte zwei Kinder, eine Tochter und einen Sohn. Versorgt wurden Herr und Frau Stetter vom Sohn, der nur ein paar Häuser weiter wohnte und täglich nach seiner Arbeit vorbeikam. Tagsüber kümmerte sich eine osteuropäische Pflegekraft um die beiden. Der Sohn besprach sich in allen Angelegenheite auch regelmäßig mit seiner Schwester, die mit ihrer Familie in einem anderen Stadtteil lebte, die Eltern seltener sah und weniger Zugang zu ihnen hatte. Herr Stetter war früher Büroleiter gewesen und habe diesen Beruf sehr gern ausgeübt.

Früher seien Herr und Frau Stetter noch mit der Pflegerin zusammen zum Einkaufen gegangen, doch das war der Pflegerin mit beiden inzwischen zu stressig geworden, allein war sie mit dem Einkaufen schneller fertig und ließ das Ehepaar für die Dauer ihrer Erledigungen lieber daheim. Herr und Frau Stetter saßen tagsüber in ihrem Wohnzimmer am Esstisch und hatten keine Beschäftigung.

Von dem Forschungsprojekt hatte der Sohn aus der Zeitung gehört und telefonisch beide Elternteile zur Teilnahme angemeldet. Er wollte den Eltern mit meinen Hausbesuchen etwas Abwechslung in ihren ansonsten gleichförmigen und tristen Alltag in der Wohnung bieten.

Da nur noch ein Platz für die Aufnahme frei war, musste ich mich zwischen beiden entscheiden. In ihrer langjährigen Ehe hatte sich ein Muster des Zusammenlebens entwickelt, das sich mir bereits im Erstkontakt deutlich zeigte. Frau Stetter war impulsiv und bestimmend, Herr Stetter dagegen sehr zurückhaltend und still.

Beide traf ich beim Kennenlerntermin im Wohnzimmer am Eßtisch sitzend an. Frau Stetter redete viel, allerdings meist nur unverständliche Laute. In ihrer Sprachmelodie wechselte sie von leisem Gemurmel wellenartig zu lauten Äußerungen, die zeitweilig wie ein Schimpfen klangen. Sie fixierte mich mit ihrem Blick, und ich fühlte mich kontrolliert und wenig willkommen. Sobald ich das Wort einmal an ihren Mann richtete, verschärften sich ihr Blick und ihre stimmlichen Äußerungen, und ich spürte ihre Eifersucht.

Herr Stetter neben ihr blickte vor sich auf den Tisch und sprach nicht, konnte mir aber einfache Fragen mit Nicken beantworten und sah mich dabei meistens auch an. Vom Sohn wusste ich, dass er früher Geige gespielt hatte und das Instrument noch auf dem Dachboden vermutet wurde; ich bat darum, bei Gelegenheit nach der Geige zu suchen. Der Sohn erzählte, dass der Vater gern Opernmusik, besonders von Puccini und Wagner höre; früher seien an nahezu jedem Sonntagmorgen die entsprechenden Langspielplatten gespielt worden. Er selbst

habe das als Kind nicht so sehr gemocht, lege aber jetzt genau diese Platten wieder für den Vater auf, um ihn zu erfreuen. Seiner Mutter bedeute Musik, auch nicht anderer Genres, nicht viel.

Meine Wahl für den freien Platz im Forschungsprojekt fiel auf Herrn Stetter, weil er mir durch sein ruhiges, apathisches Verhalten psychisch isolierter als seine Frau erschien, die ihre Bedürfnisse zumindest stimmlich und gestisch äusserte. Ich vermutete ihn als ansprechbar für eine musiktherapeutische Beziehungsgestaltung, auch deshalb, weil er sich für Musik interessierte. Meine Therapieziele waren, ihn aus seiner Isolation und seinen Abhängigkeiten herauszuholen und ihm dabei zu helfen, seine Wünsche wiederzuentdecken und auszudrücken. Außerdem wollte ich ihm in einer therapeutischen Beziehung beim gemeinsamen Hören seiner bevorzugten und vielleicht auch ihm unbekannter Musik eine Plattform für ein emotionales Erleben bieten. Mit einem gewachsenen Selbstbewusstsein hoffte ich, seine persönliche Entfaltung unterstützen zu können.

Als vor einem halben Jahr Herr Stetters Vergesslichkeit und sein innerer Rückzug deutlich zunahmen, holte der Sohn in einer psychiatrischen Praxis eine fachärztliche Diagnose einer Demenzerkrankung vom Typ Alzheimer Ende des mittleren Stadiums ein (siehe auch Tabelle Nr. 1 , Patient Nr. 6, S. 25).

Die Musiktherapie sollte als Einzelsetting für Herrn Stetter im Wohnzimmer, wo auch der Plattenspieler stand, stattfinden. Um Frau Stetter wollte sich die Pflegerin kümmern und sie solange in der Küche beschäftigen. Während des Hausbesuchs einen Spaziergang mit ihr zu unternehmen, überforderte die Pflegerin, da sich Frau Stetter draußen schwierig verhielte und entweder weglaufen wolle oder plötzlich stehenbliebe und gar nicht mehr zum Weitergehen zu bewegen sei.

Gleich in der ersten Musiktherapiestunde wurde das Einzelsetting mit Herrn Stetter zum Problem für seine Frau. Als er schon an seinem gewohnten Platz am Eßtisch bereit saß, wollte sie zunächst den Raum nicht verlassen. Als es der Pflegerin doch gelang, sie herauszulocken, kehrte Frau Stetter mehrmals wieder zurück und schimpfte laut. Die geschlossene Wohnzimmertür stellte für sie offenbar eher eine Herausforderung als eine Grenze dar. Bei ihrem Schimpfen war zwischen viel Unverständlichem auch *´Du kriegst es nachher!´* zu verstehen. Die Pflegerin hatte eine Weile gebraucht, bis sie merkte, dass Frau Stetter schon wieder im Zimmer war, eilte dann hinterher und führte sie immer wieder aus dem Zimmer. Herr Stetter schien von diesem Her und Her nicht sonderlich beeinflusst zu werden, nur gelegentlich hob er den Kopf und blickte auf.

Es galt, eine Lösung zu finden, die mich mit dem Patienten in Ruhe arbeiten ließ und Frau Stetter nicht kränkte. Sie wurde gefunden, indem ich zu einem Trick griff: Ich stellte den halbhohen, aufgeklappten Wäscheständer vor die geschlossene Wohnzimmertür. Als Frau Stetter versuchte, ins Wohnzimmer zu gelangen, bemerkte sie das Hindernis. Sie berührte den Wäscheständer ein paar

Mal vorsichtig und murmelte dabei Laute der Verwunderung. Dann kehrte sie zu der Pflegerin in die Küche zurück, wo sie sich an den Küchentisch setzte und bei den Essensvorbereitungen zuschaute. Ich hatte die Pflegerin gebeten, mit Herrn und Frau Stetter im Alltag mehr zu sprechen, als ich es beim Kennenlerntreffen erlebt hatte; denn da wurde den beiden meist nur Kommandos zugerufen wie *´Opa, hier sitzen!´* oder *´Oma, komm her!´.* Von nun an sollte sie Frau Stetter irgendetwas erzählen, z.B. was sie gerade tat (Kartoffeln schälen, im Topf rühren usw.) oder etwas aus ihrer osteuropäischen Heimat. Das funktionierte gut, Frau Stetter fühlte sich wohl in der Küche und, auch wenn sie wahrscheinlich inhaltlich wenig verstehen konnte, hörte sie doch den freundlichen Erzählton und beteiligte sich schließlich mit eigenen stimmlichen Äusserungen.

Ich konnte von da an mit Herrn Stetter im Wohnzimmer ungestört arbeiten. Der Wäscheständer wurde noch bei einigen weiteren Hausbesuchen aufgestellt und von Frau Stetter ohne erkennbare Enttäuschung akzeptiert. Bald erübrigte sich das Aufstellen, weil Frau Stetter nun gerne in der Küche blieb und die Atmosphäre mit Kochen und gegenseitigem Erzählen zu genießen schien.

Trotz der Unterbrechungen in der ersten Musiktherapiestunde konnte ich Herrn Stetter für meine mitgebrachte CD mit Auszügen aus Wagneropern interessieren. Er nahm die CD gleich in die Hand und vertiefte sich ins Lesen des Covers.

Beispiel Nr. 17 (siehe auch Hr. Stetter, 1. Video, Szene 2, S. 269–270)

Meine Frage, ob ich die Musik anstellen soll, bleibt unbeantwortet (weil er mich nicht gehört hatte?), Herr Stetter liest die Beschriftung auf der Vorderseite und dreht die CD kurz auf die unbeschriftete Rückseite.

Ich stehe auf, bemerke, dass er die Musik ja vielleicht kennt oder vielleicht auch mag und stelle den CD-Player an. Nun blickt Herr Stetter auf und legt die CD auf den Tisch. Ich nehme sie aus der Hülle: "Sie sagen mir einfach, ob Sie es mögen".

Herr Stetter verfolgt kurz mein Hantieren und nimmt sich dann die geöffnete Hülle, liest nun interessiert die Innenseite und klappt dann die Hülle zu. Ich freue mich über sein Interesse und bewundere sein sorgfältiges Hantieren mit der CD.

Es erklingt der Chor "Steuermann, lass die Wacht" (Richard Wagner: Der Fliegende Holländer, Chor aus dem 3. Aufzug). Nach den ersten Takten legt er die CD-Hülle hin und blickt zu mir, während ich mich wieder zu ihm setze. Ich frage ihn, ob er die Musik gut hören kann und tippe an mein Ohr, Herr Stetter nickt. Ganz leicht lächelt er, hört zu und nickt zur Musik. "Sie kennen das", sage ich und er nickt und formt mit den Lippen ein tonloses Ja. Wir hören, blicken uns immer wieder lange an und genießen.

Dann atmet Herr Stetter einmal deutlich seufzend aus und senkt seinen Blick. Danach kratzt er sich am Kopf und schaut mich erneut lächelnd an.

Ich spreche an, dass es sich um das Lied der Seeleute handelt, und Herr Stetter

scheint das zu wissen, denn er nickt. Wir nicken beide metrisch zur Musik, wobei es zu synchronen Momenten kommt. Dann schwingt er den Kopf im Metrum leicht hin und her und blickt wieder vor sich auf den Tisch. Er streicht sich durchs Gesicht über den Bart und sagt zu mir:"Den Bart sieht man nicht", die Musik ist gerade so laut, dass ich nachfragen muss. Er wirkt amüsiert und ich bestätige, dass ein bisschen abrasiert sei (denn ich kann eigentlich noch Bart erkennen). Wir lachen beide. Die Musik endet: "Jau! Ist jetzt zuende.", sage ich und stelle den Player ab.

Herr Stetter schien es zu genießen, für sich allein und ganz in Ruhe die mitgebrachte CD gründlich von vorn und hinten, innen und außen anzuschauen, den Text zu lesen und dann die Musik mit mir zu hören. Die Kontaktaufnahme war gelungen, denn der Patient interessierte sich für meine mitgebrachte Musik und erwiderte mit Blickkontakt und Lächeln mein Beziehungsangebot. Zum Schluss der Szene fiel ihm beim Streichen übers Gesicht seine (kürzlich erfolgte?) Bartrasur ein, und er mochte mir von dieser persönlichen Handlung Mitteilung machen. Ich bestätigte ihm, dass ich die Veränderung sah und ließ mich von seiner Heiterkeit anstecken.

Im weiteren Therapieverlauf benötigte der Patient bei jedem Hausbesuch aufs Neue Zeit, sich auf mich und auf mein musikalisches Angebot einzulassen. So schaute er mich meist gar nicht an, wenn ich grüßend den Raum betrat, sondern blickte ausdruckslos vor sich auf die Tischplatte. Ich setzte mich dann zu ihm, berührte kurz seinen Arm und lächelte ihn einfach nur an. So ließ ich ihm Zeit, eine Bereitschaft zur Kontaktaufnahme mit mir zu entwickeln. Nach ein paar Minuten blickte er zu mir hoch. Da nickte ich ihm zu und holte die heute mitgebrachten CDs hervor. Ich legte sie auf den Tisch vor ihn, damit er sie in Ruhe betrachten und sich eine davon zum gemeinsamen Hören aussuchen konnte. Mit Einfühlung und viel Geduld gelang es immer, in ihm einen Beziehungswunsch entstehen und an die Oberfläche steigen zu lassen.

Herr Stetter beschäftigte sich ihn jeder Musiktherapiestunde gern mit meinen mitgebrachten CDs. Er nahm sie einzeln in die Hand, schaute sich die Cover von allen Seiten an und las leise die Texte in den Innenseiten. Er sortierte die CDs auch einfach nur gern: in einer Reihe neben- oder untereinander. Es schien, dass bei seinem konzentrierten Hantieren manchmal die anstehende Entscheidung für eine der CDs und das darauf folgende anschließende Hören eines Musikstücks in den Hintergrund oder vielleicht ganz ins Vergessen gerieten. Aber ich deutete seine Handlungen nie als stereotyp sondern als aufmerksam und konzentriert. Und ich konnte ihn mir mit seinem ausgeprägten Ordnungssinn und seiner geschickten Umsicht mit Gegenständen in seinem früheren Beruf als Büroleiter gut vorstellen.

Ich ließ dem Patienten bei seinem Explorieren viel Zeit, beobachtete interessiert sein Tun und kommentierte es nur ab und zu mit kurzen, bestätigenden Worten oder Lauten. Es wurde klar, dass das Aussuchen nicht nur eine Vorstufe des gemeinsamen Hörens war, sondern als wichtige Beziehungsqualität des

Explorierens zum Nachnähren der Selbstwirksamkeit des Patienten diente. Herr Stetter nutzte in dieser Phase die Möglichkeit, in einer ruhigen und aufmerksamen Affektlage sich seinem Selbsterleben zu widmen und seine Selbstwirksamkeit zu stärken.

Diese Phase des Explorierens konnte Minuten, eine Viertelstunde oder bis zu 20 Minuten dauern und mündete meist in seine Entscheidung für eine CD. Herr Stetter tippte dann meist auf die ausgewählte CD oder reichte sie mir, manchmal auch mit dem kurzen Hinweis: „Diese“.

Ganz selten hatte ich den Eindruck, dass der Patient nach Minuten des Explorierens eine Unterstützung brauchte, um zu einer Entscheidung für eine Musik zu gelangen. Dann stellte ich vorsichtig die Frage, ob er schon wisse, welche Musik er heute hören wolle oder ob ich heute die Auswahl für ihn treffen solle. Dann willigte er ein und schien sich über meine Hilfestellung entlastet zu fühlen.

Das gemeinsame Hören war für den Patienten immer ein Genuss. Er lehnte sich meist zurück an die Stuhllehne und hörte konzentriert seine Lieblingsmelodien. Dabei blickte er immer wieder zu mir, manchmal scheinbar zufällig und manchmal an musikalisch prägnanten Stellen wie Crescendi oder Fermaten. Dann hob er ab und zu auch den Zeigefinger und wollte mich damit an seinem Erleben an diesen bedeutenden Stellen teilhaben lassen. Ich empfand diese Momente, an denen musikalische Höhepunkte und sein durch Blick und Geste markiertes Erleben zusammentrafen, als atmosphärisch dicht. Und ich freute mich, dass der Patient, den ich innerlich zurückgezogen erlebt hatte und der seinen Alltag weitestgehend mit Nichtstun und ohne adäquate Ansprache verbrachte, so intensive Emotionen wiederbeleben, ausdrücken und genießen konnte.

Das nachstehende Beispiel Nr. 18 aus der 5. Musiktherapiestunde zeigt, dass der Patient seine Aufmerksamkeit beim gemeinsamen Hören einer Puccini-Arie nicht nur auf die Musik richtete, sondern sogar Ansätze zeigte, sich emotional auf mich als Person einzuschwingen: Er nahm eine synchrone Körperhaltung ein und bemerkte später meine Geste, die einen musikalischen Höhepunkt unterstrich, und er reagierte darauf mit einem Lächeln. Damit deutete er eine Fähigkeit an, den Übergang zweier Beziehungsqualitäten herzustellen, und zwar vom intersubjektiven Kontakt mit einem Wahrnehmen meiner Person zur interaktiven Beziehung mit einem Aufeinander-Bezug-Nehmen (EBQ Modus 4 zu Modus 5).

Beispiel Nr. 18 (siehe auch Hr. Stetter, 2. Video, Szene 1, S. 272–273)

"Ist laut genug?", frage ich Herrn Stetter und stelle die Lautstärke aufgrund seines Achselzuckens noch höher: "Gut?" Ich setze mich wieder über Eck zu ihm an den Tisch, und wir nicken einander zu. "Tosca", sagt Herr Stetter und ich wiederhole das nickend. "Haben Sie auch schon gesehen?", frage ich und Herr Stetter

antwortet mit "Ja".

"Wo?", will ich nun wissen. Er antwortet: "Hier, in Frankfurt". Ich wundere mich, dass er so orientiert ist und mir so klar antworten kann. Wir nicken wieder einander zu. "Ja", sagt er.

Nun setzt der Gesang der Arie "Recondita armonia" ("Wie sich die Bilder gleichen") aus dem 1. Akt der Oper "Tosca" etwas zu laut ein, da stehe ich kurz auf und reduziere rasch die Lautstärke. Dann sitzen wir wieder beieinander und hören zu.

Als ich meine Hände auf dem Tisch verschränkt halte, tut er es mir nach einer Weile nach. Ich schaue meist zu ihm oder geradeaus aus dem Fenster, Herr Stetter blickt nach unten oder zu mir. Wenn er zu mir aufblickt, ist mein Blick auch da, um ihm Resonanz zu geben. Beim Crescendo zum musikalischen und textlichen Höhepunkt "il mio solo pensiero, Tosca, sei tu!" ("mein Gedanke bist nur du, Tosca, nur du!") bewege ich in einer kurzen, mitgehenden Geste Hände und Oberkörper, Herr Stetter bemerkt es und blickt wieder mit einem ganz leichten Lächeln zu mir.

Die Arie endet, und bei den letzten Takten flüstert er noch einmal: "Tosca". Ich bestätige das Erlebte lächelnd und wiederhole leise: "Tosca".

In der 17. Stunde kam es für den Patienten zu einer Begegnung mit seiner Geige, die auf mein Bitten hin schließlich vom Dachboden geholt worden war.
Die Geige liegt vor dem Patienten auf dem Tisch. Ganz behutsam öffnet Herr Stetter den Kasten und holt sein Instrument vorsichtig heraus, dabei blickt er mich an und lächelt. Dann schüttelt er wortlos den Kopf. „Die haben wir wiedergefunden“, sage ich zu ihm, und Herr Stetter nickt fast unmerklich. Als nächstes greift er langsam nach dem Geigenbogen und spannt ihn. Er setzt schließlich das Instrument an und spielt kurz die Saiten an. Ich vokalisiere kurz dazu, während er nun die leeren Saiten mit langen, zittrigen Bogenstrichen erklingen lässt. Nach etwa zehn Minuten mit Geige und Stimme blickt er wieder zu mir, zuckt mit den Achseln und schüttelt den Kopf. Er legt er den Bogen hin, blickt noch einmal lange auf das Instrument und seufzt. Wir sprachen noch ein wenig über seinen Geigenlehrer, aber die Begegnung mit dem Musikinstrument seiner Jugend schien war für ihn nun endgültig abgeschlossen zu sein (siehe auch Herr Stetter, 4. Video, Szene 1, S. 275).

Unsere Beziehung war nun soweit etabliert, dass ich ihm in der 23. Stunde eine ihm unbekannte Musik anbieten wollte. Ich kündigte ihm mit der dritten mitgebrachten CD *´etwas ganz Anderes mal, etwas Neues´* an und legte die CD mit Renaissancemusik zu den anderen. Herr Stetter blickte abwechsend auf alle CDs und wählte ziemlich schnell diese neue aus, indem er dreimal entschieden darauf tippte. Beim Hören der Arie *Augellin* von *Stefano Landi* wiegte er kurz den Kopf hin und her, nicht mitschwingend sondern eher kritisch prüfend.

Kommentare gab es nicht, und Herr Stetter wandte sich dann den anderen zwei CDs zu. Das Klangergebnis hatte ihn nicht begeistert, vielleicht sogar enttäuscht, aber Herr Stetter zeigte mit seiner Entscheidung für diese CD sein Interesse und seine Fähigkeit, sich Neuem zuzuwenden (siehe auch Herr Stetter, 5. Video, Szene 1, S. 277).

In der darauffolgenden Musiktherapiestunde versuchte ich es mit Musik von *Richard Strauss* und mischte unter drei CDs mit ihm bekannter Musik eine mit *Vier letzte Lieder* (1948). So wollte ich ihm einmal abseits seiner vertrauten Opernmusik des 19. Jahrhunderts ein neueres Werk des 20. Jahrhunderts vorstellen, das an seine Hörerfahrungen anknüpfen und diese erweitern könnte, ohne ihn klanglich gleich zu überfordern, da es mit seinem spätromantischen Kompositionsstil nicht "zu modern" war. Herr Stetter betrachtete wie immer alle CDs ausführlich und gab mir dann diese neue in die Hand. Ich wählte das Lied *Frühling* aus und las ihm erst einmal den Text von Herrmann Hesse dazu vor *("In dämmrigen Grüften träumte ich lang...")*. Beim Hören des Orchesterlieds war Herr Stetter sehr konzentriert und blickte mich ab und zu an. Nachdem das Lied verklungen war, meinte er: *"Den Text verstehe ich nicht, aber die Melodie ist wunderbar!"* (Z 12). Von da an nahmen wir die Musik von Richard Strauss in unser Hörrepertoire auf, und Herr Stetter lernte nach und nach auch die anderen Lieder dieses Zyklus kennen.

Ab der zweiten Therapiehälfte wirkte Herr Stetter schmaler, er hüstelte immer einmal wieder und zeigte in Erregungszuständen einen beidseitigen Tremor in den Armen. Oft war er müde und schlief beim Musikhören manchmal ein.

Ab dem letzten Drittel der musiktherapeutischen Behandlungen wurde auffällig, dass der Patient nicht nur auf meine Fragen antwortete, sondern von sich aus Fragen stellte oder Bemerkungen machte. Das folgende Beispiel stammt aus der 30. Musiktherapiestunde.

Beispiel Nr. 19

Eine Arie aus La Bohème ist verklungen. Herr Stetter wiegt sich noch leicht mit dem Oberkörper, schaut mich an und nickt: "Das war schön. - Schöne Musik. - Schöne Stimme, wer singt das?"

Die Einzelmusiktherapie bedeutete für den Patienten eine Zeit ohne seine ebenfalls demenzkranke Ehefrau, die sonst oft kontrollierend auf ihn einredete. Er konnte die Musiktherapiestunden in ruhiger Atmosphäre sehr genießen, interessierte sich für die mitgebrachte Musik und erfreute sich an dem gemeinsamen Hören. Herr Stetter konnte den Beziehungsprozess selbst steuern, Kontakt mit sich und mir aufnehmen und entwickelte wieder ein Stück seiner Autonomie. So äusserte er wieder Wünsche (z.B. Welche Musik soll heute gehört werden?) und antwortete im Gespräch nicht nur auf Fragen, sondern stellte

selbst welche und machte von sich aus Bemerkungen.

Er zeigte in der Musiktherapie nur noch selten ein apathisches Verhalten, und dann auch nur für kurze Augenblicke, sodass dieses beobachtete Aus-Dem-Kontakt-Gehen möglicherweise auch nur eine notwendige Pause zur Verarbeitung des Erlebten darstellte.

An meinen mitgebrachten CDs blieb er immer interessiert und konnte das gemeinsame Hören bis zum letzten Hausbesuch genießen.

Auch im Alltag gab es Verbesserungen, da der pflegende Sohn dem Vater mehr persönliche Aufmerksamkeit gab, auch indem er die Lieblingsmusiken des Vaters nicht nur anstellte, sondern sie öfter mit ihm gemeinsam anhörte.

Das EBQ-Instrument im Therapieverlauf

Hier wird der Therapieverlauf der Patientin mit dem EBQ- Instrument betrachtet. Das EBQ-Instrument mit seinem Aufbau und seinen entwicklungspsychologischen Grundlagen wird in Kapitel 3.2.1 erläutert. Bei der Einschätzungsskala Beziehungsqualität (EBQ) wurde bei dem Patienten, der sich nicht instrumental oder vokal ausdrückte, sondern sich mit Objekten (CDs) beschäftigte und Musik mit mir hörte, die KEBQ-Skala und TBQ-Skala herangezogen. In der KEBQ-Skala zeigte er kurzfristig den Modus 1 und für lange Phasen die Modi 3 und 4.

Ich begegnete ihm stets im selben Modus, ließ ihn den Beziehungsprozess steuern und passte mich seinen angebotenen Modi an.

Der Modus 1 herrschte vor allem zu Beginn meiner Hausbesuche vor, wenn ich den Patienten zurückgezogen und beinahe regungslos am Tisch sitzend und vor sich hin blickend antraf. Er hob selbst beim Eintreten bei meiner zugerufenen Begrüßung nicht immer den Kopf oder schenkte mir nur einen flüchtigen, schweifenden Blick. Erst wenn ich mich leise sprechend zu ihm setzte, seinen Arm berührte und er die mitgebrachte Tüte mit den CDs sah und wiedererkannte, schien er aus seiner Neutralität heraustreten zu können.

Danach hielt er sich lange im Modus 3 auf. Beim genauen Betrachten, Untersuchen und Auswählen der mitgebrachten CDs konnte Herr Stetter in ungestörter Atmosphäre und mit meiner gelegentlichen verbalen Unterstützung sich selbst wieder spüren und seine Selbstwirksamkeit wiederentdecken. Dabei zeigte er sich konzentriert und in seine Handlungen vertieft. Er hielt sich im Modus 3 solange auf, bis er dort eine Absättigung erlebte, die ihn mit einer Entscheidung für eine bestimmte CD zum Modus 4 führte.

Das gemeinsame Hören seiner ausgewählten Musik stellte sich als eine interattentionale Tätigkeit im Modus 4 dar. Der Patient entwickelte hier die Fähigkeit zu einem intersubjektiven Beziehungsaufbau zu mir, bei dem es ihm wichtig war, mich mit seinem rückversichernden Blickaustausch an seinem Erleben teilzunehmen. Ich wurde als Person in sein Erleben und Genießen als Person

miteinbezogen, und es entstand ein Gefühl von Gemeinsamkeit.

In wenigen Fällen deutete der Patient einen Peak vom Modus 4 zum Modus 5 an, wenn er z.B. meine Körperhaltung einnahm, eine Geste von mir bemerkte und emotional mit Lächeln beantwortete oder mir Fragen stellte.

Sehr selten und nur vorübergehend kippte Herr Stetter in den Modus 1 zurück. Diese Momente konnten während der Modi 3 und 4 auftreten, waren aber so kurz, dass dieses Aus-Dem-Kontakt-Gehen als Pause zur Verarbeitung seines Erlebten gedeutet wurde und offenbar notwendig schien. Im Anschluss kehrte er wieder in die vorige Beziehungsqualität zurück.

4.2 Die Angehörigenarbeit

4.2.1 Die Angehörigen

Der pflegende Ehemann von Frau Schwan: Herr Schwan

Herr Schwan lernte während des Behandlungsjahrs, seine eigenen körperlichen und physischen Grenzen zu erkennen und schließlich Hilfe anzunehmen.

Er bewältigte über Jahre hinweg die Pflege seiner Frau einschließlich der Organisation von Haushalt und Garten allein. Mehr, als dass die Tochter die Wäsche für die Eltern übernahm, wollte er zunächst nicht zulassen – mit dem Argument, er wisse am besten, was für seine Frau gut sei.

Als er sich nach langen Diskussionen mit seinen Kindern und vielen Gesprächen in der Angehörigengruppe des Projekts schließlich entschied, Hilfe anzunehmen und eine Pflegerin ins Haus holte, konnte er sich nach einigen Anlaufschwierigkeiten ganz aus der Pflege und teilweise aus der Organisation des Alltags zurückziehen. Es entstand ein Raum für Gelassenheit, Flexibilität und Humor, der ihn befähigte, im Umgang mit seiner Frau kreativ zu reagieren und mögliche Eskalationen schwieriger Situationen zu entschärfen. Auch nahm er sich nun mehr Ruhezeiten für sich und konnte durch die nun geringere Belastung noch liebevoller und intensiver mit seiner Frau umgehen. Am Singen, das während des Behandlungsjahres seiner Frau zum wichtigsten Kommunikationsmittel in der Musiktherapie und im Alltag wurde, nahm er nun selbst aktiv teil und unterstützte auf diese Weise die emotionale Beziehung der beiden.

Beispiel Nr. 20 (siehe auch Interview mit Hr. Schwan, S. 280)

Neulich hat Herr Schwan mit seiner Frau in der Küche gesungen. Während er das Mittagessen zubereitet, hat sie eine Melodie angestimmt, in die er mit eingefallen ist. So etwas hätte er früher nicht gemacht. Er zeigt sich zudem noch humorvoll, als er seine vermeintlich sängerischen Qualitäten hervorhebt: "Da habe ich gesagt, dass ich doch gar nicht schlecht singe und Sänger hätte werden können."

Seine Frau zeigt ihm als Antwort einen Vogel. Nun freut sich Herr Schwan, denn sie hat, wie er findet, seine Bemerkung richtig verstanden und im Grunde angemessen reagiert.

Auch auf den gemeinsamen Spaziergängen singt er gemeinsam mit seiner Frau. Noch vor Kurzem hat es ihn gestört, dass sie so unbekümmert und fröhlich auf den Spaziergängen gesungen hat. Wenn andere Spaziergänger entgegen kamen, hat er sie gebeten, vorübergehend still zu sein, da ihm die Situation peinlich war. Nun singt er mit oder stimmt selbst ein Lied an.

Wenn seine Frau daheim im Sessel sitzt und Lieder hört, singt er auch mit. Auch sein Repertoire erweitert sich, und früher Gelerntes wird wieder ausgegraben: "Ja, ich lern´ auch wieder Kinderlieder!"

Die pflegende Ehefrau von Herrn Galbert: Frau Galbert

Frau Galbert pflegte ihren Mann allein, die gemeinsame Tochter wohnte in der Nähe und besuchte die Eltern oft.

In der Anfangsphase des Projekts wollte Frau Galbert die Alzheimererkrankung ihres Mannes nicht wahrhaben. Sie glaubte, wenn er sich nur genügend anstrengte, wären seine Erinnerungen noch präsent und seine Fehlhandlungen könnten vermieden werden. In der Folge schimpfte sie viel mit ihm, worauf er wiederum mit innerlichem Rückzug oder mit Aggressivität reagierte. So wollte er beispielsweise seine Frau abends mit einem Salat überraschen, hatte ihn aber nicht gründlich gewaschen, worauf sich Frau Galbert heftig bei ihm beschwerte. Herr Galbert lief daraufhin aus der Küche, brach in Tränen aus und drohte, weil er ja zu nichts mehr nützlich sei, aus dem Fenster zu springen. Ein anderes Mal schimpfte Frau Galbert, als er sich zwei verschiedenene Socken angezogen hatte. Er konnte die Situation nicht mehr korrigieren, da er nicht mehr wusste, wo sich das Fach mit den Socken befand. Aufgrund ihrer Empörung wurde er wiederum wütend, fasste seine Frau fest am Arm und schüttelte sie heftig; in einer anderen Situation brach er ihr sogar einmal den Arm.

Frau Galbert hatte sich in der Angehörigengruppe in einem Veränderungsprozess nach und nach eine Haltung von anfänglicher Auflehnung gegen die Krankheit zu jetzt mehr Gelassenheit und Wertschätzung der verbliebenen Möglichkeiten erarbeiten können. Sie blickte aus einer anderen Perspektive auf ihren Mann und die gesamte Situation. Das wöchentliche Erleben, wie ihr Mann im Zimmer nebenan fröhlich und kompetent mit mir sang und improvisierte, ließ sie eine neue Seite in ihm erkennen, die sie wertschätzte. Im Alltag schaute sie nicht mehr auf die vielen Situationen, die er nicht mehr problemlos bewältigen konnte wie als gesunder Mensch, sondern blickte vor allem auf die verbliebenen Möglichkeiten. So buchte sie beispielsweise eine Flugreise ins Ausland in einen Aufenthalt in einer Ferienwohnung in Brandburg um. Wenn er sich unruhig zeigte, begleitete sie ihren Mann öfter auf Spaziergängen, machte ihn auf be-

stimmte Bäume oder den Vogelgesang aufmerksam und freute sich über die entspanntere Atmosphäre ohne Vorwürfe.

Die pflegende Tochter von Frau Oestrich: Frau Oestrich jun.

Die Tochter war alleinstehend und in Vollzeit berufstätig. Die Krankheit der Mutter stellte eine schwere Belastung für sie da. Vor Kurzem hatte sie zusätzlich von einer eigenen schweren Krankheit erfahren und zeigte sich depressiv.

Frau Oestrich jun. besuchte ihre Mutter fast täglich und war zusätzlich an jedem Wochenende durchgehend anwesend. Frau Oestrich jun. empfand die zunehmende Orientierungslosigkeit und die sich ständig wiederholenden Äußerungen der Mutter als sehr belastend. Die Wiederholungen ihrer Themen und die vielen Standardsätze erlebte sie wie eine undurchdringbare Mauer und klagte, kaum noch Wege zu einer normalen Unterhaltung mit der Mutter finden zu können. Es sei sehr nervenaufreibend, immer wieder die gleichen Themen und Sätze zu hören, und am Ende eines langen Besuchstages spüre sie sogar oft Aggression gegenüber der Mutter. Gleichzeitig hatte sie ein schlechtes Gewissen, ihr nicht immer mit voller Aufmerksamkeit zuhören zu können und bemühte sich immer wieder neu um ein wohlwollendes Verhalten.

In der Angehörigengruppe berichtete Frau Oestrich jun. offen von ihren psychischen Belastungen durch eigene Krankheit, voller Berufstätigkeit und anstrengendem Umgang mit ihrer Mutter. Das Improvisieren war für sie etwas Besonderes, das sie überwiegend dazu nutzte, um ihre eigene Befindlichkeit mit Frust, Wut und Trauer auszudrücken oder sich mit angenehmen Klängen zu "belohnen": *"Ich wollte einmal ganz losgelöst sein."* (Z 13).

Beim Spielen auf der Steeldrum bemerkte sie*: „…mir war, als ob ich im Bauch so rund würde und alles stimmig wäre.* (Z 14). In solchen Momenten empfand sie musikalische Aufgaben einengend und machte dabei zunächst nur zögerlich mit. Später konnte sie im Team die Herausforderungen solcher musikalischen Aufgaben leichter annehmen und präsentierte dann die Ergebnisse mit Freude und Stolz.

Aufgrund von Überbelastung in Berufstätigkeit und Pflege und dem Ausbruch eigener schwerer Krankheit gelang es der Tochter nicht, den Umgang mit der Mutter im Alltag zu verbessern.

Frau Oestrich jun. bat darum, nach Ablauf der musiktherapeutischen Behandlungen der Mutter weiter in der Angehörigengruppe bleiben zu dürfen. Als halboffene Gruppe mit ohnehin einigen Wechseln in der Besetzung stimmten alle Teilnehmenden zu. Zu diesem Zeitpunkt waren die letzten monatlichen Treffen des zweijährigen Projekts noch für etwa neun Monate angesetzt. Frau Oestrich jun. konnte für diese Zeit weiter von der emotionalen Unterstützung der Gruppe und den Improvisationen profitieren. Auch nachdem ihre Mutter ca. ein halbes Jahr später in einem Pflegeheim verstarb, nahm sie weiter an den Treffen teil. Die

musiktherapeutische Angehörigengruppe hatte ihr einen Ort mit familiärem Charakter bieten können, an dem sie Angenommensein und Geborgenheit erleben konnte.

Die pflegende Tochter von Herrn Bayer: Frau Berger

Frau Berger war alleinstehend und berufstätig; sie hatte noch einige Monate bis zu ihrem Renteneintritt. Den Umgang mit ihrem 100jährigen Vater beschrieb sie als schwierig. Seine Vergesslichkeit, Ängstlichkeit und Depressivität machten sie hilflos und auch wütend. Ständig würde er fragen, ob seine Frau wirklich tot sei und finge dann an zu weinen. Aber sie selbst litt ebenfalls unter dem Tod der Mutter und fand keinen Weg und keine Kraft, auf ihn adäquat einzugehen.

Sie formulierte es so, dass nicht nur der Vater seine Frau, sondern auch sie selbst die Mutter verloren hätte und sie keine Zeit finden könnte, den Tod zu verarbeiten, da der Vater all ihre Aufmerksamkeit und Kräfte beanspruchte. Sie fühlte sich bei der Trauerbewältigung ihres Vaters überfordert und von seinen depressiven Stimmungen genervt, was zu einem schlechten Gewissen führte. Die Teilnahme am Projekt sollte ein therapeutisches Angebot speziell für ihn sein: *"Ich wollte einfach, dass es ihm besser geht, dass er etwas aufgeheitert wird und dass jemand ihn als Person ernst nimmt."* (Z 15).

Die gesamte Organisation des Alltags wuchs ihr über den Kopf. Gelegentlich wurde ihr sogar die Fahrt zu der Angehörigengruppe einmal im Monat zu viel, und manches Mal hatte sie vergessen, den Haustürschlüssel für mich am verabredeten Ort zu hinterlegen, sodass ich nicht ins Haus gelangen konnte und mein Musiktherapiebesuch ausfallen musste. Als ihr größtes Problem benannte sie die fehlende Hilfe im Verwandten- und Freundeskreis.

Der Austausch in der Gruppe war ihr hilfreich, besonders weil ihr dort Mut zum Durchhalten gemacht wurde.

Im besonderen Maß nutzte sie das gemeinsame Improvisieren. Sie spürte beim Improvisieren Lebensfreude und Lebendigkeit und freute sich über die musikalische Entwicklung in der Gruppe, die sie von anfänglichem vorsichtigen Spiel bis zu persönlichem Ausdruck und musikalischen Dialogen beschrieb. Das Ausprobieren anderer Instrumente beeindruckte sie: *„Ich habe auch Harfe gespielt, die ich noch nie in meinem Leben angefasst hatte.“* (Z16).

Für einen emotionaleren Umgang mit ihrem Vater fehlten ihr Zeit und Kraft. Nach Renteneintritt zog Frau Berger mit ihrem Vater in die Stadt, in der ihre Tochter mit ihrer Familie lebte. Sie meldete sich noch zweimal von sich aus per Mail und berichtete einmal vom gelungenen Einleben des Vaters in die neue Umgebung und dass sie selbst noch gern an das Improvisieren zurückdächte. Mit der zweiten Mail informierte sie mich über den Tod des Vaters.

Der pflegende Sohn von Frau Strauch: Herr Strauch jun.

Herr Strauch jun. war alleinstehend und lebte wechselweise in seiner Wohnung und in seinem alten Kinderzimmer im Haus seiner Mutter. Seinen Pflegeaufwand bei der Mutter, die sich noch recht selbständig versorgte, schätzte er als gering ein. Als belastend empfand er den Umgang mit der Mutter, ihr Bestimmen, ihre Kompromisslosigkeit beim Meinungsaustausch und ihr Eingreifen-Wollen in seine Lebensvorstellungen und -bereiche. Er war aufgebracht und gleichzeitig traurig berührt, wenn er sah, wie ihre körperlichen und geistigen Kräfte nachließen, sie aber keine Hilfe annehmen wollte.

Durch die häuslichen Musiktherapiebesuche fühlte er sich entlastet. Er lauschte von seinem Zimmer aus gern unserem Klavierspiel und freute sich, wenn sie auch unter der Woche abseits meiner Besuche alleine spielte.

Nach meinen Hausbesuchen bemerkte er nach einigen Wochen eine Veränderung: Seine Mutter erschien ihm emotional zugänglicher: *"Dort, wo sich meine Mutter ein Stück weit geöffnet hat, habe ich das Gefühl von Entlastung gehabt."* (Z 17).

Der Prozess des Sich-Öffnens entwickelte sich über das ganze Behandlungsjahr und zeigte ein gewisses Maß an Nachhaltigkeit: Frau Strauch konnte ihre Fragen und ihre Ängste zuerst mir in den Musiktherapiestunden und dann auch den Kindern mitteilen. Es entstand mehr emotionale Nähe von und zu den Kindern. Dass sie zum Therapieende hin gegenüber den Kindern auch "Danke" sagen konnte, wurde in der Familie als Besonderheit in ihrer emotionalen Entwicklung empfunden.

Der Sohn empfand die gemeinsame Zeit des Projekts auch als Entwicklungsmöglichkeit für sich selbst. Er beschäftigte sich mit der Endlichkeit des Lebens seiner Mutter und mit seinen eigenen Fragen und Ängsten dazu. Er erlebte eine persönliche Annäherung an die Mutter (er fühlte Dankbarkeit und Nähe) und bemerkte auch eine Vertiefung seiner Beziehung zu seinen Geschwistern.

Herr Strauch war selbst in einem Pflegeberuf tätig und brachte entsprechendes Fachwissen mit, an dem er die Teilnehmer in der Angehörigengruppe bereitwillig teilhaben ließ. Im Gesprächsteil der Angehörigengruppe nahm er gern die Gelegenheit wahr, sicher sich über seine Gefühlswelt auszutauschen. Das Verfahren von Gesprächsgruppen war ihm schon bekannt gewesen, das gemeinsame Improvisieren hingegen war für ihn neu und er nutzte diese Form des Ausdrucks mit besonderer Vorliebe, da sie authentischer als das Wort für ihn war: *"Mit dem Wort kann man ja noch viel hinbiegen."* (Z 18).

Als geeignetes Instrument, seine sehnsüchtigen Gefühle auszudrücken, entdeckte er das *Bandoneon* für sich und war entschlossen, sich solch ein Musikinstrument für zuhause zu kaufen.

Eine mögliche Veränderung des Umgangs mit der Mutter sah er noch als Wunsch

und weniger als bereits umgesetzt an. Seine emotionale Annäherung bewegte sich, wie er es beschrieb, (noch) im Inneren als noch nicht abgeschlossener Prozess und ohne dass er eine Veränderung im Alltag greifbar sah. Im Alltag zeigte sich das in weniger dominanter Umgangsweise mit ihren erwachsenen Kindern*: "Ich erlebe meine Mutter weicher, weicher noch als vor einem Jahr."* (Z 19).

Der pflegende Sohn von Herrn Stetter: Herr Stetter jun.

Der pflegende Sohn, Herr Stetter jun., lebte allein in seiner Wohnung in derselben Straße wie seine Eltern. Er besuchte sie jeden Abend und an den meisten Wochenenden. Seine Schwester hatte keine enge Beziehung zu den Eltern, doch Herr Stetter jun. pflegte mit ihr einen regelmäßigen Austausch über die Eltern.

Herr Stetter jun. profitierte von den Tipps aus der Angehörigengruppe. Er zeigte sich erstaunt und begeistert über die angenehme Gruppenatmosphäre, in der es im Gegensatz zum privaten Kreis möglich war, mit fremden Menschen über dieses intime Thema offen zu sprechen: *"Man konnte über dieses Thema ganz offen sprechen, als ob man sich schon ewig kennt."* (Z 20).

Seine Freude an den gemeinsamen Improvisationen entstand erst im Laufe des Spielens, da ein hektischer Bürotag ein Sich-Einlassen erst einmal erschwerte und er die Musik manchmal als "nervtötend" empfand. Er machte aber die Erfahrung, dass es meist etwas dauerte, bis sich dann doch Harmonie in der Musik entwickelte, die ihm Spaß bereitet hat.

Sich im Anschluss an die Gruppenimprovisation verbal mit den eigenen Gefühlen und denen der anderen Teilnehmer auseinanderzusetzen, war für ihn eine Erfahrung, die er als "extrem neu" bezeichnete. Als interessant erlebte er dabei die Selbst- und Fremdeinschätzung der Teilnehmer bezüglich einer gelungenen Umsetzung der musikalischen Aufgaben, und er beteiligte sich eifrig an den Diskussionen. Die Angehörigenabende hatten für ihn immer eine positive, entlastende Wirkung: *"Der Tag war so abgewaschen worden."* (Z 21).

In der Familie konnte Herr Stetter jun. keine Veränderung durch die Musiktherapie feststellen, nicht in der Kommunikationsfähigkeit seines Vaters und nicht in Bezug auf etwaige Reaktionen nach dem Musikhören.

4.2.2 Die musiktherapeutische Angehörigengruppe

Die Angehörigengruppe fand einmal im Monat in der Fachhochschule Frankfurt im Musiktherapieraum statt. Insgesamt wurden 23 Abende à 90 Minuten veranstaltet, jeder Angehörige konnte an 12 Treffen teilnehmen, zum Abschiedsabend am Projektende waren alle Angehörigen aus dem Projekt eingeladen. Den Bedürfnissen der Teilnehmer entsprechend gliederten sich die

Abende etwa hälftig in einen Gesprächsteil und in einen Musikteil, deren Reihenfolge beliebig war.

In den aufgeführten Beispielen wird auch von Patienten und deren pflegenden Angehörigen zu lesen sein, die trotz Teilnahme am Forschungsprojekt nicht zur Auswahl für diese vorliegende Arbeit ausgewählt worden sind. Sie waren aber Bestandteil der Angehörigengruppe und wurden wegen einer möglichst genauen Wiedergabe des Gruppengeschehens hier mit aufgeführt. Ihre Namen wurden wie die der ausgewählten Patienten und ihrer pflegenden Angehörigen geändert.

Der Gesprächsteil in der Angehörigengruppe

Hier fand das gemeinsame Ankommen im Raum statt. Im Stuhlkreis sitzend tauschten sich schon vor offiziellem Beginn des Treffens einige Teilnehmer aus. Nach der Begrüßung berichtete jeder von seiner Alltagssituation, oft von Neuigkeiten und Veränderungen seit dem letzten Treffen ein Monat zuvor. Dabei traten die großen physischen und psychischen Belastungen durch die Pflege zutage.

Im Gesprächsteil konnten Tipps zur Bewältigung schwieriger Alltagssituationen mit dem Patienten erarbeitet werden, wobei die Angehörigen untereinander als Experten fungierten und andere an ihrem Erfahrungschatz oder ihren inzwischen angeeigneten Kenntnissen teilnehmen ließen. Wenn es manchmal keine konkrete Problemlösung oder ein Hilfsangebot geben konnte, sollte wenigstens das Erzählen der Probleme in einer vertrauensvollen Gruppenatmosphäre psychische Entlastung bringen.

Der Musikteil in der Angehörigengruppe

Bei dem Musikteil handelt es sich um ein angeleitetes Kommunikationstraining mit musiktherapeutischen Mitteln. Der Musiktherapieraum war mit einem reichhaltigen Instrumentarium bestückt, einige Musikinstrumente hatte ich immer vor Beginn der Abende ansprechend und einladend um den Stuhlkreis herum platziert. Für den ersten Angehörigenabend hatte ich mir gleich einen Einstieg in ein erstes Improvisieren mit den Musikinstrumenten vorgenommen.

Beispiel Nr. 21 *„Das Abenteuer beginnt“ (1. Angehörigentreffen)*

Zehn Angehörige betreten zum ersten Mal den Musiktherapieraum und nehmen im Stuhlkreis Platz. Es sind Ehemänner, Ehefrauen, Töchter und Söhne der Demenzerkrankten im Projekt. Ihr erkrankter Ehepartner bzw. Elternteil hat bereits einige häusliche Musiktherapiestunden erhalten, doch heute sind sie selbst an der Reihe, eigene musikalische Erfahrungen zu machen. Einige von ihnen bestaunen schweigend die Instrumente, andere haben schon eine Unterhaltung

mit gedämpfter Stimme mit dem Sitznachbarn begonnen. Eine Frau ist aufgestanden und probiert leise einige Musikinstrumente aus. Im Raum schwebt eine spürbare Anspannung, aber auch Neugierde.

Nach meiner Begrüßung werden die Teilnehmer gebeten, sich zu Paaren zusammenzufinden, um sich gegenseitig je ca. fünf Minuten lang zur Person zu befragen. Anschließend stellt jeder den anderen Partner der Gruppe vor. Diese Technik ist allen unbekannt und sorgt sogleich für Erheiterung. Es sind knappe Vorstellungen zu hören, aber einige haben sich auch schon Details gemerkt und kommen ins Erzählen. Die Stimmung ist nun heiter und nur noch wenig angespannt.

Als nächstes gibt es eine Fragerunde: Mit welchen Wünschen oder Erwartungen sind alle gekommen? Als Antwort kristallisieren sich drei Themen heraus: Alle möchten „etwas von der Situation der anderen erfahren". Zwei Teilnehmerinnen erhoffen sich, ihre „Fehler" (wie sie es selbst formulieren) besprechen zu können. Sieben Angehörige möchten mehr über die Musik und die Musikinstrumente erfahren, wenngleich sie dazu versichern, „nichts zu können" und „unmusikalisch" zu sein.

Die meisten der anwesenden Angehörigen fühlen sich in der Pflegesituation allein. Sie müssen sich nicht nur in ein oft bis dahin völlig unbekanntes Arbeitsgebiet einarbeiten, sondern erleben auch, wie sich andere Menschen, Freunde und Bekannte, mehr und mehr von der Familie zurückziehen.

Andere Teilnehmer der Gruppe drücken den Wunsch aus, mit Menschen in Kontakt zu kommen, die aufgrund der ähnlichen Lebenslage Verständnis für die eigene Situation aufbringen können. Frau Galbert reagiert immer wieder mit Schimpfen, wenn ihr Mann etwa nur halb angezogen das Haus verlassen will oder bei gemeinsamer Essensvorbereitung den Salat ungewaschen und noch sandig in die Schüssel füllt.

Frau Ayaz bedient ihre Mutter den ganzen Tag, sodass diese sich kaum mehr bewegt. Beiden ist bewusst, dass sie sich anders verhalten sollten, wissen aber nicht genau, wie sie etwas im Alltag ändern könnten und erhoffen sich Tipps und Erfahrungswerte anderer Betroffener.

Zum Zeitpunkt des ersten Angehörigentreffens haben in den Familien bereits einige häusliche Musiktherapiestunden stattgefunden, die zu den ersten positiven Reaktionen führten. So erwähnt Herr Weiss, dass seine Mutter, die abends normalerweise besonders unruhig wird, am Tag der Musiktherapie noch für Stunden gut gelaunt bleibt und abends keine beruhigenden Medikamente benötigt. Herr Schwan berichtet, dass seine Frau, seit sie Musiktherapie erhält, wieder besser sprechen kann. Diese Beobachtungen haben neugierig gemacht: auf Musiktherapie allgemein und speziell auf das Musikmachen. Die vielen (auch fremden) Musikinstrumente im Raum wirken verlockend, lösen bei manchen aber auch Scheu aus. Es wird aus der Runde mehrfach betont, dass man selbst keine Fähigkeiten zum Musikmachen habe.

Mir ist es wichtig, dass nun der Kontakt zu den Musikinstrumenten im Raum in den Vordergrund rückt. Die Spielanweisung lautet: „Ich bitte Sie nun alle aufzustehen und sich im Raum etwas umzusehen. Probieren Sie gern alle die Musikinstrumente aus, die Sie interessant finden.“ In den nächsten 25 Minuten schlendern die meisten Teilnehmer von Instrument zu Instrument im Raum umher, spielend, entdeckend. Die meisten bleiben dabei für sich, andere tauschen Blicke.

Frau Ayaz ist auf ihrem Stuhl sitzen geblieben und hält ihre Arme verschränkt. Frau Galbert hat sich eine Ocean Drum an ihren Platz geholt und probiert erst vorsichtig, dann mutiger und schwungvoller, die Metallkügelchen von einer zur anderen Seite rollen zu lassen. Der rauschende Klang begeistert sie offensichtlich. Als sie schräg gegenüber Frau Ayaz ohne Instrument und ängstlich-misstrauisch blickend entdeckt, wechselt sie den Platz, setzt sich neben sie in den Stuhlkreis und drückt ihr die Ocean Drum in die Hand: „Hier, probieren Sie, das klingt toll!“ Frau Ayaz spielt vorsichtig auf dem Instrument, und so sind alle mit Musikmachen beschäftigt.Das Klanggeschehen im Raum ist struktur- und beziehungslos und recht laut. Aber im Schutz dieses Klanges gehen alle weiter interessiert auf musikalische Entdeckungsreise.

Allmählich haben sich die meisten für ein bestimmtes Instrument entschieden: Fünf Teilnehmer haben ein Musikinstrument mit an ihren Platz genommen und spielen zufrieden auf der Kalimba, einem Paar Zymbeln oder einem Sopranglockenspiel. Frau Böcklin steht an den Gongs, schlägt mit Fingern und verschiedenen Schlägeln immer wieder die Instrumente an und lauscht dabei lächelnd und versonnen. Herr Schwan beendet seine Runde durch den Raum an der Marimba und beginnt von dort aus einen vorsichtigen, musikalischen Kontakt zu Herrn Weiss an den Congas. Dieser lacht und versucht, sein Spiel Herrn Schwans Metrum anzunähern; nun lachen beide. Nach und nach nehmen alle wieder Platz, es wird leiser, dann spielt schließlich niemand mehr. Stille.

Ich bitte alle um eine kurze Schlussrunde: „Was war Ihnen heute Abend am Wichtigsten ?“ „Das war schön. Und toll die Instrumente!“– „Ich habe mich dann doch getraut.“–„Ich habe heute schon mein Lieblingsinstrument gefunden.“– „Wir müssen das nächste Mal aber besser aufeinander hören!“

Nachbetrachtung zum Beispiel Nr. 21:

Die Angehörigen erlebten am ersten Abend unterschiedliche Gefühle: In einem fremden Raum, zusammen mit fremden Menschen zeigten sie sich erwartungsvoll und zurückhaltend. Die unbekannten Musikinstrumente lösten Respekt und Neugierde zugleich aus. Durch das Vorgespräch wußten sie, dass sie hier nicht nur reden, sondern auch selbst Musik machen würden. Das war nicht für alle vorstellbar, besonders diejenigen ohne musikalische Vorbildung oder mit negativen Erinnerungen an das Schulfach Musik oder ohne den privaten Instrumentalunterricht spürten auch Leistungsdruck und Versagensängste.

Die Gemeinsamkeit ihrer Situation (die häusliche Pflege im Alltag und auch das heute hier noch Fremdsein) wirkte beruhigend. Die erste Aufgabe des sich Einander-Vorstellens, mit der niemand vertraut war, gelang in einer freundlichen, zunehmend gelösten Atmosphäre und führte zu ersten Momenten des Miteinander-Lachens.

Ich führte niederschwellig an die Musikinstrumente heran. Dabei nutzte ich deren hohen Appellcharakter und hielt die Spielanweisung, nach eigenem Gutdünken herumzuprobieren, frei von jeglicher Leistungserwartung. Diese Herangehensweise funktionierte, und alle Teilnehmer probierten die Instrumente aus.

In der fremden Situation, in der zunächst jeder auf sich bezogen war, wurden allmählich erste Kontaktfäden gesponnen: So ermunterte eine Teilnehmerin eine andere, ein Instrument zu erproben, und ein Teilnehmer versuchte, von der Marimba aus eine erste musikalische Begegnung herzustellen. Der Versuch einer Kontaktaufnahme wurde vom anderen bemerkt und erwidert und mündete in ein gemeinsames Lachen. Schließlich war die Schlussbemerkung einer Teilnehmerin, es sollte beim nächsten Musizieren besser aufeinander gehört werden, ein erstes Anzeichen für den Prozess einer Gruppenfindung.

An den weiteren Abenden bildete sich eine zweiteilige Form des Abends heraus und erwies sich als sinnvoll: Zuerst ein Gesprächsteil von etwa 30 bis 45 Minuten Dauer, anschließend ein Musikteil von ca. 45 Minuten und zum Schluss ein Nachgespräch mit Ausblick auf die nächste Stunde oder auch nur ein kurzes Blitzlicht. Doch die Gestaltung blieb flexibel, es gab an manchen Abenden so viel Gesprächsbedarf, dass nur Zeit für eine kurze Improvisation oder ein gemeinsam gesungenes Lied blieb. Dann wiederum gab es Abende, an denen die Gruppe gleich so tief in die musikalische Improvisationsarbeit einstieg, sodass anschließend keine weiteren Themen besprochen wurden wie im nachstehenden Beispiel. Nr. 22.

Beispiel Nr. *22*

10. Stunde. Die Stühle stehen wie immer zu Beginn des Angehörigenabends im Kreis, denn meist wurde zur Entlastung mit einer Erzählrunde aus den vergangenen Wochen begonnen.

Heute haben sich nur zwei Teilnehmer hingesetzt, die anderen sechs stehen verteilt im Raum und probieren die Instrumente. "Können wir heute mal mit Musik anfangen?" fragt eine pflegende Tochter, "ich bin so zu, da muss was raus!" Alle sind damit einverstanden. Der Sohn einer Patientin schlägt vor: "Dann suchen wir uns aber ein Thema." - "Nö..." tönt jemand aus der Gruppe, dieser Vorschlag kommt nicht so richtig an. Der Ehemann einer Patientin versucht zu vermitteln: "Na, wir könnten ja ohne Thema beginnen, achten aber alle auf den Schluss --- so wie wir das schon gemacht haben." - "Und auf den Anfang", wirft die Ehefrau eines Patienten ein. Inzwischen sind alle aufgestanden und haben sich

ein Instrument genommen. "Ja, und nicht jeder fängt irgendwie an..." murmelt noch jemand aus der Ecke.

Selten folgte der Musikteil zusammenhangslos im Anschluss an den Gesprächsteil, sondern entwickelte sich aus den Bedürfnissen, die aus den vorangegangenen Themen entstanden waren. Das konnte der Wunsch sein, ein starkes Gemeinschaftsgefühl musikalisch ausdrücken zu wollen oder im Fürspiel einem Gruppenmitglied empathisch zu begegnen. Im nachstehenden Beispiel Nr. 23 erhielt eine Teilnehmerin in einer Zweierimprovisation mit einem selbst-gewählten Spieler Trost und Zuwendung.

Beispiel Nr. 23

Frau Berger sitzt verzweifelt und hilflos auf dem Stuhl in der Runde. Die Belastungen mit dem 100jährigen Vater trägt sie allein und nun werden sie zu groß. Im Gespräch hat sie von den Teilnehmern Verständnis für ihre Situation erfahren und Anregungen erhalten, welche Hilfsangebote sie sich für die Pflege und Betreuung organisieren kann und auch sollte. Sie selbst spürt auch, dass es Zeit für eine Entlastung in ihrem Alltag geworden ist und hat sich zu den Tipps aus der Runde einige Notizen gemacht.

Nun geht es darum, sie weiter emotional zu stabilisieren. Ich lade sie ein, ihr momentanes Empfinden auf einem Instrument auszudrücken. Eigentlich improvisiert Frau Berger gern, aber jetzt bleibt sie sitzen und blickt ratlos zu den Instrumenten im Raum. Nach einer Weile frage ich sie, ob sie sich vorstellen kann, einen Spielpartner aus der Gruppe zu wählen und auch sein Instrument zu bestimmen. Sie bittet Herrn Schwan die Pauken zu spielen, und er erklärt sich sogleich dazu bereit. Sie selbst wählt ein Glockenspiel und legt es auf ihre Knie. Herr Schwan beginnt einen monotonen Rhythmus im Vierertakt aus Viertel, zwei Achteln, zwei Vierteln zu spielen. Der Klang ist gut hörbar, aber wegen der weichen Schlägel nicht aufdringlich. Es dauert eine Weile, bis auch das Glockenspiel leise zu hören ist. Zunächst spielt Frau Berger zaghaft und bricht die kurzen Motive schnell wieder ab. Sie blickt zu ihm. Herr Schwan hält seinen Rhythmus durch und motiviert Frau Berger, ihr Spiel fortzusetzen.

Sein rhythmisches Ostinato wirkt wie gleichmäßige Schritte voller Ruhe und Verlässlichkeit. Frau Berger findet in seinem Spiel eine Stütze und gestaltet nun längere melodische Motive. Schließlich haben sich die beiden Spielpartner eingespielt, variieren die Dynamik leicht und finden nach einem Ritardando einen gemeinsamen Schluss. Beide lächeln einander an, und Frau Berger bedankt sich.

Die Gruppenentwicklung schritt kontinuierlich fort. Das Vertrauen wuchs, sodass die Teilnehmer sich nicht scheuten, Persönliches und manchmal Intimes zu

berichten, und sich trauten, sich auch einmal hilflos und verzweifelt zu zeigen.

Das Improvisieren auf den Musikinstrumenten wurde zu einem festen und gerngesehenen Bestandteil der Abende. Die Teilnehmer sollten durch die Gestaltungsaufgaben inklusive der Nachgespräche Gelegenheit erhalten, in den Improvisationen Ideen zu entwickeln und diese durch differenziertes Hören und durch Klarheit im eigenen Spiel verdeutlicht ausdrücken zu können.

Das nachstehende Beispiel Nr. 24 zeigt den Ablauf eines Angehörigentreffens vom Gesprächsteil am Anfang bis zur Gemeinschaftsimprovisation mit Nachgespräch und steht hier bei aller Individualität der Abende als ein typisches Beispiel für ein Angehörigentreffen.

Beispiel Nr. *24 „Goldwäscher im lebendigen Fluss“ (7. Angehörigentreffen)*

Sieben Angehörige sind heute gekommen. Für die meisten ist es der siebte von zwölf Abenden; man kennt sich, und einige haben bereits Fahrgemeinschaften gebildet. Der Appellcharakter der verschiedenen Gongs oder des Marimbafons verlocken den einen oder anderen bereits zu einem leisen Spielen.

Doch zunächst ist der Gesprächsbedarf so groß, dass wir mit einer Berichtsrunde beginnen. Frau Bayer berichtet von ihrem 101-jährigen Vater, der mittlerweile sehr ängstlich und schreckhaft geworden ist. Schon die Ankündigung des bevorstehenden Abendessens oder eines Telefonats versetzt ihn in Aufregung. Immer wieder überrascht und fassungslos ist er angesichts des mehrere Jahre zurückliegenden Todes seiner Frau. Die Tochter verspürt Wut, „dass er sich so gehen lässt“, denn auch sie habe den Verlust der Mutter noch nicht verarbeitet und gleich in der Pflege des Vaters „funktionieren“ müssen.

Andere Teilnehmer berichten von Verschlechterungen des Zustands bei ihrem Angehörigen und der wachsenden Belastung in der Bewältigung des Alltags. Herr Schwan kommt immer abwechselnd in Begleitung eines seiner Kinder und hat heute wieder die Tochter mitgebracht. Auch er, der sonst so in sich ruhend erscheint, ist heute sichtlich gestresst: „Ich kann nicht mehr richtig schlafen, ich muss meine Frau mehrmals nachts zur Toilette begleiten. Und dann ist es oft doch zu spät, und ich muss auch noch das Bett in der Nacht neu beziehen. Ich weiß nicht, wie lange ich das alles noch machen kann.“ Die Tochter ist besorgt um die Gesundheit ihres Vaters und erwähnt, dass beide Kinder schon seit Monaten auf ihn einreden, er solle sich eine Vollzeitpflegekraft ins Haus nehmen; ein freies Zimmer sei vorhanden.

Herr Strauch, der seine Mutter pflegt, hat erprobte Tipps zu speziellen Bettunterlagen. Herr Mühlbeck hat inzwischen eine polnische Pflegekraft für seine Frau engagiert, und er fühlt sich dadurch deutlich entlastet. Viele Fragen hierzu tauchen aus der Gruppe auf, und Herr Mühlbeck berichtet gern von seinen Erfahrungen.

Als der Wunsch der Teilnehmer nach Musik deutlich wird und in den zweiten Teil des Abends überleitet, beginnt geschäftige Bewegung im Raum: Jeder holt sich ein Instrument oder begibt sich zu ihm hin, das Vibrafon wird in Reichweite der Steckdose geschoben, passende Schlägel werden nach Ausprobieren gefunden, Plätze an den Röhrenglocken ausgehandelt. Eine Teilnehmerin sucht das „große, runde Fellding" – nun, die Tischtrommel ist zur Reparatur, aber mit der Auswahl einer Trommel aus dem Fundus nebenan kann sie zufriedengestellt werden.

Das Thema für die Improvisation scheint alle zu einen: „Etwas zur Beruhigung, etwas, das Kraft gibt und entspannt" sind die heutigen Wünsche. Leise, vorsichtig und etwas unentschlossen beginnt die Musik. Nach einigen Minuten tritt die erste Veränderung ein: Die einzeln hingetupften Töne, Rhythmen und Klänge finden eine hörbare Struktur, als ob sie sich einordnen wollen in etwas Gemeinsames und Ganzes. Die Dynamik bewegt sich wellenartig zwischen Pianissimo und Mezzoforte, ein ruhiger Strom, auf dem alle gleiten. Eine Teilnehmerin an der Big Bom wechselt von den garnumwickelten auf weiche Filz-Schlägel: „Ich wollte es besser schwimmen lassen", wird sie später bemerken. Als die Musik zweimal zu verebben scheint, ist es beide Male Herr Schwan, der an seinem zweireihigen Xylofon stehen bleibt und weiter sein kleines, chromatisches Ostinato durchhält. Nach und nach steigen alle anderen wieder mit ein, und diesmal legt Frau Bayer ihre Sansula beiseite, holt sich eine Altblockflöte aus dem Schrank und beginnt eine Melodie. Dabei wechselt sie im Modus zwischen Dorisch und Moll, erst in langgezogenen Kantilenen, doch auf einmal fröhlich, schneller, und die Gruppe zieht mit: Die Congaspielerin wird prägnanter; die zwei Teilnehmer an den Röhrenglocken drehen ihre Schlägel um und spielen mit der Stickseite jetzt klarer. Es ist ein Tanz geworden, fast schon wild; Blicke werden untereinander getauscht, und Lächeln macht sich auf den Gesichtern breit. Und nach einer Weile senkt die Flötistin ihr Instrument; ohne führende Melodie nimmt sich auch die Trommel zurück; überall quirlt und brodelt es noch ein bisschen, dann endet die Musik, und es ist still.

Leise haben alle wieder im Kreis Platz genommen – schön, dem Klang noch etwas nachzuspüren. „Dass wir das können!" ist dann die erste Reaktion aus der Gruppe. Kann das Erlebte benannt werden? Jeder soll ein oder zwei Wörter dazu finden und in die Runde geben. Nicht der Reihenfolge nach, sondern jeder dann, wenn er meint, jetzt „dran" zu sein. In die Stille fallen unter anderem die Worte: „Tropfen funkeln", „einfach herrlich", „Goldwäscher", „so lebendig", „ein Fluss". Die Worte werden in die Stille hinein gesprochen, es kann für manche Überwindung bedeuten, sich so solistisch zu äußern, andere genießen den kleinen Auftritt. „Das ist ja wie im Theater", bemerkt eine Teilnehmerin beeindruckt.

Kann zum Abschluss des Abends noch ein Titel für die Musik gefunden werden? Und schnell herrscht Einigkeit in der Gruppe: „Goldwäscher im lebendigen Fluss."

Nachbetrachtung zum Beispiel Nr. 24:

Deutlich zeigte sich die starke körperliche und seelische Belastungssituation der Angehörigen. Wenn sie zum Treffen kamen, waren sie vom Pflegealltag müde und auch angefüllt mit oft negativen Erlebnissen. Die Atmosphäre im Musiktherapieraum und das Wiedersehen mit den anderen wurden deshalb als Wohltat und als Möglichkeit zum Loslassen von den Sorgen des Tages wahrgenommen.

Die Gesprächsrunde ließ Einblicke in die aktuelle Lebenssituation der Berichtenden zu. Dazu war Vertrauen auf beiden Seiten nötig. Die Teilnehmer waren sehr interessiert am Befinden jedes Einzelnen. Neue Strategien für die Belastungsverarbeitung, die in der Gruppe erarbeitet wurden, trugen zur verbesserten Befindlichkeit der Angehörigen bei. Hierzu zählten beispielsweise Entspannungsarbeit und der Erhalt vieler Informationen über das Krankheitsbild, um sich der Problemlösung gezielt widmen zu können. Wilz, Adler und Gunzelmann (2001) nennen verschiedene Bewältigungsreaktionen wie z.B. Kompensation mit Optimismus, Information, Ablenkung oder Neubewertung der Symptomatik und Pflegesituation. In der Gruppe fungierten die Angehörigen als Experten und trugen entscheidend zu der Erarbeitung von kreativen Lösungen und Hilfestellungen bei. Ich regte immer wieder an, dieses oft unbewusst vorhandene Expertenwissen zu äußern, koordinierte, ergänzte und vertiefte die Ideen und Gedankengänge aus der Gruppe. Nicht immer ließ sich eine sofortige Lösung für ein vorgestelltes Problem finden, aber sich in der Gemeinsamkeit mit anderen Betroffenen vertrauensvoll öffnen und mitteilen zu können, war für alle in dieser siebten Sitzung schon eine spürbare Erleichterung.

Das gemeinsame Improvisieren stärkte dieses Zusammengehörigkeitsgefühl noch auf eine besondere Weise: Gefühle ließen sich mit dem Medium Musik intensiver als mit Worten ausdrücken und vielfältiger wahrnehmen. Gleichzeitig konnten die Teilnehmer sich selbst erfahren, ohne zu viel von sich zu offenbaren, denn es war nicht eindeutig zu verstehen, ob beispielsweise die kraftvollen Gongschläge mit Wut zu tun hatten oder nur ein musikalischer Einfall waren. Eigene oder vorgegebene Stimmungen in freier Musik auszudrücken, nahm die Gruppe gut an. Das besonders dichte Gemeinschaftserleben in der Musik beflügelte manche zu solistischen Ausflügen und zog scheue Mitspieler in den Kreis. Jeder konnte und wollte seinen Beitrag leisten zu einem gemeinsamen Klang, nach dem die Gruppe strebte.

Das musikalische Geschehen im Anschluss an die Improvisation in Sprache zu kleiden und in ein oder zwei Wörtern zu verdichten, bedeutete, die musikalische Ebene mit der verbalen zu verbinden. Die Improvisation ermöglichte den Teilnehmern ein farbiges, mehrdimensionales Erleben, das sie mit Stolz und Freude erfüllte. Die gefundenen Wörter, besonders wenn sie nicht nur aufgeschrieben, sondern ausgesprochen werden, führten zwar auf die nüchterne Sprachebene zurück, berührten aber – derart assoziativ vorgetragen – zugleich eine musikalisch-poetische Seite.

4.2.3 Beiläufige Begegnugen

Beiläufige Begegnungen waren Tür-und-Angel-Gespräche mit den Angehörigen vor oder nach meinen musiktherapeutischen Hausbesuchen oder Kontaktaufnahmen der Angehörigen zu mir per Telefon oder E-Mail während des Forschungsprojekts oder noch nach seinem Abschluss. Bei diesen Begegnungen erhielt ich ausserhalb oder am Rande der Settings Hausbesuch und Angehörigengruppe wertvolle Informationen über Gedanken, Themen und Befindlichkeiten der Angehörigen. Manchmal wurde der Kontakt zu mir erst nach dem offiziellen Ende des Forschungsprojekts aufgenommen, offenbar dauerte eine Form der Beziehung zwischen Angehörigen und mir noch weiter an.

Es handelt sich bei den beiläufigen Begegnungen um quasi nebenbei und zufällig erfasste mündliche oder schriftliche Daten, für die, wie unter 3.4. "Weitere Daten" beschrieben, es für sie kein spezielles Auswertungsverfahren gab. Sie finden hier mit Beispielen einen eigenen Platz, weil sie neben weiteren Informationen auch einen manchmal atmosphärischen Einblick erlauben und mein Gesamtbild über die Patienten und Patientinnen, ihre pflegenden Angehörigen und ihre Lebenssituation um weitere Facetten bereicherten.

Der pflegende Ehemann von Frau Schwan: Herr Schwan

Kochen lernen

Oft hörte ich beim Klingeln für meinen Hausbesuch bei Frau Schwan durchs offene Fenster den pflegenden Ehemann in der Küche hantieren. Er bat mich in die Küche, während er das Geschirr nach dem Mittagessen in die Spülmaschine räumte. Dabei erzählte er stolz, welche Gerichte er inzwischen neu gelernt, was es zu essen gegeben hatte (heute Lachs mit Brokkoli und Reis) und dass es seiner Frau ausgezeichnet geschmeckt habe.

Für einen kurzen anschließenden Bericht von Ereignissen mit seiner Frau blieb meist nur wenig Zeit, denn Frau Schwan, die im Wohnzimmer mit Vorfreude auf die Musiktherapiestunde schon bereit saß, rief, sobald sie unsere Stimmen hörte.

Neue CDs

Ich traf bei meinem Hausbesuch für Frau Schwan die Tochter, die gerade die Wäsche für die Eltern gebracht und jetzt auf meine Ankunft gewartetet hatte. Sie wollte mir nur rasch die neuen Volkslieder-CDs zeigen, die sie für die Mutter im Internet gekauft hatte, und mich um meine Meinung dazu bitten. Ich freute mich, dass die Familie die musikalischen Vorlieben der Mutter so unterstützte, und die Tochter verabschiedete sich zufrieden.

Lieblingsmusik in der Tagespflegestätte

Frau Schwan besuchte inzwischen zweimal wöchentlich die Tagespflegestätte, fühlte sich aber in der Eingewöhnungszeit noch nicht wohl. Herr Schwan erzählt mir in einem unserer kurzen Gespräche in der Küche, dass er einige CDs in die Tagespflegestätte mitgegeben hatte. Dort wollte man die gar nicht annehmen, da bereits so viele CDs vorhanden wären, aber Herr Schwan sagte: *´Aber nicht diese, das ist die Lieblingsmusik meiner Frau!´*

Die pflegende Ehefrau von Herrn Galbert: Frau Galbert

Fahrgemeinschaft

Frau Galbert rief mich 2 Tage vor dem nächsten Angehörigentreffen an und fragte, ob ich einen Kontakt zu zwei anderen Teilnehmern aus der Gruppe herstellen könnte, da sie gern eine Fahrgemeinschaft gründen wollte.

Die pflegende Tochter von Frau Oestrich: Frau Oestrich jun.

Tulpen

Das Abschlussinterview mit Frau Oestrich jun. fand in ihrer Wohnung statt. Sie hatte den Termin verwechselt und war nun überrascht, als ich klingelte, und erschrocken, da sie nicht aufgeräumt hatte. Ich wollte sie erst einmal beruhigen und lenkte unseren Blick auf den üppigen, schon sehr weit aufgeblühten Tulpenstrauss auf dem Wohnzimmertisch. Wir sprachen über Lieblingsblumen, Schönheiten in der Natur und Vergänglichkeit. Dann begann ich mit dem Interview.

Geborgenheit

Frau Oestrich jun. bat darum, nach Ablauf der musiktherapeutischen Behandlungen der Mutter weiter in der Angehörigengruppe bleiben zu dürfen. Als halboffene Gruppe mit ohnehin einigen Wechseln in der Besetzung stimmten alle Teilnehmer zu. Zu diesem Zeitpunkt waren die letzten monatlichen Treffen des zweijährigen Projekts noch für etwa neun Monate angesetzt. Frau Oestrich jun. konnte für diese Zeit weiter von der emotionalen Unterstützung der Gruppe und den Improvisationen profitieren. Auch nachdem ihre Mutter ca. ein halbes Jahr später in einem Pflegeheim verstarb, nahm sie weiter an den Treffen teil. Die musiktherapeutische Angehörigengruppe hatte ihr einen Ort mit familiärem Charakter bieten können, an dem sie Angenommensein und Geborgenheit erlebte.

Die pflegende Tochter von Herrn Bayer: Frau Berger

Tee und Zuhören

Frau Berger begegnete mir abgehetzt und erschöpft von ihrem Arbeitstag an der Haustür, als ich den Hausbesuch bei ihrem Vater beendet hatte und gerade gehen wollte. Da ich sie sonst ausserhalb der Angehörigenabende so gut wie nie antraf, nahm ich ihre spontane Einladung zu einer Tasse Tee an. So saßen wir noch etwa eine halbe Stunde in der Küche beieinander, wo ich ihr von der heutigen Musiktherapiestunde mit dem Vater berichtete und sie mir aus ihrem Leben erzählte.

Der pflegende Sohn von Frau Strauch: Herr Strauch

Vertrauensperson

Herr Strauch öffnete mir die Haustür, seine Mutter sei noch oben und wolle sich für die Musiktherapie *´schick´* anziehen. Während wir zusammen ins Wohnzimmer gingen, machte er mir unvermittelt Andeutungen über persönliche Schwierigkeiten in seinem Beruf. Da kurz darauf die Mutter zur Musiktherapie ins Zimmer kam und ich mich nun ihr ganz widmen wollte, bot ich ihm an, mich für ein Gespräch gern einmal anzurufen.

Der pflegende Sohn von Herrn Stetter. Herr Stetter jun.

Nachklang

Einige Wochen nach unserem letzten offiziellen Kontakt am Tag des Interviews rief mich Herr Stetter jun. an und bat mich um einen Rat zur Besuchsgestaltung bei den Eltern. Er hatte inzwischen eine meiner Vorträge zum Thema "Emotionale Entwicklung bei Menschen mit Demenz" gehört und dabei einen Videoausschnitt mit seinem Vater gesehen. Er selbst hatte durch die Musiktherapie keine verbessertete Kommunikationsfähigkeit des Vaters feststellen können, aber nun äußerte er den Wunsch, bei den künftigen Besuchen bei den Eltern mit mehr Zeit und intensiverer Aufmerksamkeit bei ihnen sein zu wollen, um ihre Bedürfnisse besser erkennen und erfüllen zu können.

5 Ergebnisse

Im Forschungsprozess konnte ich zahlreiche Beobachtungen machen und als Daten aus verschiedenen Quellen sammeln.

So bin ich zunächst von den Biografien der sechs Patienten und Patientinnen ausgegangen. Diese konnte ich mit meinen Beobachtungen in den häuslichen Musiktherapiestunden, in den Angehörigengruppen, den Interviews und Gesprächen und Notizen immer weiter anreichern und schärfer konturieren. Dabei waren es immer sie, die Patientenpersönlichkeiten, die lange im Fokus meiner Beobachtungen und meines Denkens standen.

In einem langen Prozeß habe ich nun im Weiterdenken meine Perspektive geändert: Ich habe mich von meinen Patienten und Patientinnen "verabschiedet" und blicke aus einer daraufblickenden Sichtweise auf die Ergebnisse. Auf diese Weise bin ich zu den nachstehend aufgeführten Aussagen gelangt.

5.1 Wunsch und Fähigkeit der PatientInnen nach zwischenmenschlichem Bezug

Alle PatientInnen ließen Wunsch und Fähigkeit erkennen, in zwischenmenschlichen Bezug zu gehen. Wenn man annimmt, dass der Beziehungswunsch universell vorhanden ist, so schließt dies auch Menschen mit Demenz mit ein. Sie sind allerdings in ihren Fähigkeiten zur Beziehungsaufnahme eingeschränkt.

Ein Punkt, der mich im Forschungsprojekt besonders interessierte, war, wie der Wunsch nach Beziehung bei Menschen mit Demenz zutage treten konnte und welche individuelle Unterstützung sie brauchten, sich auf ein Beziehungsgeschehen einlassen zu können.

Im mittleren und späten Stadium der Krankheit verstärken sich die Probleme der Reizwahrnehmung. Die PatientInnen können dann relevante von irrelevanten Reizen immer weniger unterscheiden und einordnen, was zu Kontaktstörungen führt. Die gesamte Patientengruppe im Forschungsprojekt mit ihren psychopathologischen Symptomen wie Aggression oder Apathie zeigte durchgängig einen Wunsch nach Beziehung. Im Fall von Unruhe, ständigem Erzähldrang oder Aggression waren zwar ihre Kontaktwege gestört, es blieb aber immer ein Wunsch nach Beziehung erkennbar. Auch bei den beiden männlichen Patienten mit apathischem Verhalten bestand ein Beziehungswunsch, nur bedurfte es hier besonderer Feinfühligkeit und Geduld, um ihnen in einer geeigneten Atmosphäre ein vorsichtiges Öffnen aus ihrer Situation des Erlebens heraus zu ermöglichen. In jeder Musiktherapiestunde wurde respektvoll abgewogen, ob die apathisch erscheinenden Patienten aktuell möglicherweise nicht doch für sich bleiben wollten und keinen Kontakt wünschten. Er zeigte sich, dass ein Kontaktwunsch immer willkommen war und Blicke, Nicken oder Lächeln ausgetauscht wurden.

Das Aufweisen von psychopathologischen Symptomen war eine der Teilnahmebedingungen im Forschungsprojekt gewesen. Deshalb zeigten alle PatientInnen deutliche Symptome, die ihre Lebensqualität einschränkten und die Beziehungsaufnahme mit den Angehörigen (und die der Angehörigen mit dem Patienten) erschwerte.

Die Ausgangslage der Beziehungsqualitäten war von PatientIn zu PatientIn verschieden. Die meisten agierten, als ich sie vor der Therapie kennenlernte, in einem affektgeladenen Kontakt, waren oft wütend oder aggressiv und boykottierten jede Mitarbeit bei den Pflegehandlungen. Das machte viele Angehörige im Umgang mit ihnen ratlos und hilflos.

Die PatientInnen waren häufig in ihrem Affekt gefangen, und körperliche Anzeichen wie Unruhe und/oder Anspannung traten in den Vordergrund. In solchen Situationen waren alle Versuche der Angehörigen, sie zu beruhigen oder abzulenken, vergebens und verschärften oft die Situation. Sofern sich ein Grund aufdecken ließ, konnte zumindest gelegentlich für spätere Situationen eine Entschärfung geschaffen werden. Meist blieben die Gründe für das Verhalten der PatientInnen allerdings im Dunkeln.

Musiktherapeutische Interventionen ermöglichten den Patienten und Patientinnen hilfreiche Beziehungsmomente und eine Affektregulation. Um eine Ausgangslage für spannungsfreie Interaktionen zu schaffen, begegnete ich ihnen in der musiktherapeutischen Behandlung direkt in ihrer hohen Affektsituation. Das bedeutete, dass ich mich mit positiver Haltung und Energie auf die spannungsgeladene Situation einließ. Den PatientenInnen direkt in ihrer Affektsituation zu begegnen, heißt, den hohen Affekt zunächst auszuhalten und sich der Affektregulation ganz zu widmen, d.h. sich funktionalisieren zu lassen. Ziel ist es, ein Ausdrucksmittel für das Hörbarmachen des Affekts zu finden, um den Patienten die Erfahrung zu ermöglichen, dass der Affekt zunächst "teilbar" und dann gestaltbar und aushaltbar ist. Das muss unbedingt auf dem selben Intensitätslevel in genauer Affektabstimmung geschehen, ein Zuwenig würde die PatientInnen nicht erreichen, ein Zuviel sie verunsichern und oft ihr Verhalten als Reaktion verstärken und beides würde ihnen nicht helfen (Schumacher, 2000).

Über eine präzise Intensitätsabstimmung konnten die Patienten und Patientinnen erreicht werden. Über das Ausdrucksmittel des Singens oder Spielens auf einem Instrument konnte es möglich werden, dass der Affekt vom eigenen Körper weg in einen Klang, eine Melodie, eine Bewegung oder ein Spiel ausgelagert wurde. Die Gestaltung in einem musikalischen Spiel ermöglichte orientierungsgebende Wiederholungsmöglichkeiten sowie zwischenmenschliche Beziehungsmomente.

Dies traf auch auf die beiden männlichen Patienten (Herr Bayer und Herr Stetter) mit apathischem Verhalten zu, die von sich aus zunächst keine Beziehungsangebote machten.

Im Lauf der Krankheit verändert sich das Beziehungsverhalten von Menschen mit Demenz, und der Rückzug aus Beziehungen nimmt in der mittelgradigen

Demenzphase zu, da dort höhere Beziehungsqualitäten wie z. B. der Austausch in einem Dialog seltener gelingen. Parallel ist in dieser mittleren Demenzphase ein verstärktes Bedürfnis nach Affektaustausch zu erwarten, welches aber mit der verminderten Fähigkeit einhergeht, Affekte von selbst zu aktivieren (Muthesius et al., 2011).

Das Verhalten eines Patienten im Forschungsprojekt ging weit über das in dieser mittleren Phase der Demenz zu erwartene Maß an Beziehungsrückgang hinaus. Dieser Patient zeigte ein apathisches Verhalten, also einen nahezu affektfreien Zustand. Weil er von seinen Verwandten als "still und pflegeleicht" eingeschätzt wurde, bekam er im Alltag wenig Ansprache. Die Folge war, dass er sich immer weiter zurückzog, nicht mehr sprach und von sich aus nicht mehr Kontakt aufnahm. In der Musiktherapie, in der ich die momentane Atmosphäre erfühlte, aufnahm und mich mit ganz viel Ruhe und Zeit dort hineinbegab, entwickelte der Patient von sich aus den Wunsch nach Kontakt (hier war es der Blick zu mir). Nun schien er bereit für mein behutsames Angebot einer Beziehungsaufnahme mit der Möglichkeit zu explorieren.

Für die Angehörigen aller Patienten und Patientinnen war es ausnahmslos eine Überraschung, wenn sie aus den häuslichen Musiktherapiestunden, durch gelegentliche Teilnahme, Filmausschnitte oder Berichte erfuhren, wie stark ihr Angehöriger den Wunsch nach Beziehung hatte und wie groß die Kraft war, in Beziehung zu gehen. Zwar entsprach es dem Wunsch der Angehörigen, den Vater, die Ehefrau usw. wieder aktiver zu erleben, doch war die Lebendigkeit der Patienten zu Behandlungsbeginn weitestgehend verschwunden oder zumindest stark vermindert. Antriebslosigkeit, Zurückgezogenheit oder fehlgeleitete Kontaktaufnahme wie Logorrhoe hatten sich breit gemacht. Die Angehörigen hatten sich durch das musiktherapeutische Forschungsprojekt zwar eine Veränderung in Form einer Wiederbelebung der alten Lebenslust des Patienten gewünscht, aber als diese Besserung während der Musiktherapie dann auch wirklich eintraf, zeigten sie sich doch verwundert und manchmal berührt.

Viele Angehörigen gelangten im Behandlungsjahr zu neuen, positiveren Sichtweisen auf ihren Pflegling, die von Freude über die Freude des anderen bis zu Momenten der Bewunderung reichten.

5.2 Selbstbeobachteter Symptomrückgang und Stimmungsverbesserung

Symptomrückgang bei den PatientInnen

Alle Patienten zeigten zu Behandlungsbeginn deutlich ausgeprägte psychopathologische Symptome. Während des Behandlungsjahres haben sich diese Symptome bei allen Patienten verringert, und ihre Stimmung hat sich verbessert.

In der Summe traten bei den Patienten und Patientinnen Angst, Unruhe, Depressivität, Suizidalität, Aggression und Logorrhoe auf. Bei der Hälfte der

Patienten (3) wurden zu Beginn der Musiktherapie ausgeprägte Symptome von Depressivität beobachtet. Sie zeigten sich antriebsvermindert, lustlos, traurig, manchmal ängstlich und unruhig und hatten wenig Selbstvertrauen.

Bei einem Patienten waren gleichzeitig Aggression und Autoaggression erkennbar. Das drückte sich in Schreien, Fluchen und Schlagen gegenüber seinen Beziehungspersonen aus bzw. richtete sich mit Selbstzweifeln, Gefühlen von Hoffnungslosigkeit und suizidalen Gedanken gegen sich selbst.

Die musiktherapeutische Behandlung führte bei allen zu einem Nachlassen der Depressivität und zu verminderten Angstgefühlen. Die Effekte zeigten sich zuerst während der musiktherapeutischen Sitzungen und danach auch in Alltagssituationen: Die Symptome traten in der Musiktherapie seltener und abgeschwächt auf. Bei einer Patientin verschwanden sie völlig.

Die pflegenden Angehörigen berichteten, dass die Symptome im Alltag ebenfalls seltener und teilweise auch in abgeschwächter Form auftraten. Bei dem Patienten mit aggressivem und autoaggressivem Verhalten war im Alltag keine Besserung zu bemerken. Während er in der Musiktherapie zufrieden, manchmal sogar glücklich wirkte, konnten sich im Alltag seine aggressiven Schübe gegenüber seiner pflegenden Ehefrau nicht verringern.

Zwei Patientinnen zeigten zu Beginn der Therapie eine starke Logorrhoe, einen zwanghaften Drang, nahezu ohne Unterbrechungen zu reden. Der ständige Redefluss wirkte wie eine Mauer zwischen Patientin und einem Gegenüber, die den Anderen zum Zuhören oder nur zum Ertragen des Redeschwalls zwang. Ein zwischenmenschlicher Kontakt, in dem es zu einem Austausch kommt wurde so verhindert.

In der musiktherapeutischen Behandlung gelang es, die Aufmerksamkeit der Patientinnen auf ein gemeinsames Thema zu lenken und so den Redefluss für Momente, manchmal für mehrere Minuten oder bei einer Patientin sogar für die überwiegende Dauer der gesamten Musiktherapiestunde zu unterbrechen. Dann konnten wir uns in einer Beziehungsqualität der Interattentionalität begegnen, in der wir Momente einer geteilten Aufmerksamkeit für gemeinsames Musizieren oder Hören, für verbalen Austausch über ein Thema oder für gemeinsames Schweigen miteinander teilten. Diese Tätigkeiten ermöglichten Berührungsmomente, die sich beziehungsfördernd auswirkten und den PatientInnen Wohlbefinden und Selbstwertgefühl ermöglichten. Der ständige Rededrang als Ausdruck einer fehlgeleiteten Suche nach Kontakt und Zuwendung konnte zugunsten eines zwischenmenschlichen Beziehungsaufbaus seine Bedeutung und Notwendigkeit verlieren und trat im Verlauf der Therapie immer seltener auf. Die Angehörigen bemerkten im Alltag ebenfalls ein Nachlassen der Logorrhoe sowie eine größere Zufriedenheit der Patientinnen.

Ein Patient zeigte ein überwiegend apathisches Verhalten. Er erhielt nur wenig persönliche Ansprache im Alltag, da seine Apathie bei den Angehörigen dazu geführt hatte, dass diese sich aus Enttäuschung ebenfalls zurückzogen und ihm

immer weniger Ansprache und Angebote machten.

In der Musiktherapie gelang es, mit Einfühlen in die momentane Atmosphäre und mit langen Minuten des Abwartens zunächst herauszufinden, ob der Patient zu einer Kontaktaufnahme bereit war. Wenn ja, konnte die Neugier des Patienten geweckt werden, die zu seinem Wunsch führte, aus seiner Apathie herauszutreten: Dies konnte sich in dem Explorieren eines Musikinstruments oder einer CD äussern. Aus diesem Tun des Ausprobierens entwickelte sich nach langen Minuten des Abwartens auf meiner Seite beim Patienten eine Entscheidung für ein bestimmtes Musikinstrument oder eine CD. Damit verknüpft war seine Erwartung, dass wir nun zusammen musizieren oder die ausgewählte Musik auf CD gemeinsam anhören würden. Diese Situationen des interattentionalen Austauschs stärkten die Zufriedenheit und das Selbstbewusstsein des Patienten. Besonders tief empfundene Momente (z.B. bei einem bekannten Schlusscrescendo des Orchesters beim Hören der CD) markierte er dann mit einer aufmerkenden Geste mit dem Finger, lebendiger Mimik oder auch Lautäusserungen.

Symptomrückgang bei den pflegenden Angehörigen

Alle pflegenden Angehörigen zeigten zu Behandlungsbeginn deutliche Belastungssymptome. Diese gingen bis auf eine Ausnahme bei allen Angehörigen zurück, und ihre Stimmung verbesserte sich. Bei der Ausnahme handelte es sich um die pflegende Tochter einer Patientin, die zusätzlich zu ihrer vollen Berufstätigkeit mit einer kürzlich bekanntgewordenen Diagnose einer eigenen schweren Krankheit belastet wurde.

Alle Angehörigen, auch diejenige, die sich nach Beendigung de Forschungsprojekts selbst nicht weniger belastet fühlte, konnten eine positivere Sichtweise auf die Erkrankten gewinnen.

Die nachfolgenden Unterkapitel zeigen, unter welchen Bedingungen die Reduzierungen der Symptome erfolgten.

5.3 Offenheit für Neues und neue Fähigkeiten

Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz können eine Offenheit für Neues und neue Fähigkeiten entwickeln.

Angehörige können ebenfalls eine Offenheit für Neues und neue Fähigkeiten entwickeln.

5.3.1 Gestaltungsfähigkeit

Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz fühlen sich weniger abhängig und erleben mehr Gefühle der Gestaltungsfähigkeit

Sich weniger abhängig zu fühlen bedeutete für diese Patientengruppe, ein gewisses Maß an Entscheidungsfreiheit zurückzugewinnen, Wünschen nachzuspüren, sie zu äußern und dann Handlungen oder Handlungsansätze zu entwickeln.

In der Einzelmusiktherapie konnte ich mich jedem Patienten und jeder Patientin in der Zweierbeziehung widmen. Methodisch unterstütze ich die Entwicklung des Erspürens eigener Wünsche zu eigenem Handeln, um die Wünsche zu erfüllen, im Wesentlichen durch ein aufmerksames Abwarten.

Um ihnen die Gelegenheit zu geben, sich auf sich zu konzentrieren und ihren Wünschen nachspüren zu können, bedurfte es zunächst einer Atmosphäre des Abwartens, des Beobachtens und des stillen Miteinanderseins.

Diese Entwicklung kann gelingen, wenn dem Patienten oder der Patientin kein Angebot aufgedrängt wird. Der Vorgang des Abwartens sollte so lange dauern, wie er an Zeit benötigt. Das kann auch mal 20 Minuten in Anspruch nehmen – wichtig ist zu überprüfen, ob der Kontakt zu ihnen solange stabil bleibt. Ich konnte die Erfahrung machen, dass manche PatientInnen sehr lange Zeit brauchten, einen Wunsch in sich zu spüren und eine Entscheidung für eine Handlung zu treffen, um diese dann ohne eine Beeinflussung in Form eines Vorschlags von meiner Seite auszuführen (z.B. ein Musikinstrument oder eine CD auszuwählen). In anderen Situationen war zu spüren, dass ein Patient nach einer Weile des Wartens überfordert oder sogar aus dem Kontakt zu gleiten schien. Dann griff ich behutsam ein, machte Angebote, die Aufmerksamkeit wieder auf die gemeinsame Situation zu lenken. Manchmal übernahm ich die Entscheidung für ein Instrument oder eine CD nach Rückfrage an den Patienten und konnte eine für ihn sich als angespannt entwickelte Situation wieder entlasten. Zu Kontaktabbrüchen kam es nicht, sie wären aber im Fall des Auftretens zu respektieren gewesen.

Angehörige fühlen sich weniger abhängig und erleben mehr Gefühle der Gestaltungsfähigkeit

Die Angehörigen im Forschungsprojekt waren mit der Pflege (manchmal in Doppelbeanspruchung mit der eigenen Berufstätigkeit), ihren Sorgen, Ängsten und ihrer Traurigkeit stark belastet. Sie zeigten alle Symptome des *caregiver burden,* fühlten sich ausgepumpt und fremdgesteuert. Freie Zeit blieb ihnen im arbeitsreichen Alltag kaum, und um eigenen Interessen nachzugehen, fehlte ihnen neben der Zeit oft auch die Kraft.

In der Angehörigengruppe erhielten die Teilnehmer zahlreiche Gelegenheiten,

daran zu arbeiten, sich weniger abhängig zu fühlen und mehr Gefühle der Gestaltungsfähigkeit zu erleben. So gab es Situationen, in denen sie immer wieder selbst entscheiden konnten, wie stark sie Einfluss auf den Verlauf des Abends und des Gruppenprozesses nehmen wollten und konnten. Selbstbestimmungserprobende und -fördernde Situationen waren z.B. die Mitgestaltung der aktuellen Themen, der Grad ihrer Teilnahme an der Gesprächsrunde (z.B. sich öffnen können und wollen oder auch negative Gefühle in einem stabilen Gruppengefüge ausdrücken können), die gewählte Rolle in den Improvisationen oder die Mitarbeit bei der Bewältigung einer musikalischen Aufgabe in der Gruppe.

Als großer Wirkfaktor hatte sich die Gruppenatmosphäre erwiesen, die als vertrauensvoll beschrieben und gewürdigt wurde. In einer Parallele zu der Patientengruppe konnten sich auch bei den Angehörigen die Verbesserungen durch eine Form des Abwartens der Therapeutin vollziehen. Eine vertrauensvolle und einladende Atmosphäre bot die Umhüllung und die Grundlage für ein Sicherheit vermittelndes Gefühl. Von da aus kam die Selbstentfaltung in Gang, und eigene Wünsche tauchten an die Oberfläche, erst vorsichtig, im Verlauf des Jahres zunehmend selbstbewusster. Es wurde in der Gruppe diskutiert, auch kritisiert und verteidigt und konstruktiv ausgehandelt.

Es zeigte sich deutlich, wie der Selbststeuerungsprozess im Verlauf des Jahres an Interesse und Kraft gewinnen konnte. Mehr noch, die Erfahrung zeigte, dass sich in einer Angehörigiengruppe, die mit Gespräch und mit musiktherapeutischen Mitteln arbeitet, ein auffällig hoher Grad der Gruppenentwicklung entfalten kann (siehe auch Beispiel Nr. 24 in Kap. 4.2.2 *"Goldwäscher im lebendigen Fluss",* S.99–101).

Nach dem Phasenmodell von Rechtien (2007) hatte die Gruppe an diesem siebenten Angehörigentreffen bereits die vierte von fünf Phasen erreicht (Fremdheit – Orientierung – Vertrautheit – Konformität – Auflösung). In der Phase der Konformität zeigte sich ein starkes Wir-Gefühl, das sich darin ausdrückt, dass alle Gruppenmitglieder an einem gemeinsamen Thema arbeiten wollen. In diesem Beispiel wird das Gruppenthema (das Treffen mit einer Improvisation statt mit einem Gespräch zu beginnen) zwar noch kurz verhandelt, dann aber als ein gemeinsames und allen wichtiges Thema angenommen und behandelt. Auch nach dem Phasenmodell von Tuckman (1965 und Tuckman & Jensen, 1977), das ebenfalls fünf Phasen formuliert (Forming – Storming – Norming – Performing - Adjourning) hatten in diesem Beispiel die Teilnehmer die vierte, vorletzte Phase erreicht und zeigten sich selbstorganisiert und kreativ. Auch Negatives (Ablehnung eines Teilnehmers, für die Improvisation ein Thema zu wählen) konnte ohne Ablehnung dieser Person geäußert werden.

Die Angehörigengruppe fand auf Wunsch der Teilnehmenden nach dem offiziellen Ende des Forschungsprojekts noch viermal in vierteljährlichem Rhythmus statt und bearbeitete dort die Auflösungsprozesse der letzten von Rechtien und Tuckman beschriebenen Phase Adjourning bzw. Auflösung. Es wird

an dieser Stelle darauf nicht weiter eingegangen, da diese Sitzungen der letzten Phase ausserhalb des zeitlichen Forschungsrahmens lagen.

5.3.2 Verantwortung und Hilfe

Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz können Verantwortung abgeben und Hilfe annehmen

Bei einer Patientin ließ sich beobachten, wie sie zunächst alle Angelegenheiten noch uneingeschränkt selbst regeln wollten. Dies betraf ihre gewohnten Anforderungen, z.B. die Beauftragung von Handwerkern oder ihre üblichen Bankgeschäfte, die aber nicht mehr ausreichend bewältigt werden konnten und zu Stresssituationen für die Patientin und den pflegenden Sohn führten. In der Musiktherapie konnten der Patientin diese Situationen von Überforderung immer wieder bewusst gemacht und zu Momenten des klanglichen (Für-Spiel) und körperlichen (Ausruhen im Lieblingssessel) Genießens umgearbeitet werden. Diese korrigierende Erfahrungen in der Musiktherapie führten allmählich dazu, Hilfsangebote anzunehmen; zuerst während der Musiktherapiestunden, später auch im Alltag der Patientin. Indem sie bestimmte, wer sie bei welcher Tätigkeit unterstützen sollte, war es ihr möglich gewesen, das Abgeben von Verantwortung sowie das Annehmen von Hilfe als einen Akt autonomen Handelns zu erfahren.

Angehörige können Verantwortung abgeben und Hilfe annehmen

Bei den Angehörigen ging es um die veränderte häusliche Situation mit dem Pflegeaufwand, der zusätzlichen Betreuung und mit der körperlichen und psychischen Belastung. Die meisten Angehörigen in der Gruppe pflegten ihren Verwandten in allen Belangen allein, und nur wenige nahmen tagsüber einmal die Unterstützung eines Pflegedienstes in Anspruch. Trotz ihrer sichtbaren und immer wieder thematisierten Belastungssymptome sperrten sie sich gegen größere Unterstützung von außen. Als Hauptgrund wurde angegeben, dass nur sie selbst den Verwandten und seine Bedürfnisse gut kennen würden. Des weiteren fühlten manche eine Verpflichtung, sich allein kümmern zu müssen. Letztlich wussten die wenigsten von Hilfsangeboten und deren Finanzierungsmöglichkeiten oder zeigten Hemmschwellen, sich danach weiter zu erkundigen. Die Angehörigengruppe konnte in vielen Gesprächen diese Thematik erörtern. Dabei erwiesen sich die TeilnehmerInnen untereinander als Experten, da fast jede(r) etwas beitragen konnte, wie beispielsweise eine Auskunft über eine Fördermaßnahme der Pflegekasse oder auch einen Tipp, wie man den Verwandten zu einem Bad überreden könnte. Die eigene steigende häusliche Belastung und die vielen gemeisamen Gespräche in der Gruppe, in der andere Mitglieder Lösungen ähnlicher Probleme aufzeigten, konnten die starre und überfordernde Haltung allmählich aufweichen und führten schließlich bei allen Teilnehmern zum Umdenken und Annehmen von Entlastungsangeboten.

5.3.3 Interesse an unbekannten Musikinstrumenten

Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz zeigen Interesse an bisher unbekannten Musikinstrumenten

Die meisten Angebote für Menschen mit Demenz knüpfen an im Leben erfahrene Eindrücke an und möchten positive Erinnerungen verstärken. Über ein Angebot, sich mit Neuem, Ungewohnten auseinanderzusetzen, und über einen eventuellen Nutzen davon, gib es kaum Erkenntnisse. Sich auf neue Situationen und Angebote einzulassen, stellte eine Herausforderung dar, für Menschen mit und ohne Demenz.

Neu waren einige der von mir mitgebrachten Musikinstrumente, z.B. die *Ocean Drum.* Sie wurde von einem Patienten und einer Patientin abgelehnt, beide interessierten sich auch nicht für andere Instrumente außer für die Gitarre, die ich spielte und die ihnen sicherlich als Musikinstrument bekannt war. Die anderen vier PatientInnen ließen sich darauf ein, die *Ocean Drum* anzuschauen, zu befühlen, sie selbst in die Hände zu nehmen und zum Klingen zu bringen. Neben den sinnlich-ästhetischen Erfahrungen beim Schauen, Fühlen und Hören konnte sie der Klang des Instruments sehr berühren, ja aufwühlen. Der Klang wirkte erinnerungsfördernd und regte zu Äußerungen (Sätzen, Worten, Lauten) an, von denen ausgehend die Patienten und Patientinnen wichtige Lebensthemen (z.B. die Studienzeit in Königsberg) rekonstruierten und weiter musikalisch und verbal bearbeiten konnten.

Bei einer anderen Patientin regte das Entdecken der vielen Metallkügelchen im Musikinstrument zu einer spontanen Äußerung an: Sie klagte, welche Unordnung auf ihrem Teppich entstehen würde, wenn das Instrument undicht wäre und alle Perlen herausfallen würden. Diese Assoziation der Patientin konnte zum Ausgangspunkt einer sich anschließenden Phase genutzt werden, in der sie sich mit zwei *Klangstäben* ein wie sie sagte "ordentliches" Instrument wählte und sorgfältig ausrichtend vor sich platzierte. Auf diese Weise konnte sie ihre Vorstellung von Ordnung selbst wiederherstellen. Dieselbe Patientin lernte in der ersten Stunde auch interessiert zuhörend die *Klangstäbe* kennen und spielte auch nach anfänglicher Scheu mit mir zusammen. Anschließend zeigte sie Überraschung, Zufriedenheit und auch ein wenig Stolz und äusserte sich über ihr Erleben in einem Sprichwort (siehe auch Beispiel Nr. 6, Frau Oestrich, S. 65).

Angehörige zeigen Interesse an bisher unbekannten Musikinstrumenten

Angehörigen waren in der Angehörigengruppe ständig mit Möglichkeiten zu neuen Erfahrungen konfrontiert. Sie staunten über den Raum in der Fachhochschule, der mit zahlreichen Musikinstrumenten gefüllt war, von denen ihnen die meisten unbekannt waren. Sie wussten, dass an den Abenden geredet *und* musiziert werden sollte, letzteres erschien den meisten aber nicht vorstellbar. Sie verfügten nach eigenen Angaben über nur wenige oder gar keine instrumentalen

Erfahrungen oder gar Fähigkeiten. Der Appellcharakter der Instrumente, die entspannte, vertrauensvolle Gruppenatmosphäre und eine behutsame, niederschwellige und neugierweckende Anleitung ermöglichten allen Teilnehmern schon am ersten Abend einen Zugang zu einigen Instrumenten und zu einer ersten Gruppenimprovisation. Das instrumentale Improvisieren und das Nachgespräch über eigene Empfindungen oder Beobachtungen im Gruppengeschehen war für alle absolut neu. Nach und nach konnten alle Teilnehmer an Zutrauen und an Ausdrucksfähigkeit gewinnen und schätzten das Improvisieren mit oder ohne spezielle Aufgabenstellung sehr. Diese neue Erfahrung des absichtslosen Ausdrucks, des selbstregulierenden Miteinander-in-Kontakt-Tretens wurde zum wichtigen Bestandteil der Abende und bescherte allen spielfreudige, begeisterte, manchmal witzige Momente und Gefühle von Entlastung, Zufriedenheit und oft auch Stolz.

5.3.4 Improvisieren

Der Weg zum Improvisieren verlief bei PatientInnen und Angehörigen ähnlich: Zuerst existierten geringe Hemmungen, dann erfolgte ein Sich-Einlassen auf das Ausprobieren und schließlich wurde in der Improvisation freies, unbekümmertes und beglückendes Spiel erreicht.

Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz können instrumental oder vokal improvisieren lernen

Ein Patient und eine Patientin erlangten während des Behandlungsjahres die Fähigkeit zum vokalen bzw. instrumentalen Improvisieren. Das hatten sie früher nie gemacht. Sie hatten dadurch den höchsten Grad an Verbesserung ihrer Lebensqualität erreicht. Sie konnten noch am Ende des Behandlungsjahres, obwohl sich ihre kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten deutlich verschlechtert hatten, nun, wann immer sie wollten, mühelos mit mir in einen schwingenden Kontakt treten und sich musikalisch emotional mitteilen. Sie erlebten im musikalischen Kontakt Unbekümmertheit und Freude, spaßige Momente und fühlten sich in der Musik sicher und vollwertig.

Das Improvisieren der beiden wird in diesem Kapitel unter dem Gesichtspunkt ihrer erreichten Lebensqualität unter 5.4.3 „Die Bedeutung des Improvisierens für die Beziehungserfahrung“ weiter behandelt werden.

Angehörige können instrumental oder vokal improvisieren lernen

Bis auf eine Angehörige, die früher Flöte in einer Band gespielt hatte, konnte keiner der Teilnehmer auf improvisatorische Erfahrungen zurückgreifen.

Instrumentale Kenntnisse aus der Kindheit gab es nur bei einer klavierspielenden Patientin.

Die vielfältigen und den Teilnehmenden meist fremdartigen Musikinstrumente im Musiktherapieraum übten eine große Faszination aus und wurden zunächst von einigen nur ehrfürchtig bestaunt. Der Appellcharakter der Instrumente und meine niederschwellig formulierte Einladung zum Umschauen im Raum und zwanglosen Anspielen einiger Instrumente weckten überwiegend Neugier und Interesse. Bei wenigen blieb eine Scheu noch einige Minuten länger bestehen und löste sich erst beim Beobachten der anderen, bereits neugierig agierenden Gruppenmitglieder auf. Die Teilnehmenden probierten in Ruhe und mit Freude aus, wurden dabei mutiger und lauter. Das noch überwiegend beziehungs- und strukturlose Klanggeschehen endete mit zaghaften Versuchen einiger, mit Blicken oder schon musikalisch in einen Kontakt zu treten. Hier deuteten sich die ersten Schritte zur Improvisation als Beziehungsgeschehen an, was von einem Teilnehmer als Fazit einer ersten Klangerfahrung verbalisierte wurde: *"Wir müssen das nächste Mal aber mehr aufeinander hören!"* (Z 22).

Es zeigte sich, dass die Gruppe in den ersten Stunden der Angehörigenabenden einen großen Harmoniewunsch hatte, der sich auch auf die gewünschte Klangpräferenz der Improvisationen ausbreitete: Es sollte harmonisch klingen und Dissonanzen waren zunächst ebenso wie solistisches Hervortreten unerwünscht. Zunächst war es allen wichtig, auf die Gruppe zu hören und Gleichklang zu suchen. Von Mal zu Mal konnten die Teilnehmenden an den Abenden neue Klangerfahrungen mit dem Improvisieren sammeln und zeigten nach und nach größere Toleranz gegenüber Dissonanzen und gegenüber den Persönlichkeiten der anderen. So wurden mit der steigenden Gruppenentwicklung auch solistische Abschnitte wertgeschätzt und von den anderen musikalisch begleitet.

Es fanden gebundene Improvisationen mit klaren Vorgaben oder innere Bilder als Vorstellungshilfe sowie freie Improvisationen statt. Nach etwa vier Abenden dominierten die freien Improvisationen, da diese von den TeilnehmerInnen selbst angeregt und manchmal sogar regelrecht eingefordert wurden. Ab dieser Zeit steigerte sich der Bedarf an freien, emotionalen Ausdrucksmöglichkeiten. Fast allen war es dabei wichtig geworden, nicht nur für sich zu spielen, sondern in einen musikalischen Austausch mit einzelnen oder der ganzen Gruppe zu treten, zu hören und gehört zu werden. Parallel zu dem steigenden Bedürfnis an freien Improvisationen, die innerhalb der Abende einen immer größeren Zeitumfang einnahmen und oft die Gesprächsteile verkürzten, verbesserten sich die musikalischen Wahrnehmung und instrumentalen Ausdrucksmöglichkeiten der TeilnehmerInnen deutlich. Spielanweisungen wirkten von da an eher einengend als unterstützend und traten in den Hintergrund.

Das Improvisieren erlangte einen hohen Stellenwert, es wurden Spaß und Entspannung erlebt, es konnte Lebensfreude herausgelassen und Lebendigkeit gespürt werden.

5.3.5 Neue Musikrichtungen

Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz zeigen Interesse an ihnen unbekannten Musikrichtungen

Wenn man davon ausgeht, dass der Einsatz von bekannter und beim Patienten bevorzugter Musik Struktur und Sicherheit bietet und Wohlbefinden und Freude auslöst, so konnte dies hier bestätigt werden. Nicht immer waren das die Schlager und Melodien aus den Jugendjahren der Patienten, der Zeit, als viele von ihnen am Wochenende zum Tanzen gingen.

Muthesius berichtet, dass sich im Umgang mit Menschen mit Demenz beobachten lässt, dass sie für Momente bis hin zu monatelangen Phasen in ihre Erfahrungen früherer Lebensalter mit ihren persönlichen Erfahrungen begeben. Die Art des Umgangs mit Musik kann uns Erkenntnisse geben, in welcher Lebensphase sich der Mensch mit Demenz gerade fühlt (2010).

Aufgrund des Einzelsettings im Forschungsprojekt konnten die musikalischen Angebote individuell auf die Erfahrungen und momentanen Bedürfnisse abgestimmt werden.

Den PatientInnen vertraute, bevorzugte und deshalb häufig angebotene Musik waren:

Griechische Volksmusik für den Patienten mit noch gutem Erinnerungsvermögen, der aktuell noch mit seiner Frau einen Kurs mit griechischen Volkstänzen besuchte; für denselben Patienten später selbstgewählte Volks- und Kinderlieder aus seiner Kinderzeit, die er in den ersten Therapiewochen vehement abgelehnt hatte, obwohl ich sie ihm gar nicht angeboten hatte und die er dann auf dem *Metallophon* spielen wollte und mein begleitendes Singen immer wieder einforderte;

Volkslieder für eine Patientin, die seit ihrer Jugend leidenschaftlich gern sang;

Volkslieder für eine weitere Patientin, die aufgrund eines Sprachfehlers meinte, nicht singen zu können, aber gerne entsprechende Sendungen im Fernsehen verfolgte und zu den Liedern mitklatschte; Kinderlieder, besonders Wiegenlieder für dieselbe Patientin, wenn sie sich in regressiven Phasen zeigte, was gehäuft in ihren letzten Musiktherapiestunden der Fall war;

Opernmusik, vornehmlich des 19. Jahrhunderts, für einen Patienten, der diese Musikrichtung erst in seinem mittleren Erwachsenenalter kennen und lieben gelernt hatte;

Klaviermusik der Klassik und Romantik, besonders Wiener Walzer, für eine Patientin, die im Kindesalter mit Klavierunterricht begonnen hatte und für die das Klavierspiel zeitlebens eine besondere Bedeutung behielt, weil es nach eigenen Angaben bei der Verarbeitung ihrer Kriegserlebnisse sehr wichtig gewesen sei.

Alle PatientInnen habe ich gelegentlich behutsam aus der Vertrautheit ihrer bevorzugten Musik herausgelockt, um ihnen auch einmal neue Hörerfahrungen anzubieten. Einer Patientin spielte ich von der CD ein kurzes, neoklassizistisches Orchesterstück von *Ottorino Respighi* vor, dem sie etwa zur Hälfte hörend folgen konnte und das sie kurz anerkennend kommentierte (siehe auch Beispiel Nr. 7 Frau Oestrich, S. 66).

Für einen anderen Patienten mischte ich unter zwei CDs mit ihm bekannten Opernarien auch eine weitere mit ihm unbekannten spätromantischen Liedern von *Richard Strauss*. Er wählte diese zum gemeinsamen Hören aus und zeigte sich von der Musik sehr angetan (siehe auch Kap. 3.1.6, Seite 86).

Bei einer weiteren Patientin diente neuere Musik, ihre aufgebrachte Stimmung zu begleiten und den Affekt zu regulieren. Dazu spielte ich an ihrem Klavier einen Satz aus *Paul Hindemiths „Ludus tonalis“*, der zunächst ihre aufgebrachte Stimmung widerspiegelte und sie aufhorchen ließ. Während meiner anschließenden Improvisationen mit allmählicher Hinzunahme traditioneller Harmonien konnte sich die Patientin beruhigen.

Angehörige zeigen Interesse an ihnen unbekannten Musikrichtungen

In der Angehörigengruppe hatte das gemeinsame Musikhören nur einen kleinen Stellenwert, denn das Improvisieren und der Gesprächsteil nahmen den größten Raum ein. Ich habe aber regelmäßig Musik aus verschiedenen Jahrhunderten von der Spätrenaissance bis zur Moderne angeboten. Mit diesem weiten Spektrum sollte den Angehörigen eine Möglichkeit zur Erweiterung ihrer eigenen Hörgewohnheiten und -vorlieben und eine Teilhabe an der Kultur ermöglicht werden.

Die TeilnehmerInnen haben an den Abenden grundsätzlich sehr gern Musik gehört. In der Erwartung eines passiven Genießens haben es sich alle auf ihrem Stuhl bequem gemacht und sich entspannt, manche auch die Augen geschlossen. Die Reaktionen auf die verschiedenen Musikbeispiele waren unterschiedlich. So wurde z.B. das *Ricercari* von *Andrea Gabrieli* sehr gut aufgenommen und als entspannungsfördernd umschrieben. Zu *Music for 18 Musicians* von *Steve Reich* fielen Assoziationen wie ´einlullend ´oder ´ausweglos´. Einige Sätze aus *Sechs Stücke für Orchster Opus 6* von *Anton Webern* sorgten zu ablehnendem Kopfschütteln, ratlosem Lächeln zu den anderen im Raum und bei einigen zu Diskussionen über Vergleiche zu den eigenen instrumentalen Improvisationen.

5.4 Förderung der Beziehungsentwicklung durch gründliche Beziehungsarbeit

Gründliche Beziehungsarbeit mit Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz fördert Beziehungsentwicklung

In der Beziehungsarbeit mit Menschen mit Demenz ging es zunächst darum, ihnen in ihrem emotionalen Ist-Zustand zu begegnen. Meistens war es deutlich,

in welcher Beziehungsqualität sich die Patienten gerade befanden oder agierten. Einige boten z.B. von sich aus fröhlich rufend und lächelnd Kontakt an, andere benötigten z.B. Hilfe in einer sie belastenden Affektsituation oder brauchten ein behutsames Kontaktangebot als einen Weg aus ihrem apathischen Zustand. Und manchmal war es nicht klar, ob sie überhaupt gerade Kontakt wünschten oder eine Beziehungspause brauchten. In allen verschiedenen Situationen war immer eine Atmosphäre nötig, in der sich die Patienten und Patientinnen sicher fühlten. Nach Erfüllung dieser Grundvoraussetzung führte die Möglichkeit, neugierig zu werden und bestimmen zu können, zu aufmerksamem und konzentriertem Verhalten und lud zum Zuhören oder Mitmachen ein.

Das deutlichste Zeichen für einen gelungenen Beziehungsprozess war die Stimmungsverbesserung der PatientInnen, die sich vielfältig darstellte durch Lebendigkeit spüren, Spaß haben, lachen, Begeisterung zeigen, sich glücklich fühlen, sich stark fühlen, Stolz erleben oder Dankbarkeit äußern.

Momente des Sich-Berührens ermöglichten den Zugriff auf einen Teil ihrer früher erworbenen Beziehungsqualitäten. Die PatientInnen zeigten dann eine Ausdruckserweiterung ihrer Mimik sowie eine Differenzierung ihrer Gefühle.

Alle Patienten und Patientinnen konnten in der Beziehungsarbeit ihre anfängliche Beziehungsebene (bei einem apathisch, bei den anderen fünf affektgeladen) verlassen, Kontakt zu sich selbst gewinnen und auf eine Beziehungsebene der Interaktivität mit mir gelangen.

Höher entwickelte Beziehungsqualitäten, die durch ein Ich-Du-Bewusstsein in der Interaktivität und ein Wir-Gefühl in der Interaffektivität gekennzeichnet sind, traten bei zwei Patienten und nur in der Kopplung mit musikalischer Improvisation auf.

Ich achtete bei allen Patienten und Patientinnen darauf, dass sie den Beziehungsprozess weitestgehend selbst steuern konnten und intervenierte mit dem Ziel der Unterstützung, des Nachnährens oder einer Weiterentwicklung (Wiederbelebung alter Beziehungsqualitäten).

Die Ergebnisse der Beziehungsentwicklung werden in der nachstehenden Tabelle Nr. 2 zusammengestellt und interpretiert.

Tabelle Nr. 2 Die EBQ-Modi in den Videos

Patient Nr. + m/w	Aus-gangs-modus	Video 1	Video 2	Video 3	Video 4	Video 5	Video 6	Video 7
1 w	2	4 4 4 P5	4 4 5	5 4	4 3, 4	4 P5 4, 1	5 4 4	5, 4 5 5 P6
2 m	2	4 4	2	3 P4 3 3	4 4	4 4 4	5, 6 6 5 P6, 6	6 6 6
3 w	2	4 3 P4 4	4 4 4	4 4 4	4 P5a 4 4	4 P5a 4 4	4 4 4	4 4 4
4 m	2	4 3, 4 4	4 4 4	4 3	4 4 4	4 4	-----	-----
5 w	2	4 P5a 4 4	4 4 4	4 4 4	4 4	2 2 ,4 4	-----	-----
6 m	1	4 4 4	4 4, 1	3, 4	3 4	3, 4 3, 4	3, 0 4	-----

<u>Interpretation der Tabelle Nr. 2 – Beziehungsentwicklung anhand der Video-analyse</u>

In der 1. Spalte sind alle sechs PatientenInnen aufgelistet, drei weibliche und drei männliche. Von drei Patienten und Patientinnen existierten je sieben 7 Videos, von einem sechs und von zweien fünf Videos.

Der Ausgangsmodus in Spalte 2 war bei einem Patienten der Modus 1 und bei den anderen der Modus 2.

Schon ab dem ersten Video in der jeweils ersten Musiktherapiestunde wurden die Beziehungsmodi 3 und 4 erreicht. Die Symptome traten bei manchen gar nicht mehr und bei anderen selten oder weniger auf.

Während des Behandlungsjahres gab es keinen Einbruch in der Beziehungsqualität, sondern eine relative Kontinuität auf dem Beziehungsmodus 4, auch in den letzten Videos am Ende des Behandlungsjahrs, wenn sich die allgemeine krankheitsbedingte Symptomatik bei allen deutlich verschlechtert hatte.

Am zweithäufigsten kommt der Modus 3 vor, bei dem Patienten Nr. 6, Herrn Stetter, mündet der Modus 3 fast immer in den Modus 4.

Die höher entwickelten Modi 5 und Modus 6 wurden nur von zwei Patienten (Patientin Nr. 1, Frau Schwan und Patient Nr. 2, Herr Galbert) erreicht. Diese beiden waren die einzigen, die vokal oder instrumental improvisierten, und sie erreichten diese Modi auch nur während sie improvisierten. Sie und fast alle anderen zeigten ein- bis dreimal Peaks zu den Modi 5, 5a, 5b oder 6, also kurzfristige Momente der (in diesen Fällen) nächsthöheren Beziehungsqualität.

In den Unterkapiteln 5.4.1 bis 5.4.3 werde ich später drei Aspekte vertieft behandeln: den Übergang von Modus 3 zu Modus 4, die Häufung und Stabilität im Modus 4 sowie die Bedeutung des Improvisierens für die Beziehungsentwicklung.

Gründliche Beziehungsarbeit mit Angehörigen begünstigt Beziehungsentwicklung

Die Beziehungsarbeit mit den Angehörigen fand im Wesentlichen an den Angehörigenabenden statt. Darüber hinaus gab es vielfach Einzelkontakte mit dem Angehörigen, z.B. Telefonate oder persönliche Gespräche im Anschluss an die häuslichen Musiktherapiestunden. Diese Gespräche wurden bei Bedarf angeboten, und die Angehörigen nutzten sie gern, um ganz dringende Themen und Probleme anzusprechen, die nicht erst in der monatlichen Gruppe besprochen werden sollten oder auch, um sich in ihrer aktuellen Belastungssituation auszusprechen und Trost anzunehmen.

Die Angehörigenabende beinhalteten zwei Teile von etwa gleicher Länge: den Gesprächs- und den Musikteil.

a) Beziehungsentwicklung im Gesprächsteil

Die Angehörigen lobten die vertrauensvolle Atmosphäre, in der sie Respekt und Toleranz erlebten. Sie freuten sich, andere Betroffene kennenzulernen, von ihrer Situation und ihren Problemen zu erfahren und die Entwicklungen weiter zu verfolgen. Im Alltag erlebten sie für ihre Schwierigkeiten der physischen und psychischen Pflegebelastung viel Unverständnis, hier spürten sie Akzeptanz und wurden gehört. Wertvoll war ihnen, Hilfe in ihrer Situation zu bekommen, sei es, ihre Gedanken und Gefühle äussern zu können oder konkrete Tipps zur Pflegesituation zu erhalten. Der Gedankenaustausch wurde als Austausch auf gleicher Ebene bezeichnet.

Die Gruppe vermittelte das Gefühl, nicht allein zu sein und gab Ermutigung zum Durchhalten. Mehrfach wurde geäußert, dass die Angehörigengruppe der einzige Ort sei, um in ihrem Alltag psychische Entlastung zu erfahren. Die Gespräche in der Angehörigengruppe zeigten einigen, das Gefühl zu haben, im Vergleich zu anderen noch besser "dran zu sein". Die TeilnehmerInnen konnten in der Gruppe das Thema Abschied ansprechen und neben der Traurigkeit auch Nähe zum Be-

treuten zu spüren und äussern.

Im Laufe des Behandlungsjahres bildeten sich Fahrgemeinschaften zu den Angehörigenabenden, und man tauschte sich schon auf den Fahrten aus. Die Gruppe wünschte eine Adressen- und Telefonliste, und einige riefen sich immer einmal wieder ausserhalb der Angehörigentermine an. Schon weit vor Ende des Projekts entstand der Wunsch nach einer Weiterführung der Angehörigengruppe, was in geringerer Frequenz für ein weiteres Jahr ermöglicht wurde.

Gefühle von Traurigkeit über das Fortschreiten der Krankheitssymptome blieben bei den Teilnehmern, aber fast alle hatten nach Ablauf der Angehörigentermine eine neue Einstellung zu ihrer Situation gewonnen, mit der sie diese flexibler und gelassener ´handeln´ konnten. Sie hielten nicht mehr an den unerfüllbaren Erwartungen an ihre Betreuten fest, sondern lebten mehr im "Hier und Jetzt" und freuten sich über das, was noch möglich war. Eine pflegende Ehefrau formuliert es so: *"Er kann sich nicht ändern, aber ich habe mich geändert. Ich nehme ihn jetzt so wie er ist."* (Z 23).

b) Beziehungsentwicklung im Musikteil

In diesem Kapitel habe ich unter 5.3.1 beschrieben, dass sich der Gruppenprozess trotz geringer Frequenz der Angehörigentreffen auffällig zügig entwickelt hat. Es ist anzunehmen, dass hierbei verschiedene musikalische Faktoren unterstützend mitgewirkt haben.

Dies war vor allem die Möglichkeit der Improvisation und des emotionalen Auspowerns am Instrument. Mit den musikalischen Improvisationen schon von Beginn der Angehörigengruppe an wurde ein emotionaler Raum bereitgestellt, der je nach Zutrauen des einzelnen Teilnehmers mehr oder weniger intensiv genutzt werden konnte, die eigene momentane Gefühlswelt auf dem Instrument auszudrücken ohne sie in der Gruppe mit Worten mitteilen zu müssen oder zu können. Dadurch konnten Abwehrmechanismen schneller umgangen werden und es fiel den Teilnehmenden leichter, sich offen in seiner emotionalen Befindlichkeit zu zeigen. Es konnten sich in den Spielräumen Entwicklungen und Veränderungen ergeben und zu Klärungen bei den TeilnehmerInnen führen (Weymann, 2004).

Das Nicht-Aussprechen der gezeigten Gefühle wurde als entlastend empfunden. So zeigte der persönliche Ausdruck in der Musik oft eine Direktheit und Intensität, die weder vom Spieler noch von der Gruppe erwartet worden war. Gleichzeitig hatte die Musik etwas Unverbindliches und Schützendes, das die TeilnehmerInnen niemals ganz ´entblößen´ ließ. So mussten beispielsweise (vor allem aus Sicht des Spielers) Schläge auf den *Gong* nicht unbedingt als Ausdruck seiner aggressiven Gefühle wahrgenommen werden, sondern konnten auch einfach nur das bedeuten, was sie klanglich waren, nämlich Schläge auf den *Gong*.

Des Weiteren stellte das früh begonnene Ausprobieren eines musikalischen

Gestaltungsprozesses eine große Herausforderung auf unbekanntem Terrain dar. Die freien und gebundenen Improvisationen förderten die Wahrnehmung. Ein differenziertes Hören entwickelte sich und machte die Improvisationen im Verlauf des Jahres musikalisch interessanter und steigerte die Qualität. Die Fähigkeit aufeinander zu hören verbesserte sich und erweiterte die Sozialkompetenz der Teilnehmer.

Das Hören von Musik, das Singen und das Improvisieren führten zu intensivem und beglückendem Gemeinschaftserleben, das sich bei einigen auch noch im Anschluss als fröhliche Stimmung auf dem Heimweg oder Zuhause fortsetzte. Die Gruppe formte sich zu einem musikalischen Team, in dem Außenseiter wahrgenommen, aber nicht ausgegrenzt wurden.

Und schließlich führte die Bewältigung der Gestaltungsaufgaben zu größerem Selbstwertgefühl und zu Gefühlen des Stolzes.

5.4.1 Die sichere Mündung von Exploration und Selbsterleben in Intersubjektivität und Interattentionalität

Eine gelungene Beziehungsarbeit im Modus der Exploration mündet sicher in die nächsthöhere Beziehungsqualität.

Keiner der Patienten zeigte sich von sich aus in der Beziehungsqualität der Exploration und des Selbsterlebens (Modus 3), vielmehr traf ich sie zu Beginn der Musiktherapiestunden entweder in apathischem oder affektbesetztem Verhalten an oder, wenn sie mich wiedererkannten, auch in einer freudigen Erwartung auf ein gemeinsames Singen oder Spielen.

Interventionen im Modus 3 habe ich immer von mir ausgehend angeboten. Es stellt sich die Frage, warum, wenn die PatientInnen von sich aus doch eine andere Beziehungsqualität anboten: Im Modus 3 geht es um Selbsterleben. Hier können den Patienten und Patientinnen eigene Äusserungen bewusst gemacht werden. In einer ruhigen und von Aufmerksamkeit geprägten Atmosphäre steht das eigene Erleben im Mittelpunkt. Die PatientInnen explorieren, haben Einfälle und lassen mit ihren Äusserungen Themen aufblitzen, die sie beschäftigen. Sie sind im Modus 3 mit mir zusammen und doch mit sich allein beschäftigt. Sie erleben in ihrem Alltag sonst wenig Situationen, in denen sie ihr Selbsterleben in intra-personeller Selbstkohärenz und interpersoneller Beziehung ausdrücken können. Interventionen im Modus 3 sind keine blosse Erweiterung des Vorrats an Be-ziehungsmodi, sondern ein gezieltes Angebot zum Nachnähren einer nicht mehr stattfindenen Beziehungsqualität.

Mithilfe zurückhaltender, diese Exploration unterstützenden Interventionen konnten die Patienten ihre Selbstwirksamkeit stärken. Es konnte beobachtet werden, dass die Patienten die Begegnung im Modus 3 genossen und dort solange blieben, bis emotional eine Absättigung erfolgte. Fast immer mündete die Beziehungsqualität dann in die nächsthöhere, in den Modus 4, in dem inter-

subjektiv und interattentional ein gemeinsamer Spielraum eröffnet wurde.

Wenn den PatientInnen genügend Raum und Bestätigung gegeben wurde, dass sie sich ausgiebig mit der Exploration (eines Musikinstruments oder dem Cover einer CD) beschäftigen konnten, entstand irgendwann eine Absättigung dieser Tätigkeit, die sie sicher zur nächsten Beziehungsqualität der Intersubjektivität (EBQ Modus 4) führte. Die Zeit, die die PatientInnen brauchten, um diesen nächsten Schritt von sich aus zu realisieren, war unterschiedlich. So explorierten vier nur zwischen ca. einer halben und zwei Minuten ein Musikinstrument, dann spürte ich in der Gegenübertragung, dass sie als nächstes eine gemeinsame Musik erwarteten oder mich dazu aufforderten.

Ein Patient (Herr Stetter) explorierte ausgiebig mitgebrachte CDs, was nicht selten bis zu 20 Minuten dauern konnte. Dann entschied er sich für eine der CDs, indem er darauf zeigte und mich anblickte. Meist wählte ich einen Titel aus, um ihn nicht zu überfordern. Es folgte ein gemeinsames Hören der Musik, bei dem der Patient sein Erleben besonders an dynamischen Höhepunkten der Musik mit erneutem Blick zu mir, hochgezogenen Augenbrauen oder auch erhobenem Zeigefinger mitteilte. Durch meine Resonanz mit Blick und Lächeln konnten bei diesem interattentionalen Vorgang des gemeinsamen Hörens dichte Beziehungsmomente erlebt werden. Nur einmal war dieser Patient vom Explorieren erschöpft und fand nicht selbst in ein interattentionales Beziehungsangebot, d.h. er konnte sich nicht entscheiden, welche Musik er mit mir hören wollte. Meine Unterstützung, stellvertretend für ihn ein Stück zum gemeinsamen Hören auszusuchen, empfand er als Entlastung und konnte sich beim Hören freudig in das gemeinsame Beziehungsmoment hineinbegeben.

Der Übergang von der Beziehungsqualität des Selbsterlebens zu der der Intersubjektivität mit dem Wunsch eines gemeinsamen Erlebens (Modus 3 zu Modus 4) zeigte mehr als das Auftreten zweier Beziehungsqualitäten hintereinander. Hier war zu beobachten, wie der Patient erneut einen emotionalen Entwicklungsschritt durchlief, so, wie er schon in der frühen Kindheit einmal die Fähigkeit für diesen Übergang erworben hatte.

Eine Patientin (Frau Strauch) explorierte gar nicht. Sie wusste mit einem angebotenen Musikinstrument gar nichts anzufangen und interessierte sich auch nicht dafür.

5.4.2 Das gemeinsame Erleben (EBQ Modus 4) – Starre oder Gewinn?

Alle Patienten und Patientinnen zeigten eine Häufung und eine Stabilität im Modus 4, in dem ein gemeinsames Erleben geteilt wird.

Es stellt sich die Frage, ob diese Beobachtung für die PatientInnen Ausdruck einer Unbeweglichkeit und einer Starre ist oder gegenteilig einen Gewinn darstellte. Wenn die Beobachtung herangezogen wird, dass sich bei allen die allgemeine Krankheitssymptomatik innerhalb des Behandlungsjahres deutlich verschlechtert

hatte, stellte der immer weiter auftretende Beziehungsmodus 4 eine nicht zu erwartende Kontinuität dar und kann damit als ein Gewinn für die Patienten und Patientinnen beurteilt werden.

Im Modus 4 fokusssierten sich Patient und ich auf ein gemeinsames Thema. Dies zeigte sich im Hören eines Musikstücks, im Singen eines Lieds, im Improvisieren mit einem Instrument oder im Gespräch, z.B. beim Betrachten eines Fotos. Den PatientInnen wurde ein Raum bereitgestellt, in denen sie etwas erlebten und dieses Erleben mit mir teilen wollten und konnten. In all diesen vielen Beziehung-momenten im Modus 4 wurde ich als Person wahrgenommen und durfte an diesen Themen teilnehmen und sie mitgestalten. Dabei war es wichtig, in diesem gemeinsamen Austausch zunächst wirklich nur im Modus 4 zu bleiben und mein Gegenüber nicht mit Interventionen auf einer dialogischen Ebene (Modus 5) zu überfordern.

Übergänge zum Modus 5 dürfen zum richtigen Zeitpunkt durchaus angeboten und *zugemutet* werden. Solche Übergänge entstanden entweder bei den beiden improvisierenden PatientInnen quasi organisch von einem inneren Bedürfnis heraus oder bei den anderen nicht improvisierenden meist als Peaks, d.h. als kurzfristige Momente in den Modi 5a (hier beim Lückelied) und 5b (hier bei der Imitation von Motiven).

5.4.3 Die Bedeutung des Improvisierens für die Beziehungserfahrung

Improvisieren fördert intensive Beziehungserfahrung bei Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz

Die neuen Erfahrungen des vokalen oder instrumentalen Improvisierens führten zu einer Erweiterung ihrer seit des Auftretens der Demenz gezeigten Beziehungsqualitäten. In der Improvisation gelang es, musikalisch dialogisch zu kommunizieren, indem es zu wechselseitigem Austausch von Motiven, zu vokalen Ergänzungen von Liedteilen und zu musikalischen Frage- und Antwortspielen kam. Es handelte sich immer um ein Geben und Nehmen als eine aufeinander bezogene Interaktion zweier Personen, die sich ihrer Getrenntheit vom anderen bewusst waren und als Dialogpartner agierten.

Der Einstieg in eine musikalische Improvisation vollzog sich meist als ein Übergang aus einem gemeinsam gesungenen Lied oder Instrumentalspiel. Es war der Wunsch der Patientin und des Patienten, die Musik noch zu verlängern, wenn z.B. schon mehrere Strophen eines Lieds gesungen wurden oder sich ein Schluss in einer instrumentalen Improvisation ankündigte. Dieser Wunsch führte zum Antrieb, mit mir noch weiter zu summen, die Melodie weiter zu umspielen oder wenigstens noch Teile eines Refrains immer weiter zu wiederholen.

Die Fähigkeit, sich musikalisch dialogisch zu begegnen, führte zu positiven Gefühlen bei den PatientInnen. Sie brachten nach und nach in kleinen Motiven eigene Ideen ein und hörten diese von mir musikalisch wiederaufgegriffen,

entweder ähnlich wiederholt oder auch verändert in das gemeinsame Spielen hineingegeben. Auch Motive meines Singens oder Spielens wurden von den PatientInnen im Musizieren aufgegriffen. So konnte ein Spielraum entstehen, der an ein Gespräch erinnerte, an eines ohne Worte, an ein musikalisches Gespräch.

Die in der musikalischen Improvisation gewonnene dialogische Interaktionsfähigkeit ermöglichte diesen Menschen eine Erweiterung und Verbesserung ihrer Beziehungsfähigkeit und damit ihres Erlebens und ihrer Lebensqualität. Die Zufriedenheit über das gemeinsam Erlebte wurde am Ende oft in einer verbalen oder zumindest stimmlichen Äusserung ausgedrückt. Ein dialogischer Austausch auf einer kognitiven, sprachlichen Ebene war hingegen krankheitsbedingt schon länger nicht mehr möglich (siehe auch Beispiel Nr. 2 Frau Schwan, S. 52).

Beide Improvisierenden konnten von der dialogischen Beziehungsqualität (EBQ Modus 5) zu einer weiteren Differenzierung ihres Erlebens und zur Qualität des interaffektivem Erlebens (EBQ Modus 6) übergehen. Diese Beziehungsqualität war geprägt von persönlichem und emotionalem Ausdruck. Der Spielraum wurde gemeinsam und musikalisch gleichberechtigt ausgestaltet, und Patient bzw. Patientin und Therapeutin zeigten im Spiel eine interaffektive Verbundenheit (siehe auch Beispiel Nr. 5, Herr Galbert, S. 60).

Alle PatientInnen konnten ihre Lebensqualität durch die musiktherapeutische Behandlung verbessern; die stärkste Verbesserung der Lebensqualität zeigte sich bei den beiden Improvisierenden während des affektiven Austausches beim gemeinsamen Improvisieren. Das vokale oder instrumentale Improvisieren bescherte ihnen beglückende Beziehungsmomente von besonderer emotionaler Tiefe. Auch ein interaffektiver Austausch auf einer kognitiven, sprachlichen Ebene war krankheitsbedingt schon länger nicht mehr möglich.

Nach einer Improvisaton einen kurzen verbalen Austausch anzuregen, in dem der Patient oder die Patientin das eigene Erleben sprachlich ausdrücken konnte, war nur sehr begrenzt möglich, und das dialogische oder interaffektive Beziehungslevel aus der Musik konnte anschließend in der Sprache nicht gehalten werden. Durch den Wechsel des Fokus zwischen Musik und Sprache sollte ein variantenreicheres Erleben ermöglicht werden (Weymann, 2004). Darüberhinaus sollte die Sprachfähigkeit angeregt werden. Manchmal zeigten sich die Patienten durch den Wechsel auf die Sprachebene aus ihrem Erleben herausgerissen und irritiert. Ein von mir dann initiiertes Wiedereinsteigen in die Musik ließ sie ihre Irritation aber sofort vergessen, und sie konnten kompetent und freudig in das interaffektive Spiel wieder eintauchen. Ein Wechsel von Sprache zur Musik gelang immer und wurde als entlastend empfunden.

Deshalb drückte ich meist stellvertretend für sie sprachlich aus, wie ich das gemeinsame Musizieren und das Erleben des Patienten und der Patientin wahrgenommen hatte. Sie schienen mich zu verstehen und zuzustimmen. So ließen sich Irritationen und Brüche in den Beziehungsmomenten vermeiden.

Höher entwickelte Beziehungsqualitäten wie die Modi 5 und 6, die durch ein Ich-

Du-Bewusstsein in der Interaktivität und ein Wir-Gefühl in der Interaffektivität gekennzeichnet sind, konnten nur mithilfe des Improvisierens erreicht werden.

Gelangten die PatientInnen nicht zum Improvisieren, weil sie meine entsprechenden Anreize nicht annehmen konnten oder wollten, blieb das Erreichen dieser Beziehungslevel aus. Offenbar konnte eine dialogische (Modus 5) und affektiv geprägte Beziehung (Modus 6) aufgrund der Krankheitssymptome auf der sprachlichen Ebene bei allen nicht mehr vollzogen werden. Hier schien es vor allem nicht mehr möglich, den anderen als vollwertige Person bewusst wahrzunehmen und eine *theory of mind z*u entwickeln.

Diese nicht improvisierenden PatientInnen blieben in dem Beziehungsmodus der Intersubjektivität (Modus 4) stehen, wo sie zwar ein Ich-Du-Empfinden, aber kein Ich-Du-Bewusstsein entwickelten und in einem gemeinsamen Thema mit mir agierten. Ihr emotionales Erleben verlangte nach sozialer Rückversicherung und wurde mit Blickkontakten bestätigt.

Improvisieren fördert intensive Beziehungserfahrung bei Angehörigen

Die Angehörigen äusserten sich ausnahmslos positiv über das Improvisieren an den Angehörigenabenden. Sie selbst drückten aus, dass das Musikmachen die Vertrauensbildung unterstützte, die das eigene Öffnen, das für sie in der Selbstverantwortung lag, beförderte. Das Musizieren stellte eine Kraftquelle dar und bedeutete für den einen oder anderen von ihnen Psychohygiene. Den persönlichen Ausdruck in der Musik zu finden hat alle stolz gemacht: *"Ich habe endlich ´mal im Leben den Tiger ´rausgelassen!* (Z 24).

Die neue Erfahrung des Improvisierens und das Sich-Ausdrücken-Können im absichtslosen Spiel wirkten auf die Teilnehmer wie eine Selbstbehandlung. In der Atmosphäre des Vertrauens konnten sie sich emotional und körperlich wieder spüren, Resonanz erfahren und ihr Selbstbewusstsein stärken. Das Spiel auf den verschiedenen Trommeln diente häufig als Frustabbau. Eine pflegende Tochter entdeckte die Klänge auf den *Gongs* und *Tam-Tams* für sich. Die Zuneigung zu diesen Instrumenten ging so weit, dass sie zuhause für ihre Angehörigen notieren wollte, im Falle einer eigenen dementiellen Erkrankung solch ein Instrument spielen zu wollen.

Die Angehörigen nannten darüberhinaus weitere Funktionen der Musik und des Improvisierens: Musik als Auflockerung, als Teamfinder, als Diskussionsinitiator und als Anstoß zu Entwicklung von Respekt und Toleranz.

Das Improvisieren ermöglichte sehr persönliche Erfahrungen: Eine Teilnehmerin bereitete die Beobachtung Freude, wie sich die Gruppenmitglieder erst in Worten und dann in der Musik ausdrückten und interagierten.

Sie erlebte erheitert in einer anderen Situation eines musikalischen Chaos, wie sie sich beherzt im Sinne von Führen und Folgen zu einem durchdringenden

Rhythmus auf einer Trommel entschied und alle Teilnehmer ihr musikalisch folgten.

Ein anderer Teilnehmer sah die Musikinstrumente als Menschen und ordnete sie den Spielern zu. Erleichtert zeigte er sich über die Wahrnehmung, beim Improvisieren keine Grenzverletzung oder Bedrohung durch ein anderes Instrument erlebt zu haben, was er bei einer Kunsttherapie schon erfahren hatte: *"Nie hatte ich das Gefühl, dass jemand in meine Gefühlswelt eingedrungen wäre und mein Gefühl so berührt hätte, dass es mir nicht gut ginge."* (Z 25).

Die Improvisationen förderten das Gemeinschaftserleben auf besondere Weise. Das musikalische Team bildete sich durch aufeinander Hören und Achten beim absichtslosen und freudigen Spiel. In den Improvisationen konnten gemeinsame Schwingungen erlebt und die vereinende Zugkraft des rhythmischen Musizierens erlebt werden. Besonders beeindruckt zeigten sich die Angehörigen vom Spielen an der *Tischtrommel*, und ein Angehöriger beschrieb eine Gruppenimprovisation als *"von wenig Zutrauen und wenig Aktion zu tragendem, alle ansteckendem Rhythmus".* (Z 26).

Das Gemeinschaftserleben wurde in der Musik als stärker als in den Gesprächsteilen der Angehörigenabenden angesehen:" *Im gemeinsamen Spiel wird trotz der eigenen Geschichte eine gewisse Gemeinsamkeit erzeugt, die sich aber dann in der Sprache, in dem Gespräch auch ein Stück weit wieder auflöst."* (Z 27).

Im Gespräch existierte nach Ansicht eines Teilnehmers hingegen eine Reduzierung auf das Kognitive.

Das Improvisieren führte zu Freude an den musikalischen Kontakten untereinander. Mit zunehmender Erfahrung beim Improvisieren wuchs der eigene Anspruch und der an die musizierende Gruppe: Es ging nicht mehr nur um das Erleben eines gemeinsamen Schwingens, sondern die Durchsichtigkeit in der Musik sollte erhalten, Strukturen in den Verläufen erkennbar, einzelne musikalische Aktionen hörbar und eventuell beantwortet werden.

Die Improvisationen wurden als kleine Kunstwerke empfunden und so behandelt. Oft wurden gemeinsam Titel gesucht und nicht nur das persönliche Erleben sondern auch das musikalisch Gehörte besprochen. Die Improvisationen veränderten sich nach den ersten Abenden. Das Bedürfnis des blossen Für-Sich-Spielens wurde bei den meisten weniger, aber dafür stieg das Interesse an improvisatorischen Gestaltungsaufgaben wie z.B. Gefühle, Musik und Wort miteinander zu verbinden.

Dies führte ab dem ca. siebten Treffen zu lebhaften Diskussionen, woraus sich manchmal eine weitere Improvisation entwickelte, dann oft mit einem herausgegriffenen Aspekt aus der vorangegangenen Improvisation. Das konnte z.B. der Fokus auf den Schluss oder auf den Grad des Miteinander- oder Nebeneinander-Spielens, auf einen bewusst anders gestalteten Ausdruck oder

eine andere Besetzung sein. Dabei kam es oft zu Überraschungen, die wiederum in der Gruppe thematisiert wurden.

Das Improvisieren förderte die Persönlichkeitsentwicklung. Es zeigte sich, dass sich ein wachsendes Zutrauen zur Lösung der Gestaltungsaufgaben parallel zur steigenden Begeisterung beim Improvisieren entwickelte. Das Selbstbewusstsein vergrößerte sich, die Herausforderungen des Improvisierens wurden angenommen. Nach Bewältigung der manchmal auch gemeinsam beschlossenen Aufgaben in der Improvisation waren die Teilnehmenden begeistert und stolz: *"Diese Herausforderungen anzunehmen – das fand ich toll!"* (Z 28). - *"Ich bin richtig stolz, was wir da gemeinsam geleistet haben!"* (Z 29).

Einige Teilnehmer konnten die neue Erfahrung des Improvisierens als Fähigkeit mitnehmen, in ihrem Alltag in stressigen Situationen mit dem Erkrankten gelassener und kreativ umzugehen. So stimmten sie z. B. ein Lied an oder erfanden kleine, zur Situation passende Sprüche, die zum Mitmachen einluden, die Atmosphäre verbesserten und zu einer Vermeidung von Eskalation beitragen konnten.

5.5 Kompensation von Sprachdefiziten

Musik als Kommunikationsmittel unterstützte die Kontakt- und Beziehungsaufnahme und konnte kompensatorisch wirken, wenn die Sprache diese Kontakt- und Beziehungsaufnahme nicht mehr herstellen konnte. Das gemeinsame Hören eines Musikstücks, das Singen und das gemeinsame Musizieren sprachen die emotionale Ebene der PatientInnen direkt an. Sie boten ein großes Feld von Möglichkeiten, ohne Sprachbarrieren miteinander in Kontakt zu treten und das Grundbedürfnis der Menschen, verstanden und angenommen zu werden, angemessen zu bedienen.

Gemeinsames Musikhören ist ein aktiver Vorgang zwischen den Beteiligten, der emotional verbindend wirken kann. Durch die interattentionale Fokussierung auf das gemeinsame Tun (das Hören), durch regelmäßigen rückversichernden Blickaustausch und durch das Mitteilen des Gefühlszustands des Patienten durch Gesten (z.B. das Mitdirigieren einer ausdrucksvollen *Crescendo-Passage*) waren Patient und Therapeutin in einem emotionalen Austausch, der ohne Sprache funktionierte.

Das Singen von Liedern und die vokale Improvisation konnten ebenso eine stark eingeschränkte Sprechfähigkeit kompensieren und eine beglückende emotionale Beziehung herstellen. Die Improvisation erwies sich als hilfreich, wenn Texte vergessen wurden oder den PatientInnen gerade keine Lieder einfielen, aber trotzdem der Wunsch nach Singen und nach Austausch bestand (siehe auch Beispiel Nr. 2, Frau Schwan, S. 52). Es konnte beobachtet werde, dass musiktherapeutische Interventionen die schwindende Sprachfähigkeit teilweise kompensieren konnten. Durch Singen, Summen, Instrument spielen, Musikhören

und Bewegung statt Sprechen zeigten die Patienten und Patientinnen genügend Flexibilität, um ihre aktiven Sprachverlute zu kompensieren.

Im gemeinsamen Musizieren konnten sie ihren Gefühlen Ausdruck verleihen und dabei Austausch, Freude und Stolz erleben. Die instrumentalen Improvisationen stellten ein besonders wirkungsvolles Hilfsangebot dar, ganz ohne Leistungsdruck eine neue Fähigkeit zu entwickeln, die als Kompensation wirkte und das Selbstwertgefühl stärkte.

Wenn die Familienmitglieder sich ebenfalls stolz über die neue Fähigkeit des Improvisierens äußerten, verstärkte sich das Selbstwertgefühl der (zwei von sechs improvisierenden) PatientInnen weiter.

5.6 Bedürfnisse nach Entlastung

Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz können in der Musiktherapie ihren Bedürfnissen nach Entlastung Ausdruck verleihen

Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen nach Entlastung konnten in den musiktherapeutischen Sitzungen ausgedrückt und erfüllt werden. Hin und wieder schienen sie sich in ihre Kindheit versetzt und mütterliche Zuwendung oder die konkrete Person der Mutter zu vermissen. Das bereitgehaltene methodische Behandlungsspektrum um hier nachzunähren, reichte vom Fürsingen eines Schlaf- oder sanften Kinderlieds über das Fürspielen auf einem klanglich geeigneten Instrument (z.B. Bordun-Kantele, Kalimba oder Metallophon) oder das Summen bis zum Beieinandersein in der Stille mit und ohne Körperberührungen. So konnten Gefühle von Sicherheit und Geborgenheit entstehen. Sanfte und respektvolle Berührungen waren in Abstimmung mit den PatientInnen beispielsweise meine Hand auf den Arm zu legen, Hände oder Schulter vorsichtig zu umfassen und gegebenenfalls uns gemeinsam leicht hin und her zu wiegen.

Angehörige können in der Angehörigengruppe ihren Bedürfnissen nach Entlastung Ausdruck verleihen

An den Angehörigenabenden kam es immer wieder zu Situationen, in denen Angehörige Bedürfnisse nach Entlastung zeigten. In den Musikteilen der Abende konnten sie sich meist selbst helfen und behandeln, indem sie sorgfältig und länger als sonst einen geeigneten Klang und ein passendes Instrument für ihren Affekt aussuchten. Das anschließende Musizieren war ein Akt der Selbstbehandlung, wurde als beruhigend, heilsam und lösend empfunden und körperlich spürbar.

Auch in den Gesprächsteilen der Abende tauchten immer wieder Situationen auf, in denen sich Angehörige, wenn sie in der Runde von den akuten Belastungen und problematischen Vorkommnissen zuhause berichteten, hilflos fühlten und weinten. Als methodische Herangehensweise zeigten sich ein Fürspielen oder

Fürsummen der Gruppe für den Betroffenen als hilfreich, wenn er sich darauf einlassen mochte. Der Angehörige konnte sich in die Stuhlkreismitte setzen oder auf den Boden legen, bei Bedarf die Augen schließen, während die anderen Teilnehmer sanft spielend oder summend um ihn herumgingen und mit den Klängen einhüllten.

5.7 Loslassen am Lebensende

Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz können das Ende des Lebens als wichtiges Thema bearbeiten und den Prozess des Loslassens erproben

Alle PatientInnen befanden sich während des Behandlungsjahres in ihrem letzten Lebensabschnitt. Fast alle beschäftigte in den letzten Musiktherapiestunden das Ziehen einer Lebensbilanz, verbunden mit dem Wunsch, im Leben etwas gut gemacht zu haben. Vermutlich war ihnen die Endlichkeit ihres Lebens auf irgendeine Weise bewusst. Das Ziehen einer Bilanz über die eigene Lebensleistung wurde zum wichtigen Teilaspekt des Themas des Loslassens. Das Loslassen war wiederum Teil des Sterbeprozesses, in den die Patienten zwar noch nicht eingetreten waren, der aber dennoch in nicht allzu großer Ferne sichtbar und spürbar war.

Das Loslassen tauchte dann vermehrt auf, manchmal nur als spürbarer Moment im Kontakt, manchmal als Thema, das sich auch auf der Sprachebene zeigte.

Verbale Äußerungen wurden nach einem Moment der Stille gemacht. Die Stille stellt in der Musiktherapie einen wichtigen Entwicklungsraum dar. Sie ist als musikalisches Phänomen der „Ort“, an dem eine dichte Atmosphäre von Aufmerksamkeit und Bezogenheit herrscht, aus der heraus etwas entstehen und ausgedrückt werden kann. In der Stille walten Abwarten und Hören; hier dürfen Ausdruckswünsche entstehen.

Demenzkranke nehmen die Umwelt oftmals nebulös wahr und erleben manchmal ´Inseln des klaren Bewusstseins´. Nicht immer können wir wissen, ob der Patient sich in der Stille noch mit uns verbunden fühlt oder sich beziehungslos fernab vom gegenwärtigen Geschehen befindet – diese Übergänge sind oft unmerklich und fließend (Auch-Johannes & Weymann, 2015).

Die Erfahrung zeigte, dass das gemeinsame Atmen in der Stille eine Atmosphäre bereitstellen kann, in der sich die PatientInnen in das Loslassen hineinbegeben und einen Teil eines gelungenen Sterbeprozesess vorab erproben konnten (Dehm-Gauwerky, 2006). Die Beziehungsmomente blieben in den Momenten der Stille weiter bestehen.

Ungewöhnlich war, dass es auch bei der Patientin mit Logorrhoe möglich war, dass sie zeitweise Momente der Stille akzeptierte und sich sogar scheinbar in diese Stille mithineinbegab. Unklar blieb dabei, ob sie in diesen Momenten nicht vielleicht doch aus dem Bezug zu mir gegangen war. Das Containing schien jedoch

weiter zu bestehen und ihr ein Gefühl von Sicherheit zu geben.

Angehörige können das Ende des Lebens als wichtiges Thema bearbeiten. Sie können den Prozess des Loslassens erproben

Ein Großteil der psychischen Belastung der Angehörigen waren Traurigkeit und Angst. Traurigkeit über die Veränderung der Erkrankten, über ihre schwindenden z.B. kognitiven und alltagspraktischen Fähigkeiten, über das schmerzliche Erleben, immer weniger Erinnerungen miteinander teilen zu können und immer häufiger nicht mehr als Ehepartner/Tochter/Sohn erkannt zu werden.

Ängste bezogen sich vor allem auf die Gestaltung der Zukunft mit den Fragen, wie lange der Betroffene noch zu Hause versorgt werden konnte und wie lange man selbst noch über genügend Kraftreserven verfügen würde, den jetzigen Alltag zu meistern.

Es ging bei den Angehörigenabenden immer wieder einmal darum, diese Traurigkeit und Angst auszudrücken und zu bearbeiten. In vertrauensvoller Atmosphäre wurden diese Gefühle in der Gruppe verbal und musikalisch ausgedrückt. In den Gesprächen fühlten sich die Angehörigen wertgeschätzt und verstanden. Auch die Feststellung, dass es einigen anderen mit der häuslichen Belastungssituation offenbar noch schlechter erging und sie trotzdem angstfrei und gelassen blieben, war sehr hilfreich. Diese TeilnehmerInnen hatten selbst genau den gleichen Prozess durchlebt, damals sehr an den früheren Fähigkeiten ihrer Betroffenen festgehalten und die stetige Veränderung und Verschlechterung des Zustands der Erkrankten lange verleugnet.

Ein pflegender Ehemann im Alter von über 80 Jahren managte den gesamten Organisationsaufwand mit neuer Pflegekraft, Putzfrau, usw. selbst, dabei erledigte er die Einkäufe und hatte noch das Kochen erlernt. Er wusste, dass er diesen Aufwand nicht unbegrenzt durchhalten konnte, bewältigte die ganze Arbeit mit einer Prise Humor, den er sich seit den Angehörigentreffen angeeignet hatte: *"Ich muss sehr viel koordinieren... bin schon Kleinunternehmer jetzt." (Z 30).*

Mit dieser humorvollen Bemerkung griff er resilient auf eine Strategie zu, die Belastung im Alltag besser zu tragen.

In einer anderen Situation zeigte sich, dass es diesem Angehörigen gelang, das frühere Bild seiner gesunden Frau loszulassen und sich mit Gelassenheit, Flexibilität und Humor auf die veränderte Situation einzulassen.

Bei den Angehörigen tauchten immer wieder Gefühle von Trauer und Angst auf, wenn sie am früheren inneren Bild des Verwandten festhielten und die Krankheit nicht wahrhaben wollten. Dabei handelte es sich um Trauer über die schwindenden Fähigkeiten des Patienten bzw. Patientinnen und Angst vor noch stärkerer und absehbarer Verschlechterung des Zustands.

In der Musik erhielten diese Gefühle von Trauer und Angst mit einer Spielform ein Gefäß, in dies diese Gefühle teilweise abgelegt werden konnten, sodass sich der Blick nach vorn freier und unbelasteter werden konnte. Es zeigte sich, dass die Angehörigen in einer akuten depressiven Stimmung zunächst Schwierigkeiten hatten, den Perspektivenwechsel vom Gespräch zum Musizieren zu vollziehen. Um den Antrieb zu einer Improvisation und das In-Gang-Kommen des Spielens zu unterstützen, kam öfter die Spielform der selbstgewählten SpielpartnerInnen zum Einsatz, bei der die Betroffenen für eine gemeinsame Improvisation einen Spielpartner oder eine Spielpartnerin aus der Gruppe auswählt und auch die Instrumente bestimmte.

5.8 Vorfreude und Nachhaltigkeit

Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz zeigten Verbesserungen bei ihrer Erinnerungsfähigkeit und Stimmung.

Vier der sechs Patienten und Patientinnen zeigten, dass sie sich an mich erinnerten, eine weitere schien sich zumindest an jemanden, der sie mit einer Gitarre in einer weinroten Hülle besuchte, zu erinnern. Meine Person oder die Gitarre in der Hülle wurden dort zum symbolischen Auslöser für positive Erinnerungen an Erlebtes in vorangegangenen Musiktherapiestunden.

Einer Patientin, die sich an mich erinnerte, wurde mein Besuch um die Mittagszeit jedes Mal schon vormittags von ihrem Ehemann angekündigt. Er berichtete, dass sie dann immer zu wissen schien, wer ich war und ihre Vorfreude durch Gestik, Mimik und das gerufene Wort ´Schön!´ äußerte. Ich selbst bemerkte beim Eintreten ins Haus, dass sie mich an der Stimme erkannte, wenn ich ein paar kurze Worte mit dem Ehemann wechselte, ehe ich zu ihr ins Wohnzimmer eilte. Am Ende des Behandlungsjahres traf ich sie nur noch mit geschlossenen Augen ganz ruhig in ihrem Sessel im Obergeschoss des Hauses an. Wenn ich sie dort mit sanften Worten oder mit einer Melodie summend begrüßte, konnte ich zwar einen Kontakt zu ihr herstellen, sah aber keine Anzeichen für eine Vorfreude oder ein Wiedererkennen mehr.

Bei einem Patienten konnte keine Vorfreude festgestellt werden, da er aufgrund der Berufstätigkeit der pflegenden Tochter tagsüber viel allein war und ihm niemand meinen Hausbesuch ankündigen konnte. Ich betrat das Haus mit einem Schlüssel. Die Tochter hatte dem Vater zwar täglich einen Zettel mit seinen Terminen (Hausbesuch Fußpflege, Physiotherapie oder Musiktherapie) neben seinen Sessel gelegt, aber oft hatte er den Zettel verlegt oder vegaß einfach, wer gerade bei ihm war und aus welchem Grund. Deswegen war er immer überrascht über meinen Besuch und selbst, wenn ich bei ihm war, griff er mehrmals in der Stunde aufgeregt zu diesem Zettel, um für sich zu klären, wer ich wohl sein könnte. Wie immer beruhigte ich ihn mit den Worten, dass ich ihn besuchte, um Musik für ihn zu machen.

Drei Angehörige berichteten von einer anhaltenden positiven Stimmung nach meinen Hausbesuchen. Die gehobene Stimmung würde mehrere Stunden anhalten; eine Patientin brauchte an diesem Abend sogar weniger Medikamente.

Ein anderer Patient bestand fast jedes Mal darauf, mir die Gitarre die drei Stockwerke von der Wohnung herunter zu meinem Auto zu tragen und mir noch beim Abfahren zu winken. Gegen Ende der Behandlungszeit wurde seine Orientierung so schlecht, dass ich im Auto noch wartete, ob er in dem größeren Mietshaus den richtigen Eingang gefunden hatte. Die Ehefrau berichtete, dass er stets mit positiver Stimmung in die Wohnung zurückkehrte, manchmal ein Lied dabei pfiff und den Rest des Tages zufriedener war.

Bei den anderen drei PatientInnen gab es keine Anzeichen für eine Nachhaltigkeit meiner Hausbesuche.

5.9 Weitere Ergebnisse für die PatientInnen

Alle Patienten und Patientinnen zeigten im Lauf des Behandlungsjahres eine zu erwarten gewesene Verschlechterung ihres Gesundheitszustands, insbesondere ihres Kräftevermögens, ihrer kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten sowie ihres Konzentrationsvermögens. Die Veränderungen wurden von den Angehörigen immer als schmerzlich wahrgenommen.

Während des Prozesses des physischen und mentalen Abbaus konnten bei der Hälfte der Patienten Verbesserungen bei sprachlichem Ausdruck, zeitlicher Orientierung und Motorik festgestellt werden.

Drei PatientInnen zeigten sich sprachlich motivierter und konnten sich klarer und gelegentlich mit differenziertem Vokabular ausdrücken.

Zwei PatientInnenen äußerten sich zeitlich orientiert (vormittags/nachmittags), auch die Angehörigen bestätigten eine Verbesserung bei der Nennung der Tageszeit (auch morgens/abends).

Eine Patientin mit Apraxie und Schwierigkeiten beim Greifen unterstützte ich meist, indem ich den Anfang einer Greifhandlung zusammen mit ihrer Hand vollführte, z.B. ihre Hand zum Musikinstrument führte oder auch über die zusammengekrümmten Finger strich, bis sie die Hand öffnete. Als ihr einmal während des Musizierens eines der Chicken Shakes aus der Hand fiel, beugte sie sich vor und angelte sich das Musikinstrument selbständig wieder. Der anwesende Ehemann meinte erstaunt, dass sie das eigentlich gar nicht mehr könnte. Offenbar hatte hier die Motivation der Patientin, mit mir im Musizieren bleiben zu können, unterstützend gewirkt, die scheinbar verlorengegangene Fähigkeit der Koordinationssteuerung wieder zu reaktivieren.

Bei zwei anderen PatientInnen konnte eine verbesserte motorische Lockerheit von mir und den pflegenden Angehörigent beobachtet werden, die sich bei einer Patientin beim beidhändigen Explorieren eines Musikinstruments zeigte.

5.10 Weitere Ergebnisse für die Angehörigen

Ergebnisse aus den Gesprächsteilen

Angehörige können sich austauschen und Unterstützungsangebote annehmen.

Es bestand die Möglichkeit, andere Betroffene und deren Situation kennenzulernen. Die Angehörigen lobten die entspannte, vertrauensvolle Atmosphäre und Offenheit in der Gruppe. Sie fühlten sich aufgehoben, spürten Entlastung und erfuhren Hilfe beim Sortieren ihrer Gedanken und Gefühle.

Sie erhielten Tipps zu ihrer Unterstützung und konnten diese auf sich wirken lassen oder in weiteren Gesprächsrunden erneut diskutieren, bis sie sie im Alltag auch umsetzen konnten.

Ergebnisse aus den Musikteilen

Angehörige können ihr Selbsterleben erweitern und differenzieren (Entspannung, Erstaunen, Überraschungen, klangliche Ausdrucksvielfalt, unerfüllte Wünsche).

Durch das Musizieren konnte Entspannung gespürt werden.

Es wurde von einem pflegenden Angehörigen festgehalten, dass es bei unserem Musizieren immer einen „Leitsatz“ oder ein „Ergebnis“ gab, was für ihn offenbar als positiv empfunden wurde.

Neue Erfahrungen in den Improvisationen haben bei den Angehörigen zu Erstaunen und Überraschtsein geführt, und zwar über die Vielzahl an Instrumenten, die manchmal einfache Spielweise der Instrumente (Harfe), die Klang- und Ausdrucksmöglichkeiten auf allen Instrumenten (z.B. lyrisch auf der Flöte, zarte Gefühle auf der Harfe, Sehnsucht auf dem *Bandoneon*), die Entdeckung, dass Laien harmonische Musik machen können, den ästhetischen Charakter der Klangergebnisse und die Unterschiedlichkeit der Wahrnehmungen bei den Teilnehmern.

Es erstaunten und begeisterten sie auch Gemeinsamkeiten in der Musik trotz verschiedener Spielweisen und -inhalte und dass ein Gemeinschaftsgefühl auch nach Wochen der Abwesenheit einiger Teilnehmer bestanden habe.

Manche Teilnehmer fanden beim Ausprobieren ihr Lieblingsmusikinstrument. Eine Teilnehmerin bevorzugte beispielsweise die verschiedenen *Gongs* und *Tam-Tams* und erlebte den wohligen Nachhall wie ´eine Belohnung´.

Bis auf eine Teilnehmerin betraten die Angehörigen mit dem Improvisieren Neuland. Bei den meisten Angehörigen mussten erst Zweifel am Gelingen des Improvisierens ausgeräumt werden. Es herrschte im Vorfeld vereinzelt Angst vor

Blamage oder davor, mit jemandem allein musizieren zu sollen. Eine anfängliche Ablehnung trat nur bei einer Teilnehmerin auf, die sich an einige der Musikinstrumente aus der Schulzeit erinnert gefühlt hatte. Auch sie nahm die Herausforderung des Improvisierens an, und spürte durch vorsichtiges Herangehen ans Musizieren, ihren persönlichen Zeitpunkt, ihre Hemmungen abzulegen. Den Weg vom beobachtenden Interesse zum Losspielen beurteilte sie als ´herrlich´.

Über das Empfinden von Spaß und Freude beim Musizieren, konnten die TeilnehmerInnen die musikalischen Aufgabenstellungen mit Selbstbewusstsein an gehen und bewältigen. Ein Teilnehmer nannte als positiv, dass er dabei vorvorgegebene Regeln nie als Einmischung empfunden hatte und sich ungezwungen den nötigen Freiraum nehmen konnte, für sich erst ein persönliches Thema und dann ein passendes Instrument zu finden. Für ihn bedeutete der musikalische Ausdruck eine besondere Authentizität.

In der Musik Erlebtes anschließend in Worte fassen zu sollen, wurde von allen Teilnehmenden anfangs als ungewohnt und etwas schwierig empfunden, erfuhr aber rege Beteiligung. Ideen brauchten oft etwas Zeit zur Entsstehung. Dabei ließ sich eine in der Improvisation schon erfahrene Teilnehmerin von den musikalischen Einfällen der anderen anregen und konnte dann daraus eigene Ideen entwickeln. Dabei spürte sie, wie sehr ihr das Improvisieren in den letzten Jahren gefehlt hatte.

Schließlich bereiteten alle musikalischen Aufgaben Spaß: *"Man muss auch manchmal zum Glück getrieben werden". (Z 31).*

Alle Teilnehmenden konnten nach eigenen Angaben ihre depressive Stimmung in der Angehörigengruppe verlieren und wieder mehr Lebensfreude spüren. Besonders in der Improvisation veränderte sich ihre Stimmungslage zum Positiven. Ein Teilnehmer beobachtete dort die Veränderung von Depressivität zu anderen (positiven) Eigenschaften der Anderen. Zwei eine positive Veränderung ihres eigenen Empfindens gegenüber dem erkrankten Vater bzw. der Mutter.

Eine Angehörige äußerte sich, nun den Wert der Kunst mehr schätzen zu können, und es wurde ihr durch die Musik in der Angehörigengruppe bewusst, wie sehr ihr Kunst und Musik in der Kindheit und bis heute gefehlt hatten.

5.11 Ergebnisse für das System PatientIn und Angehöriger

Die meisten der zuvor dargelegten Ergebnisse zeigen eine Parallelität zwischen Patient und Angehörigem auf, beide konnten im Behandlungsjahr ähnliche Erfahrungen sammeln, die unter 5.3 „Offenheit für Neues und neue Fähigkeiten“, 5.4.3 „Die Bedeutung des Improvisierens für die Beziehungserfahrung“ oder 5.7 „Loslassen am Lebensende“ näher beschrieben wurden.

Auch konnte eine persönliche Entwicklung für PatientInnen und Angehörige

stattfinden (z.B. ein Musikinstrument spielen und sich für zuhause wünschen, existenzielle Themen ansprechen und Fragen dazu ausdrücken und bearbeiten).

Das System PatientIn und Angehöriger konnte gestärkt werden. So wurde es möglich, in Alltagssituationen Konflikte zu vermeiden oder besser zu bewältigen.

Dies geschah durch eine positivere Haltung der Angehörigen zur eigenen Situation (Verantwortung freiwillig übernehmen, Flexibilität entwickeln, Humor anwenden, Restkompetenzen des Patienten unterstützen), durch eine positivere Haltung des Angehörigen zum Erkrankten (Freude und Wertschätzung empfinden, bewegt sein), durch Entlastung für beide durch mehr Gelassenheit des Angehörigen und durch das Erlernen sowie die regelmäßige Durchführung einer musikalischen Alltagsgestaltung.

5.12 Die Bewertung der Musiktherapie

Alle Angehörigen bewerteten die Erfahrungen mit der Musiktherapie als positiv und hätten sich erneut zum Forschungsprojekt angemeldet.

Zwei Angehörige verlängerten die häusliche Musiktherapie auf privater Basis in geringerer Frequenz.

Die musiktherapeutischen Hausbesuche zeigten den Angehörigen, dass trotz des Schweregrads der Erkrankung des Patienten bzw. der Patientin das Ausdrücken von Gefühlen noch möglich war.

Musiktherapie bot keine Heilung für die demenzielle Erkrankung, erwies sich aber als psychische Unterstützung für sowohl die PatientInnen als auch den Angehörigen, während der Großteil der psychischen und physischen Belastung im Alltag bestanden blieb.

Die Lebensqualität der PatientInnen schätzten die Angehörigen als kurzfristig verbessert ein: *"Die Musiktherapie hat Fröhlichkeit ins Mienenspiel meiner Frau gebracht."* (Z 32). Zwei Angehörige sahen dort keine Verbesserung. Ein teilnehmender Angehöriger hatte bei den abendlichen Besuchen den Eindruck, dass an den Tagen, an denen Musiktherapie stattgefunden hatte, die Stunde positiv für den Vater gewesen war.

Eine pflegende Tochter verdeutlichte, wie sie durch die häusliche Musiktherapie eine Humanisierung, also eine menschlichere Gestaltung der Lebensbedingungen ihres Vaters, erlebt hatte: *„Ich wollte mit dem Projekt etwas für ihn speziell, auch weil ich Therapie nicht leisten kann. Für meinen Vater ist Zuwendung das Wichtigste und dass er seine Gefühle so ein bisschen bearbeiten kann, was ich nicht mit ihm machen kann.“* (Z 33).

Die Angehörigengruppe bedeutete für mehrere Teilnehmer eine längerfristige Psychohygiene und eine Erinnerung an die erlebte Begeisterung beim Improvisieren blieb lange präsent. In der Gruppe fielen Beschreibungen für die

positive Bewertung des Improvisierens: Können gegen Nichtkönnen, feststehende Melodie gegen Improvisation, ´Kopf gegen Herz´.

Alle wünschten sich eine Verlängerung der Angehörigengruppe, was mit finanzieller Unterstützung der Alzheimer Gesellschaft Frankfurt auch für ein weiteres Jahr mit vier Terminen realisiert werden konnte.

Einigkeit bestand darüber, dass bei den Angehörigen ein Interesse an Musiktherapie entstanden war. Ein pflegender Sohn schilderte seine erste Berührung mit Musiktherapie bei meinem ersten Besuch als Vorbesprechung. Die Herangehensweise des Ausprobierens von Musikinstrumenten und die interessierte Reaktion des Vaters beeindruckten ihn.

Bei der Beurteilung war allen klar, dass Musiktherapie grundsätzlich in fachliche Hand gehörte und waren der Ansicht, dass ein Erfolg auch von der Sympathie zur Musiktherapeutin abhing.

Der Weg abends zur Angehörigengruppe war im Vorfeld für einige als manchmal beschwerlich und belastend wegen der Entfernung, der nötigen häuslichen Organisation oder wegen der Belastung bei voller Berufstätigkeit empfunden. Die Treffen haben dann aber immer Gefallen gefunden. Für manche war der Termin ungünstig, wurde aber möglich gemacht.

Eine Teilnehmerin aus einer benachbarten Stadt hatte sich einen Austausch mit anderen außerhalb der Treffen gewünscht, was wegen der Entfernung leider nicht zustande gekommen war.

Die Angehörigentreffen hätten für die meisten häufiger und die Projektzeit länger sein sollen, um noch mehr Möglichkeit zum Ausprobieren der Instrumente und mehr emotionalen Austausch zu ermöglichen.

Ein pflegender Sohn hatte den Wunsch, noch mehr Anregung zu einer akustischen Milieugestaltung beim Vater zu erhalten. Er wollte erreichen, dass Musik für den Vater im Alltag (wieder) zu einer positiven Erfahrung werden und sie ebensolche Auswirkungen auf die ganze Familie haben könnte.

5.13 Zusammenfassende Ergebnisse mit Bezug auf die Forschungsfragen

Die Forschungsfragen beschäftigten sich damit, ob und wie mit musiktherapeutischen Interventionen bei Hausbesuchen die Beziehungsfähigkeit und damit die Lebensqualität der Patienten und Patientinnen verbessert werden könnten. Und ob und wie mit einem musikgestützen Kommunikationstraining in einer Angehörigengruppe die pflegenden Angehörigen psychisch entlastet werden könnten.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Forschungsfragen positiv beantwortet und die Hypothesen bestätigt werden konnten.

Hier die zusammengefassten Ergebnisse: Alle PatientInnen ließen Wunsch und Fähigkeit erkennen, in zwischenmenschlichen Bezug zu gehen. Um auf diesen Beziehungswunsch adäquat und unterstützend einzugehen, war es notwendig, ihnen in einer Sicherheit stiftenden Atmosphäre mit Wertschätzung und Zeit zu begegnen und auf ihre momentane Befindlichkeit genau abgestimmte Angebote zu machen, die beziehungsfördernd und beziehungsentwickelnd wirken.

Bei allen Patienten und Patientinnen zeigten sich zu Behandlungsbeginn deutlich ausgeprägte psychopathologische Symptome. Während der Behandlung und danach in den Alltagssituation traten diese Symptome seltener, weniger ausgeprägt oder gar nicht mehr auf, und die Stimmung der PatientInnen hatte sich deutlich verbessert.

Auch bei den pflegenden Angehörigen verringerten sich bis auf eine Ausnahme die vorher deutlich gezeigten Belastungssymptome, und auch ihre Stimmung hatte sich verbessert.

Es lässt sich sagen, dass Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz eine Offenheit für Neues und neue Fähigkeiten entwickeln können. Sie fühlen sich weniger abhängig und erleben mehr Gefühle der Gestaltungsfähigkeit. In einem Zustand der Handlungs-enthaltsamkeit können Wünsche an die Oberfläche gelangen und Handlungen in Gang gebracht werden.

Auch Angehörige können eine Offenheit für Neues und neue Fähigkeiten entwickeln. Auch sie fühlen sich weniger abhängig und erleben mehr Gefühle und Gestaltungsfähigkeit. In der vertrauensvollen Atmosphäre der Angehörigengruppe können sie an ihrer Selbstbestimmung und Selbstentfaltung arbeiten. Der Gruppenprozess in einer musikgestützten Angehörigengruppe kann sich trotz einer eher geringeren (monatlichen) Frequenz deutlich entwickeln.

Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz können Verantwortung abgeben und Hilfe annehmen. Mithilfe des instrumentalen Fürspiels können Stresssituationen bei nicht mehr zu bewältigenden Alltagsaufgaben in Momente des Genießens umgearbeitet werden.

Auch Angehörige können Verantwortung abgeben und Hilfe annehmen. Gespräche in der Angehörigengruppe führen dazu, die eigene Belastungssituation zu erkennen, zu erörtern, Hilfsangebote kennenzulernen und anzunehmen.

Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz zeigen Interesse an bisher unbekannten Musikinstrumenten. Sie erleben neue optische, akustische und haptische Reize und können beim gemeinsamen Spiel mit unbekannten Instrumenten Freude und Stolz fühlen.

Auch Angehörige zeigen Interesse an bisher unbekannten Musikinstrumenten. Sie erlebten in entspannter Gruppenatmosphäre die Wirkung des Appellcharakters der verschiedenen Musikinstrumente und gewannen Zutrauen, Klänge auszuprobieren und improvisieren zu lernen.

Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz können instrumental oder vokal improvisieren lernen.

Zwei PatientInnen können instrumental bzw. vokal improvisieren lernen und einen beglückenden Kommunikationsweg erleben, während sich ihre Kognation und Sprachfähigkeit im Verlauf des Behandlungsjahres weiter verschlechtert.

Auch Angehörige können instrumental oder vokal improvisieren lernen. Sie empfinden (Lebens-)Freude und Stolz. Die Improvisationen können einen hohen Stellenwert in der Gruppe erlangen, und ihre klangliche Qualität kann sich deutlich entwickeln.

Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz sowie ihre pflegenden Angehörigen zeigen Interesse an ihnen unbekannten Musikrichtungen. Das Hören ihnen unbekannter Musikstücke erweitert ihre Hörgewohnheiten, manchmal ihre Hörpräferenz und unterstützt die Teilhabe an der Kultur. Gründliche Beziehungsarbeit fördert Beziehungsentwicklung bei Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz. In der intensiven Zweierbeziehung einer Einzelmusiktherapie können Begegnungen in der zunächst vom Patienten bzw. von der Patientin angebotenen Beziehungsqualität gestaltet werden, aus denen heraus sich allmählich Entwicklungen zu anderen Beziehungsqualitäten ergeben können. Die PatientInnen können dabei zu Interaktivität mit gemeinsamem Erleben gelangen (Modus 4). Die vokal oder improvisierenden PatientInnen können sogar die Fähigkeiten zu einem dialogischen (Modus 5) oder interaffektivem (Modus 6) Austausch erreichen.

Gründliche Beziehungsarbeit mit Angehörigen fördert ihre Beziehungsentwicklung. In einer Angehörigengruppe kann der verbale Austausch mit anderen Betroffenen Hilfestellungen zur Alltagsbewältigung und psychische Entlastung bieten.

Das Improvisieren auf Musikinstrumenten kann das Selbsterleben, die Wahrnehmung und das Ausdrucksvermögen des einzelnen unterstützen sowie den Gruppenprozess zu einem musikalischen Team fördern. Menschen mit mittlerer Demenz können in der Musiktherapie nicht nur früher erworbene und durch die Krankheit verschüttete Beziehungsqualitäten wiederbeleben. Sie können auch (eine Patientin ausgenommen) beim ausreichend langen Explorieren den Entwicklungschritt vom Selbsterleben (Modus 3) zur Intersubjektivität mit einem Teilen eines interaktiven Erlebens (Modus 4) erneut vollziehen.

Es zeigt sich im Kontakt mit den PatientInnen durchgängig eine Häufung und Stabilität der intersubjektiven Beziehungsqualität (Modus 4). Diese Konituität, die trotz der Verschlechterung der allgemeinen Krankheitssymptomatik während des Behandlungsjahres bestand, wird als Gewinn für die Patienten eingeschätzt.

Improvisieren fördert intensive Beziehungserfahrung bei Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz. Es kann dabei der Wunsch der PatientInnen, gemeinsames Singen oder Musizieren noch nicht zu beenden, als Antrieb für den

Einstieg in ein gemeinsames Weitersingen oder -spielen ohne feste Struktur genutzt werden. In einem so entstehenden Spielraum können Weiterentwicklungen zu nächsthöheren Beziehungsqualitäten (Modus 5 und 6) entstehen, in denen die Patienten und Patientinnen sicher, freudig und stolz auf einem Niveau kommunizieren können, das sie auf sprachlicher Ebene nicht mehr erreichen könnten.

Improvisieren fördert intensive Beziehungserfahrung bei Angehörigen. Die neue Erfahrung des Improvisierens in der Gruppe wirkt wie eine Selbstbehandlung, ermöglichte Selbstausdruck, lässt Resonanz und Gemeinschaft erfahren und stärkt das Selbstbewusstsein.

Musik wirkt kompensatorisch bei Sprachdefiziten bei Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz. Gemeinsames Hören, Singen oder Musizieren braucht auf Sprachbarrieren keine Rücksicht zu nehmen und bietet vielfältige Kommunikationswege, auf denen die Patienten und Patientinnen druck- und angstfrei eine emotionale Beziehung herstellen können.

Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz können in der Musiktherapie ihren regressiven Bedürfnissen (z.B. nach Geborgenheit, das sich durch Sehnen nach der Mutter zeigen kann) Ausdruck verleihen. Musik als Fürsingen/-summen oder das gemeinsame Lauschen der Stille mit und ohne sanfte Körperberührungen kann Gefühle von Sicherheit und Geborgenheit vermitteln.

Angehörige können in der Angehörigengruppe ihren regressiven Bedürfnissen Ausdruck verleihen. Das Fürspielen oder -summen, hier von den Teilnehmern für einen Angehörigen, oder das Musizieren auf einem als zu seiner aktuellen Befindlichkeit passend empfundenen Musikinstrument konnten als beruhigend und heilsam empfunden werden.

Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz können das Ende des Lebens als wichtiges Thema bearbeiten und den Prozess des Loslassens erproben. Das Beieinandersein in der Stille stellt einen besonderen Entwicklungsraum bereit, in dem Wünsche wie das Ziehen einer Lebensbilanz auftauchen und auf der Sprachebene bearbeitet werden können. Darüber hinaus kann der Patient bzw. die Patientin beim gemeinsamen Erleben des Atmens in der Stille das Loslassen als Teil des späteren Sterbeprozesses erproben.

Ebenso konnten die Angehörigen das Ende des Lebens als wichtiges Thema bearbeiten und den Prozess des Loslassens erproben. Die Traurigkeit über ein verändertes Bild des Erkrankten, das Nicht-Wahrhaben-Wollen eines Verschlechterns der häuslichen Situation und die Angst davor konnten in Gesprächen und durch gezielte Improvisationsaufgaben (z.B. mit einem/einer selbstgewählten Spielpartner/-partnerin) bearbeitet werden.

Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz zeigen Verbesserungen bei ihrer Erinnerungsfähigkeit und Stimmung. Wenn ihnen der Hausbesuch vorher angekündigt wurde, konnten sie Vorfreude auf die Musiktherapiestunde und ein

Wiedererkennen der Therapeutin zeigen. Bei manchen hielt eine Stimmungsverbesserung nach dem Hausbesuch noch für Stunden an.

Trotz der Verschlechterung des Gesundheitszustands während des Behandlungsjahrs, verbunden mit spürbaren Einbußen verschiedener Fähig- und Fertigkeiten, konnten Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz Verbesserungen bei sprachlichem Ausdruck, zeitlicher Orientierung und Motorik zeigen.

Viele Ergebnisse der Patienten und Angehörigen vollzogen sich parallel.

Das System Patient und Angehöriger kann gestärkt werden, im Wesentlichen durch eine positivere Haltung der Angehörigen zu sich selbst, eine positivere Sichtweise der Angehörigen auf den Erkrankten, mehr Entlastung und die Durchführung einer musikalischen Alltagsgestaltung.

Das Forschungsprojekt wurde von allen Angehörigen positiv beurteilt. Es wurde deutlich, dass Musiktherapie zwar keine Heilung, aber ein wertvolles emotionales Unterstützungsangebot für die Patienten darstellt. Einigkeit bestand darüber, dass Musiktherapie in fachliche Hand gehört und der Erfolg auch von der Sympathie zur Musiktherapeutin abhängt.

Eine Angehörigengruppe kann für die Teilnehmer als Psychohygiene wirken, und die Improvisationen können auch zu einem weiteren Interesse an Musik und Musiktherapie führen. War die Einhaltung der Termine nicht immer einfach zu realisieren, so empfanden alle Teilnehmenden den Abend doch immer als Belohnung.

6 Konzeptskizze der ambulanten Musiktherapie

Aus den Erfahrungen und Erkenntnissen (Kap. 5) im Forschungsprojekt *Klangbrücken* habe ich als Transfer in die Praxis ein Konzept für die ambulante, musiktherapeutische Arbeit mit Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen umrissen. Die Skizze mit den nachstehend aufgeführten neun Folgerungen mag anderen Kollegen und Kolleginnen aus der Musiktherapie, der Pflege, Angehörigen benachbarter Berufe oder Angehörigen Betroffener Orientierung und Informationen geben.

1. Es ist wichtig, achtsam zu arbeiten

In einem besonderen Wahrnehmungszustand der Achtsamkeit soll sich in der Therapiearbeit Zeit genommen werden, um sich auf den Raum, seine Atmosphäre und auf den Menschen einzustimmen, das aktuelle Bedürfnis des Gegenübers aufmerksam und differenziert wahrnehmen und adäquat beantworten zu können.

Achtsam zu arbeiten heißt auch Selbstfürsorge zu praktizieren. Der Umgang mit Menschen mit Demenz kann zu Situationen führen, in denen der Musiktherapeut in besonderem Maß gefordert wird. Dies gilt besonders für konfliktbeladene Situationen, die die therapeutische Beziehung belasten und die Probleme manchmal unlösbar erscheinen lassen können. Der professionellen Selbstpflege widmen sich Muthesius et al. (2010) ausführlich und empfehlen als wichtige Maßnahmen, an Supervision und Fortbildungen teilzunehmen, die eigene Musik zu hören und auf den Erhalt der eigenen inneren Arbeitshaltung zu achten.

2. Mit Situativität und Flexibilität agieren

Sich arrangieren mit persönlichen Befindlichkeiten der Patienten und Patientinnen, auch mit räumlichen oder zeitlichen Gegebenheiten, sind typische Herausforderungen rund um das Therapiegeschehen. So müssen wir damit rechnen, dass in der häuslichen Musiktherapie uns einmal nicht die vertraute Person die Tür öffnet und einen kleinen Wochenbericht übermittelt, dass vielleicht gerade dann der Pflegedienst anwesend ist und mit seinen Pflegehandlungen beschäftigt ist, wenn wir Musiktherapie anbieten wollen, dass der Patient heute unruhig ist und durch die ganze Wohnung läuft, dass uns die Patientin bei schönem Wetter im Garten empfängt oder noch gar nicht gefrühstückt hat. Mit all diesen Gegebenheiten müssen wir kreativ umgehen und diese neuen Umstände flexibel und kreativ für eine Musiktherapiestunde anderen Charakters nutzen: Flexible Lösungen könnten hier sein, vielleicht die ersten zwei Lieder gemeinsam mit der Pflegekraft zu singen (und damit auch ihre Arbeit zu unterstützen), im Garten Platz zu nehmen und den gedeckten Kaffeetisch um zwei, drei Musikinstrumente zu bereichern, einen gemeinsamen Gartenrundgang zu unternehmen und musikalisch zu gestalten oder die Patientin

beim Frühstück zu unterstützen und dazu eine Lieblingsmusik zusammen zu hören.

Kreative Lösungen sind für uns Musiktherapeuten Alltagsrealität, wir können ohne festen Therapieraum, ohne festes Repertoire und mit Störungen improvisierend umgehen und den Patienten und Patientinnen dadurch neue, ebenfalls beglückende Begegnungen ermöglichen.

Für die Angehörigenarbeit hat es sich bewährt, für die momentane Befindlichkeit der Angehörigen aufmerksam zu sein und auf der Grundlage ihrer aktuellen Bedürfnisse gemeinsam das Gruppenthema für das Gespräch oder für die musikalische Improvisation zu finden.

3. Es ist wichtig, Halt zu geben

Unsicherheiten und Ängste minimieren, Schutz und Sicherheit vermitteln und Zuwendung und Trost geben sind wichtige und wiederkehrende Aufgaben in der Musiktherapie mit Menschen mit Demenz und im Umgang mit ihren pflegenden Angehörigen.

Halt geben kann sich bei Menschen mit Demenz und beim pflegenden Angehörigen auf verschiedene Weise ausdrücken: Ängste und Unsicherheiten besprechen, behutsamen körperlichen Kontakt anbieten, die betreffende Person musikalisch „ummanteln“ (z.B. durch Summen), für Angehörige eine Improvisation zusammen mit einem Partner anregen oder beieinander sitzen, gemeinsam atmen und schweigen.

Halt geben kann auch Im-Fluss-Halten bedeuten: einen flüchtigen Kontakt erhalten, eine Improvisation im Spielfluss halten, einer (musikalischen oder stimmlichen) Äußerung Resonanz geben. Hierbei unterstützt das Halt-Geben vor allem die Beziehungsentwicklung.

4. Es ist erlaubt, „mutig“ zu sein

Es zeigt sich, dass mutige Interventionen des Musiktherapeuten die Beziehungsentwicklung, die Lebensqualität und den Therapieprozess positiv beeinflussen. Dazu gehört: neuere Musik aus dem 20. Jh. und zeitgenössische Musik vorzuspielen, unbekannte Musikinstrumente zur Exploration und Improvisation anzubieten oder die Musiktherapie, wenn es sich ergibt, an einem ungewohnten Ort wie in der Küche oder auf einem Spaziergang durchzuführen.

Bei den Angehörigen waren es besonders die Impulse zum Explorieren der ihnen unbekannten Musiktherapieinstrumente und zur Bewältigung der musikalischen Improvisationsaufgaben (auch in Verbindung mit eigenen Texten), die sie erst herausforderten und dann begeisterten.

Mutig Impulse zu setzen, ermöglicht den PatientenInn und Angehörigen, Neues zu entdecken, neue Fähigkeiten zu entwickeln und Gefühle von Neugier, Freude und Stolz zu erleben.

5. Entwicklung braucht Zeit

Zwischenmenschliche Beziehung erwächst durch Reifung eines Kontakts zur Begegnung und weiter zur Beziehung. Mit Geduld, Gelassenheit und Aufmerksamkeit auch für kleine Veränderungen kann dieser Prozess voranschreiten. Diese Entwicklung benötigt Zeit und wird manchmal erst nach Wochen oder Monaten sichtbar. Wesentliche Themen in der Musiktherapie mit Menschen mit Demenz wie beispielsweise die Entwicklung des Selbstbewusstseins oder die Fähigkeit, Verantwortung abzugeben und Hilfe anzunehmen, benötigen viele Wiederholungen des Spielens und/oder Besprechens, bis aus dem Bearbeiten ein Reifen erwachsen kann.

Patienten und Patientinnen, die zu Therapiebeginn keine oder fast keine Anlagen zu vokaler oder instrumentaler Improvisation zeigen, können auch noch nach Monaten Improvisieren lernen, es mit Freude praktizieren und auf diese Weise Defizite in ihrer Sprachfähigkeit und beim Abrufen von Liedtexten kompensieren.

Deshalb sollte Musiktherapie langfristig, am besten über Jahre oder lebensbegleitend durchgeführt werden. Der Musiktherapeut bzw. die Musiktherapeutin begleitet mit Wertschätzung und sorgt für eine ständige Gestaltung und Ausbalancierung von Nähe und Distanz, damit die Beziehung lebendig bleibt. Darüber hinaus dokumentiert, interpretiert und reflektiert er/sie das Beziehungsgeschehen.

6. Begegnung darf man genießen

Das gilt für PatientInnen, pflegende Angehörige und TherapeutIn. Begegnung und Beziehung darf man genießen. Über das Singen und Musizieren entsteht schnell ein Kontakt mit positiven Emotionen. Im weiteren Therapieverlauf entstehen zwischen PatientIn und TherapeutIn oder zwischen TherapeutIn und Angehörigen meist auch Momente voller Nähe.

Das Genießen des Beisammen seins, des Gemeinschaftserlebens von Harmonie, Spaß und Humor darf ebenso sein wie traurige Momente, die geteilt werden, und unterstützen die Beziehungsentwicklung.

7. Konflikte haben Vorrang

Potential für Konflikte existiert in der musiktherapeutischen Arbeit mit Menschen mit Demenz zur Genüge. Es handelt sich erfahrungsgemäß meistens um proble-

matische Auswirkungen der psychopathologischen Symptome, die im Umgang mit den PatientInnen auftreten oder um Konflikte, die in der Angehörigengruppe auftreten können.

Konflikte haben immer Vorrang und sollten angesprochen und bearbeitet werden, um die Therapie oder die Teilnehmer der Angehörigengruppe nicht zu belasten. Zur Lösung ist das Mitbringen von Gelassenheit, Flexibilität und Humor hilfreich. Manchmal ist eine realistische Einschätzung der Situation, dass eine Konfliktlösung nicht immer gelingt kann, notwendig. Dann ist es wichtig, eine Enttäuschung nicht in die Therapie einfließen zu lassen, sondern zur Bearbeitung in die Supervision mitzunehmen.

8. Musik als Kunstwerk schätzen

Das gilt auch für jede kurze und noch so einfache Improvisation. Mit einer wertschätzenden Haltung gegenüber einem „Werk“ des Patienten oder der Patientin kann z.B. gemeinsam die Form betrachtet, auf Anfang und Ende aufmerksam gemacht und gemeinsam nach- oder weitergesungen werden. Das ermöglicht ein vertieftes (Nach)erleben der Improvisation. Eine Behandlung der Improvisation als ein kleines Kunstwerk wirkt beziehungsstärkend und lässt den Menschen mit Demenz Stolz und Freude erleben.

Auf den rezeptiven Bereich bezogen heißt das, Musik nicht als Hintergrundmusik während der Therapie laufen zu lassen. Patienten könnten die Musik nicht bewusst erleben oder sich sogar der Schallquelle ausgeliefert fühlen. Musik sollte bewusst ausgewählt und gemeinsam angehört werden, dann können Blicke, Gesten und Kommentare wahrgenommen und beantwortet werden. Begegnung kann entstehen.

9. Abschied gestalten

Ein (im besten Fall mehrwöchiger) gestalteter Abschied in der Musiktherapie und in der Angehörigenarbeit kann bei den PatientInnen und Angehörigen zum Beispiel mit Lieblingsmusiken aus der gemeinsamen Zeit und Gesprächen in Form von Rückblicken sein. Auch bei den Menschen, die sich aufgrund des Schweregrads ihrer Demenz an solchen verbalen Rückblicken kaum oder nicht mehr beteiligen können, kann der Musiktherapeut bzw. die Musiktherapeutin stellvertretend für sie gemeinsame Erlebnisse der Therapie zusammenfassend erzählen. Das hilft, dem Menschen mit Demenz das Therapieende zu verdeutlichen und rundet den Therapieprozess ab.

Der Abschied kann auch Abschied vom Leben bedeuten. Das Thema kann seinen Ausdruck in der Musik, im Gespräch und im körperlichen Ausdruck finden. Es kann sich im Sich-Zurückziehen der PatientInnen, im Festhalten und Loslassen von Gegenständen (Fotos, besonderen Möbeln), im Zutage-Treten von Gefühlen

der Trauer, aber auch der Dankbarkeit zeigen.

Manchmal kommt es aufgrund vom Tod des Patienten oder der Patientin zu keinem Abschiedsritual mehr. Dann ist es oft hilfreich für Angehörige und MusiktherapeutIn, noch einen abschließenden persönlichen Besuch oder wenigstens ein Telefonat zu verabreden.

In der Angehörigenarbeit wird sich die Gestaltung des Abschieds mit Reflexion und einem persönlichen Ausblick verbinden.

Beim Abschied ist eine klare Trennung des Therapeuten oder der Therapeutin von seiner/ihrer Rolle professionell und hilft, die innere Arbeitshaltung ohne gedankliche Belastungen für künftige Patienten und Patientinnen erhalten zu können.

7 Diskussion und Ausblick

In diesem Kapitel diskutiere und bewerte ich ausgewählte Ergebnisse. Ich lehne mich dabei an die Reihenfolge der Gliederungspunkte im Kapitel 5 „Ergebnisse“ an und werde die Ergebnisse zu mehreren zusammenfassen. Danach möchte ich diese Studie in die aktuelle Forschungslandschaft einordnen und einen Ausblick auf weitere relevante Themen für künftige Forschungsarbeiten geben.

Der Wunsch und Fähigkeit der PatientInnen nach zwischenmenschlichem Bezug, der selbstbeobachtete Symptomrückgang bei den PatientInnen und die Verringerung der Belastungssymptome bei den pflegenden Angehörigen

In diesem Unterkapitel beziehe ich mich auf die Ergebnisse in Kap. 5.1 und 5.2.

a) Bei den PatientInnen

Die Studie hat gezeigt, dass alle sechs Patienten und Patientinnen den Wunsch nach zwischenmenschlichem Bezug hatten und mithilfe adäquater musiktherapeutischer Interventionen mit einem Gegenüber in Beziehung treten konnten. Auch die beiden Patienten, die sich zu Therapiebeginn mit einer apathischen Symptomatik zeigten und sich zurückgezogen verhielten, hegten einen Beziehungswunsch. Es war ihnen aber krankheitsbedingt nicht möglich, selbst Signale zu einer Beziehungsaufnahme zu senden. Ebenso waren die anderen vier Patienten und Patientinnen zu Therapiebeginn durch quälende Affekte, Wortfindungsstörungen oder Logorrhoe stark in ihrer Beziehungsaufnahme eingeschränkt gewesen. Auf den theoretischen Rahmen der Einschätzungsskala Beziehungsqualität (EBQ) bezogen bedeutet das, dass alle PatientInnen bei Therapiebeginn entweder den Anfangsmodus 1 (apathisches Verhalten und nur zu einer Kontaktreaktion fähig) oder Modus 2 (affektgeladenes Verhalten im funktionalisierenden Kontakt) zeigten. Der Wunsch aller Menschen nach zwischenmenschlichem Bezug ist elementar und für ihre Entwicklung psychisch notwendig. Er wird auch nicht für Menschen mit Demenz in Abrede gestellt, auch nicht, wenn sie sich abweisend oder apathisch verhalten. Auf der Grundlage der Beziehungsfähigkeit findet Entwicklung statt. Erwachsene sind nicht „fertige“ Menschen, sondern haben nur andere Entwicklungsthemen als Kinder oder Jugendliche. So sind Erwachsene und eben auch alte und demente Menschen mit dem Verkraften von Veränderungen in ihrem Leben unter Berücksichtigung der Erhaltung ihrer eigenen Identität befasst. Zur Bewältigung dieses Themas und zu einer gesunden Psychogenese sind Beziehungs- und Bindungsfähigkeit notwendig.

Der Wunsch der PatientInnen nach zwischenmenschlichem Kontakt war mir in meiner musiktherapeutischen Arbeit auch von Beginn an bewusst gewesen. Dennoch hat mich der Grad der Beziehungsentwicklung bei jedem einzelnen überrascht. So zeigten alle Patienten und Patientinnen bis zum Ende des

Behandlungsjahres eine trotz progredienter Demenzsymptome (vor allem bei Kognition, Sprache und Gedächtnis) ein stabiles Beziehungsverhalten (eingeschätzt durch einen gleichgebliebenen Modus im EBQ). Bei zwei Patienten verbesserte sich die Beziehungsqualität (es zeigte sich, dass mehrere und dabei höhere Modi im EBQ verfügbar waren). Es ist anzunehmen, dass diese Stabilität bzw. Verbesserung an den genau abgestimmten Interventionen im Einzelsetting begründet ist. Musiktherapie mit Menschen mit Demenz ist Beziehungsarbeit. Nach einer aufmerksamen Einschätzung der von jedem Patienten zu Beginn angebotenen Beziehungsqualität konnten musiktherapeutische Interventionen, die sich zunächst genau auf das Beziehungsverhalten der Patienten ausrichteten, es allen Patienten ermöglichen, in einen zwischenmenschlichen Kontakt zu treten und im weiteren Therapieverlauf die festgefahrenen Beziehungsqualitäten zu verlassen und weitere Beziehungsqualitäten wiederzubeleben. Es wird allerdings nicht davon ausgegangen, dass sich diese Stabilität bzw. Verbesserung unbegrenzt zeigen, sondern sich die Krankheitssymptome im weiteren Verlauf „durchsetzen“ und eine psychische Veränderung im Sinne eines verstärkten emotionalen Rückzugs verursachen würden. Eine Verlängerung der Behandlungszeit um mindestens ein halbes Jahr könnten eine solche Entwicklung beinhalten und sichtbar machen. In einem solchen Zeitrahmen könnte auch eine veränderte Indikation und die angepassten Interventionen für Menschen mit Demenz in ihrer weit fortgeschrittenen Krankheitsphase beschrieben und untersucht werden. Muthesius et al. (2010) beschreiben hierzu ein verändertes Herangehen an die Musiktherapie, in der Reizangebote und Aktivierung zurückgehen und vermehrt verstehendes Begleiten in den Vordergrund treten.

Bei allen Patienten und Patientinnen konnten sich ihre ausgeprägten psychopathologischen Symptome wie Angst, Unruhe, Depressivität, Suizidalität, Aggression und Logorrhoe verringern und sich ihre Stimmung verbessern. Der Rückgang der Symptome und die Stimmungsaufhellung traten zuerst während der musiktherapeutischen Behandlung auf und weiteten sich dann auf einige Alltagssituationen aus. Bei einer Patientin verschwanden ihre Angstgefühle völlig, eine andere benötigte nach der nachmittäglichen Musiktherapie abends keine Medikamente mehr gegen die sonst auftretende Unruhe. Der Symptomrückgang und die Stimmungsverbesserung entsprachen meinen Erwartungen und bestätigen die Ergebnisse verschiedener Studien zu Wirkungsweisen von Musiktherapie aus klinisch-empirischen (meist quantitativen) Studien: So nennen schon Vanderak, Newman und Bell (1983) eine Verbesserung von sozialem Verhalten, Casby und Holm (1994) eine Verbesserung der Lebensqualität und Brotons und Pickett-Cooper (1996) eine Reduktion des agitierten Verhaltens. In der neueren Literatur zeigen zahlreiche Studien wie McDermott et al. (2012) wie Musiktherapie im Vergleich mit der Standardtherapie zu einem vorübergehenden Rückgang von Verhaltenssymptomen wie Aggressivität und Unruhe führt. Die Studien von Brotons und Pickett-Cooper sowie McDermott et al. sind auch im zweiten Teil der Einleitung dieser Arbeit genannt, und es werden dort weitere Studien aufgeführt.

Schall (2012) legt in seiner parallel zu unserem Forschungsprojekt *Klangbrücken* und mit einem Teil unserer Patienten und Patientinnen durgeführten Zeitreihenanalyse dar, wie sich Kommunikationsfähigkeit, Wohlbefinden und emotionales Ausdrucksverhalten situativ (während der musiktherapeutischen Sitzungen) positiv verändern. Für längerfristige Effekte konnte keine Signifikanz nachgewiesen werden.

b) Bei den pflegenden Angehörigen

Auch bei den pflegenden Angehörigen gingen bis auf eine Ausnahme alle zu Projektbeginn gezeigten ausgeprägten Belastungssymptome zurück, und die Stimmung der Angehörigen verbesserte sich. Alle erlangten außerdem eine positivere Sichtweise auf die Erkrankten.

Zur Einordnung in die aktuelle Forschungslage ist anzumerken, dass es keine Studie mit einem vergleichbaren Setting für die pflegenden Angehörigen gibt: Zwar existieren Schulungen für Angehörige und Angehörigengruppen auf Gesprächsbasis wie z.B. das Trainingsmanual *TANDEM*, das sich der Kommunikation bei Demenz widmet (Haberstroh, Neumeyer & Pantel, 2015), aber es gibt nur *eine* Angehörigengruppe, die Gesprächsanteil und zusätzlich Kommunikationstraining mit musikalischen Mitteln anbietet (nach Ablauf unseres Projekts an der Reha-Klinik für pflegende Angehörige in Ratzeburg eingerichtet und damit nicht parallel zu häuslicher Musiktherapie für Patienten und Patientinnen).

In den letzten Jahrzehnten rücken die pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz stärker in den Fokus. Im Projekt der SRH Hochschule Heidelberg *Musik 360⁰* (2020) konnte erforscht werden, dass das soziale Miteinander zwischen BewohnerInnen bzw. PatientInnen im Altenheim durch gemeinsames Singen und Musizieren gestärkt werden konnte und Angehörige und Pflegemitarbeiter von der Lebenszufriedenheit der Bewohner ebenfalls profitieren konnten.

Alle aufgeführten Studien beschreiben einen Rückgang der Belastungssymptome bei den pflegenden Angehörigen, und dieses Ergebnis bestätigt die Forschungshypothese eines Symptomrückgangs. Der Anteil der Musik mit dem instrumentalen Improvisieren wird als erheblich eingeschätzt und in den folgenden Unterkapiteln näher beschrieben und diskutiert. Der exakte Anteil an diesem Ergebnis kann aber nicht ausgemacht werden. Dazu bedürfte es weiterer Studien, z.B. mit einer Kontrollgruppe nur mit Gespräch und ohne Musik. Es zeigte sich aber deutlich, dass die Angehörigen schon ab den ersten Abenden psychische Entlastung spürten, Spaß am Improvisieren hatten und ihr Selbstwertgefühl durch das Musizieren kontinuierlich stärker wurde. Eine Angehörige bat auch nach dem Tod ihrer Mutter darum, weiter an der Angehörigengruppe teilnehmen zu dürfen, da sie dort psychische Unterstützung und sogar Geborgenheit spürte und sich diesen Ort des Wohlfühlens erhalten wollte.

Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz und ihre pflegenden Angehörigen erleben mehr Gefühle der Gestaltungsfähigkeit, sie fühlen sich weniger abhängig und können eine Offenheit für Neues und neue Fähigkeiten entwickeln. Sie können improvisieren lernen und sich für ihnen unbekannte Musikinstrumente und Musikrichtungen interessieren

In diesem Unterkapitel beziehe ich mich auf die Ergebnisse in Kap. 5.3.

a) Bei den PatientInnen

Seine eigenen Entscheidungen zu treffen ist Menschenrecht und wird zunehmend für die Gruppe der Menschen mit Demenz diskutiert. Unterstützungsangebote, wie Pflege und Betreuung den Menschen bei der Umsetzung von Entscheidungen helfen können, untersuchten Wied, Knebel, Tesky und Haberstroh (2019) in einem *Systematic Review* von elf Studien.

Die Patienten und Patientinnen im Forschungsprojekt konnten sich weniger abhängig fühlen und mehr Gefühle von Gestaltungsfähigkeit erleben. Sie erlangten eine neue Sichtweise in Bezug auf Verantwortung (abzugeben) und Hilfe (anzunehmen), und sie zeigten Offenheit und Interesse für bisher unbekannte Musikinstrumente und Musikrichtungen und konnten improvisieren lernen.

Nach dem personenzentrierten Ansatz von Kitwood (2007) besteht die Hauptaufgabe der Demenzpflege im Erhalt des Personseins. Er nennt das allumfassende Bedürfnis nach Liebe, das sich in eine Gruppe von fünf Bedürfnissen (Trost, primäre Bindung, Einbeziehung, Beschäftigung und Identität) gliedert. Mit der Befriedigung dieser Bedürfnisse sieht er nicht nur das Schwinden von Angstgefühlen oder ein Wachsen des Selbstwertgefühls bei Menschen mit Demenz, sondern die Möglichkeit, von negativen Gefühlszuständen wie Furcht, Trauer oder Wut zu positiven Erfahrungen wechseln zu können.

Eine Demenzerkrankung bringt eine schrittweise Verringerung der eigenen Gestaltungsfähigkeit mit sich. Teilautonomie zu erhalten um die Lebensqualität der Betroffenen positiv zu beeinflussen, ist ein wichtiges Ziel in der Behandlung von Menschen mit Demenz. Kruse (2012) beschreibt das veränderte Ausdrucksverhalten von Menschen mit Demenz in seinen verschiedenen Krankheitsstadien und weist darauf hin, dass auch im späten Stadium mit fehlerhafter oder versiegter Sprache eine Empfänglichkeit für nonverbale Kommunikation erhalten bleibt.

In der Einzelmusiktherapie konnten den PatientInnen Hilfestellungen gegeben werden, eigenen Wünschen nachzuspüren, sie an die Oberfläche auftauchen zu lassen und schließlich in einen Handlungsansatz oder eine Handlung umzusetzen. Das geschah durch viel Zeit zum Beobachten und Abwarten und schließlich durch passgenaue Interventionen und bewirkte, dass sich die PatientInnen selbstbestimmter und weniger abhängig fühlten. Sonntag (2013) beschreibt diesen

Zustand als Handlungsenthaltsamkeit. In diesen Situationen herrscht auf Seiten des/der Musiktherapeuten bzw. -therapeutin aufmerksame Teilhabe, er/sie wartet auf den richtigen Moment des Eingreifens, um zu vermeiden, durch zu frühes Handeln dem weiteren Verlauf nicht eine (möglicherweise) erwartete Richtung vorzugeben.

Es erforderte in manchen Situationen viel Geduld und Hineinspüren in die Situation, um abzuwägen, ob mit Interventionen noch gewartet werden sollte, weil es noch Zeit brauchte, dass sich bei den PatientInnen von selbst etwas entwickelte. Das Abwarten und konzentrierte Anwesend-Sein führten in den musiktherapeutischen Sitzungen fast immer zum Erfolg, dauerte aber bei einem Patienten zeitweise bis zu zwanzig Minuten. Situationen des derart langen Abwartens waren für mich neu und manches Mal eine Herausforderung. In solchen Situationen ist es wichtig, immer wieder zu prüfen, ob man während des Abwartens noch aufmerksam in emotionaler Verbindung mit dem Patienten bzw. der Patientin steht und den sich entwickelnden Vorgang spürt. Auch Entscheidungen, die PatientInnen mit Vorschlägen aus solchen Situationen herauszuführen, um sie nicht zu überfordern, müssen erwogen und dabei eventuelle Kontaktabbrüche akzeptiert werden.

Es stellt sich die Frage, wie Angehörige, die zu einem bedürfnisorientierten Umgang mit mehr Wertschätzung angeleitet werden wollen, mit einer solchen zeitlichen und psychischen Herausforderung umgehen könnten. Hier bedarf es einer besonderen Anleitung, z.B. durch eine (stille oder aktive) Teilnahme an der Musiktherapie. Das Setting dieses Forschungsprojekts hatte das nicht vorgesehen, aber in einer möglichen Wiederholungs-Studie wäre es wünschenswert, die Angehörigen auch in die Musiktherapie mit den Demenzbetroffenen stärker mit einzubeziehen.

Einer Patientin gelang es, ihre Stresssituationen, die durch nicht mehr zu bewältigenden Herausforderungen in ihrem Alltag entstanden waren, zu entschärfen. Sie wurde in der Musiktherapie eingeladen, in Situationen der Überforderung Seins das Für-Spiel der Musiktherapeutin anzunehmen und zu genießen. Aus diesen klanglichen Hilfsangeboten entwickelten sich über Wochen hinweg Momente, in denen sie sich bereit zeigte, auch Hilfsangebote im Alltag wohlwollend zu besprechen und anzunehmen. Dieses Ergebnis bedeutet, dass sich auch Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz mit passenden Interventionen und viel investierter Zeit ihre sich selbstüberschätzende Einstellung verändern, sich mit Alternativen in Form von Hilfsangeboten auseinandersetzen und diese annehmen können. In diesem Fall zeigte sich die erlangte Entlastung der Patientin in einer Veränderung ihrer Stimmung und ihres Verhaltens auch gegenüber der Familie: Sie gab sich weniger dominant, dafür zugänglicher, weicher und dankbar. Diese Entwicklung zeigte sich zuerst nur in der Musiktherapie, später auch in ihrem Alltag im Umgang mit der Familie. Der gelungene Transfer der Verhaltensänderung der Patientin in den Alltag war in diesem Maß nicht erwartet worden. Kleine Rückschläge in der Beziehungsarbeit durch krankheitsbedingte Absagen bei der Patientin konnten in den folgenden

Musiktherapiestunden kompensiert werden. Der Zeitraum eines ganzen Behandlungsjahres war vermutlich bei diesem Therapieerfolg als ein wichtiger Faktor anzusehen. Musiktherapeutische Langzeitbehandlungen sollten daher weiter erforscht werden, um nach Erlangung weiterer Erkenntnisse diese den Kurztherapien vorzuziehen.

Die meisten der mitgebrachten Musikinstrumente waren für die Patienten unbekannt gewesen. Die Herausforderung, sich als Mensch mit Demenz mit unbekannten Musikinstrumenten auseinanderzusetzen, konnte durch die Möglichkeit, diese Instrumente in Ruhe und unvoreingenommen explorieren zu können, bewältigt werden. Unvoreingenommen bedeutete, die Musikinstrumente als Therapeutin zuerst nicht selbst anzuspielen, die Handhabung zu erklären oder zu zeigen. Während sich zwei Patienten nicht für die Musikinstrumente interessierten und lieber mit mir Musik hören bzw. Klavier spielen wollten, wurde von den anderen vier Patienten beispielsweise die *Ocean Drum* (Meerestrommel) sehr geschätzt. Sie wurde zunächst durch Anschauen, Befühlen und Anspielen ausgiebig exploriert und bot auf diese Weise sinnlich-ästhetische Erfahrungen, die emotional berührten. Darüber hinaus regten der Klang oder die Gestalt der *Ocean Drum* zu Äußerungen von Lauten, Wörtern oder Sätzen an und wirkte erinnerungsfördernd, sodass die Äußerungen zu wichtigen Lebensthemen rekonstruiert und weiter musikalisch und verbal bearbeitet werden konnten.

Der Hälfte meiner PatientenInnen habe ich auch unbekannte Musikrichtungen zum Hören angeboten. Bei einem Patienten und einer Patientin geschah das in der Absicht, ihnen mit Neuem einen Baustein der kulturellen Teilhabe anzubieten. Die Musikbeispiele wurden gut angenommen und führten in einem Fall zu großer Zustimmung. In beiden Fällen bin ich von den musikalischen Vorlieben ausgegangen und habe gelegentlich und behutsam eine andere, aber nicht sehr von ihren Gewohnheiten entfernte Musikrichtung angeboten: Bei einer Vorliebe für Volkslieder war es ein neoklassiszistisches Orchesterstück und bei einer Vorliebe für romantische, italienische Opern waren es spätromantische Konzertlieder. Es kann daraus gefolgert werden, dass Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz Interesse an ihnen unbekannten Musikrichtungen zeigen. Voraussetzung ist dabei eine tragfähige therapeutische Beziehung, die es ermöglicht, dem Patienten etwas Neues *zuzumuten*, mit dem er sich auseinandersetzen möchte. Für wichtig erachte ich, keine theoretischen Erklärungen über die Stücke abzugeben, sondern zu versuchen, Neugierde zu wecken, um der fremden Musik sich emotional zu öffnen.

Das Improvisieren lernten zwei der sechs Patienten (eine Patientin vokal und ein Patient instrumental und vokal). Es entwickelte sich instrumental mit dem *Metallofon* aus dem freien rhythmischen Begleiten zu von mir zur Gitarre gesungenen Liedern. Auch beim vokalen Improvisieren war das Lied die Ausgangsbasis, um ins Improvisieren überzugehen. Es ging beiden stets darum, gemeinsam gesungene Lieder zu verlängern, auch wenn es keine weiteren Strophen mehr gab oder die Texte nicht mehr abrufbar waren. Mit gezielten Interventionen des Weitersingens, -spielens und Einstreuens improvisierter

Motive gelang es, dass die beiden Patienten es wagten, spontane Einfälle zuzulassen und auszudrücken. Allmählich benötigte es bei beiden nicht mehr immer die feste Form eines Liedes, sondern es wurde auch frei improvisiert.

Das eigene Erleben des Improvisierens veränderte die Beziehungsqualität: So wurden die Level 5 (Interaktivität) und 6 (Interaffektivität) nur bei den PatientInnen, die improvisierten und nur beim Improvisieren erreicht und führten zu deutlicher Freude und Verbesserung der Lebensqualität. In ihrer Studie über das Improvisieren mit Menschen mit Demenz fand Mahnke-Heiden (2011) heraus, dass der Großteil aller befragten MusiktherapeutInnen mit dem Improvisieren mit dieser Klientel positive Erfahrungen gemacht hat. Für Möglichkeiten des freien Improvisierens nennt sie das Ausschöpfen von Kreativität und individuellem Potential, das Erschließen neuer Ausdrucks- und Kommunikationsmöglichkeiten sowie das Erleben von Selbstbestimmtheit. Die Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt *Klangbrücken* bestätigen diese Aussagen vollumfänglich.

b) Bei den pflegenden Angehörigen

Die pflegenden Angehörigen erleben mehr Gefühle der Gestaltungsfähigkeit, sie fühlen sich weniger abhängig und können eine Offenheit für Neues und neue Fähigkeiten entwickeln. Sie können improvisieren lernen und sich für ihnen unbekannte Musikinstrumente und Musikrichtungen interessieren.

In der Angehörigengruppe konnten die TeilnehmerInnen immer wieder daran arbeiten, ihre Gefühle von Abhängigkeit zu mindern und Gefühle von mehr Gestaltungsfähigkeit zu erleben. Wilz, Adler und Gunzelmann (2001) empfehlen für Gruppenarbeit mit Angehörigen von Menschen mit Demenz einen zeitlichen Rahmen von einem 14tägigen Rhythmus zu jeweils 1,5 Stunden (wie in dieser Gruppe), da "Abstände von einem Monat keinen kontinuierlichen Gruppenprozess ermöglichen". Die Frequenz der Angehörigenabende im Forschungsprojekt *Klangbrücken* war mit einer Sitzung pro Monat halb so groß, zeigte aber einen deutlichen und kraftvollen Gruppenprozess. Es taucht der Gedanke auf, dass die Besonderheit des gemeinsamen Musizierens bei Angehörigenabenden hier diesen Gruppenprozess beeinflusst haben könnte. Diese Überlegung soll im nächsten Unterkapitel „ Gründliche Beziehungsarbeit fördert Beziehungentwicklung bei den PatientInnen und pflegenden Angehörigen“ ab S. 155. näher beleuchtet werden.

Der bei fünf von sechs pflegenden Angehörigen gelungene Prozess des Umdenkens von allein zu tragender Überlastung hin zu schrittweiser Annahme von Hilfsangeboten begann nach Wochen oder Monaten. Hier ist wieder der Zeitrahmen als Wirkfaktor zu nennen.

Tipps und Angebote zur Entlastung waren den Angehörigen teilweise schon bekannt, konnten aber aufgrund ihrer starren Haltung zur Pflegebewältigung und

der festgefahrenen Routine nicht oder nur selten angenommen werden. In der Angehörigengruppe wurde ein Entwicklungsraum bereitgestellt, in dem innerhalb eines ganzen Jahres Hilfsangebote in Rollenspielsituationen immer wieder ausprobiert und Einsichten erlangt werden und reifen konnten. Das Zusammenspiel von gemeinsamer Arbeit im Gesprächsteil und beim Musizieren (insbesondere beim Improvisieren) stellte einen besonderen Entwicklungsraum bereit, in dem die Teilnehmer druckfrei und lustvoll ihre Belastungen reduzieren und ihr Selbstbewusstsein stärken konnten. Das Improvisieren ließ Lebendigkeit und Lebensfreude erleben, und bereits das reduzierte die Belastungssymptome. Die Möglichkeiten, sich im Gespräch auf kognitiver und/oder beim Improvisieren auf emotionaler Ebene auszudrücken und beide Erfahrungen miteinander im Gespräch verbinden zu können, führten dann oft zu Erkenntnissen und Einsichten, aus denen entlastende Sichtweisen und/oder das Annehmen von Hilfsangeboten möglich wurden. Leider gibt es bis heute keine Angehörigengruppe für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz mit einem solchen kombinierten Angebot im häuslichen Setting. Die Kombination von Gesprächsteil und musikgestütztem Kommunikationstraining innerhalb einer Angehörigengruppe ist aufgrund dieser Ergebnisse auch unter dem wichtigen Aspekt der Partizipation der Angehörigen unbedingt zu empfehlen und sollte darüber hinaus in einer weiteren Studie, z.B. mit einer Vergleichsgruppe ohne musikgestütztes Kommunikationstraining, weiter erforscht werden. Des Weiteren können pflegende Angehörige einen selbsterprobten Einblick in Aspekte der Musiktherapie erlangen und damit am Angebot für die Patienten und Patientinnen in gewisser Weise partizipieren. Tipps für die Gründung einer Angehörigengruppe im häuslichen Setting sowie Literatur zum Thema therapeutisch orientierter Gruppenarbeit mit Angehörigen finden sich in einem aus dem Projekt *Klangbrücken* entstandenen Leitfaden für die Praxis (Auch-Johannes & Weymann, 2015).

Die Offenheit bei den Angehörigen für ihnen unbekannte Musikinstrumente und Musikrichtungen begann ab dem ersten Angehörigenabend. Durch den hohen Appellcharakter der Musikinstrumente im Musiktherapieraum wurde das Interesse an den Musikinstrumenten geweckt, und es kam durch meine niederschwellige Aufforderung des Ausprobierens bei allen Angehörigen schon zu einer ersten kleinen Improvisation, die das Interesse aller weiter wachsen ließ. Das Musizieren, das gemeinsame Singen und das instrumentale und vokale Improvisieren, begeisterte zunehmend, sodass die Gruppe den (nicht fest-gelegten) Anteil der Gespräche an den Abenden hin und wieder zugunsten des Musizierens verringerte. Die wachsende Qualität der Improvisationen zeigte, dass erwachsene Laien das Improvisieren mit seinen Qualitäten Zuhören, Reagieren, Übernehmen, Kontrastieren, Gestalten einer Form usw. erlernen und genießen und ihre Lebensqualität steigern können.

Beim Musikhören zeigten sich die Angehörigen offen für neue Musikrichtungen wie z.B. Musik von *Steve Reich* oder *Alban Berg*, was bedeutet, dass sie den ihnen fremden Klängen bereitwillig und konzentriert zuhörten und Diskussionen z.B.

über den Schönheitsbegriff in der Musik führten. Das gemeinsame Hören von ihnen fremder Musik setzte Mut und Bereitschaft voraus; es führte nicht zu neuen Hörpräferenzen, bedeutete aber einen Beitrag zum Gemeinschaftserleben und zur kulturellen Teilhabe.

Gründliche Beziehungsarbeit fördert Beziehungsentwicklung bei den PatientInnen und pflegenden Angehörigen

In diesem Unterkapitel beziehe ich mich auf die Ergebnisse in Kap. 5.4.

a) Bei den PatientInnen

Bei allen Patienten und Patientinnen gelangen der Aufbau, der Erhalt und die Entwicklung der Beziehung. Dazu waren Zeit und Einfühlungsvermögen nötig. Ein Beziehungsaufbau konnte bereits in den ersten Stunden angestoßen werden. Die Besonderheit des Mediums Musik, eine angst- und druckfreie Atmosphäre sowie die Möglichkeit einer nahezu hundertprozentigen Fokussierung der Musiktherapeutin auf den Patienten im Einzelsetting trugen wesentlich zu einer schnellen Beziehungsaufnahme bei. Dieser Grundsatz, den Patienten zunächst in ihrer angebotenen Beziehungsqualität zu begegnen, wurde in allen Musiktherapiestunden beibehalten. Im Lauf der folgenden Wochen oder Monate konnten Interventionen zur Erweiterung dieses Beziehungslevels erfolgen und Stimmungsverbesserung erzielt werden.

Warme und Steinert (2011) geben Hinweise auf das sich verändernde Beziehungsverhalten bei den drei Stadien von Demenz (leichter, mittelgradiger und schwerer). Sie nennen den Rückzug aus Beziehungen ab der mittleren Phase, da dort beispielsweise dialogische Fähigkeiten abnehmen und höhere Beziehungsqualitäten seltener erreicht werden können. Die Ergebnisse des Projekts bestätigen diese Annahmen nur teilweise: Die PatientInnen waren alle zu Behandlungsbeginn im mittleren oder schweren Demenzstadium, und ihr Beziehungsverhalten war gestört (bei zwei männlichen Patienten auch durch Rückzug charakterisiert). Aber während deren demenzielle Erkrankung im Lauf des Behandlungsjahrs voranschritt und sich z.B. die kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten verschlechterten, verbesserte sich parallel dazu ihr Beziehungsverhalten in der Musiktherapie oder blieb zumindest über diesen Behandlungszeitraum stabil. Es konnten durch die musiktherapeutische Behandlung neue Beziehungsqualitäten wiederbelebt werden, sodass die Patienten von ihrem einseitigen Beziehungsverhalten wie Apathie oder festgefahrenem Affekt ablassen und wieder verschiedene Modi der Kontakte erleben konnten. Es kann daher gefolgert werden, dass Patienten im mittleren und schweren Stadium von Demenz, wenn sie auf sprachlicher Ebene einen Beziehungsaufbau nicht mehr leisten oder darauf antworten können, mithilfe passgenauer musiktherapeutischer Interventionen durchaus noch in einen zwischenmenschlichen Bezug treten können. Dabei sind sie in der Lage, sich während musikalischer Improvisationen auch (wieder) dialogisch zu verhalten und höher ausgebildete

Beziehungsmodi wie Interaktivität (EBQ-Modus 5) oder Interaffektivität (EBQ-Modus 6) zu erreichen.

Während Warme (2005) in ihrer Untersuchung in einer Gruppenmusiktherapie häufige und schnelle Wechsel der EBQ-Modi für die Beziehungsqualitäten feststellte, konnte ich im Forschungsprojekt *Klangbrücken* in der Einzelmusiktherapie diesbezüglich eine hohe Kontinuität des angebotenen Modus beobachten. Das lag vermutlich im Setting der Einzeltherapie begründet, bei dem ich mich voll auf nur einen Patienten oder nur eine Patientin konzentrieren konnte. Dieses während einer Musiktherapiestunde längere oder ausschließliche Verweilen auf einem Modus (z.B. Modus 4) ermöglichte eine intensive Beschäftigung mit diesem einen vorherrschenden Modus.

Ein ganzes Behandlungsjahr ist in der Musiktherapieforschung als ein eher langer Zeitraum anzusehen. Es ist anzunehmen, dass der Zeitfaktor bei der Entwicklung der Beziehung eine Rolle gespielt hat. Da die Behandlung ein Jahr dauerte, konnte sich die Beziehung zwischen Patienten bzw. Patientinnen und Musiktherapeutin mit viel Ruhe entwickeln. Während sich die Krankheitssymptome während des Behandlungsjahres verschlechterten, konnte die musiktherapeutische Beziehung diametral wachsen. Die Länge der Behandlungszeit war offensichtlich vorteilhaft für die Beziehungsentwicklung.

Zur Interpretation der Ergebnisse zur Beziehungsentwicklung taucht die Frage nach dem Verbleib der anderen, von den PatienInnen im Therapieverlauf nicht gezeigten Modi auf. Wo sind diese Modi geblieben, die im Behandlungsverlauf nicht mehr auftraten oder nur so selten und kurz, dass sie nicht als Basismodi gelten konnten und in der Tabelle Nr. 2 (S.119) nicht aufgeführt wurden? Diese Tabelle zeigt Beispiele zu dieser Frage nach dem Verbleib der anderen Modi und führt zu weiteren Fragen: Warum zeigten die PatienInnen ihren Anfangsmodus 1 oder 2 nur zu Therapiebeginn und dann nicht mehr oder nur noch selten? Warum bleiben die beiden PatientInnen nach dem Erreichen fast ausschließlich in den Modi 5 und 6? Wie erklärt sich die Stabilität bei allen PatientInnen im Modus 4? Und welche Rolle spielt der Modus 3, der fast immer in den Modus 4 mündet? Ein Ansatz zur Beantwortung der Fragen geschieht vor dem Hintergrund der Ergebnisse aus den Videos, Interviews und Beobachtungen sowie Einschätzungen während des Forschungsprojekts. Die Beantwortung kann aufgrund der kleinen Stichprobe nicht allgemeingültig sein, sondern öffnet vielmehr einen Raum für weitere Forschungen.

Im theoretischen Modell des EBQ werden die Modi der Beziehungsqualität als Fähigkeiten beschrieben, die wir Menschen nach und nach und in der Reihenfolge von Modus 0 bis Modus 6 erwerben, bis uns das ganze Spektrum der Beziehungsqualitäten lebenslang zur Verfügung steht und wir zwischen den Modi situationsgerecht hin- und herwechseln können. Bei der Patientengruppe im Forschungsprojekt war diese Fähigkeit nicht mehr vorhanden, und die Patienten zeigten sich fast ausschließlich zu Behandlungsbeginn entweder apathisch im Modus 1 oder in einem quälenden Affekt gefangen im Modus 2. Das Verharren

der Patienten und Patientinnen in dem Anfangsmodus 1 oder 2 schränkte sie sehr in ihrer Kommunikationsfähigkeit und Lebensqualität ein, sodass es Ziel war, diese Starre aufzulösen und einen Teil ihrer früheren erworbenen Beziehungsqualitäten wiederzubeleben. Es ist anzumerken, dass sich keiner der PatientInnen in dem Zustand befand, in dem eine Behandlung mit dem Ziel einer Erweiterung des Katalogs an Beziehungsqualitäten eine Überforderung dargestellt hätte. Dann wäre es sinnvoll gewesen, in der musiktherapeutischen Behandlung eine tragende und einhüllende Atmosphäre ohne Aufforderungscharakter zu schaffen.

Passgenaue musiktherapeutische Interventionen ermöglichten in der musiktherapeutischen Behandlung nach und nach den Zugriff auf andere Beziehungsqualitäten. Das bedeutet, vom jeweiligen Modus ausgehend behutsam Anreize zur Entwicklung zu geben. Da alle Patienten und Patientinnen die Modi 3 und 4 (und zwei die Modi 5 und 6) erreichten, konnte sich die Beziehungsqualität und damit ihre Lebensqualität verbessern. Bedürfnisse in den Modi 1 und 2 kamen noch (selten) vor, wurden aber sofort beantwortet, sodass es nicht mehr „notwendig“ erschien, sich ausschließlich apathisch oder in einem quälenden Affekt gefangen zu fühlen. Es ist zu vermuten, dass die Anfangsmodi 1 bzw. 2 durch die prompte Beantwortung und die Hilfestellungen für den Übergang zu anderen Modi ihre Notwendigkeit verloren hatten.

Zwei Patienten erreichten zum Ende der Therapiezeit durch das Improvisieren die Modi 5 und 6 und blieben überwiegend oder ausschließlich in diesen beiden Modi. Ich vermute deshalb, weil sie den wechselseitigen Austausch in den interaktiven und interaffektiven Beziehungsqualitäten so sehr genießen konnten, dass sie zu den anderen Modi nicht mehr zurückkehren wollten. Die gefestigte und vertraute Beziehung zur Musiktherapeutin und die dialogisierende und gleichberechtigt mitgestaltende Fähigkeit ermöglichten eine von Freude am gemeinsamen instrumentalen oder vokalen Spiel geprägte Kommunikation. Ohne instrumental oder vokal zu improvisieren, konnte der Schritt zu den nächsten Modi 5 und 6 nicht vollzogen werden. Keiner der Patienten war kognitiv und sprachlich noch in der Lage, sich dialogisch einzubringen. In der Musik konnten diese Hürden umgangen werden, und der Schritt zum Einbringen eigener Spielideen und Motive erfolgte niederschwellig und beinahe selbstverständlich im Spiel.

Bei allen Patienten und Patientinnen war der Modus 4 mit einem ersten Ich- und Du-Empfinden die gesamte oder die längste Zeit vorherrschend. Eine Erklärung wäre, dass dieser Modus 4 durch Interattentionalität und Interintentionalität Kontakterleben ermöglichte ohne (durch Einbringen eigener Motive durch die Therapeutin) zu überfordern. Im Modus 4 konnten die Patienten sich ihre Handlungen bewusst machen, etwas erleben und sich durch die soziale Rückversicherung dieses Erleben bestätigen lassen und vertiefen. Im Mittelpunkt standen das gemeinsame Tun und Erleben mit der Therapeutin. Den nicht Improvisierenden genügte dieser Spielraum möglicherweise und erfüllte die Bedürfnisse nach Gemeinsamkeit ausreichend. Die Stabilität des Modus 4 bei allen nicht Improvisierenden kann angesichts der symptomatischen Ver-

schlechterung während des Behandlungsjahres als Verbesserung der Situation gewertet werden. Offenbar ist es möglich, trotz Abnahme von beispielsweise Gedächtnisleistung, Sprachvermögen und Mobilität auf emotionaler Ebene uneingeschränkt Gemeinsamkeit zu erleben und mitzugestalten.

Der Modus 3, der den Kontakt zu sich selbst und das Selbsterleben beschreibt, kam bei zwei Patienten gar nicht und bei drei Patienten selten vor, sie zeigten sich alle stabil im Modus 4 (und zwei gingen gegen Therapieende zum Ausdruck in den Modi 5 und 6 über). Beim Patienten Herrn Stetter konnte eine Entwicklung von Modus 3 zu Modus 4 beobachtet werden, die sich über die gesamte Therapiedauer erstreckte. In einer ruhigen und aufmerksamen Affektlage explorierte er CDs und gelangte nach langer Zeit (bis zu 20 Minuten) zu einer Entscheidung für eine CD, aus der er gemeinsam mit mir etwas hören wollte. Dieser Patient, der im Alltag keine Entscheidungen traf und fremdbestimmt lebte, konnte sich in der Musiktherapie in den ausführlichen Phasen der Exploration selbst wahrnehmen, einen Wunsch entwickeln, ausdrücken und sein Selbstwerterleben fördern. Nach der erfolgten Absättigung dieses Prozesses schloss sich der Übergang zum Modus 4 mit seinem Fokus auf ein gemeinsames Thema an. Der Modus 3 bedeutete für ihn die unverzichtbare Grundlage für den Übergang in Modus 4. Da sich der Übergang zu Modus 4 ausschließlich vom Patienten gesteuert zeigte, lässt sich vermuten, dass bei Patienten, die nicht schon von sich aus den Modus 4 zeigen, möglicherweise ein Beziehungsangebot im Modus 3 hilfreich sein könnte, um nach einer ausreichenden Bearbeitung Wunsch und Fähigkeit zum Modus 4 zu entwickeln. Auch hier besteht weiterer Forschungsbedarf.

Wie sehr sich die Beziehungsfähigkeit der Patienten entwickelt hat (im EBQ vom Beharren auf einem Modus hin zu mehreren wiederbelebten Modi), übertraf meine Erwartungen.

Kritisch ist anzumerken, dass nun nicht zu folgern ist, die Beziehungsfähigkeit hätte wahrscheinlich für die Dauer der verbleibenden Lebenszeit der Patienten aufrechterhalten werden können; diese These erscheint fragwürdig. Das angesetzte, volle Behandlungsjahr war zwar ein langer, aber vermutlich nicht lang genug dauernder Zeitraum, um zu zeigen, wann ein Höhepunkt überschritten worden und die Beziehungsfähigkeit zurückgegangen wäre und sich nur noch eingeschränkt gezeigt hätte. In unserer Studie ging die Beziehungsentwicklung im Behandlungsjahr nicht zurück, sondern sie blieb stabil (im EBQ Modus 4 „Interattentionalität“) oder entwickelte sich wie erwähnt bei den improvisierenden PatientInnen weiter zu den Modi 5 „Interaktivität“ und 6 „Interaffektivität“. Diesen zu erwartenden Rückgang in der Beziehungsqualität näher zu untersuchen, wäre ein interessanter Fokus in einer weiteren Studie.

b) Bei den pflegenden Angehörigen

Die Beziehungsentwicklung bei den pflegenden Angehörigen vollzog sich im Gesprächsteil und im Musikteil der Angehörigenabende.

Im Gesprächsteil wurden vor allem die vertrauensvolle Atmosphäre mit einem Austausch auf gleicher Augenhöhe positiv bewertet. Das waren zusammen mit den praktischen Tipps aus der Gruppe die entscheidenden Faktoren, um die Starre ihres Funktionierens aufzuweichen und den Blick erneut für anderes als die Bewältigung des Pflegealltags zu öffnen. Im Musikteil ermöglichte das absichtslose Musizieren in Improvisationen das oft lustvolle Sich-Ausdrücken, das Erfahren von Resonanz und das Verbessern des Selbst(wert)erlebens. Es war überraschend, wie positiv die Gruppe das Improvisieren angenommen hatte und welch hohen Stellenwert es erreicht hatte. Es gab keine Abende ohne Improvisieren, aber hin und wieder welche ohne oder nur mit blitzlichtartigem Gesprächsteil, da das Musizieren in der Gemeinschaft mit seinen positiven Gefühlen wie Freude, Entspannung und Stolz allen wichtiger erschien. Durch das Improvisieren konnte die Beziehungserfahrung bei den pflegenden Angehörigen gefördert werden, und es wirkte wie eine Selbstbehandlung. Leider gibt es noch keine vergleichbaren Angehörigengruppen im häuslichen Setting, sodass unsere Ergebnisse noch in keinen bestehenden Kontext eingeordnet und bewertet werden können. Hier existiert noch weiterer Forschungsbedarf mit Angehörigen-gruppen.

Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz und pflegende Angehörige können regressive Bedürfnisse äußern und das Loslassen am Lebensende erproben

In diesem Unterkapitel beziehe ich mich auf die Ergebnisse in Kap. 5.6 und 5.7.

a) Bei den PatientInnen

Die Patienten und Patientinnen konnten ihre regressiven Bedürfnisse ausdrücken und durch deren Erfüllung psychische Entlastung erfahren. Nach Kitwood (2007) gehört für Menschen mit Demenz, deren Welt zusammenzufallen droht, Trost mit den Gefühlen von Wärme, Stärke und Sicherheit zu erleben zu einem der wichtigsten Bedürfnisse. Im Forschungsprojekt konnte die Erfahrung gemacht werden, dass dieses Bedürfnis Trost zu erfahren elementar und dringend ist, und weitere Bedürfnisse wie beispielsweise Interesse an Interaktionen von der Erfüllung dieses vorrangigen Bedürfnisses abhängen. Einige PatientInnen re-inszenierten Szenen und Rollen aus ihrer Kindheit und brauchten mütterliche Zuwendung. Die therapeutische Zweierbeziehung als engste und „privateste“ Form im Radius sozialer Beziehungen (Muthesius et al., 2010) erwies sich als hilfreich, um durch Für-Singen, Für-Spiel oder respektvollen Körperkontakt nach-nähren zu können.

Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz können das Ende des Lebens als wichtiges Thema bearbeiten und den Prozess des Loslassens erproben.

In der intensiven und vertrauensvollen therapeutischen Beziehung war es nicht

verwunderlich, dass das bevorstehende Lebensende bei zwei Patientinnen zum wichtigen Thema wurde. Dazu veränderte sich die Präferenz für die Gestaltung der musiktherapeutischen Sitzungen bei den Patientinnen: Sie brauchten nun reizärmere Angebote, und es wurde länger miteinander geschwiegen. Für das Beieinandersitzen und Miteinanderschweigen wurde atmosphärisch ein Entwicklungsraum geschaffen, in dem anschließend der Wunsch nach dem Ziehen einer persönlichen Lebensbilanz ausgesprochen und verbal bearbeitet werden konnte. Es zeigte sich der Wunsch, eine persönliche Lebensbilanz zu ziehen und sich bestätigt zu finden, das Leben im Wesentlichen richtig gestaltet zu haben. Die Bearbeitung bestand daher im Wesentlichen aus dem Vermitteln von Anerkennung, Trost und Zuversicht. Beim gemeinsamen Erleben des Atmens in der Stille konnten die Patientinnen gelassen und vertrauensvoll das Loslassen als Teil des späteren Sterbeprozesses erproben. Auch wenn die beiden Patientinnen noch nicht in den Sterbeprozess eingetreten waren, bedeutet eine innerliche Auseinandersetzung mit den veränderten Themen und Kontaktbedürfnissen ein besseres Verständnis der Bedürfnisse der Patientinnen, bei denen sich die Thematik des Lebensendes schon klar zeigt. In diesen Momenten und im späteren Sterbeprozess werden behutsames Ummanteln und einfühlsames Begleiten wichtiger als lebendige Interaktionen (Sonntag, 2013).

b) Bei den pflegenden Angehörigen

Auch die Angehörigen zeigten in der Angehörigengruppe regressive Bedürfnisse, konnten ihnen Ausdruck verleihen und psychische Entlastung erfahren. Durch die hohe körperliche und seelische Beanspruchung im Pflegealltag hatten sich bei allen pflegenden Angehörigen depressive Belastungssymptome manifestiert. Bei allen zeigte sich das in der Angehörigengruppe durch den Wunsch nach Entspannungsmomenten, bei manchen kam es zu emotionalen Äußerungen mit Weinen und Gefühlen von Verzweiflung.

Das Für-Spielen und Für-Singen als Möglichkeit des Nachnährens und Zuwendung mit Annehmen der Person, Trost und Beruhigung geschah durch alle TeilnehmerInnen in der Gruppe unter Anleitung der Musiktherapeutin. Es wurde als beruhigend und heilend empfunden. Die Belastungssituationen konnten im Anschluss an die Musik verbal aufgearbeitet werden, das führte bei den Betroffenen im besten Fall zur Aktivierung eigener Ressourcen für künftige Situationen. Die Forschung zeigt, dass es bei Angeboten für Angehörige, die einseitig auf Informationsvermittlung ausgerichtet sind, keinen Effekt für die Verringerung der subjektiven Belastung ergab (Gitlin et al., 2003; Pinquart & Sörensen, 2002), wohl aber Tendenzen zu besseren Effekten bei individualisierten Interventionen, bei denen emotionale Bewältigungsstrategien das Ziel waren (Brodaty, Green & Koschera, 2003). Vergleichbar sind diese Studien nicht mit dem Setting unseres Forschungsprojekts, auch da dort kein musikgestütztes Kommunikationstraining durchgeführt wurde. Die beobachtete Verringerung der Belastungssymptome in unserer Angehörigengruppe zeigte sich mit Ausnahme

einer Angehörigen deutlich; weitere Studien mit musikgestütztem Kommunikationstraining in Angehörigengruppen könnten mehr Klarheit liefern und wären wünschenswert.

Auch die Angehörigen konnten das Lebensende als wichtiges Thema bearbeiten und den Prozess des Loslassens erproben. Häufig zeigten sich in der Angehörigengruppe Gefühle von Angst und von Trauer: Zukunftsangst vor der Zunahme der Belastungen im Pflegealltag mit der Ungewissheit, ob die Aufgaben mit eigener Kraft weiterhin zu bewältigen seien und Trauer über das veränderte Bild des Erkrankten.

In der neuen Studie zum Thema der Vorbereitung pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz auf den Sterbeprozess und den Tod arbeiteten Durepos et al. (2018) Kernthemen heraus, mit denen sich pflegende Angehörige in dieser sensiblen Phase konfrontiert sehen. Zwar befand sich noch keiner der pflegenden Angehörigen unseres Forschungsprojekts direkt vor dem Lebensende des Familienmitglieds, doch konnten bei ihnen auch schon zwei dieser Kernthemen ausgemacht werden: das Auf und Ab der Gefühle und das Gefühl einer Verpflichtung, alles erdenklich Positive zum Sterbeprozess beitragen zu wollen. In der vertrauensvollen Gruppenatmosphäre konnten die persönlichen Gefühle von Angst und Trauer geäußert und durch gezielte Improvisationsaufgaben (z.B. mit selbstgewähltem Spielpartner) sowie in Gesprächen und mit Entspannungsübungen bearbeitet werden und zu besserer affektiver Befindlichkeit führen.

Weitere Ergebnisse für die PatientInnen, für die Angehörigen und für das System PatientIn und Angehöriger

In diesem Unterkapitel beziehe ich mich auf die Ergebnisse in Kap. 5.11.

Die meisten Ergebnisse der Patienten und Angehörigen (Kap. 5) vollziehen sich parallel. Erfahrungen, die beispielsweise bei der Offenheit für Neues und neue Fähigkeiten (Kap. 5.3) oder der Bedeutung des Improvisierens für die Beziehungsentwicklung (Kap.5.4.3) gemacht wurden, verliefen ähnlich. Diese parallelen Erfahrungen haben auf beiden Seiten die Persönlichkeit weiterentwickelt und zeigten Auswirkungen auf das Wohlbefinden. Die Lebensqualität des Menschen mit Demenz ist mit der ihrer pflegenden Angehörigen eng verzahnt, und es geht dem Angehörigen besser, wenn auch der Patient versorgt ist und es ihm gut geht (Haberstroh & Pantel, 2012). Das System Patient und Angehöriger konnte gestärkt werden. Die wesentlichen Faktoren waren eine positivere Haltung der Angehörigen zur eigenen Situation und zum Erkrankten, eine Entlastung für beide durch mehr Gelassenheit des Angehörigen und eine angemessene musikalische Alltagsgestaltung.

Die PatientInnen und ihre Angehörigen machten ihre Erfahrungen in der Regel getrennt voneinander, in der häuslichen Musiktherapie bzw. in der Angehörigengruppe. Die Anwesenheit eines Angehörigen bei der häuslichen Musiktherapie

oder sogar eine Teilnahme blieben bis auf einen Fall die Ausnahme. Trotzdem haben sich bei PatientInnen und Angehörigen die genannten ähnlichen Erfahrungen entwickelt, und zur Stärkung des Systems Patient und Angehöriger beigetragen. Es stellt sich die Frage, ob bei einer stärkeren Beteiligung der Angehörigen an der Musiktherapie für die PatientInnen noch bessere Ergebnisse in Hinblick auf die Beziehungsverbesserung und das Wohlbefinden auf beiden Seiten hätten erzielt werden können. In den letzten Jahren hat die Partizipation der Angehörigen an Bedeutung gewonnen. Folgende Studien dienen als Beispiel für diesen Wandel: Das kürzlich abgeschlossene Heidelberger Forschungsprojekt *Musiktherapie 360 °* (Wormit et al., 2020) wurde in Altenheimen durchgeführt. Es bot Musiktherapie in Gruppen für die Bewohner an, führte Interviews mit den Angehörigen und Pflegekräften und kam zu positiven Ergebnissen in Bezug auf die Lebensqualität für das System Bewohner – Angehöriger – Pflegepersonal. Des Weiteren sind die Studien von Baker, Grocke und Pachana (2012) und von Baker, Stretton-Smith, Clark, Templin und Lee (2018) zu nennen, die sich mit Musiktherapie bei Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen beschäftigen, letztere mit dem *Songwriting*, und positive Effekte auf das Wohlbefinden und die Identitätssicherung feststellen. Die Bedeutung von Musik für Menschen mit Demenz, ihre pflegenden Angehörigen, Pflegepersonal und Musiktherapeuten untersuchten McDermott et al. (2014) in der bereits in der Einleitung aufgeführten Studie. Und McDermott et al. (2018) erarbeiteten Aspekte von Indirekter Musiktherapie *(indirect music therapy practice)* und Wissensaustausch *(Skill Sharing)* im Demenzbereich. Als Beispiel für den praktischen Bereich sei angeführt, dass bis vor Kurzem an der Rehabilitationsklinik für pflegende Angehörige am Klinikum Ratzeburg eine gemeinsame musiktherapeutische Gruppe für pflegende Angehörige und Patienten existierte. Bei einer eventuellen Follow-up-Studie von *Klangbrücken* würde aufgrund der heutigen Studienlage zweifellos ein verändertes Setting mit stärkerer Einbeziehung der Angehörigen in die musiktherapeutischen Hausbesuche vorgesehen werden müssen.

<u>Einordnung dieser Studie in die aktuelle Forschungslandschaft, offene Fragen aus dem Forschungsprozess und Ausblick</u>

Je höher die Reliabilität der Ergebnisse eingestuft werden kann, desto höher ist auch ihr Rang unter den verschiedenen Forschungsdesigns. Nach der vereinfachten Evidenzpyramide von Gold und Stegemann (2014) ist unsere Studie als qualitative Studie mit wenigen Probanden und ohne Kontrollgruppe im zweituntersten Bereich über der Stufe der Expertenmeinung angesiedelt (Die nächsthöheren Stufen in der Evidenzpyramide sind die nicht-kontrollierten, andere kontrollierte, randomisierte kontrollierte Studien und schließlich ganz oben die systematischen Übersichtsarbeiten). Die Ergebnisse aus diesem Forschungsprojekt sind somit nicht reliabel und können nicht verallgemeinert werden. Aber die Studie liefert Hinweise, wie eine Verbesserung der Beziehungsfähigkeit mit Menschen mit Demenz mithilfe musiktherapeutischer Interventionen gelingen, ihre Lebensqualität verbessert und ihre psycho-

pathologischen Symptome verringert werden können. Dazu liefert sie einen Beitrag, wie pflegende Angehörige dieser Patientengruppe mithilfe eines musikalischen Kommunikationstrainings ihre Belastungssymptome verringern und ihre Sichtweise auf den Erkrankten positiv verändern konnten. In beiden Bereichen, PatientInnen und Angehörige, konnten explorative Hinweise gegeben werden, die einen weiteren Raum für Forschungen öffnen.

Die Studie verfolgt eine heuristische Perspektive: Bestimmte Grundannahmen wurden gesetzt und in den Fragestellungen untersucht. So sind wir davon ausgegangen, dass sich bei den Patienten Entwicklungsschritte beispielsweise in Bezug auf die Verbesserung der Beziehungsqualität zeigen könnten, hatten aber nicht erwartet, dass während des Behandlungsjahres trotz progredienter Verschlechterung der Krankheitssymptomatik die Beziehungsfähigkeit konstant blieb und sich in zwei Fällen sogar verbesserte. (Letzteres zeigte sich an der Fähigkeit, in den höheren Modi des EBQ zu improvisieren).

Dass das Evaluierungsinstrument EBQ (Einschätzungsskala Beziehungsqualität) auf die Patientengruppe der Menschen mit Demenz übertragen werden kann, ist hier nicht nachgewiesen. Muthesius, Sonntag, Warme und Falk (2010) beziehen bei der Beschreibung des EBQ die therapeutischen Interventionen auf die Arbeit mit Menschen mit Demenz, und es lässt sich sagen, dass es die bestehenden Erfahrungen und Beschreibungen sind, die die Anwendung des EBQ auf das Klientel der Menschen mit Demenz passend erscheinen lassen. Die Ergebnisse unseres Forschungsprojektes liefern einen Baustein zur möglichen Übertragbarkeit. Weitere Studien, z.B. mit einer größeren Anzahl an Patienten und Patientinnen, könnten weitere Erkenntnisse bringen.

Ich habe im Forschungsprojekt einen deutlichen Rollenwechsel zwischen Musiktherapeutin und Forscherin eingenommen. So habe ich einerseits die häusliche Musiktherapie durchgeführt und die Angehörigenabende geleitet und andererseits die Angehörigen selbst interviewt und die Daten ausgewertet. Dabei waren Vor- und Nachteile zu bedenken gewesen. Bei der Interviewführung sehe ich als Vorteil an, dass die Angehörigen mit mir vertraut waren und sich im Interview gegenüber Fremden möglicherweise weniger offen geäußert hätten. Und in der häuslichen Musiktherapie hatte ich den Vorteil, Erkenntnisse aus einer Therapiestunde in die nächste mit einfließen zu lassen und den Prozess positiv mitzugestalten. Ein Nachteil wäre eine mögliche Beeinflussung der Ergebnisse. Um diese weitestgehend zu minimieren, habe ich Maßnahmen zur Triangulation der Ergebnisse durchgeführt: In erster Linie waren es die Gespräche mit dem Erstgutachter. Weitere Anregungen und Korrekturen erhielt ich bei Vorträgen und Diskussionen in den Doktoranden-Kolloquien, in der Forschungswerkstatt am Institut für Musiktherapie der Hochschule für Musik und Theater Hamburg, auf Tagungen und Kongressen und in der Gruppenarbeit innerhalb der EBQ-Weiterbildung sowie in der Supervision.

In dieser Dissertation konnte ich der Frage nachgehen, wie sich die Beziehungsqualität bei Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz durch Musik-

therapie verbessert, ihre psychopathologischen Symptome verringert und sich ihre Lebensqualität verbessern konnte. Des Weiteren habe ich untersucht, wie die pflegenden Angehörigen ihre Belastungssymptome *(care giver burden)* reduzieren, eine wertschätzende Haltung zur/zum Erkrankten erlangen und mehr Lebensqualität erfahren konnten.

Hierzu habe ich interessante Ergebnisse gefunden, beschrieben und erklärt. Es bleibt aber auch ein Gefühl zurück, statt ausreichende Antworten gegeben eher ein Fenster ein Stück weiter geöffnet zu haben. Mich interessieren bei der Patientengruppe am meisten das Erscheinungsbild und die Bedeutung der Beziehungsqualitäten Exploration (Modus 3) und Interaktivität (Modus 3 zu Modus 4). Hier möchte ich gern mit folgenden Fragen weiter forschen: Welche Bedeutung hat das Selbsterleben auf eine weitere Wiederbelebung weiterer Beziehungsqualitäten, insbesondere auf die Interattentionalität und Interintentionalität zwischen PatientInnen und MusiktherapeutIn? Ein Setting mit Co-TherapeutIn und mit einer größeren Fallzahl wäre denkbar.

Bei den Angehörigen ist die Frage nach dem Anteil an der Verbesserung der Lebensqualität des musiktherapeutischen Kommunikationstrainings in der Angehörigengruppe nicht hinreichend beantwortet. So wurde beispielsweise eine schnelle Gruppenentwicklung zu einem soliden Team beobachtet und vermutet, dass das musikgestützte Kommunikationstraining daran einen wichtigen Anteil haben könnte – doch bewiesen ist das nicht. Es wäre interessant, dieser These in einer weiteren Angehörigengruppe mit zusätzlicher Kontrollgruppe ohne musikgestütztes Kommunikationstraining nachzugehen. Ich sehe hier, gerade im Hinblick auf das Thema der Partizipation der Angehörigen, weiteren Forschungsbedarf und möchte dieses Thema selbst weiterbearbeiten. Dazu kann ich mir meine Teilnahme in einer Forschungsgruppe vorstellen, in der auch Themen zu weiteren Doktorarbeiten anderer KollegenInnen (auch aus benachbarten Disziplinen) entstehen könnten.

Literaturverzeichnis

Ainsworth, M.D.S. (2003). Feinfühligkeit versus Unfeinfühligkeit gegenüber den Mitteilugen des Babys. In K.E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg), *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie und Forschung.* (S.414–421). Stuttgart: Klett Cotta.

Alheit, P., Page, K. & Smilde, R. (2015). *Musik und Demenz. Das Modellprojekt „Music for Life" als innovativer Ansatz der Arbeit mit Demenzkranken.* Gießen: Psychosozial-Verlag.

Als, H. (1986). A synactive model of neonatal behavioral organization. Framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for the support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. In J. K. Sweeny (Ed.), *The high-risk neonate: developmental therapy perspectives* (S. 3-53). New York: Haworth Press.

Argstatter, H., Hillecke, T. K., Bradt, J. & Dileo, C. (2007). Stand der Wirksamkeitsforschung – Ein systematisches Review musiktherapeutischer Metaanalysen. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin 28 (1),* S. 39–61.

Auch-Johannes, I. & Weymann, E. (Hrsg.). (2015). *Klangbrücken. Musiktherapie in der häuslichen Versorgung von Menschen mit Demenz – ein Leitfaden für die Praxis.* Frankfurter Texte zur Musiktherapie, 6. Wiesbaden: Reichert.

Baker, F.A., Grocke, D. & Pachana, N.A. (2012). Connecting through music: A study of a spousal caregiver-directed music intervention designed to prolong fulfilling relationships in couples where one person has dementia. *Australien Journal of Music Therapy, Volume 23, 4–21.*

Baker, F.A., Stretton-Smith, P., Clark, I.N., Tamplin, J. & Lee, Y.-E.C. (2018). A Group Therapeutic Songwriting Intervention for Family Caregivers of People Living With Dementia: A Feasibility Study With Thematic Analysis. Frontiers in Medicine: Geriatric Medicine, DOI: 10.3389/fmed.2018.00151

Bernard, H.R. & Ryan, G.W. (2010). *Analyzing qualitative data. Systematic approaches.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Bowlby, J. (2001). *Frühe Bindung und kindliche Entwicklung.* (4. Aufl.). München: Reinhardt.

Brazelton, T.B. (1973). *Neonatal Behavioral Assessment Scale*. Clinics in Developmental Medicine, 50*.* Philapelphia: J.B. Lippincott.

Brodaty, H., Green, A. & Koschera, A. (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions of caregivers of people with dementia. *Journal oft the American Geriatrics Society, 51 (5),* S. 657–664.

Brotons, M. & Pickett-Cooper, P. (1996). The effects of music therapy intervention on agitation behaviors of Alzheimer´s disease patients. *Journal of Music Therapy, 33 (1)*, 2–18.

Brotons, M. (2003). Literaturüberblick zum Thema Musiktherapie bei Menschen mit dementiellen Erkrankungen. In D. Aldridge (Hrsg.), Music Therapy World: Musiktherapie in der Behandlung von Demenz (S. 31–56). Norderstedt: Books on Demand.

Brotons, M. & Marti, P. (2003). Music Therapy with Alzheimer´s Patients and Their Familiy Caregivers: A Pilot Project. *Journal of Music Therapy, 40*, 138–150.

Casby, J. & Holm, M. (1994). The effect of music on repetitive disruptive vocalizations of persons with dementia. *American Journal of Occupational Therapy, 48 (10),* 883–889.

Chang, Y.S., H., Chu, H., Yang, C.Y., Tsai, J.-C., Chung, M.H., Liao, Y.M., Chi, M.J., Liu, M.F. & Chou, K.R. (2015). The efficacy of music therapy for people with dementia: Ameta-analysis of randomised controlled trials. Journal of Clinical Nursing, 24, S. 3425–3440. http://dx.doi: 10111/jocn.12976

Dehm-Gauwerky, B. (2006). *Inszenierungen des Sterbens – innere und äußere Wirklichkeiten im Übergang. Eine psychoanalytische Studie über den Prozess des Sterbens anhand der musiktherapeutischen Praxis mit altersdementen Menschen.* Marburg: Tectum Verlag.

DGPPN, DGN (Hrsg.). (2017). S3-Leitlinien Demenzen. Berlin: Springer-Verlag.

Dürrmann, P. (Hrsg.). (2001). *Besondere stationäre Dementenbetreuung.* Hannover: Vincentz.

Dürrmann, P. (Hrsg.). (2005). *Besondere stationäre Dementenbetreuung II. Konzepte, Kosten, Konsequenzen.* Hannover: Vincentz.

Durepos, P., Sussman, T., Ploeg, J., Akthar-Danesh, N., Punia, H. & Kaasalainen, S. (2018). What Does Death Preparedness Mean for Family Caregivers of Persons With Dementia? *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 1–11.

Fang, R., Shengxuan, Y., Huangfu, J. & Cakimag, D.P. (2017). Music therapy is a potential intervention for cognition of Alzheimer´s Desease: a mini-review. Translational Neurodegeneration 6: 2, DOI 10.1186/s40035-017-0073-9.

Flick, U. (2002). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung.* Reinbek: rowohlt.

Flick, U. (2016). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung.* Hamburg: rowohlt.

Förstl, H. (Hrsg.). (2009). *Demenzen in Theorie und Praxis.* Heidelberg: Springer.

Gitlin, L., Belle, S.H., Burgio, L., Czaja, S.J., Mahony, D., Gallagher-Thompson, D. et al. (2003). Effect of multicomponent intervention on caregiver burden and depression.: The REACH multisite initiative at 6-month follow-up. *Psychology and*

Aging, 18 (3), S. 361–374.

Gold, C. & Stegemann, T. (2014). Musiktherapeutische Forschung – Methoden und aktuelle Entwicklungen. In T. Stegemann & E. Fitzthum (Hrsg.), *Wiener Ringvorlesung Musiktherapie* (S. 111–129). Wien: Praesens.

Grossmann, K.E. (1997). Bindungserinnerungen und adaptive Perspektiven. In G. Lüer & U. Lass (Hrsg.), *Erinnern und Behalten. Wege zur Erforschung des menschlichen Gedächtnisses.* (S. 321–337). Göttingen: Vandenhoek & Ruprecht.

Grossmann, K. & Grossmann, K.E. (2004). *Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Haberstroh, J. & Pantel, J. (Hrsg.). (2012). *Demenz psychosozial behandeln. Psychosoziale Interventionen bei Demenz in Praxis und Forschung*. Heidelberg: AKA.

Haberstroh, J., Neumeyer, K. & Pantel, J. (2015). *Kommunikation bei Demenz. TANDEM Trainingsmanual.* 2. Auflage. Berlin: Springer-Verlag.

Hillecke, T. & Wilker, F. (2007). *Ein heuristisches Wirkfaktorenmodell der Musiktherapie.* Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin, 28 (1), S. 62–85.

Hüther, G. (2003). Die Bedeutung emotionaler Sicherheit für die Entwicklung des menschlichen Gehirns. DVD 437D. Auditorium.

Kehl, T. (2016). Zur Evidenz von Musiktherapie bei Alzheimer Demenz. In *Musiktherapeutische Umschau, Bd. 37, Heft 3,* S. 262–273.

Keller, B., Klären, C. & Pfefferle, U. (2006). Musik auf Rädern GbR – ambulante Musiktherapie. Gründung und Etablierung eines Dienstleistungsunternehmens und Erfahrungen aus der musiktherapeutischen Arbeit mit alten Menschen. In Schirmer, H (Hrsg.), *Jahrbuch der Musiktherapie,* 2, S. 9-34. Wiesbaden: Reichert.

Kitwood, T. (2007). *Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten alten Menschen.* Bern: Huber.

Klímová, B., Kuča, K. & Vališ, M. (2019). Music Therapy in the Management of Dementia. Current Psychiatry Reviews. Faculty of Informatics and Management, University of Kralove.

Körber, A. (2007). Die Anwendung des EBQ-Instruments zur Einschätzung der Beziehungsqualität in der Einzelmusiktherapie im Bereich Psychosomatik und Psychotherapie anhand von Spielszenen. Vergleichende Untersuchung interpersonalen Verhaltens in Fremd- und Selbsteinschätzung (EBQ, OPD-2,IIP). Diplomarbeit am TIW- Musiktherapiezentrum der Universität der Künste, Berlin.

Körber, A. (2009). Beziehungsqualität in der Musiktherapie mit Psychotherapiepatienten. *Musiktherapeutische Umschau, 30*, S. 322–337.

Koger, S., Chapin, K. & Brotons, M. (1999). Is music therapy an effective

intervention for dementia? A meta-analytic review of literature. *Journal of Music Therapy, 36 (1)*, S. 2–15.

Kruse, A. (2012). Die Lebensqualität demenzkranker Menschen erfassen und positiv beeinflussen – eine fachliche und ethische Herausforderung. In: Deutscher Ethikrat (Hrsg.), *Demenz – Ende der Selbstbestimmung. Tagungsdokumentation. Vorträge der Tagung des Deutschen Ethikrates 2010.* Berlin. S. 27–50.

Kuckartz, U. (2012). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung.* Weinheim: Beltz Juventa.

Mahnke-Heiden, C. (2011). Improvisieren mit demenziell erkrankten alten Menschen. *Musiktherapeutische Umschau, 32,* S. 40–46.

Mayring, P. (1993). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken.* (2.erw. Auflage). München: Psychologie Verlags Union.

Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken.* (8. Auflage). Weinheim: Beltz.

McDermott, O., Crellin, N., Ridder, H.M. & Orrell, M. (2012). Music therapy in dementia: a narrative synthesis systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry 2012, oct 18*, E-pub.

McDermott, Orrell, M. & Ridder, H.M. (2014). The importance of music for people with dementia: the perspectives of people with dementia, familiy carers, staff and music therapists. *Aging of Mental Health,18, No.6,* 706-716, http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.875124

McDermott, O., Ridder, H.M., Baker, F.A., Wosch, T. Ray, K. & Stige, B. (2018). Indirect Music Therapy and Skill-sharing in Dementia Care. Journal of Music Therapy. Verfügbar unter http://mc.manuscriptcentral.com/jmt

Musiktherapie Institut Rendsburg (Hrsg.). (2003). *Dokumentation Projekt Abschiedsmusik. Tagung am 24.04.2003 in Rendsburg. Musiktherapie zur Qualitätsverbesserung in der Pflege im Alltag. Altenhilfestrukturen der Zukunft.* Rendsburg: Musiktherapie Institut Rendsburg.

Muthesius, D. (2010). *„Haus-Musik" für Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen. Abschlussbericht eines Modellprojekts. Dokumentation zur Musiktherapie.* Berlin: Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft.

Muthesius, D., Sonntag, J., Warme, B. & Falk, M. (2010). *Musik – Demenz – Begegnung. Musiktherapie für Menschen mit Demenz.* Frankfurt: Mabuse.

Muthesius, D. (2018). S3 Leitlinien Demenzen und die darinnen abgebildete Musiktherapie. In: *Musiktherapeutische Umschau, Bd. 39, Heft 3,* S. 267–270.

Pinquart, M. & Sörensen, S. (2002). Interventionseffekte auf Pflegende Dementer und andere informelle Helfer: Eine Metaanalyse. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 15*, 85–100.

Raglio, A., Bellelli, G., Mazzola, P., Bellandi, D., Giovagnoli, A.R., Farina, E., Stramba-Badiale, M., Gentile, S., Gianelli, M.V., Ubezio, M.C., Zanetti, M. & Trabucchi, M. (2012). Music, music therapy and dementia: A review of literature and the recommendations oft the Italien Psychogeriatric Association. Journal Homepage. Verfügbar unter: http://www.elsevier.com/locate/maturitas

Ray, K., Dassa A., Maier, J., Davis, R. & Ogulande, O. (2016). Caring for Individuals with Dementia on a Continuum: An Interdisciplinary Approach Between Music Therapy and Nursing. http://dx.doi.org/10.5772/00000

Rechtien, W. (2007). *Angewandte Gruppendynamik. Ein Lehrbuch für Studierende und Praktiker.* Weinheim: Beltz.

Ridder, H.M. (2011). Einzelmusiktherapie bei Demenz: Cueing, Regulierung und Validation. In T. Wosch (Hrsg.), *Musik und Alter in Therapie und Pflege* (S. 178—188). Stuttgart: Kohlhammer.

Romero, B. (2004). Selbsterhaltungstherapie: Konzept, klinische Praxis und bisherige Ergebnisse. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 2004, 17,* S. 119–34.

Sánchez, A., Maseda, A., Marante-Moar, M.P., de Labra, C., Lorenzo-López, L. & Millán-Calent, J.C. (2016). Comparing the effects of multisensory stimulation and individualized music sessions on elderly people with severe dementia: a randomized controlled trial. *Journal of Alzheimer´s Disease, 52 (1),* 303-315.

Schall, A., Haberstroh, J., Auch-Johannes, I., Weymann, E., Kolling, E., Knopf, T. & Pantel, J. (2010). Zeitreihenanalyse musiktherapeutischer Effekte auf die Kommunikationsfähigkeit und das Wohlbefinden bei fortgeschrittener Demenz (Forschungsprojekt *Klangbrücken*). Abstract-CD des DGPPN-Kongresses 2010, 24.-27. November 2010 in Berlin.

Schall, A. (2012). *Zeitreihenanalyse musiktherapeutischer Effekte bei fortgeschrittener Demenz.* Berlin: logos.

Schumacher, K. (2000*). Musiktherapie und Säuglingsforschung. Zusammenspiel. Einschätzung der Beziehungsqualität am Beispiel des instrumentalen Ausdrucks eines autistischen Kindes.* (2., durchgesehene Auflage). Frankfurt: Peter Lang.

Schumacher, K., Calvet, C. & Reimer, S. (2011). *Das EBQ-Instrument und seine entwicklungspsychologischen Grundlagen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Smilde, R., Page, K. & Alheit, P. (2014). *While the Music Lasts: On Music and Dementia.* (2014). Utrecht: Eburon Academic Publishers.

Sonntag, J. (2004). Entwicklung und Konzeption der Musiktherapie bei pflegen & wohnen in Hamburg. In Universität von Luxemburg (Hrsg.). *CD-Rom zum 1. internationalen Symposium für Musik in der Kommunikation mit älteren Menschen.* Colpach: Universität von Luxemburg.

Sonntag, J. (2013). *Demenz und Atmosphäre.* Frankfurt: Mabuse.

Sroufe, L.A. (1997). *Emotional Development: The organization of emotional life in the early years.* Cambridge: Cambridge University Press.

Stern, D.N. (2007). *Die Lebenserfahrung des Säuglings.* (9., erweiterte Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.

Strübing, J. (2016). *Qualitative Sozialforschung. Eine komprimierte Einführung.* (2. Auflage). München: De Gruyter.

Sung, H.C., Lee, W.L. Li, T.L. & Watson, R. (2012). A Group Music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 27 (6),* S. 621-627.

Taulbee, L. R. & Faulsom, J. C. (1966). Reality orientation for geriatric patients. *Hospital and Community, 17*, 133–135.

Trainor, H. (2019). Effects of Using Music Therapy for Patients Suffering from Dementia. *Health Care Manag (Frederick*), 206–210. doi:1097/HCM/000000000000276

Trondalen, G. (2006). „Bedeutsame Momente“ in der Musiktherapie bei jungen Menschen mit Anorexia Nervosa. *Musiktherapeutische Umschau, 27, 2, S.* 130–143.

Tuckman, B. (1965). Developmental sequences in small groups. *Psychological Bulletin, 63,* S.384–399.

Tuckman, B. & Jensen, M.A.C. (1977). Stages of small group development revisted. *Group and Organizational Studies, 2,* 419–427.

Vanderark, S., Newman, I, & Bell, S. (1983). *The effects of music on participation on quality of life oft the elderly. Music Therapy, 3 (1)*, 71–81.

van der Steen, J.T., Samling, H.J.A., van der Wouden, J.C, Bruinsma, M.S, Scholten, R.J.P.M., Vink, A.C. (2018). Music-based therapeutic interventions for people with dementia (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 7. Art.No.: CD003477.

Warme, B. (2005). Musiktherapie als Gruppenpsychotherapie mit an Demenz erkrankten Menschen – Darstellung relevanter Interventionstechniken. Diplomarbeit Universität der Künste, Berlin.

Warme, B. (2007). Musiktherapie als Gruppenpsychotherapie mit an Demenz erkrankten Menschen – Darstellung relevanter Interventionstechniken. *Musiktherapeutische Umschau, 27, Heft 4,* S. 329–339.

Warme, B. & Steinert, B. (2011). Beziehungsqualität in der Musiktherapie mit Menschen mit Demenz. In T. Wosch (Hrsg.), *Musik und Alter in Therapie und*

Pflege. Grundlagen, Institutionen und Praxis der Musiktherapie im Alter und bei Demenz. (S. 101–113). Stuttgart: Kohlhammer.

Weymann, E. (2004). *Zwischentöne. Psychologische Untersuchungen zur musikalischen Improvisation.* Gießen: Psychosozial-Verlag.

Weymann, E. (2009). Improvisation und Musiktherapie. In: H.-H.Decker-Voigt/ E. Weymann, *Lexikon Musiktherapie.* Göttingen: Hogrefe.

Weymann, E. & Auch-Johannes (2011). Klangbrücken – Musiktherapie in der häuslichen Versorgung für Menschen mit Demenzerkrankungen. In T. Wosch (Hrsg.), *Musik und Alter in Therapie und Pflege. Grundlagen, Institutionen und Praxis der Musiktherapie im Alter und bei Demenz* (S. 189–197). Stuttgart: Kohlhammer.

Wied, T.S., Knebel, M., Tesky, V. & Haberstroh, J. (2019). The Human Right to Make One´s Own Choices – Implications for Supported Decision-Making in Persons With Dementia. *European Psychologist 24 (2),* 146–158.

Wilz, G., Adler, C. & Gunzelmann, T. (2001). *Gruppenarbeit mit Angehörigen von Demenzkranken. Ein therapeutischer Leitfaden.* Göttigen: Hogrefe.

Wojnar, J. (2007). *Die Welt der Demenzkranken. Leben im Augenblick.* Hannover: Vincentz Network.

Wormit, A.F., Bardenheuer, H.J. & Bolay, H.V. Aktueller Stand der Musiktherapie in Deutschland. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin 28 (1),* S. 10–19.

Wormit, A.F., Hillecke, T., von Moreau, D. & Diener, C. (2020). *Musiktherapie in der geriatrischen Pflege. Ein Praxisleitfaden.* München: Reinhardt.

Wosch, T. (Hrsg.), (2011). *Musik und Alter in Therapie und Pflege. Grundlagen, Institutionen und Praxis der Musiktherapie im Alter und bei Demenz*. Stuttgart: Kohlhammer.

Quellenangabe der Zitate

Aufgelistet werden Zitate **(Z)** aus Protokollen und Notizen von Musiktherapiestunden, Angehörigenabenden und Interviews, sofern die Herkunft nicht bereits im Text angegeben wurde.

(Z 1) von S. 54 / Fr. Schwan / in den letzten Musiktherapiestunden / Protokoll
(Z 2) von S. 54 / Frau Schwan / 8. Musiktherapiestunde / Protokoll
(Z 3) von S.54 / Frau Schwan / 19. Musiktherapiestunde / Protokoll
(Z 4) von S. 61 / Frau Galbert / Interview, S. 288
(Z 5) von S. 69 / Herr Bayer / 2. Video / Protokoll
(Z 6) von S. 70 / Herr Bayer / in mehreren Musiktherapiestunden / Protokolle
(Z 7) von S. 71 / Herr Bayer / in mehreren Musiktherapiestunden / Protokolle
(Z 8) von S. 72 / Herr Bayer / in mehreren Musiktherapiestunden / Protokolle
(Z 9) von S. 75 / Frau Strauch / Erstkontakt / Protokoll
(Z 10) von S. 77 / Frau Strauch / 6. Und 7. Musiktherapiestunde / Protokolle
(Z 11) von S. 77 / Frau Strauch / 20. Musiktherapiestunde / Protokoll
(Z 12) von S. 86 / Herr Stetter / 24. Musiktherapiestunde / Protokoll
(Z 13) von S. 90 / Frau Oestrich jun. / Interview, S. 291
(Z 14) von S. 90 / Frau Oestrich jun. / Interview, S.291
(Z 15) von S. 91 / Frau Berger / Interview, S. 295
(Z 16) von S. 91 / Frau Berger / Interview, S. 297
(Z 17) von S. 92 / Herr Strauch jun. / Interview, S. 302
(Z 18) von S. 92 / Herr Strauch jun. / Interview, S. 299
(Z 19) von S. 92 / Herr Strauch jun. / Interview, S 302
(Z 20) von S. 93 / Herr Stetter jun. / Interview, S. 305
(Z 21) von S. 93 / Herr Stetter jun. / Interview, S. 304
(Z 22) von S. 115 / Herr Schwan / 1. Angehörigenabend / Protokoll
(Z 23) von S. 121 / Frau Galbert / 11. Angehörigenabend / Protokoll
(Z 24) von S. 126 / Frau Oestrich jun. / Interview, S. 291
(Z 25) von S. 127 / Herr Strauch jun. /Interview, S. 299
(Z 26) von S. 127 / Herr Schwan / 4. Angehörigenabend / Protokoll
(Z 27) von S. 127 / Herr Strauch / Interview, S. 300
(Z 28) von S. 128 / Frau Oestrich jun. / letzter Angehörigenabend / Protokoll
(Z 29) von S. 128 / Frau Galbert / letzter Angehörigenabend / Protokoll
(Z 30) von S. 131 / Herr Schwan / Interview, S. 281
(Z 31) von S. 135 / Frau Oestrich jun. / Interview, S. 293
(Z 32) von S. 136 / Herr Schwan / Interview, S. 285
(Z 33) von S. 137 / Frau Berger / Interview, S. 296

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle Nr. 1: Die PatientInnen im Überblick (Seite 25)

Tabelle Nr. 2: Die EBQ-Modi in den Videos (Seite 119)

Verzeichnis der Arbeitsmaterialien

Musikinstrumente für die Hausbesuche (Auswahl)

Gitarre, Glockenspiel, Sopran-Xylophon, Metallophon, Ocean Drum, Kalimba, Bordun-Kantele, verschiedene Flöten, Djembe, Schlitztrommel, Tambourin, Rainmaker, verschiedene Kleinperkussionsinstrumente, Stimme, Körper

Videokamera

Panasonic Modell SDR-H 280 mit integrierter Festplatte

Inga Auch-Johannes

Lebenslauf

- **Persönliche Angaben**

Geburtsdatum und -ort:	09 . Juni 1953 in Braunschweig
Staatsangehörigkeit:	deutsch
Familienstand:	verheiratet mit Dr. rer. nat. Konrad Auch
Kinder:	Tibor-Florestan Pluto und Dr. med. Naja-Norina Pluto
Eltern:	Lieselotte Johannes, geb. Büttner (†) und Dr. rer. nat. Heinrich Johannes (†)

- **Schulbildung**

1969–1972	Herder-Gymnasium in Frankfurt am Main (Abschluss Abitur)
1964–1969	Gymnasium Ricarda-Huch in Braunschweig
1960–1964	Grundschule Franz´sches Feld in Braunschweig

- **Studium**

2007–2020	Promotionsstudium am Institut für Musiktherapie an der Hochschule für Musik und Theater Hamburg
2002–2005	Masterstudium Musiktherapie an der Fachhochschule Frankfurt am Main (Abschluss Master of Arts)
1978-1982	Studium Musikwissenschaft an der J.-W.-von-Goethe-Universität Frankfurt am Main (Abschluss Ergänzungsprüfung)
1972-1978	Studium Musikpädagogik (Abschluss Erstes Staatsexamen für Lehramt an Grund-, Haupt- und Realschulen)

- **Weiterbildungen (Auswahl)**

2009-2010	Weiterbildung „Emotionale Beziehungsqualität (EBQ)“am Institut für Musiktherapie Berlin (Zertifikat)
1995–1997	Berufsbegleitender Lehrgang „Rhythmische Erziehung“ an der Akademie Trossingen (Zertifikat)

- **Berufspraxis**

seit 2010	Musiktherapie und Coaching in eigener Praxis
2003–2010	Musiktherapie in Werkstätten für behinderte Menschen und in Seniorentagespflegestätten
1988–2010	Leitung der Musikschule der Gemeinde Kahl am Main
1986–1989	Stellvertretende Leitung der Musikschule Mühlheim am Main
1975–1986	Lehraufträge für Klavier und Musiktheorie an Musikschulen

- **Mitgliedschaften (Auswahl)**

Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V.

- **Veröffentlichungen als (Mit-)Herausgeberschaft**

Johannes-Pluto, I., Pfaff, F., Hasselberg, B. & von Grüner, W. (1997). *Musik praktisch erfahren: Ein Elementarkurs für Erwachsene.* Kassel: Bosse.

Weymann, E. & Auch-Johannes, I. (2011). Klangbrücken – Musiktherapie in der häuslichen Versorgung für Menschen mit Demenzerkrankungen. In T. Wosch (Hrsg.), *Musik und Alter in Therapie und Pflege. Grundlagen, Institutionen und Praxis der Musiktherapie im Alter und bei Demenz* (S. 189–197). Stuttgart: Kohlhammer.

Auch-Johannes, I. & Weymann, E. (Hrsg.). (2015). *Klangbrücken. in der häuslichen*

Versorgung von Menschen mit Demenz – ein Leitfaden für die Praxis. Frankfurter Texte zur Musiktherapie, 6. Wiesbaden: Reichert.

Erklärung

Hiermit versichere ich, die vorliegende Arbeit selbständig verfasst, die wörtlich oder inhaltlich aus anderen Quellen entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht und die Inanspruchnahme persönlicher Hilfe namentlich aufgeführt zu haben.

Winsen (Luhe), im Mai 2020

Anhang

I. Videoszenen von den sechs Patienten und Patientinnen **Seite 178**

II. Interviews mit den sechs Angehörigen **Seite 280**

I. Videoszenen der sechs Patienten und Patientinnen

Frau Schwan (Patientin Nr. 1)

Video 1 (1. Stunde)

V1 Szene 1 (00:07-00:50) *Ich weiß erst ´mal gar nicht, worum´s geht*

Einführung
Frau Schwan ist meine erste Patientin im Forschungsprojekt. Zur ersten Musiktherapiestunde habe ich mehrere Instrumente mitgebracht und auf dem Wohnzimmertisch vor Frau Schwan ausgelegt. Ich setze mich mit der Gitarre zu ihr und erwidere ihr freundliches Lächeln. Frau Schwan ist neugierig, aber auch etwas aufgeregt, genauso wie ich.

Darstellung
"Was habe ich alles mitgebracht?", frage ich Frau Schwan, als ich mich mit der Gitarre zu ihr setze. Aber sie scheint die Instrumente vor ihr auf dem Tisch nicht wahrzunehmen und antwortet: "Ich weiß erst ´mal gar nicht, worum´s geht." Ich schlage ihr vor, Musik zu machen, und sie stimmt zu. Die ersten, einleitenden Gitarrenakkorde erklingen, Frau Schwan blickt kurz lächelnd in Richtung Kamera und wendet sich dann lächelnd und nickend mir zu. Ich beginne das Volkslied *Horch, was kommt von draußen ´rein* zu singen. Frau Schwan hat das Lied nach zwei Sekunden erkannt, singt mit und patscht dazu mit den Händen auf ihre Oberschenkel. Durch ihre Textlücken im gemeinsamen Singen läßt sie sich nicht irritieren. So singt sie teilweise andere Silben und Laute und hängt mit ihrem Blick an meinen Lippen. Sie ist fröhlich und wiegt sich im Sessel zur Musik.

Interpretation
Meine Eröffnungsfrage zu den mitgebrachten Musikinstrumenten sollte es der Patientin ermöglichen, die Aufmerksamkeit auf die neuen Objekte zu lenken und den weiteren Verlauf der Stunde zunächst selbst zu bestimmen. Doch Frau Schwan kann die Instrumente offenbar nicht gut sehen und nimmt sie nicht wahr. Sie äussert ihre Verwirrung über meine Frage nach den mitgebrachten Sachen, doch kann der Kontakt zwischen uns erhalten bleiben, da ich in ihre Antwort ("Ich weiß erst ´mal gar nicht, worum´s geht") mit einfalle und durch nickende Zustimmung und Lächeln eine möglicherweise belastende in eine entlastende Situation umgestalte. Ich schlage vor, dass wir Musik machen, und die Patientin willigt ein und signalisiert mir auch darüber hinaus mit ihrer mir zugewandten Sitzhaltung und mit ihrem Lächeln, dass sie am Kontakterhalt interessiert bleibt.

Schnell möchte ich in ein ihr wahrscheinlich bekanntes Lied einsteigen, um ihre Aufmerksamkeit, ihr Interesse und ihre gute Stimmung trotz der anfänglichen Verwirrung zu erhalten.
Das gewählte Volkslied erweist sich als Volltreffer: Frau Schwan kennt es und steigt sofort ins Mitsingen ein. Ihr Singen, Patschen und Sich-Wiegen zeigen ihre ganze Konzentration und freudige Hingabe. Sie akzeptiert mich sofort als Führende, hält intensiven Blickkontakt. Ich fühle mich erleichtert, mit ihr so schnell in einen heiteren, musikalischen Kontakt gelangt zu sein, aber ich fühle auch Verantwortung, sie über die Klippen ihrer Textlücken unbeschwert mitnehmen zu können. Das gelingt, da Frau Schwan den Blickkontakt hält, die eine oder andere fehlende Textstelle von mir abliest oder selbst frei ergänzt. Das gemeinsame Singen erweist sich als intensives Erlebnis, bei dem Textunsicherheiten unwichtig bleiben. Wir sind auf das gemeinsame Tun fokussiert und genießen, dass die Musik uns beide trägt.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. VBQ 4, Ther. TBQ 4.)

Die Verantwortung, die ich gegenüber Frau Schwan spüre, belastet mich nicht und ich kann mich über das Gelingen eines ersten musikalischen Kontakts zu ihr freuen.

V1 Szene 2 (05:37-06:25) *Erste Vokalimprovisation*

Darstellung
Ich spiele auf der kleinen ägyptischen Trommel ein einfaches, rhythmisches Ostinato im Vierertakt, das ich ab und zu mit einem Schleifer auf der Zählzeit 2 erweitere. Frau Schwan blickt mir von Anfang an in die Augen. Schon beim zweiten *Ostinato* nickt sie zur Musik und beginnt beim fünften *Ostinato* mit Patschen auf den Schenkeln. Als ich zum tänzerischen Rhythmus zu singen beginne, setzt sie auch mit ein. Wir singen auf "Dam, dada" oder "La, la" und steigern die Dynamik. Die Melodie ist improvisiert, die Form 16taktig. Frau Schwan gestaltet diese musikalische Form sicher mit. Dabei versucht sie, auch die Melodie, die ich singe, schnell zu erfassen. Sie singt und patscht und hält fast immer Blickkontakt zu mir. In der zufälligen, zeitweilig auftretenden Zweistimmigkeit unserer improvisierten Melodie entstehen Dissonanzen, die aber nicht stören, da sie durch die markante Präsenz des Rhythmus nicht in den Vordergrund gelangen. Dort steht unser gemeinsames Singen in diesem Halt gebenden rhythmischen und formalen Modell. Es gibt zwei Durchläufe dieser 16taktigen Form, und das Ende wird von mir durch zwei Triller auf der Trommel eingeleitet, die in zwei markante Abschlussschläge münden. Auch die Schlussphase wird von Frau Schwan mitempfunden, und wir enden gemeinsam. Frau Schwan lacht.

Interpretation
Ich hatte vorgehabt, die Patientin behutsam für die mitgebrachten Instrumente

zu interessieren, bin aber überrascht, dass sie zeigt, dass sie nicht vornehmlich an der kleinen Trommel sondern am gemeinsamen Singen mit mir interessiert ist.
Frau Schwan offenbart ihre große Musikalität. Sie möchte mit mir zusammen singen und zeigt, dass es kein ihr bekanntes Lied sein muss. Der angespielte Rhythmus und mein beginnendes freies Singen motivieren sie zum Miteinsteigen. Dass dies kein ihr bekanntes Lied ist sondern eine Melodie, die gerade entsteht, scheint ihr überhaupt nicht bewusst zu sein. Dadurch gelangt sie auch gar nicht zu der Überlegung, etwas "Richtiges" oder "Gutes" produzieren zu wollen, das sie möglicherweise in ihrem Ausdruck hätte hemmen können.
Ich erinnere mich beim Musizieren, wie Frau Schwan beim Erstgespräch traurig und verzweifelt war, als sie mir ihre nachlassenden verbalen Fähigkeiten schildern wollte. Jetzt freue ich mich, mit dieser kleinen Improvisation so schnell einen Spielraum gefunden zu haben, in dem sie sich so sicher unbeschwert bewegen kann. Wird uns die Vokalimprovisation vielleicht für längere Zeit beschäftigen und bei zu erwartender Progredienz ihrer Krankheitssymptomatik einen wichtigen und fröhlichen Kontaktweg darstellen können?
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. VBQ 4, Ther. TBQ 4. Es ist das dialogische Potenzial eines Modus 5 zu erspüren, ein bewusstes, gegenseitiges Übernehmen von Motiven findet aber nicht statt.)

V1 Szene 3 (12:16-14:00) *Noch mehr*

Darstellung
Ich zeige der Patientin das *Glockenspiel* und stelle es vor sie hin. Die Patientin beginnt sogleich, mit ihren flachen Hände wie zum Patschen über dem Instrument auf und nieder zu wippen ohne das *Glockenspiel* zu berühren. Dazu summt sie. Mit ihren Händen gibt sie ein Metrum und mit ihrem Summen ein Motiv vor. Beides greife ich auf, summe kurz mit und spiele dann von meinem Platz über Eck aus eine improvisierte Melodie. Unser Summen beenden wir, als meine Melodie auf dem Glockenspiel erklingt, aber Frau Schwans federnde Bewegung der Hände geht weiter.
Frau Schwan blickt erst nach unten zum Instrument, dann lächelnd in Richtung Kamera (wo ihr Mann sitzt) und von da aus zu mir. Sie lächelt und formuliert: "Das ist ja...". Es gefällt ihr. Und wieder wechselt ihr Blick in mein Gesicht, zu ihrem Mann, wieder länger zu mir. Mal lächelnd genießend, mal konzentriert und auf eine möglichst synchrone Abstimmung mit meinem Spiel bedacht.
Der Schluss bahnt sich an. Ich baue in unseren metrischen Gleichschritt eine Unregelmäßigkeit ein, indem ich die Notenwerte der letzten drei Töne verlängere. Frau Schwan schlägt beim ersten Ton den Takt durch, beim zweiten Ton die ersten drei von vier Schlägen. Zum letzten Ton drehe ich den Kopf zu ihr und hebe den Arm ein Stück. Auch Frau Schwan hebt die Hände höher, wir halten auf diese Weise gemeinsam den verklingenden Ton und schauen einander an.
Mit einem kurzen Auflachen beende ich unseren gemeinsam Schluss, dann lässt Frau Schwan ihre Hände mit einem Klatscher auf ihre Oberschenkel fallen.

Frau Schwan möchte, dass die Musik weitergeht: Sie hebt die Hände, murmelt: "Hätt´ich doch noch" und blickt mich erwartungsvoll an. Dann nickt sie mir auffordernd zu und möchte mich zum Weiterspielen ermuntern. Ich beende ihren Satz: "Hätten Sie noch weitergemacht lieber", und setze zum Spielen an. Die Patientin bestätigt das, und wir spielen weiter. Diesmal gestalte ich den Schluss mit einem aufspringenden Motiv, das meine Hand aufgrund meiner Sitzpositzion zu Frau Schwan über Eck in eine Bewegung führt, die rechts von ihr liegt. Frau Schwan möchte diese Bewegung mitvollziehen und wendet sich mit leichter Verunsicherung nach rechts. Ich stoppe meine Hand vor ihr oben, um ihr in Ruhe die Orientierung zu erleichtern und führe Frau Schwan mit meinen absteigenden Tönen zum Schluss. Frau Schwan versucht konzentriert, hörend und sehend mit meinen Spielbewegungen mitzugehen. Wir gestalten den Schluss gemeinsam, sie nickt mir zu: "Schön!".

Interpretation

Die Patientin sieht in dem neuen Instrument die Möglichkeit, noch mehr Musik zu hören und beginnt mit den federnden Bewegungen. Ich freue mich über ihre Initiative und möchte mit meiner ihrem Summen ähnlich beginnenden Melodie ihrem Einfall nahe sein. Mir kommt in den Sinn, dass wir gemeinsam über eine Brücke (Klangbrücke) spazieren. Den Schluss leite ich ein, traue ich ihr einen längeren, gemeinsamen Weg in der ersten Musiktherapiestunde nicht zu? Bin ich neugierig, ob wir auch einen nicht verabredeten Schluss gemeinsam gestalten können? Beide Aspekte spielen eine Rolle: Ich bin sehr erstaunt über die gelungene Kontaktaufnahme in einer ersten Musiktherapiestunde und möchte sie nicht weiter ausdehnen und vielleicht in bloßem rhythmischen Tun der Patientin verflachen lassen. Und ich möchte herausfinden, ob wir die Spannungsveränderung einer Schlussgestaltung gemeinsam erleben und zusammen "ankommen" können.

Mit meinen verlängerten Schlusstönen verlangsame ich meine Melodie scheinbar, ich "gehe nicht mehr neben ihr im Gleichschritt", und ich mute ihr etwas zu. Sie bewältigt diese Herausforderung durch Hören der Veränderung in der Musik und Beobachten meiner langsamen, mit großer Bewegung ausgeführten Schläge auf dem *Glockenspiel*, denen sie ihre eigene Bewegung der Hände anpasst.

Die Patientin vermag es, mir ihren Wunsch mitzuteilen, erneut in die Musik einzusteigen: verbal, mit ihrem Blick und dem auffordernden Nicken.

Nach kurzem Zusammenspiel leite ich wieder die Schlussphase ein und die Patientin zeigt, wie sehr sie meine Bewegungen mit den Richtungswechseln beobachtet und nachahmen will. Sie zeigt sich dabei konzentriert hörend und beobachtend. Wieder erreichen wir gemeinsam den Schluss. Ihr Erleben teilt sie mir mit dem Wort "schön" mit.

In dieser Szene mit zwei Musikteilen sind wir in Interattentionalität verbunden. Unsere Affekte sind von Neugier auf die Beziehung zum Anderen gekennzeichnet. Es kommt auch schon mehmals zum Lächeln als Ausdruck einer positiven Stimmung, und Patientin und Therapeutin fühlen sich miteinander wohl. Eine Interaktivität ist erst am Entstehen und zeigt noch keine dialogischen Bezüge. Doch es

gibt schon eine gemeinsame Formfindung. Unsere Beziehung befindet sich erst im Aufbau und kann noch nicht tragfähig sein.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4 mit Peak zu 5: Pat. KEBQ 4 mit Peak zu 5, Ther. TBQ 4 mit Peak zu 5.)
Video 2 (5.Stunde)

Einführung
Der pflegende Ehemann, Herr Schwan, berichtet, dass sich seine Frau an die Musiktherapie erinnert, wenn er sie erwähnt. Auch freut sie sich schon im Vorfeld auf mein Kommen.
Aufgrund von Fr. Schwans (fein)motorischen Schwierigkeiten haben sich in den vergangenen Stunden die kleinen Perussionsinstrumente *Chicken Shakes* bei ihr bereits bewährt. Sie liegen angenehm in der Hand und sind durch einfache Schüttelbewegungen zum Klingen zu bringen. Frau Schwan mag diese kleinen Musikinstrumente gern.

V2 Szene 1 (05:09-06:01) *Ein Ei in der Hand*

Darstellung
"Was ist das?" frage ich die Patientin und halte ihr zwei *Chicken Shakes* hin, die ich anspiele. "Ja, ich muss ´mal gucken", antwortet Frau Schwan und richtet den Blick auf die Instrumente. Ich singe den Refrain von *Aus grauer Städte Mauern*: "Halli, Hallo, wir fahren...!", und die Patientin singt sofort mit. Ich spiele die *Chicken Shakes* vor ihr, abwechselnd und auch zusammen, und Frau Schwan schaut hin. Sie hat ihre Hände übereinander auf ihr Knie gelegt und begleitet unser Singen mit dem Tippen ihrer rechten Hand.
Nach dem Refrain biete ich ihr ein "Ei" an. Frau Schwan möchte eines haben und bedankt sich. Ein zweites angebotenes lehnt sie ab. Sie wechselt das Instrument von der linken in die rechte Hand, und dann singen und spielen wir zusammen. Den Text kann sie noch stückweise und die Melodie ganz sicher. Die Pause im Refrain, wo oft die Worte *"ohne Geld"* gesungen werden, markiere ich mit Schlägen auf der kleinen, ägyptischen Trommel, Frau Schwan deutet an diesen Stellen Worte an. Nachdem der Refrain zu Ende ist, äußere ich ein bestätigendes "Mmh-mmH" und Frau Schwan ein "Ja".

Interpretation
Den Namen des kleinen Instruments *Chicken Shake* hat sich die Patientin nicht gemerkt und auch, als sie meine Frage, ob sie ein „Ei“ haben möchte bejaht, bin ich nicht sicher, ob sie damit das ihr hingehaltene Instrument meint. (Das ist auch nicht wichtig für unser Zusammenspiel, aber ich frage sie immer wieder einmal, um mir ein Bild von ihrem Sprachverständnis zu machen. Wenn ich das Nichtwissen überspiele, werde ich die Patientin auch nicht belasten müssen.)

Das gemeinsame Singen und Wippen mit der Hand ist für die Patientin ein sicheres Terrain, entspannt und zufrieden widmet sie sich dem Refrain des Lieds.

Dabei beobachtet sie aber auch die direkt vor ihr gespielten Instrumente. Vielleicht sind noch Erinnerungen an vorangegangene Musiktherapiestunden hervorgekommen, bei denen sie selbst gespielt hat, jedenfalls scheint sie bewusst zu handeln, als sie dieses Mal ein Instrument nimmt und ein weiteres für die andere Hand ablehnt. Frau Schwan wechselt das *Chicken Shake* von der nehmenden Hand in die Spielhand und zeigt damit, dass sie eine Vorstellung hat, wie sie das Instrument handhaben will. Sie beginnt auch sofort mit mir mit dem Singen und Spielen. Ihr Blick bleibt meist auf mich gerichtet.
Meine kurzen klanglichen Wechsel zur Trommel sollen die besondere Stelle im Refrain markieren. Sie haben allerdings keine Wirkung und ich bin im Nachhinein froh, dass sie unser synchrones Miteinander nicht verringern können.
Singen, Spielen und Spielbewegungen sind auf Synchronizität ausgerichtet. Unsere kurzen Schlussbemerkungen ("Mmh-mmH" und "Ja") drücken eine Übereinstimmung unseres Affekts aus.
Wir befinden uns beide in klanglicher Abstimmung und zeigen in unseren Spielbewegung einen hohen Einschwingungsvorgang.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. IBQ 4, Ther. TBQ 4.)

V2 Szene 2 (06:59-07:55) *Singen und Sprechen*

Darstellung
Nach zwei Strophen des gemeinsam gesungenen Lieds *Und in dem Schneegebirge* summe ich noch weiter. Dann wechsele ich zum Singen auf "Na-na" und singe dann den Refrain wieder mit Text. Mit meiner Hand mit dem *Chicken Shake* spiele ich dezent im Metrum und dirigiere eher den Melodie-bogen. Frau Schwan singt auf "Ah" diese Strophe mit und blickt mich fest an. Auch ihre Hand mit dem Chicken Shake vollzieht kleine, erst zum Schluss hin mit dem gemeinsamen Riterdando größere Bewegungen. Wir nicken und sagen beide: "Mmh-mmh."
Ein Gesprächsansatz entspinnt sich. Ich nenne drei Textstellen: *"das Brünnlein", "Jungbrunnen"* und *"im Schneegebirge",* und die Patientin antwortet beim ersten Mal mit der Wiederholung des Wortes, dann mit "Ach so" und beim dritten Mal mit "Ja". "Hier ist ja kein Schneegebirge", sage ich, und Frau Schwan antwortet: "Nein. - Na, ein bisschen hatten wir."

Interpretation
Wir agieren miteinander in dichter Bezogenheit. Im Vordergrund steht ihr großer Wunsch nach Gemeinsamkeit.
Frau Schwans Satz "Na, ein bisschen hatten wir." zeigt einen eigenen, klaren Gedankengang und den Mut, ihn auszusprechen. Damit löst sie sich aus dem bloßen Nachsprechen und Bestätigen meiner Äußerungen heraus.
Frau Schwan spricht eigentlich keine ganzen Sätze mehr. In der Unterhaltung mit ihr höre ich sonst fast ausschließlich einzelne Wörter oder Zweiwortsätze. Ihre Äußerung jetzt wurde vermutlich erst möglich durch die vorangegangenen Minuten des Miteinander-Singens. Dazu gehört auch die Verlängerung des Lieds,

die sich zum Teil ohne Text und improvisatorisch vollzieht und die Patientin auf diese Weise länger in einer druckfreien Atmosphäre hält.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. VBQ 4, Ther. TBQ 4.)

V2 Szene 3 (10:08-11:49) *Frau Wirtin fegt und fegt*

Darstellung
Alle drei Stophen des Lieds *Heissa Kathreinerle* wurden soeben zur Gitarre gesungen. Die Patientin bewegt ihre angewinkelten Arme energisch zur Musik. Sie markiert so einerseits das Metrum des Lieds und ahmt andererseits meine Schlagbewegungen auf der Gitarre nach. Wir spüren beide, dass die Musik noch weiter gehen soll, und ich verlängere das Lied. Ich werde leiser, und Frau Schwan reagiert sofort. Wir improvisieren suchend kleine Motive, ich auf "La-la", die Patientin summend. Mal scheinen die letzten Worte des Lieds auf *"Fegt die Frau Wirtin den Tanzboden aus",* dann gehen sie wieder unter, tauchen ein in ein gemeinsames summendes Schwingen.
Dann entwickelt sich auf einmal ein musikalischer Dialog. Wechselseitig singen wir improvisierte Motive, die vom anderen aufgegriffen werden. Mal klar abwechselnd, mal überlagernd, was unser gemeinsames Gestalten aber nicht irritiert. Sicher und leicht schwingen und singen wir mit wohliger Unbeschwertheit.
Ich verbleibe mit der Gitarre in den Hauptdreiklängen, verändere aber in der Kadenz intuitiv die Reihenfolge der Akkorde. Frau Schwan folgt dabei den Harmoniewechseln ohne Schwierigkeiten und bleibt im musikalischen Ausdruck nah bei mir. Wenn wir lauter singen und Frau Schwans federnde Bewegungen stärker werden, klingt auch das *Chicken Shake* in ihrer Hand unwillkürlich mit.
Der Schluss wird von mir durch eine scheinbare Verlangsamung der Musik eingeleitet, indem ich die letzten Gitarrenakkorde nicht mehr durchschlage sondern nur auf die jeweils erste Zählzeit des Taktes setze. Frau Schwan schaut zu mir, nickt und lächelt zufrieden.

Interpretation
Frau Schwans große Musikalität war keinem Familienmitglied (und wahrscheinlich auch ihr selbst nicht) bewusst. Improvisiert hat sie früher nie.
Bereits im ersten Video (V1 Szene 2) beschreibe ich einen Moment, indem ich ein Potenzial zur Vokalimprovisation vermute, ohne dass es da schon zutage tritt.
In dieser Szene gelingt es, die Patientin nach dem offiziellen Ende eines Lieds noch weiter aktiv in der Musik zu halten und einen Raum anzubieten, indem sie sich singend wohlfühlt. Auf diese Weise entsteht ein Anreiz, sich mit der Stimme improvisatorisch zu betätigen. Es handelt sich dabei hier um kein bewusstes Ausdenken von Motiven, sondern um ein absichtsloses sich Fallen-Lassen und dann sich Ein-Fallen-Lassen von kleinen melodischen Ideen. Meine kurze Rückkehr zwischendurch zum Refrain macht uns deutlich, dass wir uns im Großen und Ganzen noch im bekannten Lied befinden, und sichert die für uns beide neue Situation ab. Gleichzeitig gibt sie neuen Impuls, mit weiteren Motiven in der

Improvisation fortzufahren.
Die Patientin gestaltet die Improvisation dialogisch: Sie übernimmt mehrmals meine gesungenen Motive, und sie gestaltet die Form der Improvisation mit mir gemeinsam. Den Schluss initiiere zwar *ich*, dennoch folgt sie mir nicht gezwungenermaßen, sondern erspürt sofort die Situation und gestaltet den Schluss mit mir gemeinsam.
Frau Schwans Lächeln, ihr Nicken und ihr Blick zu mir bestätigen ihr Einverständnis mit dem Schluss und ihre Zufriedenheit über das eben Erlebte.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 5: Pat. VBQ 5 , Ther. TBQ 5.)

Video 3 (11.Stunde)

Einführung
In den Musiktherapiestunden hat sich gezeigt, dass die *Chicken Shakes* Frau Schwans bevorzugte Instrumente sind. Der pflegende Ehemann hat zwei *Chicken Shakes,* eine Rührtrommel und ein buntes *Glockenspiel* für sie gekauft und ab nun ist, wenn ich den Raum betrete, schon stets der Tisch für uns musikalisch "gedeckt".

V3 Szene 1 (04:43-05:50) *Patschen vierhändig*

Einführung
Die Patientin ist guter Stimmung und gesprächsfreudig. Meistens ist es für mich leicht zu ahnen, was sie sagen möchte. Ich ergänze ihre halben Sätze beiläufig und ohne sie mit ihren sprachlichen Defiziten zu konfrontieren und spreche für sie aus, was sie sagen möchte. Frau Schwan fühlt sich verstanden.
Sie weiss, dass wir nun zur Gitarre singen werden und bringt sich zum Mitpatschen in Position. Heute pascht sie nicht auf ihre Schenkel sondern auf die Couchtischplatte. Dabei folgt sie sehr konzentriert den Bewegungen ihrer Hände.
Ich sitze neben ihr und stimme das Lied *Hab´mein Wage´vollgelade´* an, das wir gemeinsam singen.
Da es neu ist, dass die Patientin heute auf der Tischplatte mitpatscht und nicht wie sonst auf ihren Oberschenkeln, spreche ich das an: "Ist das wie eine Trommel hier?" und beginne ebenfalls auf der Tischplatte mitzupatschen, während ich das Lied noch einmal von vorn zu singen beginne. Frau Schwan sagt: "Ja" und rückt noch etwas näher zu mir. Aus dem gesungenen Text wird vorübergehend "La, la", Frau Schwan singt wie gewohnt auf "Aah".

Darstellung
Wir patschen zusammen im Metrum auf die Tischplatte und singen den Refrain des Lieds *Hab´mein Wage´vollgelade´* zuende. Nun setze ich dreimal einen markanten Schlag auf die erste Zählzeit des Taktes, mit dem Frau Schwan jedes Mal auf der dritten Zählzeit antwortet. Als sie das kurze Wechselspiel bemerkt, lacht sie kurz auf und kehrt mit dem Patschen im Metrum zurück. Ich passe mich

dem an, und wir spielen zusammen.
Frau Schwan vokalisiert dazu: "Sch, sch", was ich ebenfalls übernehme. Nun verdoppelt sie die Patscher, und ich variiere meine rhythmisch.
Ich singe einen kleinen Melodieeinfall, und die Patientin summt mit mir, während sie eifrig bemüht bleibt, mit mir gemeinsam im Patschen synchron zu bleiben. Sie reguliert sich dabei übers Ohr, und ihr Blick fixiert die Bewegungen ihrer Hände.
Ich pausiere mit dem Singen und lasse ihr einen Raum für einen eigenen stimmlichen Einfall. Frau Schwan summt nun eigene Melodien über einige Takte hinweg und variiert ihre Schläge. Ich steige wieder ein, und ein dialogisches Wechselspiel entsteht. Die Patientin zeigt ein großes Gespür für die Phrasenlänge in einer viertaktigen Form.

Interpretation
Die Szene ist ein weiteres Beispiel für das Bestreben der Patientin, mit mir zusammen Musik zu machen und lange in dem musikalischen Tun zu bleiben. Das Singen mit mir ist der ihr inzwischen vertraute Weg, aber hier biete ich ihr nach dem gesungenen Lied und dem Lied mit gemeinsamem Patschen den Übergang zu einer Improvisation an. In dieser Improvisation steht zunächst das Patschen im Vordergrund und wird dann zur rhythmischen Begleitung für ein vokales Diagologisieren. Die Patientin agiert in erster Linie vokal. Der Moment des Nur-Patschens scheint ihr ungewohnt und ruft einen kleinen Lacher hervor. Schnell äussert sie sich dazu mit dem "Sch, sch" und begibt sich damit wieder auf das vertraute Terrain einer stimmlichen Äußerung.
Es fällt auf, wie es der Patientin gelingt, unsere vokalen Äußerungen differenziert wahrzunehmen und in Motiven und in Dynamik (teils als Frage- und Antwortspiel) mit mir auszutauschen. Ihr Wunsch nach Interaktivität ist klar erkennbar. Dennoch fehlt hier die unbekümmerte Musizierfreude, wie z.B. in einer Szene einer früheren Musiktherapiestunde beschrieben (V2, Szene 3, *Frau Wirtin fegt und fegt*). Hier ist Frau Schwan sehr konzentriert darauf, mit ihrem Patschen mit mir in Abstimmung zu agieren und ihr Blick bleibt fast immer auf ihre Hände gerichtet. Sie wirkt fast ein wenig getrieben in ihrer Konzentration, und ich formuliere es so: Sie will Musik mit mir machen – und sie will es gut machen.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 5: Pat. VBQ 5, Ther. TBQ 5.)

V3 Szene 2 (16:09-17:44) *Drei in Eins*

Darstellung
Wir sind bei der Strophe *"Blau, blau, blau"* aus dem Lied *Grün,grün, grün sind alle meine Farben.* Ich sitze neben der Patientin und wende mich ihr beim Singen zu. Wir spielen beide mit *Chicken Shakes*, ich schüttele sie rhythmisch, Frau Schwan klopft sie metrisch auf die Tischplatte, und zwar genau auf ein kleines Notenblatt vor ihr. Frau Schwan blickt konzentriert auf die Instrumente in ihren Händen. Sie scheint den Text zu verstehen, denn als es heißt: *"...weil mein Schatz ein Matrose*

ist", blickt sie lächelnd zu mir auf. Wir stoppen, lachen einander an, und ich frage: "Ja?" Der Refrain wird wiederholt, dabei fällt Frau Schwan ein *Chicken Shake* aus der Hand, doch geschickt nimmt sie es wieder und schiebt auch noch das Stückchen Notenblatt wieder gerade hin.
Praktisch ohne Pause stimmt sie *Alle meine Entchen* zu summen an, und ich steige auf "La, la" mit ein. Bei einer Wiederholung schwenkt Frau Schwan nach den ersten fünf Tönen auf das Lied *Fuchs, du hast die Ganz gestohlen* um. Als ich die nächste Strophe mit Text singe und etwas lauter werde, nickt sie und singt engagiert und sogar mit deutlichen Textstellen mit mir. Nach dem Ende sie räuspert sich, und ich sage: "Ein ganz altes Lied.", und Frau Schwan bestätigt das. Sie blickt zur Kamera zu ihrem Mann und sagt stolz: "Schön. Hab´ ich jemacht! Ja?"

Interpretation
Hier werden innerhalb kuzer Zeit drei Lieder gesungen. Das erste war mein Vorschlag, das zweite der der Patientin und das dritte hat sich elegant "eingeschlichen". Wir sind beide in gutem Kontakt, und die Patientin zeigt sich flexibel: Zuerst fällt ihr ein Instrument aus der Hand, aber schnell greift sie wieder danach, und die Musik muss nicht unterbrochen werden. So motorisch geschickt hatte sie sich im Alltag nicht mehr gezeigt. Flexibilität, wenn auch wohl unbewusst, zeigt Frau Schwan bei der Verknüpfung der beiden letzten Lieder *Alle meine Entchen* und *Fuchs, du hast die Ganz gestohlen,* deren gleiche Anfangstöne einen unbewussten Wechsel begünstigen.
Die Patientin ist zufrieden mit der gemeinsamen Musik und rückversichert ihr Erleben mit Blick zu mir und zum Ehemann, der in Richtung der Kamera sitzt (Triangulierung der Wahrnehmung). Und sie ist auch stolz auf sich und kann dieses Gefühl in ihrer Schlussbemerkung verbal ausdrücken.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. VBQ 4, Ther. TBQ 4.)

Video 4 (17.Stunde)

V4 Szene 1 (01:26-02:31) *Schöne, glatte Haut*

Einführung
Frau Schwans Spache hat sich weiter verschlechtert. Gleich zu Beginn der Stunde heute möchte mir die Patientin etwas erzählen, gerät aber immer wieder ins Stocken. Ich lege die Gitarre beiseite, nehme ihre Hand und höre ihr zu. Leider kann ich sie trotz verschiedener Rateversuche nicht verstehen. Frau Schwan beschließt, erst einmal Musik zu machen ("Mit Musik geht alles besser!" ruft der Ehemann herein). Frau Schwan und ich verabreden, während der Musik noch einmal auf ihr Thema zurückzukommen. "Sie erzählen mir das nochmal, wenn wir Musik machen."
Dann biete ich ihr ihre *Chicken Shakes* an.

Darstellung
Mit den *Chicken Shakes* in den Händen beginnt die Patientin sogleich, zu singen und sich selbst mit vertikalen Schüttelbewegungen der Hände zu begleiten. Ich muss erst wieder die weggelegte Gitarre nehmen, und gerade, als ich ich nach wenigen Sekunden auch spielbereit bin, schüttelt Frau Schwan die *Chicken Shakes* zu einem Abschluss horizontal und setzt sich kurz auf der Couch zurecht. Ich greife nun ihre Melodie singend auf, doch Frau Schwan beginnt schon, ihre Instrumente auf den Tisch zu legen. Der Ehemann ruft noch, sie solle das lassen, doch Frau Schwan lässt sich nicht unterbrechen, und als die Instrumente auf dem Tisch liegen, patscht sie noch die restlichen Takte der Melodie mit und wendet sich dann mir zu. Sie deutet eine mich antippende Geste an. Jetzt ist offensichtlich der Zeitpunkt günstig, das vorhin gescheiterte Gespräch noch einmal aufzunehmen.
Sie streicht über ihr Gesicht und sagt einige Wörter, von denen ich: "hier",´was Schönes" und "gern" verstehe. Ich beende nun die Musik und ahme auch die Geste des über das Gesicht Streichens nach. "Schöne Creme?", frage ich sie, "Schön sein? Schöne, glatte Haut?", und Frau Schwan bestätigt mir, dass es das ist, was sie mir mitteilen will. Ich nehme nun wieder die Melodie von eben auf und singe dazu: "La-la", dann "Schön sein ist doch wunderbar!" und "Schöne, schöne, glatte Haut". Frau Schwan singt und patscht mit mir, dreht auch ´mal ihre ineinander verschränkten Hände zur Musik hin und her und lächelt mich selig an. Zum Ende wendet sie sich ab und schaut zu ihrem Ehemann in Richtung der Kamera.

Interpretation
Die Patientin liebt das gemeinsame Singen sehr. Doch zunächst möchte sie mir verbal etwas mitteilen. Als das aufgrund ihrer Wortfindungsstörung scheitert, gibt sie es auf und wendet sich mit mir der Musik zu. In der Musik singt und spielt Frau Schwan stets mit Konzentration und Lust. Jetzt kommt nach wenigen Augenblicken das Redebedürfnis hervor und ist so stark, dass sie die Instrumente beiseite legt. Mit einer Geste, die mich beinahe antippt, unterstreicht sie ihren Wunsch, dass ich meine Aufmerksamkeit auf sie lenken soll. Diesmal gelingt es mir, durch ihr Streichen über ihr Gesicht das Thema "Schönheit oder Wohlgefühl" zu erraten, und Frau Schwan fühlt sich verstanden. Es ist vermutlich nicht das, was sie mir zu Beginn der Stunde hatte sagen wollen (siehe Einführung dieser Szene), aber es ist das, was jetzt für sie wichtig ist. Ob sie sich noch erinnert, dass wir verabredet hatten, nach bzw. bei der Musik unser Gespräch fortzusetzen, ist nicht klar. Möglicherweise hat das (wenn auch kurze) Musizieren, bei dem sie sich sicher, kompetent und zufrieden fühlt, sie soweit gefestigt, dass sie einen erneuten verbalen Vorstoß wagt. Mit dem Situationslied, in dem ich die Schönheit ("schöne, glatte Haut") und das Wohlgefühl ("Schön sein ist doch wunderbar") besinge, gelingt die Verbindung von gesprochenem Wort und Musik. Mit dem Lied biete ich ihr einen Raum an, in dem wir ihr Thema und die damit verbundenen Gefühle ausdrücken können, und zwar deutlicher und intensiver als mit Worten. Die Patientin steigt gern wieder ins Musizieren ein, und

ihr seliges Lächeln zu mir zeigt, wie sehr sie die Musik und das Verstandenwerden genießt. Zum Ende hin schaut sie zum Ehemann und möchte das Erlebte teilen (Triangulierung der Wahrnehmung).
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. VBQ 4, Ther. TBQ 4.)

V4 Szene 2 (13:20-15:15) S*uchen und Finden*

Einführung
In den Anfangsstunden hat die Patientin nach dem Verklingen eines Liedes gleich ein neues erwartet.
Inzwischen habe ich es der Patientin mehr und mehr überlassen, durch Summen und das Singen von motitivischen Einfällen zum nächsten Lied zu gelangen.
Ich versuche nun, mit ihr die entstehende Pause nach einem Lied gemeinsam auszuhalten und ihr die Möglichkeit zu geben, aus dem Moment der Stille selbst eine Fortsetzung der Musik zu finden. Diese Musik kann eine Vokalisation, eine Improvisation oder ein Lied sein bzw. Eine musikalische Idee, die erst in ein Lied mündet. Dass ich ihr nicht gleich ein neues Lied "serviere", fordert ihre Konzentration, und ihre Kreativität heraus und stärkt ihre Autonomie. Ich ermutige sie zu eigenen (körperlichen, sprachlichen und musikalischen) Äußerungen und unterstütze sie in ihrer musikalische Suchbewegung.

Darstellung
Wir beenden das Lied *Horch, was kommt von draußen ´rein!* - "Naja", sagt die Patientin, räuspert sich und blickt auf ihre *Chicken Shakes* in ihren Händen. "Mmh-mmh" bemerken wir beide zufrieden. Sogleich spielt sie die Instrumente kurz wieder an und fragt sinnend: "Was haben wir denn noch?" Ich antworte nicht, schaue sie aber weiter freundlich nickend an. Sie deutet ein unbekümmertes Pfeifen an und sagt etwas. Das verstehe ich zwar nicht, aber ich beuge mich weiter zu ihr hin und stimme ihr trotzdem zu.
Nun schlage ich einen Akkord auf der Gitarre, und wir singen beide fast gleichzeitig einen gebrochenen, erst abwärts, dann aufwärts steigenden Dreiklang. Frau Schwan hat sich nach hinten an die Couch angelehnt und schaut auf die vor sich gehaltenen Hände mit den *Chicken Shakes.* Das Lied *Und in dem Schneegebirge* scheint durch unser Vokalisieren hindurch, dann bildet sich kurz der Anfang von *Wahre Freundschaft* heraus. Frau Schwan sucht noch. Sie singt lange Töne, schlägt die *Chicken Shakes* aneinander und sagt ohne aufzublicken etwas, das wie "Nun aber n´bisschen" klingt.
Ich stimme das Lied *Wahre Freundschaft* an, Frau Schwan singt dazu den Refrain *"Gott, der Herr hat sie gezählet"* aus dem Lied *Weißt du wieviel Sternlein stehen?.* Tempo, Dynamik und Ausdruck sind bereits durch Hören aufeinander abgestimmt. Frau Schwan spielt die *Chicken Shakes* wieder an, zuerst hörbar, dann der Musik angepasst zarter und damit ohne Ton, und schließlich tippt sie die Instrumente auf ihren Oberschenkel. Wir finden in dem von mir angestimmten Lied ganz zusammen und singen genussvoll auf "Ah-ah" weiter.

(Aufgrund eines technischen Problems ist die Szene nicht weiter erhalten. Leider können keine Beobachtungen für den Schluss des Lieds oder eventuellen Bemerkungen der Patientin nach dem Verklingen des Lieds gemacht werden).

Interpretation
Die Szene zeigt, wie die Patientin aus der Stille heraus durch Probieren zu eigenen musikalischen Einfällen gelangt. Diese sind das angedeutete Pfeifen, der ab- und aufwärts gesungene Dreiklang beim Erklingen eines Gitarrenakkords und das Vokalisieren.
Frau Schwan nutzt das Explorieren als ein persönliches Ausdrucksmittel. Allerdings steht die urheberschaftliche Entdeckung nicht im Vordergrund, denn die Patientin sucht damit konkret nach einem nächsten Lied, das ich ihr sooft präsentiert habe und ihr diesmal (noch) vorenthalte. Trotzdem möchte ich diese Momente ihres Erkundens noch etwas ausdehnen und helfen, dass ihre eigene Ausdrucksmöglichkeit für sie erfahrbar wird. So bestätige ich ihre Äusserungen (auch die sprachliche, die ich inhaltlich nicht verstehen konnte) und verhalte mich ansonsten zurückhaltend, zuhörend und unterstützend begleitend.
Um sie in der Exploration nicht zu überfordern und ihr eine gewohnte, musikalische Orientierung zu bieten, stimme ich schließlich das Lied *Wahre Freundschaft* an, das in der Phase des Ausprobierens schon angeklungen war. Das ist der Übergang zu einer Veränderung in der Beziehungsqualität: von dem Bewusstmachen ihrer Äußerungen hin zum Erleben eines gemeinsamen Themas (Singen des Lieds). Die Patientin steigt sogleich ins Singen mit ein, und es scheint mir, dass die vorangegangene Phase des Explorierens den Genuss des gemeinsamen Singens jetzt verstärken konnte.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 3, dann 4: Pat. VBQ 3, dann 4, Ther. TBQ 3, dann 4.)

Video 5 (23.Stunde)

V5 Szene 1 (01:24-03:16) *Gleich zur Sache*

Darstellung
"Das kennen Sie!", sage ich zu Frau Schwan, weil sie meiner kurzen Unterhaltung mit dem Ehemann nicht folgen konnte und biete ihr die *Chicken Shakes* an. Sie bejaht das erleichtert und nimmt sie in die Hände. Beim Greifen des zweiten Instruments hat sie etwas Schwierigkeiten, weil sie es richtig sieht und ein zweites Instrument möglicherweise auch nicht erwartet. Doch dann beginnt sie sofort mit temperamentvollem Schütteln der Instrumente und singt dazu die ausgedachte Melodie aus lang vergangenen Musiktherapiestunden. Ich begleite mit der Gitarre, die Tonart müssen wir gesanglich leicht korrigieren. Frau Schwan wendet sich mir zu, spielt, hört zu, als ich singe und singt dann ebenfalls wieder. Sie variiert auf "Jei-jei" und "La-la" und "Jap-da-da". Das ist neu, denn sonst singt sie fast nur auf "Ah-ah". Wie musizieren engagiert und munter, und ich werfe am

Phrasenende ein "Hey" in die Runde, das nochmals frischen Schwung bringt. Die nächste Strophe setze ich leise an, Frau Schwan stutzt kurz, dann folgt sie mir, und ich wage mich in die Oberstimme. Am Strophenende wendet sie sich mir zu, und die Musik geht weiter. Ich habe die ganze Zeit die begleitenden Akkorde als durchlaufende Achtel gespielt, es klingt für mich wie eine Pferdekutschfahrt im munteren Trab. Ich wackele mit dem Oberkörper ein paar Mal hin und her und schnalze dazu. Die Energie übernimmt Frau Schwan und zieht ein paar Mal zur Musik die Schultern hoch.
In der nächsten Strophe singt sie wieder etwas Neues: "Jam-bam-bam-bam".
Der Schluss stellt eine Herausforderung dar: Ich wiederhole den Schlusstakt, einmal laut und einmal leise als Echo und dann den letzten Ton dreimal, das letzte Mal leise und als *Arpeggio* ´aufgeblättert´. Frau Schwan hört gut zu, nimmt die Schlusswendung auf und passt ihre eigene Spielbewegung dem musikalischen Verlauf an. Mein *Arpeggio* übernimmt sie mit einer kleinen abwechselnd gespielten, auslaufenden Bewegung. Wir lachen uns an.

Interpretation
Die Patientin ergreift, sobald sie die vertrauten *Chicken Shakes* in ihren Händen hält, die Initiative zum gemeinsamen Singen und Musizieren. Die Melodie war vor vielen Musiktherapiestunden aus einer Improvisation heraus entstanden und wird seitdem immer wieder einmal gesungen. Sie ist ganz konzentriert auf das gemeinsame Singen und rückversichert ihr Erleben mehrmals mit ihrem Blick zu mir.
Frau Schwan zeigt heute in den Wiederholungen dieser kleinen Liedform neue Silben. Unsere Beziehungsqualität geht über das gemeinsame Gestalten hinaus. Ein echtes Dialogisieren im Sinne von Motivübernahmen von Frau Schwan findet sich in dieser Szene zwar nicht, doch die Patientin imitiert meine Bewegungen und musikalischen Ausdrucksmittel. Wir handeln in einer entspannten und positiven Affektlage, in der unsere zwischenmenschliche Interaktion immer wieder einmal in den Vordergrund rückt.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4 mit Peak zu 5: Pat. KEBQ 4 mit Peak zu 5, Ther. TBQ 4 mit Peak zu 5.)

V5 Szene 2 (10:50-16:35) *Marschieren und Entspannen*

Darstellung
Frau Schwan bietet mir mit ihren *Chicken Shakes* und dem gesungenen "Datera-tata" ein sehr flottes Tempo an.
Wir stimmen *Ein Schneider fing ´ne Maus* an, ich begleite mit Schlagen meiner Finger auf den Gitarrenkorpus, Frau Schwan spielt eifrig die *Chicken Shakes*. Wir spielen engagiert und lachen uns an. Dann wechsele ich fließend zur Melodie von *Ein Jäger aus Kurpfalz*, als es mir bewusst wird, schaue ich erst verwundert, dann lachen wir beide. Beim neuen Text einer Strophe hält die Patientin kurz inne und hört mir zu, dann steigt sie wieder mit Singen und Spielen ein. Wir spielen ein

flottes Marschtempo, und Frau Schwan hält gut mit. Nach dem erneuten Refrain singen wir beide wie verabredet dasselbe rhythmische Motiv (Je eine Viertelnote auf die Zählzeiten 1 und auf 3 und im folgenden Takt auf 1, 2 und auf 3) auf die Silbe "Ja". Nun beginnen wir, das Motiv rhythmisch und melodisch zu variieren und gestalten die Improvisation zunehmend dialogisch als Frage-Antwort-Spiel. Teile aus beiden Liedern erklingen kurz und werden gleich wieder umgestaltet. Wir singen auf "La-la" und wie "Ram-da-di-da", und bei der Silbenkombinationen "Holla-hi und holla-ha" schaut mich Frau Schwan kurz erstaunt an, doch die Musik geht weiter. Nun werden wir leiser, da löst ein akzentuierter Schlag von mir auf die Gitarre bei Frau Schwan einen neuen Impuls aus: Sie nickt und spielt und singt lauter. Inzwischen hat sich unsere Improvisation weit von den den Liedern entfernt, ich greife Frau Schwans eingestreute Zischlaute und ihr "Ra-ta-ta-ta"auf, dann singe ich ein fanfarenartiges Motiv, und wieder fühlt sich die Patientin davon inspiriert, mit größerem Armschwung zu spielen. Die Anstrengung ist in ihrem Gesicht an der kraus gezogenen Stirn zu erkennen. Ich singe "Und ordentlich und kräftig", und Frau Schwan lächelt und beginnt, ihre Beine wie zum Marschieren zu bewegen. Dann schwingt sie auch die Arme wie beim forschen Wandern. Ich singe "Marschieren und Trompeten", "Immer geh´n wir weiter" und "Wir marschieren einen langen Weg", und wir musizieren zusammen laut in der endlos erscheinenden Marschbewegung. Frau Schwans "Rom-bom-bom" leitet das *Decrescendo* und *Ritardando* unserer Vokalimproviation ein. Ich kombiniere meine Schläge mit offener Hand auf den Gitarrenkorpus nun mit einem Klopfen, das in ein *Tremolo* mit meinen Fingern mündet. Frau Schwan hat die Spielbewegung mit den *Chicken Shakes* auch verändert: Aus dem kräftigen Schütteln ist ein Tupfen geworden, wobei sie die Instrumente von den Schenkeln über Bauch und Brust bis an den Hals führt. Dabei lehnt sie sich mit dem Kopf hinten an die Wand an und schließt die Augen. Für einen kurzen Blick zu mir hebt sie den Kopf an, dann entspannt sie sich wieder. Jetzt spielen wir nicht mehr und unsere Vokalisation ist nun zum hörbaren Atmen auf "Ahh" und "Sch" geworden. Draußen höre ich Vögel singen.
Frau Schwan führt langsam ihre Hände mit den Instrumenten an ihre Wangen und atmet weiter tief und hörbar. Unsere Vokalisation erhält noch ein paar Mal neue, dynamische Impulse.
Die ganze Entspannungsphase dauert ca. zwei Minuten, erscheint mir aber viel länger. Schließlich fragt Frau Schwan "Schluss, nicht?", öffnet die Augen und schaut erst zu mir, dann zu ihrem Mann in Richtung der Kamera. Als ich ihr nicht antworte und geradeaus noch immer durchs Fenster in den Garten schaue, lehnt sie sich nochmals zurück, um sich dann nach weiteren, letzten Tönen endgültig mit einem etwas verschämten Lachen aufzusetzen.

Interpretation
Was in dieser Szene auf den ersten Blick wie ein erst fröhliches, dann anstrengendes Wandern mit anschließender Entspannung anmutet, entpuppt sich beim genaueren Hinschauen als ein sehr persönlicher, privater Ausdruck mit möglicherweise problematischem Hintergrund.

Zuerst singen und spielen wir eine Kombination aus den beiden Liedern *Ein Schneider fing ´ne Maus* und *Ein Jäger aus Kurpfalz.* Daraus entwickeln wir eine Vokalimprovisation mit dem Charakter eines Wanderlieds. Wir musizieren in gutem Kontakt schwungvoll und freudig.
Für eine lange Zeit bleibt unser Spiel trotz eines hohen Tempos, in dem man kaum mitsingen kann, heiter. Doch verliert es in dem Moment seine Unbekümmertheit, als die Patientin mein Hereinrufen "Und ordentlich und kräftig", "Marschieren und Trompeten", "Immer geh´n wir weiter" und "Wir marschieren einen langen Weg" körperlich umsetzt und im Sitzen eine sichtlich anstrengende Marschbewegung mit ihren Beinen beginnt. Unter ihrem Vokalisieren von "Rom-bom-bom" hat sich die Atmosphäre von Heiterkeit zu Getriebenheit verändert. Der Affekt ist von hoher innerer Anspannung erfüllt und tritt hervor.
Hohe Affektspannung ist im EBQ ein Merkmal für den funktionalisierenden Modus 2. Ich schätze den Szenenabschnitt aber nicht als Modus 2 ein, denn diese Affektlage herrscht dafür nicht langfristig genug vor. Ausserdem bewegt sich die Patientin immer noch in der musikalischen Form (eine Form entsteht nicht im Modus 2). Die Musik wirkt durch das Getriebensein stereotyper als vorher, aber noch immer zeigt die Patientin die Fähigkeit, ihr Vokalisieren in Klang, Tonhöhe und Dynamik zu variieren. Sie zeigt hier einen hohen Affekt, ist ihm aber nicht hilflos ausgeliefert. Ich schätze die Szene bis hierhin so ein:
EBQ Modus 4 mit Peak zu 5: Pat. VBQ 4 mit Peak zu 5, Ther. TBQ 4 mit Peak zu 5.

Die lange Entspannungsphase, in der die Patientin ihren Körper mit den *Chicken Shakes* beklopft und betupft, mutet privat und sogar intim an.
Der gesamte Ablauf erinnert an den Koitus. Wird in dieser Szene ein reales Ereignis in Frau Schwan wiederbelebt und möglicherweise ein traumatisch besetztes? Ich erinnere mich, dass der Ehemann von Flucht und Vertreibung bei seiner Ehefrau berichtet hat, Gewalterfahrungen hatte er allerdings damals im Anamnesegespräch ausgeschlossen. Ich frage mich, ob er von einer möglicherweise trotzdem stattgefundenen Vergewaltigung nichts weiß oder mir nur nicht berichten wollte.
Sollte die Szene eine Reinszenierung zeigen, so handelt es sich jedoch nicht um eine Retraumatisierung, denn der Patientin geht es gut, und sie wirkt in keiner Weise belastet.
Die Szene vollzieht sich auf der musikalischen und damit auf der Symbolebene.
Frau Schwan zeigt ein ausreichendes Reservoir an intrapsychischem Schutz und es bedarf meinerseits keines großen Intervenierens und auch keiner sich anschließenden (möglicherweise erzwungenen) Erinnerungsarbeit.
Für mich bleibt als angemessene Intervention ein Sich-Einfühlen in diese sehr persönliche Situation, ein Unterstützen ihres Ausatmens und ein Aus-dem-Fenster-Blicken, das den Schutz ihrer Privatsphäre respektiert.
Dies entspricht im EBQ dem Modus 1 : Pat. VBQ 1 , Ther. TBQ 1.
(Einschätzung der gesamten Szene: im EBQ Modus 4, dann 1: Pat. VBQ 4, dann 1, Ther. TBQ 4, dann 1.)

Video 6 (29.Stunde)

V6 Szene 1 (09:04-11:35) *Gemeinsame Wanderung*

Einführung
Vor Beginn der Szene haben die Patientin und ich ausführlich das Lied *Und in dem Schneegebirge* zur Gitarre gesungen: mit Text, mit Strophen auf "Oh" und "Ah" und mit langen Blicken, in denen wir unsere Übereinstimmung ausdrücken.
Zum Ende hin habe ich in den wiederkehrenden Refrains den Schlusstakt in der Oberstimme gesungen.

Darstellung
Mit zwei Takten Tonika und Dominante beginnen die Patientin und ich zu singen. Noch vorsichtig improvisieren wir und singen lauter, als ich auch die Subdominante in meiner Gitarrenbegleitung verwende und sich damit eine Kadenz aus den Hauptdreiklängen herausbildet.
Frau Schwan hält die *Chicken Shakes* in Brusthöhe dicht zusammen und wippt ihre Arme metrisch zur Musik. Ich lasse ihren musikalischen Einfällen den Vortritt, nehme mich dynamisch zurück, beantworte ihre Motive und steuere auch eigene Ideen bei. Wir singen auf "Ei-jei-jei" und als ich einmal vorübergehend auf "Oh-oh" wechsele, übernimmt Frau Schwan diese Silben. Die klare, achttaktige Periodenform scheint sich wie von selbst anzubieten, und Frau Schwan bewegt sich sicher darin. Die Melodie erinnert mich an ein gemeinsames, unbeschwertes Wandern. Mit einem *Crescendo* verstärken wir unsere schwingenden Bewegungen des Oberkörpers. Danach werden unsere Musik leise und die nächste Strophe wieder lauter. Zum jeweiligen Schlusstakt einer Periode blickt Frau Schwan zu mir. Mein kleines *Ritardando* zum endgültigen Schluss wird von ihr sofort erfasst und mitgestaltet. Sie ist zufrieden.
Im kurzen Nachgespräch weise ich darauf hin, dass es dieses Lied gar nicht gibt und wir es uns selbst ausgedacht haben. Frau Schwan bestätigt das, scheint darüber gar nicht verwundert und nimmt das wie selbstverständlich hin.

Interpretation
Unsere Vokalimprovisationen im vergangenen Dreivierteljahr bestanden vorwiegend aus Momenten der Interattentionalität und Interintentionalität, ein gemeinsames Thema (häufig ein Lied) zu musizieren und das Erlebte mit rückversichernden Blicken zu teilen. Manchmal entwickelten sich daraus in der Liedverlängerung Improvisationen mit dialogischem Charakter.
Hier steigt die Patientin sogleich auf der Beziehungsqualität der zwischenmenschlichen Interaktion ein. Wir gestalten die Improvisation in gleichberechtigtem Austausch und als Diaglogpartner. Zwar wurde auch vor dieser Szene

miteinander gesungen, doch gab es danach eine Pause, und die Improvisation ist nicht wie zuvor aus einer Liedverlängerung heraus entstanden. Das Besondere an dieser Szene ist also die dialogische Beziehungsqualität von Anfang an.
Die vokalen Äußerungen sind aufeinander bezogen und bewusst geäussert ohne Phasen des Probierens. Motive werden ausgetauscht, und die Form des improvisierten Lieds wird gemeinsam gefunden.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 5: Pat. VBQ 5, Ther. TBQ 5.)

V6 Szene 2 (17:20-20:00) *Der Jäger taucht auf*

Darstellung
Nach dem gemeinsam gesungenen Lied *Wenn alle Brünnlein fließen* schnalzt Frau Schwan einmal. Ich wiederhole ihr Schnalzen mehrmals und trippele mit meinen Fingern der rechten Hand auf dem Gitarrenkorpus. Frau Schwan wiegt den Kopf ein wenig und blickt lächelnd zu ihrem Mann in Richtung Kamera. Sie hört mir zu. Aus meinem Schnalzen und Fingertippen ist ein Rhythmus geworden, den Frau Schwan durch Kopfnicken und Armwippen im Körper aufnimmt. Ein markanter Schlag mit meiner flachen Hand auf den Gitarrenkorpus bewirkt einen neuen Impuls, nun blickt Frau Schwan zu mir und vokalisiert mit geflüstertem "Ja, ja" und Zischgeräuschen. Mir kommt das Lied *Ein Jäger aus Kurpfalz* in den Sinn, und ich flüstere es ohne Text auf "Tü-tü" und "Ra-ta-ta-ta-ta", rhythmisch betont. Und wieder schlage ich einmal kräftiger auf den Korpus und Frau Schwan blickt mich lächelnd an. Beim nächsten markanten Schlag wirkt sie erstaunt, öffnet den Mund und blickt mich an. Ich singe nun leise den Text des Liedes, sie beugt sich vor, um mir mit großer Aufmerksamkeit zuzuhören. Dann erkennt sie das Lied, wir verlassen unsere Vokalisationen und singen jetzt gemeinsam. Ich nehme nun auch die linke Hand zum Begleiten dazu und spiele mit beiden Händen auf dem Gitarrenkorpus.
Bei der Textstelle *"Ju-ja, ju-ja"* verbreitere ich das Tempo ein par Mal zu einem *Rubato* mit *Fermate*, um bei *"Gar lustig ist die Jägerei"* das Tempo mit einem *Accelerando* wieder anzuziehen. So biete ich ihr ein Spiel mit dem Tempo an – Frau Schwan hört die Wechsel heraus und bleibt musikalisch bei mir. Es kommt im weiteren Verlauf zu zwei Stellen, in denen wir das *"Ju-ja"* des Refrains im Wechsel singen. Am Schluss leite ich ein deutliches *Ritardando* ein und beende das Lied mit einem kleinen Wirbel. Es folgen neun lange Sekunden der Stille, in denen wir der Musik nachhören. Es gibt noch einen kleinen Nachklang, als Frau Schwan ein paar Laute auf "Sch" vokalisiert, und ich antworte ihr mit einem langgezogenen "Sch", das uns zum endgültigen Schluss führt.

Interpretation
Die Patientin und ich vokalisieren. Ich fühle mich in dieser Improvisation mit unseren verschiedenen Silben und Lauten und meinem perkussiven Begleiten auf dem Gitarrenkorpus rundum wohl und könnte noch gern länger darin verweilen und einfach mit ihr und den Klängen dialogisch spielen. In dieser Stunde hat

schon einmal eine Begegnung im Modus 5 stattgefunden, das ist der Grund für meine Erwartungshaltung und mein Beziehungsangebot im Modus 5.
Auch die Patientin sieht zufrieden aus, lächelt oft und wiegt sich ein, dennoch spüre ich, dass diese Improvisation für sie ein Intermezzo bedeutet, ein Raum, in dem sie wartet und hört, bis ein weiteres, ihr bekanntes neues Lied gefunden und gesungen wird. Um ihr entgegenzukommen gestalte ich mein Schnalzen und rhythmisches Begleiten in eine Phrasenform. Beim Auswerten dieser Szene ist das spätere Lied *Ein Jäger aus Kurpfalz* schon frühzeitig zu erkennen, was mir selbst in der therapeutischen Situation zu diesem Zeitpunkt noch nicht bewusst gewesen war. Ich biete ihr so schnell eine klare rhythmische Struktur und mehr noch, nämlich die eines ihr bekanntes Lieds an, um mich nach ihrem Wunsch nach gemeinsamem Musizieren ohne Anspruch auf einen Dialogpartner als Gegenüber zu richten.
Nach dem EBQ eingeschätzt begegnen wir uns zu Beginn der Szene auf unterschiedlichen Beziehungsebenen. Ich musiziere im Modus 5 und korrigiere mich nach wenigen Sekunden auf 4, in denselben Modus, den mir die Patientin anbietet.
Im Verlauf der Musik gibt es die zwei beschriebenen Stellen des kurzen Wechselgesangs. Im EBQ ist dialogisches Agieren Kennzeichen des Modus 5, aber hier handelt es sich nicht um einen echten, musikalischen Dialog, denn wir sind dafür beide zu sehr mit dem Thema des gemeinsamen Singens dieses Lieds beschäftigt. Das entspricht dem Modus 4. Auch schätze ich die Szene nicht so ein, dass hier zumindest ein Peak zum Modus 5 zu vergeben wäre. Die beiden Stellen erklingen zwar tatsächlich im Wechsel, sind aber eher zufällig entstanden, weil die Patientin zunächst weitersingt, ich aber nicht, worauf sie (möglicherweise kurz irritiert) pausiert und ich einsteige und somit allein singe.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. VBQ 4, Ther. TBQ 5, dann 4.)

V6 Szene 3 (22:52-23:38) *Wenn ich einst gestorben bin*

Einführung
Das Lied *Horch, was kommt von draußen ´rein* gehört zu Frau Schwans Lieblingsliedern, und wir singen es oft. Auch heute gestalte ich das Lied mit deutlicher Mimik und Tempoverzögerungen an verschiedenen Stellen. Mit Spannung sehe ich der *Strophe "Wenn ich einst gestorben bin,....,trägt man mich zum Friedhof hin..."* entgegen, denn diese hat sich immer wieder einmal als Hürde für die Patientin im gemeinsamen Singen entpuppt.

Darstellung
Wir singen miteinander, und Frau Schwan wippt mit den *Chicken Shakes* in ihren Händen im Metrum. Die Instrumente hält sie wie gewohnt in Brusthöhe zusammen, sie berühren sich, klingen aber nicht.
Die dritte Strophe *"Wenn mein Liebchen Hochzeit hat...ist für mich ein Trauertag..."* aus dem Lied *Horch, was kommt von draußen ´rein* gelingt uns wie die

beiden vorangegangenen Strophen in gutem Kontakt. Den traurigen Inhalt dieser Strophe gestalte ich heute nicht in so ausgeprägter Mimik, wie ich es manchmal mache (Gelegentlich verlangsame ich das Tempo sehr deutlich oder begleite mit Mollharmonien.).
Es folgt die nächste Strophe mit dem Text *"Wenn ich einst gestorben bin...trägt man mich zum Friedhof hin...".* Frau Schwan schüttelt jetzt den Kopf, schaut ängstlich mit großen Augen und weicht etwas vor mir zurück. Während ich weitersinge *"...trägt man mich zum Friedhof hin...",* schüttelt sie nochmals, diesmal energischer den Kopf, macht mit den Armen eine abwehrende Geste und meint: "Nein, nein, nein, nein, nein!" Das Bild der Klangbrücke kommt mir wieder in den Sinn. Da verändere ich meinen Text und singe zum originalen Melodieverlauf: "Das Lied, das singen wir jetzt gar nicht mit Text, holla-hi, holla-ho, denn die letzte Strophe, die ist gar nicht schön, holla-hi-ja-ho!". Frau Schwan nickt bestätigend während ich diesen anderen Text singe, und nimmt ihr Wippen wieder auf. Bei diesem letzten "Holla-hi-ja-ho" blickt sie wieder entspannt zu mir, singt mit und lächelt mich an.
Es folgt noch eine Strophe auf "La-la" gesungen, bei der wir laut und erleichtert singen und Frau Schwan nun auch die Chicken Shakes in ihren Händen hörbar spielt. Das "Holla-hi, holla-ho" überlasse ich ihr allein. Sie singt es beim ersten Mal erstaunlicherweise in richtigem Wortlaut, so deutlich hatte ich das von ihr noch nie gehört. Als sie beim zweiten Mal die Aussprache wieder verwischt, steige ich zum abschließenden "Holla-ho" mit ein.
Auslaufende Gitarrenakkorde animieren uns kurz zum Singen von langen Dreiklangstönen, bis jeder seine Position für den Schlussakkord gefunden zu haben scheint. Dann Stille. Frau Schwan nickt und schaut mich dann an.

Interpretation
In dieser Szene ist es gelungen, die Patientin über eine für sie heikle Textstelle zu führen. Frau Schwan ist der Inhalt dieser vierten Strophe bewusst. Das Lied gehört zu ihren Lieblingsliedern und wird oft gesungen, d.h. die Patientin wird jedes Mal mit dem für sie schwierigen Text konfrontiert. In den ersten Stunden der Musiktherapiebehandlung hat diese Stelle auch manchmal zum Liedabbruch geführt, wenn Frau Schwan so heftige Abwehr geäußert hatte und ich keinen Sinn im Weitersingen gesehen hatte bzw. selbst zu sehr durch ihre Reaktion verunsichert geworden war.
In manchen Stunden konnten wir wiederum problemlos über diese Textstelle kommen, dann hatte ich den Eindruck, dass Frau Schwan keinen Anlass zur Abwehr hatte, da sie nicht auf den Text geachtet hatte und er unerkannt vorübergeglitten war.
Heute ist Frau Schwan der Text mit dem für sie bedrohlichen Inhalt des Sterbens und Begrabenseins bewusst und sie äussert sich mit abwehrenden Gesten und Worten. Das Vertrauen in die Patientin, dass sie es mit meiner Hilfe schaffen kann, diese Textstelle zu meistern, gibt mir die Sicherheit für meine Intervention, weiterzusingen und sie "mitzunehmen". Mit meiner sicheren, inneren Führung verliert die Stelle ihren Schrecken und muss nicht zwangsläufig die eigene

Existenz bedrohen. Das Thema bleibt unangenehm, wir müssen es aber nicht ängstlich vermeiden. Wir können davon singen. Es muss auch nicht unser eigener Tod sein, von dem wir hier singen, es ist nun lediglich eine Textstelle in einem Lied.
Frau Schwans Lächeln zeigt ihre Erleichterung, diese Textstelle bewältigt zu haben. Auch ich spüre Erleichterung und wir scheinen beide die angehängte Strophe auf dem unbekümmert gesungenem "La-la" zu brauchen, um die Spannung gemeinsam in der Musik abbauen zu können.
In dieser Strophe zeigt Frau Schwan eine besondere Sicherheit im Singen, als sie das *"Holla-hi, holla-ho"* solo singt und in deutlicher Aussprache formuliert, was bislang noch nie vorgekommen war.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. VBQ 4, Ther. TBQ 4.)

Video 7 (35.Stunde)

Einführung
Es ist heute die letzte Musiktherapiestunde im Forschungsprojekt. Ich bin nicht in Abschiedsstimmung, denn es ist schon seit Monaten klar, dass die Musiktherapiestunden auf privater Basis weitergeführt werden sollen.
Trotzdem empfinde ich die heutige Stunde als eine besondere Zäsur im Forschungsprojekt, da ich mit Ablauf der Stunde meine erste Patientin ein ganzes Jahr lang begleitet haben werde. Ich konnte Filmmaterial und viele Informationen rund um meine Hausbesuche und die Angehörigentreffen sammeln. Auch ohne die noch vor mir liegende, detaillierte Auswertung dieser Daten habe ich ein gutes Gefühl, mit Frau Schwan und ihrer Familie viel erlebt und erfahren zu haben, interessante Forschungsergebnisse gefunden zu haben und bei der intensiven Auswertung künftig noch entdecken zu können.
Frau Schwan erkennt mich, als ich mich zu ihr setze, freut sich über mein Kommen und ergreift liebevoll meine Hand zur Begrüßung.

V7 Szene 1 (04:45-06:44) *Jetzt wird´s russisch*

Darstellung
Nachdem das Lied *Und in dem Schneegebirge* zur Gitarre verklungenen ist, zupfe ich weiter eine Kadenz (4-1-5-1) als Ostinato. Frau Schwan blickt lächelnd zu mir, spielt die *Chicken Shakes* und beginnt nach dem ersten Durchlauf der Kadenz zu summen. Ich steige lauter mit "La-la" mit ein, was Frau Schwan zu ebenfalls lauterem Singen auf "Ah" veranlasst. Das Akkordschema hat sie sofort verinnerlicht. Ihre Melodie ist improvisiert und passt genau in die musikalische Form. Ich lasse ihr mit der Melodie erst einmal den Vortritt und geselle mich dann dazu, nehme die Melodie auf, unterstütze und umspiele sie.
In den vielen Wiederholungen des *Ostinatos* entwickelt sich die Improvisation vom bedachten Beginn zu munterem, beinahe wildem, folkloristisch

anmutendem Tanz mit *Accelerando* und *Crescendo*, bei dem nun auch die *Chicken Shakes* durch stärkere Bewegung mitklingen und Frau Schwan ein "Hui-ja-ja" einwirft, das ich übernehme. Wir blicken uns an, Frau Schwan lächelt. Mein "Rulla-rulla" auf dem dynamischen Höhepunkt wird von ihr im Spiel mit Erheiterung kommentiert und ebenfalls übernommen.
Dann folgt ein ruhiger Teil. Frau Schwan lehnt sich auf der Couch zurück, senkt die Hände und singt mit neugierigem Blick zu mir weiter. In ausgedehntem *Rubato* führe ich jetzt die Melodie und muss an die ´russische Seele´ und die ´Weiten der Taiga´ denken. Frau Schwan singt mit und kontrolliert mit ihrem Blick zu mir, dass sie in Melodieverlauf und *Ritardando* möglichst synchron mit mir ist. Dann räuspert sie sich und schüttelt kurz ihre Instrumente. Ich leite den Schluss ein und wir beenden das Lied gemeinsam. Es folgt noch ein kleines Nachspiel auf der Gitarre.

Interpretation
Die Alltagssprache der Patientin hat sich im Verlauf des Behandlungsjahres enorm verschlechtert, Frau Schwan kann in der Regel keine zusammenhängenden Sätze mehr sprechen und hat auch beim Finden und Aussprechen einzelner Wörter große Schwierigkeiten. Die Entwicklung der Beziehungsqualität hat in diesem Zeitraum keine Einbußen erlitten.
Im Gegensatz dazu kann sich Frau Schwan in der Musik sehr sicher ausdrücken.
Nach dem raschen Erfassen des harmonischen *Ostinatos* äußert sie eine improvisierte Melodie und hat auch keine Schwierigkeiten, diese ohne die Sicherheit meiner Unterstützung allein zur Gitarrenbegleitung zu singen.
Das Singen und Vokalisieren bietet ihr einen Raum, in dem sie sicher und kompetent kommunizieren kann. Unsere musikalischen Äußerungen werden wechselseitig initiiert und dialogisch ausgetauscht.
Dies entspricht im EBQ dem Modus 5.

Nachdem das Lied in Dynamik und Ausdruck einen Höhepunkt erreicht hat, erscheint mir ein ruhiger Teil im Anschluss logisch und organisch. Das ist meine Idee und hier habe ich nun die Führung. Frau Schwan folgt mir und konzentriert sich auf eine gute Abstimmung. Sie singt den gleichen Melodieverlauf und passt sich ans breite Tempo an. Ihr Räuspern und kurzes Schütteln der Instrumente in den Händen deute ich als körperlichen Ausdruck einer inneren Vorbereitung auf einen möglicherweise wieder lebendigen Teil. Ich spüre keine neuen Ideen bei uns und leite den Schluss ein. Der wird gemeinsam gestaltet.
In diesem ruhigen Teil musizieren wir auf die Musik fokussiert. Frau Schwan zeigt ihren Wunsch nach gemeinsamer Abstimmung in Tonhöhe, Tempo und Dynamik.
Die Gemeinsamkeit in der musikalischen Äusserung ist jetzt wichtiger als das Spielen mit eigenen Ideen.
Dies entspricht im EBQ dem Modus 4.
(Einschätzung der gesamten Szene: im EBQ Modus 5, dann 4: Pat. VBQ 5, dann 4, Ther. TBQ 5, dann 4.)

V7 Szene 2 (21:11-22:52) *Frage-Antwort-Spiel*

Einführung
Wir haben das Lied *Bunt sind schon die Wälder* gesungen, die erste Strophe mit Text , die zweite auf "La" und dann noch einmal mit Text die erste Strophe, Frau Schwan singt alles in gewohnter Weise auf "Ah" mit mir.
Die Szene beginnt mit den letzten Takten.

Darstellung
Wie spüren beide beim Singen der letzten Takte, dass die Musik noch weiter gehen soll.
Ich wiederhole die letzten drei Akkorde der Texstelle *"Kühler weht der Wind",* und da singt Frau Schwan sofort eine wie eine musikalische Frage anmutende Melodie dazu, die ich mit dem Liedschluss *"Kühler weht der Wind"* beantworte. Es entwickelt sich mühelos ein Frage-Antwort-Spiel: Zu einem *Turnaround* der drei Akkorde (Hauptdreiklänge 4-5-1) improvisiert sie im ersten Halbsatz der achttaktigen Periodenform und ich antworte in der zweiten Hälfte. Nach der ersten Frage-Anwort-Einheit schiebe ich einmal vier Takte instrumental und habe damit das Spiel umgedreht. Jetzt übernehme ich den Part der Frage auf "La", und Frau Schwan antwortet mir. Ganz streng halten wir diese Form nicht durch, denn Frau Schwan singt auch in meinem Part mit hinein. Dabei schwingen wir gemeinsam im Dreiertakt, Frau Schwan bewegt sich singend sicher innerhalb dieses Schemas. Als ich meine musikalische Frage zum vierten Mal singe und dabei etwas leiser werde beuge ich mich nach vorn, Frau Schwan macht es mir nach, und wir singen beide den Antwort-Part.
Es folgt ein kleines instrumentales Zwischenspiel, bei dem Frau Schwan ein bisschen mitsummt, bis wir noch einmal die musikalische Frage aufnehmen und auch die Antwort zusammen singen. Mit einem *Ritardando* finden wir einen gemeinsamen Schlusston. Frau Schwan klopft auf ihr Knie und flüstert: "Ja".

Interpretation
Die dialogische Beziehung zeigt sich im Wechselgesang, bei dem Motive ausgetauscht werden. Vor allem spielen wir aber in dieser Szene mit dem Frage-Antwort-Schema. Melodisch zeigen wir uns nicht so kreativ, verwenden Frau Schwans Melodie vom Beginn der Improvisation und die Schlusswendung des Refrains immer wieder, aber diese Dialogform, das Frage-Antwort-Spiel, haben wir gemeinsam gefunden und bewegen uns darin mit großer Sicherheit und Selbstverständlichkeit.
Das Wechselspiel endet, als wir gemeinsam singen. Das instrumentale Zwischenspiel auf der Gitarre soll Erholung von der musikalischen Aktion eben geben und Raum lassen für eventuelle neue Ideen. Tatsächlich taucht noch

einmal das Frage-Antwort-Paar auf, es entwickelt sich aber nicht mehr zum Wechselspiel, denn wir singen beide zusammen und treten in keinen weiteren Dialog mehr ein. Der gemeinsam gestaltete Schluss stellt die Patientin zufrieden, was sie verbal ausdrückt. Ihr "Ja" im Flüsterton zeigt, dass sie emotional etwas erlebt hat.
(Dies entspricht im EBQ dem 5: Pat. VBQ 5, Ther. TBQ 5.)

V7 Szene 3 (23:30-26:54) *Vor-, Zwischen- und Nachspiel*

Einführung
"Was machen wir noch?", fragt die Patientin, und wir überlegen beide. Frau Schwan schnalzt ein paar Mal und schaut suchend im Zimmer herum.

Darstellung
Aus der Stille heraus spiele ich eine einfache Kadenz (1-4-5-1) im Dreiertakt und wiederhole sie immer wieder. Noch ist nicht klar, ob mehr daraus werden kann. Ich schwinge mit dem Oberkörper. Frau Schwan wiegt den Kopf zum Dreiertakt, deutet mit einer Hand eine Dirigierbewegung an und beginnt zu summen. Ich stimme mit ein, lasse ihr mit einem Solo mehr Raum und antworte wieder. Nun klingt es wie eine Einleitung zu einem Lied.
Ich singe *Zum Tanze da geht ein Mädel.* Frau Schwan erkennt das Lied sofort, blickt mich an und spielt dann die *Chicken Shakes,* die sie in den Händen hält.
Ab der ersten Strophe singt die Patientin in gewohnter Weise auf "Ah" mit und wippt zur Musik, sodass manchmal die Instrumente erklingen. Zweimal richtet sie sich auf, rückt von der Rückenlehne der Couch ab und sich vor.
Nach der Strophe singt sie weiter und improvisiert eine Melodie. Ich unterstütze ihr Singen und es kommt zum ersten Zwischenspiel. Frau Schwan führt, ich lasse sie ein Stück solo singen oder umspiele ihre Melodie mit meinen spielerischen Einwürfen auf "La-la-la" und "Ja-ja-ja".
Die zweite Strophe singen wir noch ausdrucksvoller. Frau Schwan versteht den Text *"Ach, herzallerliebstes Mädel, so lass mich doch los!"* und blickt mit mitfühlender Miene. Vor der Stelle *"Ich lauf´dir gewisslich auch so nicht davon!"* schaut sie zu mir, um dann punktgenau an dieser Stelle in schwungvolles Mitgestalten einzutauchen.
Diesmal geht die Initiative zu einem Zwischenspiel von mir aus, ich singe eine kleine Variation der Strophenmelodie mit kurzen, eingestreuten Achtelketten. Frau Schwan singt die Teile mit, die sie auf die Schnelle erfassen kann. Dabei wiederholt sie meine letzte Phrase so sicher, dass ich sie sie allein singen lasse.
Es folgt die dritte und letzte Strophe. Wir singen etwas ruhiger bis zur Stelle *"Da ward in den Wald schon der Jüngling gerannt."* Diesen Höhepunkt des Liedtextes musizieren wir beide wieder lauter und lachen über die Wendung in der erzählten Geschichte.
Das Nachspiel beginnt lebhaft und fröhlich. Ich beginnen es, und Frau Schwan kommt dazu. Nach Beendigung einer Phrase summt sie noch weiter, und ich singe

noch zweimal eine kleine Melodie, die wie ein Lebewohl-Rufen klingt. Diese führe ich mit einem *Ritardando* auf den Grundton zurück. Frau Schwan singt dazu die obere Terz und kippt dann sehr leise ebenfalls zum Grundton ab.

Interpretation

Die Szene zeigt, wie die Patientin in einer langen Aufmerksamkeitsspanne ein Lied mit allen drei Strophen mitsingt und dazu ein Vorspiel, Zwischenspiele und ein Nachspiel gestaltet.

Von Anfang an ist unser Musizieren mehr als ein Fokussieren auf ein gemeinsames Thema, also auf das Lied mit seinen drei Strophen. Schon in der Musik vor dem Lied und auch sogar, bevor sich eine Einleitung zu einem Lied zu erkennen gibt, zeigt Frau Schwan eine entwickelte Fähigkeit zum Nach- und Mitmachen. Mit meiner Kadenz am Anfang biete ich Frau Schwan noch kein Lied (gemeinsames Thema) an und weiß zu diesem Zeitpunkt selbst noch nicht, dass überhaupt ein Lied folgen wird. Vielmehr gebe ich eine Struktur in Klang und Form vor, die einen Sicherheit vermitteltenden Rahmen präsentiert und gleichzeitig in ihrer Einfacheit zum Anreichern mit vokalen Äußerungen einlädt.

Frau Schwan zeigt sich initiativ, sie beginnt mit einem eigenen melodischen Einfall. Sie improvisiert und kennt den weiteren Verlauf unserer Musik ebenso wenig wie ich, aber ihre interpersonelle Beziehung zu mir bleibt durch die aufeinander bezogenen Vokalisationen über die gesamte Szene hinweg klar erkennbar.

An mehreren Stellen gibt es Momente, bei denen ich der Patientin den Übergang von der Interaktivität zur Interaffektivität anbiete. Das ist beispielsweise der Fall, wenn ich im zweiten Zwischenspiel nach der zweiten Strophe die kleine Variation der Strophenmelodie mit kurzen, eingestreuten Achtelketten unbekümmert auf "La-la-la" singe. Frau Schwan scheint jedoch zu konzentriert meinen Achtelketten hörend und mitsingend zu folgen, als dass sie sich ins freie Spielen mit mir einlassen könnte.

Auch nach der dritten Strophe, als wir uns herzlich zur textlichen Schlusspointe angelacht haben, wäre die Möglichkeit zu einem improvisierten Nachspiel auf der Beziehungsebene der Interaffektivität gegeben. Ich spüre hier, dass Frau Schwan noch während der Strophe kurz in einem lustvollen Spielen mit mir agiert hat (sie zeigt hier im EBQ eine Tendenz zum Modus 6). Im sich anschließenden Nachspiel geht sie meinen weiter angebotenen, spielerischen Affekt im Singen aber nicht mit. In beiden Fällen kehre ich zum dialogischen Level zurück, um sie nicht zu überfordern sondern ihr in ihrem aktuellen Beziehungsmodus zu begegnen.

(Einschätzung der gesamten Szene: im EBQ Modus 5 mit Peak zu 6: Pat. VBQ 5 mit Peak zu 6, Ther. TBQ 5 mit Peak zu 6.)

Ergebnisse für Herrn Galbert aus den Videos

Video 1 (1. Stunde)

V1 Szene 1 (04:38-07:15) *Zusammen ratlos*

Einführung
Bei dem Erstkontakt mit dem Patienten und seiner pflegenden Ehefrau hatte ich erfahren, dass beide einmal wöchentlich an einem Training teilnehmen, bei dem sie griechische Tänze lernen. Die haben sie vor Jahren bei Urlauben in Griechenland kennen und lieben gelernt. Da ich in der Woche vor der ersten Musiktherapiestunde selbst in Griechenland gewesen war, hatte ich dort eine CD mit kretischen Tänzen gekauft und nun mitgebracht. Im Kennenlerngespräch hatte ich Herrn Galbert mir gegenüber als höflich erlebt, aber auch eine Abwehr gegen Musiktherapie gespürt, von der er die für ihn unannehmbare Vorstellung hatte, mit mir Kinderlieder singen zu müssen. Ich wollte ihm, den ich noch so wenig kannte, mit meiner CD einen persönlichen Anknüpfungspunkt für unseren Beziehungsbeginn anbieten.

Wir sitzen über Eck am Tisch im Esszimmer. Die Videokamera läuft, und wir sind beide etwas aufgeregt. Herr Galbert betrachtet die CD und ich frage: "Wollen wir uns mal ´was anhören davon?" Ihm ist es "egal", wie er sagt, er steht aber auf, stellt die bisherige Musik im Hintergrund ab und legt die CD ein.
Wir finden beide die Musik "griechisch", hören aber nicht weiter hin, denn Herr Galbert hat einen Stapel eigener CDs mit an den Tisch gebracht, die wir zusammen anschauen. Wir staunen beide über die bunte Mischung von *Wellnessmusik*, *Jesse Norman* und einem indisch anmutenden Cover, dessen Inhalt wir nicht entziffern können. Dass wir das beide zu lesen versuchen und nicht hinbekommen, lässt Herrn Galbert auflachen. Die Situation verbindet uns irgendwie. Er sagt, das "Skurrile" der Zeichnungen im Booklet habe ihn zum Spontankauf veranlasst. Er wechselt die CD, und die Musik beginnt.

Darstellung
Die Musik lässt uns kurz auflachen, sie klingt für mich wie eine Mischung aus *Grunge* und britischer Folklore. Wir hören konzentriert zu.
"Ich weiß nicht, welche Sprache es ist", meint Herr Galbert. Es wird englisch gesungen, ich sage aber erst einmal nichts. Herr Galbert steht auf und will auf das Cover gucken, ob er dort nähere Informationen findet, und gibt es mir in die Hand. Ich sage, dass ich die Musik auch ein bisschen wie ein Musical finde, aber er meint, das müsste "ziemlich alt" sein und meint nicht die CD, sondern die

Aufmachung des Booklets. Dass wir eben schon ausführlich das Booklet betrachtet hatten, ist ihm wohl entfallen. Wieder erzählt er, dass er die CD einfach einmal mitgenommen und nur kurz angehört hat. Ich blättere das Booklet erneut durch, bezeichne die Musik als "auch etwas gruselig" und frage ihn, ob er gruselige Sachen mag. "Nö", meint Herr Galbert, und wir lachen wieder. Immer wieder blicken wir uns an, wir fühlen uns wohl. Als ich die Musik als schwungvoll bezeichne und eine markante Armbewegung dazu mache, ahmt Herr Galbert die Geste nach und stimmt mir zu. "Eigenartig", meint er, und mir fallen noch Vergleiche ´wie ein Hexentanz´ und ´Walpurgisnacht´ ein. Herr Galbert stimmt wieder zu.
Dann wird die Musik ruhiger. Herr Galbert sagt wieder, dass er nicht weiß, welche Sprache das sein soll, und ich sage, es soll Englisch sein "mit viel Hall". Dazu mache ich eine Wellenbewegung mit der Hand, die auch der Patient wiederholt. An der Textstelle "trouble, trouble" hat er die Sprache erkannt. Probleme, Kummer, erkläre ich beiläufig. Wir finden beide die Musik und das Booklet in seiner grafischen Gestaltung fremdartig, zucken mit den Achseln und lächeln uns an.

Interpretation
Die Atmosphäre war in den ersten Minuten (vor dieser Szene) von einer besonderen Spannung zwischen uns geprägt, wie sie in einer ersten Musiktherapiestunde für alle Beteiligten verständlich ist. Jetzt, wo der Patient mit der ausgesuchten CD zum Tisch zurückkehrt, wandelt sich die Spannung in Neugierde um. Wir konzentrieren uns beide auf etwas Neues.
Beide erleben wir die Musik ähnlich: Für uns beide scheint die Musikrichtung des *Grunge* ungewohnt zu sein, und wir versuchen aus dem Booklet Informationen zu erhalten. Das gelingt uns nicht, denn die Schrift ist viel zu klein; unsere Hilflosigkeit erheitert uns und irgendwie eint sie uns auch.
Es gelingt uns, unser gemeinsames Interesse auf ein ungewohntes Thema zu fokussieren. Wir hören, reden und lachen und blicken uns immer wieder an. Dass wir uns mit dem Thema beide nicht auskennen und unsere Ratlosigkeit zeigen, stört unsere Beziehung in keiner Weise. Im Gegenteil, wir spüren ein gemeinsames Verständnis untereinander und können unser emotionales Erleben teilen. Gerichtete, intersubjektive Blicke zeigen, dass wir als Person gemeint sind. Der herrschende Affekt ist Neugier auf die Beziehung zum Anderen.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

V1 Szene 2 (37:50-40:04) *Warum machen wir das jetzt?*

Einführung
Nachdem wir gegen Ende der Musiktherapiestunde auf seinen Wunsch hin über die allgemeine Wirkung von Musik auf den Menschen gesprochen haben und Herr Galbert durchaus mit einigem Wissen aufwarten kann, möchte ich das Gespräch zum Abschluss führen. Ich kündige meinen nächsten Besuch für die

darauffolgende Woche an: „Dann komme ich nächste Woche wieder.“ Herr Galbert zögert kurz, sagt dann „Okay“ und lächelt unsicher.

Darstellung

Herr Galbert fragt mich: "Warum machen wir das jetzt?" Er möchte etwas über das Forschungsprojekt wissen. Darüber hatten wir bereits gesprochen, ich erkläre es aber noch einmal. „Ach so“, meint er und rückt seine Brille zurecht. Dann stellt er gleich zwei Fragen: „Und die Ergebnisse? Und wie lange läuft dieses Projekt?"
Ich antworte ihm, dass das Projekt ein Jahr lang läuft. Ich halte meine Hände auf dem Tisch ineinander verschränkt, die Daumen drehen sich umeinander. Das hatten wir alles schon besprochen, Herr Galbert hat es vielleicht vergessen.
Ich spüre, dass er im Innern den Hintergrund unseres Treffens nicht versteht und vom Sinn weiterer Besuche nicht überzeugt ist. Will er noch weiterreden, um für sich einen Sinn in der Weiterführung unseres Treffens zu finden?
„Und wie wird das nachher zusammengefasst?“ Ich gebe ihm recht: „Das muss ausgewertet werden.“ Ich strecke meinen Rücken im Sitzen.
Herr Galbert redet zunehmend schneller und spricht davon, dass Musik bei Kindern ganz anders wirken könnte als bei ganz alten Menschen. Ich stimme ihm zu, unterbreche ihn dann mit der Frage. „Was wollen Sie jetzt wissen? Wie ich das mache?“ Der Patient verneint das, aber ich erkläre ihm in groben Zügen, wie ich die Videoaufnahmen immer wieder anschauen und auswerten werde. Das ist eine ungewohnte Situation für mich, der Patient fragt mich Einzelheiten zum Forschungsprojekt, die ich einerseits schon mehrmals beantwortet habe und die aber andererseits für einen Menschen mit mittelgradiger Demenz ungewöhnlich interessiert und reflektiert erscheinen. Herr Galbert versteht das und sagt ergänzend: „Die Reaktionen von den Leuten wollen Sie wissen.“
Und wieder mehrere Fragen: „Was ist letztlich die Schlussfolgerung? Wie wird das aussehen? Wo möchte man hin?“ Ich antworte, dass die Ergebnisse zusammengefasst werden.
Herr Galbert bleibt hartnäckig: „Aber wo möchte man hin, man steuert ja auf ein Ziel!“ Ich strecke meine Arme durch und fühle mich unwohl.
Endlich finde ich den für beide befriedigenden Ausgang aus der Frage-Antwort-Situation: „Aber wenn ich das Ergebnis jetzt schon wüsste, dann könnte ich ja kein Projekt machen. Wir sind ja noch am Forschen. Wir wissen, es wirkt und es wirkt positiv. Aber es genügt nicht, in der Forschung zu sagen, Musik ist schön.“
Wieder Herr Galbert: „Was für Auswirkungen hat es bei bestimmten Patienten?“
„Aber wir dürfen jetzt das Ergebnis nicht schon wissen. Das wissen wir auch noch nicht. Und deswegen würde ich auch gern nochmal wiederkommen.“
„Gut, ist in Ordnung.“. Er staucht das Booklet in seinen Händen kurz auf dem Tisch auf, wie man es am Ende einer geschäftlichen Besprechung mit seinen Unterlagen macht.
Ich frage nochmal nach, ob das für ihn in Ordnung ist, er bejaht das, und wir lachen beide. Die Spannung in unserer Sitzhaltung hat sich aufgelöst.

Interpretation
Ich weiß aus dem Kennenlerngespräch vor zwei Wochen und aus Äußerungen der Ehefrau, dass Herr Galbert sich unter Musiktherapie nichts Näheres vorstellen kann und befürchtet, Kinderlieder mit mir singen zu müssen.
Die erste Musiktherapiestunde ist zufriedenstellend gelaufen. Wir haben zusammen über Musik gesprochen, wir haben sie gemeinsam gehört, und der Patient hat mir einige seiner CDs gezeigt. Wir kamen in einen Austausch miteinander.
Der Patient diskutiert mit erstaunlich gutem Sprach- und Denkvermögen. Er kann Spezialwissen abrufen, Sätze einwandfrei formulieren und stellt Fragen. Seine Diagnose einer mittelgradigen Demenz ist kaum zu glauben.
Er führt die Diskussion und verlangt von mir Antworten. Er dreht dabei die übliche therapeutische Konstellation um, *er* führt und stellt Fragen. Das ist für mich eine ungewohnte Situation, und seine geistige Fitness beim Stellen seiner fachlichen Fragen verblüfft mich.
Ich nehme ihn ernst und beantworte seine Fragen. Trotzdem fühle ich mich unwohl, weil ich befürchte, dass nach einer recht gut gelaufenen ersten Stunde seine Widerstände, die ich erneut spüre, Oberhand bekommen und zum Therapieabbruch führen könnten. Sein Zögern, als ich meinen erneuten Besuch für nächste Woche ankündige, deute ich als Widerstand, da er den Sinn meines Hausbesuchs und nun noch weiterer Termine nicht versteht.
Ich spüre seine große seelische Not hinter seinen formulierten Fragen.
Herr Galbert möchte Ergebnisse und damit Lösungen für seine persönliche Situation. Im Grunde möchte er mit seinen drängenden Fragen wissen: Kann Musiktherapie in seiner persönlichen Krankheitssituation hilfreich sein?

Schließlich lässt sich für ihn eine befriedigende Abschlusssituation schaffen: Er kann nachvollziehen, dass Ergebnisse aus einem Forschungsprojekt nicht im Voraus gefunden werden können. Deshalb ist es Voraussetzung, dass ich meine Besuche fortsetze und er Geduld aufbringt, bis er einen Nutzen davon haben könnte. Herr Galbert versteht das und stimmt meinem erneuten Kommen zu. Unser Lachen erlöst die Spannung nur teilweise. Ich habe den Eindruck, dass sich Herr Galbert etwas überrumpelt fühlt, und ich frage mich, ob nicht eine der nächsten Stunden zeigen wird, dass er wirklich kein Interesse an der Musiktherapie hat. Ich nehme mir vor, seine Ansichten und Gefühle noch besser zu verstehen und zu respektieren, falls er das Projekt möglicherweise sogar abbrechen wollte.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

Video 2 (5.Stunde)

V2 Szene 1 (12:45-19:11) *Krise*

Einführung

In den vergangenen vier Musiktherapiestunden war der Patient in unterschiedlicher Verfassung. Mal klammerte er sich an jede meiner Antworten auf seine immer wiederkehrenden Fragen nach seinen Heilungschancen, mal zeigte er einfach nur Traurigkeit über seine Diagnose. Dann gab es Stunden, in denen er stabil schien und wir die Zeit miteinander mit Musikhören und anschließendem Gespräch über die Musik verbrachten. Wir waren in gutem Kontakt, blickten uns häufig an, lächelten und lachten auch während unseres Austausches. Aus Gesprächen mit der pflegenden Ehefrau wusste ich, dass er immer noch eine Abwehr gegen meine Hausbesuche hatte, die so weit ging, dass er bei meinem Klingeln unten an der Haustür seiner Frau zurief, sie solle nicht aufmachen. In den gemeinsamen Musiktherapiestunden war das nur unterschwellig, meist aber gar nicht zu spüren. Äußerte er sich mir gegenüber nicht, weil er zu höflich war und mich nicht verletzten wollte? Vergaß er seine Vorbehalte oder waren sie nicht mehr da, sobald ich in die Wohnung eintrat?
Ich fühlte, dass ich mich im Kontakt mit ihm an der Oberfläche bewegte. Tiefer in seine Gefühlswelt einzudringen, gestattete er mir nicht, obwohl ich spürte, dass dort wichtige Themen und Bedürfnisse liegen. Ich fühlte mich mit ihm in der Therapie angespannt und kalkulierte in jeder Stunde ein, dass ich dort deutliche Anhaltspunkte finde (nicht allein die Mitteilungen der Ehefrau), die Therapie mit ihm einvernehmlich zu beenden. Und da war noch ein anderes Gefühl, das verhinderte, von mir aus ein Therapieende vorzuschlagen: Es war nicht mehr als eine Ahnung, dass Musiktherapie für Herrn Galbert noch hilfreich werden könnte.
Heute finde ich den Patienten in einer schweren seelischen Krise vor. Er sitzt mit mir am Tisch, und die Ehefrau ist mit in den Raum gekommen. Sie berichtet, dass er an mehreren Abenden weggerannt ist mit der Ankündigung: „Ich gehe jetzt und komme nicht mehr wieder."
Herr Galbert ist verzweifelt über seine Krankheit („Ich halt´ das nicht mehr aus!") und hat Angst, dass er in ein Heim gegeben wird: „Ich weiß nicht, was ich machen soll."
„Ich möchte hier nicht weg, ich bin ja gerne hier. Ich möchte nicht, dass man mich ins Heim steckt."
(In einer Tagesgruppe mit anderen Menschen mit Demenz in einem schwereren Stadium als er hat er deren Defizite und Einschränkungen beobachtet. Das macht ihm Angst) „Ich bin ja nicht verblödet!" Er weint. Er hat die Menschen in ihrer Hilflosigkeit als ´Versuchskaninchen´ wahrgenommen.
Mit vorsichtigem Fragen taste ich mich heran, seine Angst zu verstehen: „Was ist das für eine Angst gerade? Die Angst, nutzlos zu sein?" Er antwortet: „So kann man´s schon sagen, ja."
„Die Angst, zur Last zu fallen?" Er nickt: „Das ist richtig."
Als der Patient vorübergehend den Raum verlässt, teilt mir die Ehefrau mit, dass er ihr nach unserer letzten Stunde gesagt hat, dass es ihm Spaß gemacht hätte.
Herr Galbert kehrt zurück. Er ist verzweifelt. Die Ehefrau wirft ein, dass er aber beim Besuch der Neurologin immer sagt, es gehe ihm gut. Herr Galbert äfft ihre Fragen nach: "Was für´n Tag haben wir heute? Wann sind Sie geboren? In

welchem Bundesland leben Sie?“ Diese Behandlung empfindet er als unwürdig und will nicht mehr dorthin gehen. „Dann kann man auch jemandem ´ne Spritze geben! Es gibt ja nichts dagegen. Es wär´doch egal, wenn´s ´was dagegen gäbe, es ´wär´doch egal, was es wär´...“
Und später: „Meine Frau leidet mindestens genauso wie ich auch.“ Er weint erneut. „Das ist unwürdig!“
Heute geht es für mich um Krisenintervention, in der ich den Patienten stabilisieren will.

Darstellung
Der Patient sagt: „Ich weiß doch nicht was ich machen soll.“
„Ist es so, mit der Krankheit einen Weg finden, die Würde zu erhalten?“, frage ich.
Er entgegnet: „Wie soll das gehen?“
Ich: „Tja, wie soll das gehen, was könnt´ man machen?“ Wie überlegen. Dann sage ich: „Das, was Sie gern mögen und das, was Sie gut können.“
Er wirft ein, dass es auch darum geht, was er und seine Frau zusammen gern mögen, denn sie habe ganz klar auch eine Last. Er hat den Kopf aufgestützt und reibt sich über die Augen. Seine Stirn ist sorgenvoll in Falten gezogen.
„Es gibt doch Dinge, die Sie gern mögen!“ sage ich nun mit lauterer Stimme.
„Ach ja, wenn ich abgelenkt bin davon...“ Ich hätte das auch schon gemerkt in unseren Stunden.
Ich füge hinzu: „Da haben wir sogar gelacht.“ Herr Galbert sagt traurig: „Ja, sicher.“
Ich erwähne das griechische Tanzen, das er mit seiner Frau macht, und Herr Galbert meint, dass Tanzen auch eine Heilfunktion haben könnte. Er erzählt etwas über die griechische Musik, die aufgrund ihres Rhythmus und Taktes beim Training der griechischen Armee eingesetzt wurde. Er blickt mich an, hält den Kopf höher und untermalt sein Erzählen mit kleinen Gesten. Die Musik der Griechen wäre keine Unterhaltungsmusik, sondern hätte eine positive Wirkung.
Die Ehefrau hakt ein, dass Musik überhaupt eine positive Wirkung hat, und ich deshalb hierherkomme. Herr Galbert stimmt zu.
Dann meint er: „Ich habe Angst vor dem ständigen Druck, etwas falsch zu machen.“ Die Ehefrau wirft ein, es wäre kein Druck, wenn sie rechtzeitig meinen Besuch ankündigt und er sich fertig machen soll. Aber er empfindet das als Druck. Er sagt, er würde auch merken, wie man auch hinter seinem Rücken reden würde: „Ich weiß doch, wie ich gehandelt werde.“
Frau Galbert räumt ein, zu ihm schon einmal „Zum Donnerwetter, nun reiß dich doch mal zusammen mit deinem dummen Kopf!“ gesagt zu haben, allerdings nicht vor anderen. Sie bedauert das. Herr Galbert zeigt Verständnis: „Du hast ja auch nur Nerven.“ Er sei ja nicht gewalttätig. Ich sage, dass ich ihn so auch nicht kenne, da sagt die Ehefrau, dass er ihr schon in letzter Zeit drohe.
„Ich sage, ich gehe fort.“ Er weint wieder. Er hat gesehen, dass seine Frau den Raum verlässt. Ich sage ihm, dass er nichts für seine Krankheit kann. Herr Galbert bittet mich, nach seiner Frau zu schauen. Er verbirgt sein Gesicht in beiden Händen. Ich gehe ihr nach und spreche mit ihr. Sie war nur aufgestanden, um

nebenan ein Fenster zu schließen. Als wir zurückkommen, lobe ich ihn, dass er mich geschickt hat, nach seiner Frau zu sehen. Ich sage beiden, dass es eine ganz fürchterliche Krankheit ist, aber beide nicht schuldig sind.
Der Patient verlässt nun den Raum, und die Ehefrau sagt, dass sie es nicht mehr schafft, ihren Mann zu beruhigen und der Hausarzt schon einmal eine Spritze hat geben müssen. „Ich weiß auch nicht, wie das weitergehen soll."
Ich stelle die Videoaufnahme aus und beruhige den Patienten anschließend im Wohnzimmer.

Interpretation
In dieser spannungsgeladenen Situation geht es mir darum, erstens die Angst des Patienten zu verstehen, zweitens ihn zum Ausdruck zu bewegen, um der Angst eine Form zu eben und mit ihr umgehen zu können und drittens nach Möglichkeit seinen Blick auf seine Ressourcen zu lenken. Dazu möchte ich die Ehefrau verstehen und beruhigen.
Herr Galbert ist in seinem Affekt gefangen, er spürt Angst und Wertlosigkeit und spricht sein in seinen Augen nutzloses Dasein an, das man auch beenden könne. Auch um die Belastung seiner Frau sorgt er sich. Sie möchte ihrem Mann helfen, fühlt sich aber oft machtlos.
Ich versuche vorsichtig, Herrn Galbert mit meinen Fragen zum Ausrücken und Beschreiben seiner Ängste zu bewegen. Während er mir antwortet, wird er etwas ruhiger und bleibt zumindest mit mir und seiner Frau im Gespräch. Meine Suche nach Ressourcen ist bedingt erfolgreich, als er erwähnt, dass wir in den vergangenen Stunden Freude mit Musik hatten, und auch die Ehefrau mit einstimmt, dass Musik ihm doch guttut.
Dann überwältigt ihn wieder die Angst, er weint und geht schließlich aus der Situation, indem er den Raum verlässt. Der Patient konnte sich anschließend im Wohnzimmer beruhigen.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 2: Pat. KEBQ 2, Ther. TBQ 2.)

Video 3 (11.Stunde)

V3 Szene 1 (02:10-03:55) *Die Schlitztrommel erklingt*

Einführung
Der Patient und seine Frau sind in guter Stimmung. Sie empfangen mich mit einer Musik vom CD- Player, die sie gern mögen, dessen Titel sie aber nicht kennen.
Auch mir sind Interpret und Titel nicht bekannt, die Musik erinnert mich an die Gruppe *Adiemus*. Ich erfahre, dass die Musik am Ende seiner Chi-Gong-Stunde gespielt wird, und ich höre, dass er ein solches Training besucht.
Die Ehefrau verlässt lächelnd den Raum, sie will nicht stören.
Der Patient und ich lachen über den „Hindernisparcour", der durch das Aufstellen verschiedener Instrumente im Zimmer entstanden ist. Wir entscheiden, die Musik nun auszustellen, da wir die Musikinstrumente betrachten wollen.

In den vergangenen Stunden hat mir Herr Galbert von seinem Wunsch, ein Musikinstrument zu spielen, erzählt. Da es uns klar ist, dass sich das ohne instrumentale Vorkenntnisse mit z.B. Klavier oder Geige nicht auf die Schnelle verwirklichen lässt, hatte ich ihm versprochen, zur nächsten Stunde etwas mitzubringen, das einfacher zu spielen ist. Auf den Stuhl an der Wand habe ich ein *Metallophon* gestellt. Ich zeige ihm die *Schlitztrommel* und verteile Schlägel auf dem Tisch, auf dem auch ein *Rainmaker* liegt.

Darstellung

„Was soll´s damit?“ fragt Herr Galbert amüsiert und hebt den *Rainmaker* an, „ich habe keine Ambitionen, irgendjemandem ´was zu tun!“, scherzt er.
Er entdeckt die Schlägel, nimmt sie vom Tisch und meint, er wüsste jetzt, was es sei und beginnt, noch im Stehen kurz auf der *Schlitztrommel* zu spielen. Er spielt einen kurzen Auftakt, dem ein rhythmisches Motiv im Dreiertakt, das er mehrmals wiederholt, folgt. Dabei schlägt er gezielt verschiedene Klangfelder des Instruments an. Ich bin erstaunt über seinen rhythmischen Einfall.
„Wunderbar!“, ruft er und zieht verlegen die Schultern hoch.
Ich frage ihn, ob ich mir eine seiner Trommeln darf (er handelt sich um Reisesouveniers aus Griechenland), und Herr Galbert reicht mir eine kleine *Djembe* aus dem Regal herunter. Die Schlägel behält er dabei in einer Hand.
„Müssen Sie sich aber hinsetzen“, meint er. Als ich entgegne, dass das nicht geht, weil wir nur einen Stuhl haben (darauf steht die *Schlitztrommel*), stellt er die *Schlitztrommel* auf den Tisch vor seinen Platz an der Eckbank und fordert mich zum Hinsetzen auf den nun freien Stuhl aus.
Er probiert nun wieder vor der *Schlitztrommel* stehend die verschiedenen Felder durch und kommentiert sein Austesten nickend: “Ah, ja.“
Ich habe mich im rechten Winkel zu ihm gesetzt und spiele mit ihm. Er beginnt mit demselben rhythmischen Motiv, und ich begleite auf der *Djembe*. Er spielt jetzt nur mit einer Hand, trotzdem gelingt ihm das rhythmische Motiv einigermaßen sauber. Ich unterstütze das eintaktige Motiv mit betonter erster Zählzeit.
Dann verliert Herr Galbert den Rhythmus kurz, spielt nur noch einmal auf der ersten Zählzeit. Er hört aber indessen mein weiterlaufendes *Ostinato* und setzt mit deutlicher Geste beim nächsten Takt wieder mit ein. Er probiert ein bisschen und bricht dann ab: „Da muss man sich erst dran gewöhnen.“
„Ja!“, sage ich und frage: „Und wie klingt das?“ Ich erhalte keine Antwort, denn Herr Galbert möchte die *Schlitztrommel* lieber noch weiterspielen.

Interpretation

Herr Galbert freut sich über die mitgebrachten Musikinstrumente. Seine Unsicherheit über die fremden Instrumente drückt sich in seinen Späßen (*Rainmaker* als mögliche Waffe) aus. Er zeigt sich in einer Arbeitshaltung, die von Neugierde geprägt ist. So probiert er gleich im Stehen die *Schlitztrommel* und sorgt für ein Instrument und einen Stuhl für mich, damit das Ausprobieren und Spielen weitergehen kann.

Der Patient hat nie ein Instrument gespielt, und dies ist sein erster Kontakt mit einer *Schlitztrommel* und mit Schlägeln. Seine Musikalität bei seinem Einfall des rhythmischen Motivs und seine souverän wirkende Spielweise sind für mich überraschend. Ich möchte seine Explorationen klanglich unterstützen und frage nach der Trommel in seinem Regal. Ich gehe bewusst diese Unterbrechung seines Erkundens ein, da ich seine Begeisterung spüre und mir sicher bin, dass es zu keinem Abbruch seines Interesses kommen wird.
Mein Spiel verfolgt das Ziel, seinen explorativen Umgang mit dem Instrument zu unterstützen. Ich bin mit Haltung, Blick und Ohr auf den Patienten und sein Spiel gerichtet. Die Musik, die gleichzeitig von uns beiden erklingt, wird in einigen Momenten als gemeinsame empfunden, z.B. wenn Herr Galbert kurzzeitig aus seinem rhythmischen *Ostinato* fällt und dann mit betonter Gestik wiedereinsetzt.
Meine Frage am Ende der Szene nach dem Klang der Musik scheint er nicht wahrzunehmen. Er ist vertieft ins Explorieren und spielt weiter.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 3 mit Peak zu 4: Pat. IBQ 3 mit Peak zu 4, Ther. TBQ 3 mit Peak zu 4.)

V3 Szene 2 (11:05-11:55) *Schlägelprobe*

Einführung
Es war dem Patienten und mir aufgefallen, dass ein Schlägel etwas anders aussieht und klingt. Ich frage, ob etwas nicht in Ordnung war damit und mache mit beiden Schlägeln ein paar Probeschläge auf der Schlitztrommel.

Darstellung
„Vielleicht hat er zu viele Haare verloren! Meinen Sie nicht auch?“, lacht Herr Galbert und zeigt auf den flauschigen Filzkopf des Schlägels in meiner Hand. Ich entgegne scherzhaft, dass es schon ein älterer Herr wäre. Wir amüsieren uns darüber.
„Aber es macht sich am Klang sofort bemerkbar“, meint Herr Galbert. Ich halte die Schlägel nebeneinander und stelle fest, dass auch die Stöcke der Schlägel nicht ganz als Paar zusammengehören. Herr Galbert nimmt die Schlägel und ich bitte ihn: „Testen *Sie* nochmal!“
Sogleich spielt er abwechselnd eine monotone Tonfolge. Ich beuge mich vor und höre konzentriert hin. Als er mit dem Holz des Schlägels auf das Instrument trifft, zuckt er beim Klang kurz zusammen. Dann tauscht er die Schlägel in den Händen und spielt wieder.
Er nickt anerkennend und meint, es sei schon besser. Ich frage, woran das jetzt liegt. Herr Galbert hört auf zu spielen, lehnt sich zurück und erklärt mir, es läge daran, dass er die Schlägel getauscht hat. Dabei kreuzt der die Schlägel in der Luft einmal hin und her, um den Wechsel zu veranschaulichen. „Ach, so“, bemerke ich und lasse mir weiter erklären, es würde nach seiner Einschätzung an der unterschiedlichen Festigkeit des Schlägelkopfs liegen. Er probiert noch weiter.

Interpretation
Die Feststellung, dass einer der beiden Schlägel etwas anders aussieht und klingt, erheitert uns. In einer fröhlichen Atmosphäre machen wir unsere Witzchen.
Dann bitte ich den Patienten, die Schlägel noch einmal zu testen und spreche ihn hiermit als technischen Experten an.
Nach den vorangegangenen Minuten des klanglichen Ausprobierens voller Neugier und auch Unsicherheit gegenüber den Instrumenten, möchte ich ihm eine Situation anbieten, in der er sich nun sicher und kompetent fühlen kann. Ein ihm aus seinem früheren Arbeitsleben vertrautes Muster, nämlich dass er für andere etwas technisch begutachtet, soll ihn auf vertrautes Terrain holen und erholen lassen von seinen neuen emotionalen Erlebnissen mit den Instrumenten. Der Patient nimmt die Rolle gleich an, exploriert konzentriert die Schlägel und die damit erzeugten Klänge und berichtet mir sachlich und entspannt seine Einschätzung zum Sachverhalt. Ich höre ihm zu, und mir kommt das Bild einer Kundin in der Werkstatt. Wir befinden uns in einer ruhigen Affektlage, unsere Blicke strahlen Aufmerksamkeit aus.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 3: Pat. IBQ 3, Ther. TBQ 3.)

V3 Szene 3 (17:05-18:36) *Bei Missfallen selbst ändern*

Einführung
Der Patient hat den Klang des *Rainmakers* exploriert. Ich frage ihn, ob eines der ausprobierten Instrumente, *Schlitztrommel* oder *Rainmaker,* für ihn schöner gewesen ist. „Muss nochmal hinhören", antwortet mir Herr Galbert, und ich stelle die *Schlitztromme*l wieder vor ihn auf den Tisch. Er steht auf, um das Instrument besser erreichen zu können.

Darstellung
Herr Galbert spielt wieder das rhythmische Motiv von vorher. Ich greife nach dem *Rainmaker* und begleite mit kurzem, metrischem Schütteln. Er probiert erneut die Schlägel aus: Er tauscht sie in den Händen und wechselt die Handhaltung von *von oben* in *von unten* greifend (wie man eine Gabel hält) und später wieder zurück.
Manchmal stoppt er, murmelt ein „Nee" oder schüttelt nur den Kopf und setzt sein Spiel auf einem anderen Klangfeld fort.
Ich höre auf zu spielen und höre ihm zu, bis auch er sein Spiel mit einer Schlussgeste, indem er die Arme kurz zur Seite und zurückführt, beendet. Er setzt sich wieder hin und lächelt mich an. „Tja", sagt er gedehnt und klopft noch zweimal an die Seite der *Schlitztrommel*. Ich frage ihn, ob er, wenn er manchmal „Nee" sagt, eine ganz bestimmte Vorstellung hat, wie es klingen soll. Herr Galbert antwortet, dass er nicht festgelegt ist und streicht dabei mit den Fingern einer Hand über die Klangfelder der *Schlitztrommel*.
„Aber manchmal haben Sie so den Kopf geschüttelt, dann stimmte irgendetwas nicht", hake ich nach. Herr Galbert: „Ja sicher. Wenn mir der Ton missfällt, dann

ändere ich den."

Interpretation
Um meine Frage nach dem bevorzugten Instrument beantworten zu können, tritt der Patient erneut in eine Phase des Explorierens ein. Seine Spieltechnik ist für jemanden ohne instrumentale Vorkenntnisse sehr geschickt und verblüfft mich erneut. Während des Testens der Schlägel fällt auf, dass er diesmal sehr auf den erzeugten Klang hört und selbst versucht, mit verschiedenen Arten der Schlägelhaltung darauf Einfluss auszuüben. Er geht kreativ und selbstverantwortlich mit dem Problem, dass ihm das Klangergebnis nicht immer gefällt, um. Ich möchte wissen, ob er beim Spielen bereits im Voraus eine bestimmte Klangvorstellung hat, die manchmal enttäuscht wird. Das verneint er, aber er präsentiert mir seine Lösung, wenn ihm ein Ton nicht gefällt. Sein Satz „Wenn mir der Ton missfällt, dann ändere ich den", offenbart mir ein Ressourcenpotential zu einem kreativen Umgang mit problematischen Situationen im Allgemeinen. Ich ahne, dass der Patient möglicherweise an der instrumentalen Improvisation Freude und Selbstwertgefühl erleben könnte. Die Fähigkeit und der Mut, nicht passend erscheinende Töne zu ändern, ist eine der Kennzeichen einer gelungenen Improvisation.
Mit dem Ausprobieren des *Rainmakers* und der *Schlitztrommel* ist heute der erste Kontakt zum eigenen Musizieren gelungen. Für eine Entwicklung seiner Ausdrucksfähigkeit halte ich jetzt ein Melodieinstrument für angebracht.
Ich beschließe, ihm zur nächsten Stunde ein *Metallophon* mitzubringen, auf dem er aufgrund der diatonischen Tonreihe seinen Ausdrucksraum erweitern könnte.

Zur Beantwortung meiner ursprünglichen Frage nach dem bevorzugten Instrument kommt es nicht mehr. Die Frage ist nicht mehr wichtig, und wir haben sie beide vergessen.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 3: Pat. IBQ 3, Ther. TBQ 3.)

Video 4 (17.Stunde)

V4 Szene 1 (03:05-05:02) *An der trägen Saale*

Einführung
Inzwischen habe ich Herrn Galbert ein *Metallophon* mitgebracht. Weil er es in jeder der vergangenen Stunden mit großer Freude gespielt hat, habe ich es ihm zur Benutzung daheim überlassen. Wir haben gemeinsam einen Platz im Zimmer auf der Kommode gefunden, wo es nun immer steht und die Ehefrau es regelmäßig abstaubt. Wenn ich bei meinen Hausbesuchen den Raum betrete, steht das *Metallophon* schon vor Herrn Galberts Platz auf dem Tisch, die Schlägel sind daneben oder auf dem Instrument ordentlich platziert: Der Tisch ist gedeckt!

„Und was machen wir heute?", fragt der Patient und lacht unsicher. Ich möchte

das nicht bestimmen und antworte deshalb: „Das ist die Frage. Was Sie möchten."
Herr Galbert: „Machen Sie mal n´ Vorschlag, mir fällt jetzt momentan gar nichts ein." Ich bleibe allgemein: „Ja, wie wär´s mit Musik?" und lache.
Herr Galbert nickt und lacht ebenfalls: „Musik ist nicht verkehrt, ist nie verkehrt!"
Ich habe noch keine musikalische Idee und spiele einige Gitarrenakkorde, aus denen kein Lied erkennbar wird. Herr Galbert kommentiert das mit „improvisiert".

Darstellung
Ich lade den Patienten ein: „Spielen Sie mit? Dann improvisieren wir beide, bis wir etwas gefunden haben! Wollen Sie mitspielen?"
„Ja", sagt Herr Galbert leise und nimmt langsam die Schlägel vom *Metallophon* herunter. Einen behält er in der linken Hand spielbereit, auf seine rechte stützt er seinen Kopf auf.
„Vielleicht wird's ja dann irgendwas, wird sich dann finden", meine ich.
Er probiert ein paar Töne, merkt dann auf, als er seinen Anfangston gefunden zu haben scheint, und es formt sich die Melodie zu *An der Saale hellem Strande.* Es gelingt ihm, das Lied bis auf die Wendung am Schluss fehlerlos zu spielen, und er kommt richtig auf dem Grundton an. Ich begleite ganz zurückhaltend.
Für eine zweite Strophe wechselt er den Schlägel in die rechte Hand und stützt seinen Kopf nun mit links. Er baut ein paar punktierte Rhythmen ein, bis er zur ursprünglichen Melodie kurz zurückkehrt. Dann bricht er das Lied ab und probiert ein bisschen herum: ein paar Tonwiederholungen auf dem Grundton in der oberen Oktave, einige Töne in Grundtonnähe wieder unten. Nachdem er einen Abschluss markiert hat, fange ich an, das Lied ganz leise, fast nur gehaucht, zu singen. Sofort finden wir zusammen und musizieren das Lied leise, wobei ich bei schwierigen Stellen auf ihn warte, um mit ihm zusammen zu bleiben.

Interpretation
Der Patient wird von mir niederschwellig angeregt, mitzuspielen. Mein Satz: „Vielleicht wird's ja dann irgendwas, wird sich dann finden" bedeutet, dass wir einfach nur beginnen wollen und nichts Fertiges oder Richtiges produzieren müssen. Herr Galbert findet schnell heraus, was er spielen will und beginnt mit *An der Saale hellem Strande,* seinem derzeitigen Lieblingslied. Ich freue mich, dass er das Lied nach wenigen Wochen des Probierens so gut hinbekommt. Aber heute wirkt sein Spiel auf mich träge, versonnen und traurig. Ich fühle mich in der Musik mit ihm ähnlich und begleite sehr zurückhaltend. Meine Intervention, ihm nach seinem Probieren durch mein Singen wieder mehr Orientierung zu geben, gelingt: Herr Galbert orientiert sich wirklich gleich an meinem Singen und spielt mit mir zusammen. Durch meine Rücksichtnahme bei seinen schwierigen Stellen im Melodieverlauf geleite ich ihn zum Strophenende. Diese klangliche und tonale Abstimmung ist uns beiden wichtig.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. IBQ 4, Ther. TBQ 4.)

V4 Szene 2 (11:36-12:15) *Der Durchbruch*

Darstellung
Zu meinen leisen Gitarrenakkorden, die ich im Metrum eines Vierertakts durchgehend anschlage, spielt auch Herr Galbert im Metrum regelmäßige und zarte Schläge auf dem *Metallophon*. Dabei bewegt er sich in einem kleinen Tonumfang zwischen Grundton und Quarte und benutzt auch viele Tonwiederholungen. Ganz deutlich zeigt sich sein Gefühl für die Phrasenlänge. Den Mund halb geöffnet und den einen Schlägel wie einen Pinsel haltend tupft er seine Töne aufs Instrument. Dann springt er eine Sext aufwärts und geht wie bei einem Vorhalt synkopisch gleich zur Quinte weiter. In dieser Lage, vom Grundton entfernt, entwickelt er eine Melodie im ganzen Oktavraum. Die Stelle mit der Betonung und dem punktierten Rhythmus auf dem oktavierten Grundton ist der musikalische Höhepunkt. Er wiederholt sie mit deutlicher Geste der Spielhand und fügt vorher zwei zusätzliche Schläge zwischen die Takte ein. Die Melodie wird dann zum Grundton zurückgeführt, von wo eine neue Phrase aufgebaut werden wird.

Interpretation
Hier versucht der Patient nicht mehr wie sonst, eine bekannte Melodie nachzuspielen, sondern spielt frei mit mir zusammen. Dabei stimmt er seine Schläge in Dynamik und metrischer Regelmäßigkeit mit meinem Spiel ab und bleibt mit Tonwiederholungen und kleinem Tonumfang zunächst in der klanglich sicheren Nähe des Grundtons. Seine Schlägelhaltung wie ein Pinsel und seine Klangtupfer erinnern mich an ein kleines Stimmungsgemälde. Er wählt seine Töne aber nicht oder nicht nur zufällig aus, sondern aufgrund seiner Ohr-Hand-Koordination formt er melodische Motive und passt diese in die Phrase hinein.
Der mutige Sprung auf die Sext und Übergang auf die Quinte zeigen, wie genau er sein Klangergebnis überprüft. Die Synkope belebt das Spiel, es kommt zum melodischen Höhepunkt, den Herr Galbert nochmals als Bekräftigung wiederholt. Mit der Rückführung der Melodie zum Grundton zeigt er ein intuitives Verständnis für eine logische Gestaltung einer Melodielinie. Dabei bleibt der Patient die ganze Zeit aufmerksam hörend auf den Gesamtklang und passt seine Melodie meinen harmonischen Akkordfolgen (manchmal im Voraus) an.
Der Patient betritt in dieser Szene das Neuland der Instrumentalimprovisation: Ausgehend von kleinen Versuchen einer Melodiebildung in Grundtonnähe, wagt er sich in den erweiterten Tonraum und spielt dort auch kleine rhythmische Motive. Der musikalische Höhepunkt gefällt ihm offenbar, und er wiederholt die Stelle, diesmal noch ausdrucksstärker. Ein musikalisches Gehör und Gespür, eine gewisse Klangvorstellung, eine Ohr-Hand-Koordination, die Lust am Zusammenspiel und Mut ermöglichen ihm, erste positive, emotionale Erfahrungen in der

Improvisation zu erleben.
Wir befinden uns beide in ruhiger Affektlage und sind interattentional und interintentional in unserem Beziehungsgeschehen verbunden.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. IBQ 4, Ther. TBQ 4.)
Video 5 (23.Stunde)

Einführung
Dem Patienten ist das Fortschreiten der Krankheit anzumerken. Er sieht gealtert aus, zeigt sich antriebsärmer und müde. Seine Sprache hat sich verkürzt, er äußert sich nur noch in kurzen Sätzen.
Seit einigen Stunden singt Herr Galbert mit mir Volkslieder und Kinderlieder und macht damit das freiwillig und gern, was er stets so sehr abgelehnt hatte: (Kinder-)lieder mit mir singen.
Heute ist zwar der Tisch wie immer musikalisch gedeckt, aber der Patient macht keine Anstalten, das *Metallophon* oder irgendein anderes Instrument zu spielen. Stattdessen sitzt er auf einem Stuhl ein Stück weg von den Instrumenten und hält seine Hände auf den Knien. Er lächelt mild, sein Blick ist nach unten gerichtet.
Ich setze mich ihm mit der Gitarre gegenüber.

V5 Szene 1 (00:22-01:47) *Gesang von den verfallenen Dächern*

Darstellung
Herr Galbert fordert mich auf, Musik zu machen. Ich beginne mit seinem Lieblingslied *An der Saale hellem Strande.* Er nickt schon bei den ersten Takten und schwingt sich ein, um gleich darauf auf „Dö, dö“ mitzusingen.
Gegen Ende der ersten Strophe hört er auf zu singen. Die Papageien im Käfig hinter mir zwitschern laut.
Während ich die zweite Strophe singe, wippt Herr Galbert wieder sanft zur Musik und blickt in der Strophenmitte kurz zu mir auf.
Ich singe noch eine dritte, und Herr Galbert wippt am Anfang mit. Kurz vorm Strophenende blickt er mich an und fragt unvermittelt: „Woll´n wir spazieren geh´n?“

Interpretation
Die Szene erhält ihre Bedeutung dadurch, dass der Patient mit mir singt. Er hatte schon im Vorfeld der Therapie und auch in den ersten Therapiestunden seiner Frau gegenüber vehement abgelehnt, mit mir zu singen, wozu ich ihn gar nicht aufgefordert hatte.
An der Saale hellem Strande gehört zu seinen Lieblingsliedern, und er hatte es immer wieder einmal mit mir auf dem *Metallophon* zur Gitarrenbegleitung gespielt. Dass er heute mit mir singt, also sein ureigenes Instrument benutzt, rückt unsere Beziehung in eine besondere Nähe.
Herr Galbert singt keinen Text, und seine Silben bringt er auch nur stückweise hervor. Aber auch wenn er schweigt, zeigt sein sanftes Wippen, dass er sich auf-

merksam hörend mit mir Momente der Gemeinsamkeit teilt. Als sich seine Frage nach einem Spaziergang aufdrängt, kommt es unvermittelt zum Abbruch des gemeinsamen Themas.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. VBQ 4, Ther. TBQ 4.)
V5 Szene 2 (03:10-04:52) *Woll´n wir spazieren geh´n? (Situationslied)*

Einführung
Der Patient hatte mich gefragt, ob wir spazieren gehen. Ich habe das Lied *I ging e´mol spaziere* gesungen, er scheint es nicht zu kennen.

Darstellung
Ich wechsele in einem kurzen Zwischenspiel vom Lied *„I ging e´mol spaziere* im Vierertakt zum Dreiertakt und spiele einen Turnaround, der sich zu einer kleinen Form aus 16 Takten zusammensetzt und zu dem wir schon oft improvisiert haben. Ich singe „Um-da-da“ und wiege meinen Oberkörper hin und her. Herr Galbert blickt auf, schaut zum Fenster, dann setzt er nach acht Takten auf „De-de-de“ singend ein und wiegt sich ebenfalls leicht im Takt.
Ich strahle ihn an: Ich konnte ihn, der mir heute innerlich entrückt erscheint, jetzt erreichen. Ich lasse ihn allein zur Gitarre singen und setze erst wieder auf der nächsten Strophe (Periode) ein. Herr Galbert singt nun nicht mehr, schaut aber zu mir und wiegt sich wieder kaum merklich zur schwingenden Musik.
Zum Ende dieser zweiten Strophe fragt er unvermittelt: „Woll´n wir spazieren geh´n?“
Ich unterbreche mein Spiel nicht, sondern beginne die dritte Strophe lauter und mit einem Situationslied, das sich auf seinen Wunsch nach einem Spaziergang bezieht: „Woll´n wir spazieren geh´n? Wo woll´n Sie hin,Wo woll´n Sie hin?
Geh´n in den Garten, la-la-la-la, müssen noch warten, la-la-la-la.
Herr Galbert sagt lächelnd: „Schuh anzieh´n“.
Ich habe gerade noch Zeit, seine Anregung in die nächste Strophe einzubringen:
„Schuh anzieh´n, Schuh anzieh´n, müssen wir auch,
Barfuß geh´n, barfuß geh´n, das ist nicht Brauch! La-la-la-.....“
Herr Galbert schaut mich nun lange an und lächelt.
Es kommt zu einer weiteren Strophe, die ich ohne Singen beginne. Auf der Hälfte spiele ich ein minimales *Ritardando*. Herr Galbert scheint es wahrzunehmen und fragt: „Was machen wir noch? Was können wir noch machen?“
Ich diese Strophe nicht fertig, sondern beginne von vorn mit dem Text:
„Was können wir denn noch machen? Ja, was fall´n uns ein für Sachen?
Was könn´n wir noch singen? Was kommt in den Kopf?
Was könn´n wir noch singen? Was fällt uns noch ein?“
Dann beende ich das Situationslied.

Interpretation
Der Patient zeigt Konzentrationsschwächen. Während er sich früher ohne Mühe lange in der Musik hörend, singend und musizierend bewegen konnte, drängt sich ihm hier immer wieder die Frage nach weiteren (gemeinsamen) Tätigkeiten

auf. Es fällt auf, dass er seine Fragen ans jeweilige Phrasenende platziert. Ich erlebe, dass er der Musik gut zuhören kann und vermute, dass er das nahende Strophenende für ein mögliches Ende der Beziehung hält. Das belastet ihn, und er will er mit seinen Fragen einem gefürchteten Beziehungsabbruch entgegenwirken. Er erlebt also einerseits die musikalische Beziehung als angenehm, andererseits einen Konflikt, diese Beziehung könnte enden. Durch die Fragen will er mich in der Beziehung halten.
Ich reagiere auf seine Fragen mit einem Situationslied. Es ermöglicht, auf beide seiner unterschiedlichen Gefühle (das Wohlfühlen und die Verlustangst) einzugehen. Der Patient wird mit der unveränderten Musik (Melodie und Harmonie) in der Beziehung gehalten und kann sich weiter sicher und wohl fühlen. Der erfundene Text zeigt ihm, dass seine Fragen und damit seine Bedürfnisse ernst genommen werden.
Die Fragen werden nicht inhaltlich beantwortet, manchmal auch nur wiederholt oder umformuliert. Aber seine Gefühle werden ernst genommen und bestätigt, und Herr Galbert versteht den Liedtext und fühlt sich angenommen.
Der Text trifft sein Thema und gibt Orientierung und Sicherheit. Der Text und die Musik wirken im Situationslied gemeinsam und beantworten sein Bedürfnis.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. VBQ 4, Ther. TBQ 4.)

V5 Szene 3 (20:07-21:21) *Eine alte Tür öffnen*

Einführung
Der Patient zeigt sich antriebsarm und konzentrationsschwach. Schon mehrmals hat er in dieser Stunde meine musikalischen Angebote wahrgenommen und angenommen und auch mit mir gesungen. Aber seine Aufmerksamkeitsspanne ist kurz, und mehrmals hatte er unvermittelt Fragen (meist „Woll´n wir spazieren geh´n?“) gestellt.
Plötzlich fragt der Patient nach Fotos. Wir holen ein Album mit Urlaubsbildern. Ich erschrecke, dass er so wenig Konzentration aufbringt, sich den Bildern zu widmen. Und motorisch schafft er noch nicht einmal das Umblättern der Seiten. Aber er hat Freude an der Zweisamkeit in einer ruhigen Atmosphäre und beantwortet mir auch meine Fragen zu den Bildern mit kurzen Sätzen oder einzelnen Wörtern. Dass ich je nach Gelegenheit ein passendes Lied singe, z.B. *Frère Jacque* zu einem Foto aus einem Frankreichurlaub, gefällt ihm sehr. Ich blättere auf die nächste Seite.

Darstellung
Mit „Hier ist ja schon ´mal eine sehr alte Tür“, mache ich den Patienten auf ein weiteres Foto in seinem Album aufmerksam. Herr Galbert stimmt mir zu, nickt und schaut mich an. Leise und geheimnisvoll spreche ich weiter: „Und wenn wir die aufmachen, kommen wir vielleicht in eine Burg.“
„Machen Sie mal auf!“ fordert er mich auf und lächelt.
„Au ja! Woll´n wir´s versuchen?“ frage ich Herrn Galbert, und er sagt spontan: “Ja.“

So vollführe ich über dem Foto langsam Bewegungen, als ob ich vorsichtig und gespannt die Tür öffne: erst den einen, dann den anderen Türflügel. Ich flüstere dazu: „Eine Seite auf, andere Seite auf. Dann kommen wir in eine Burg? Oder in ein Schloss?“ und mache dazu eine Geste mit geöffneter Handfläche.
Herr Galbert hängt an meinen Lippen. Er sagt: „Da treffen wir jemanden!“
Ich: „Da treffen wir jemanden. Okay, wen?“
Er: „Weiß ich nicht.“ – Ich: „Vielleicht einen alten Ritter.“
Herr Galbert bestätigt das: „Ja.“
Ich will anmerken: „Wie an der Saale, da ist doch auch...“, da fällt er schon ein: *„An der Saale hellem Strande“*. Ich singe das Lied, langsam und ganz auf ihn gerichtet. Am Ende der ersten Strophe stellt er wieder, wie so oft in der Stunde heute geschehen, unvermittelt die Frage: „Woll´n wir spazieren geh´n?“

Interpretation
Ich entspreche dem Wunsch des Patienten nach Anschauen der Fotos. Er hat Schwierigkeiten sich zu konzentrieren. Ich versuche ihn, der heute so schnell abdriftet mit seinen fast schon stereotypen Fragen, in seiner Wahrnehmung zu unterstützen, in gemeinsamer Aufmerksamkeit zu halten und seine Autonomie zu erhalten.
Anhand eines Fotos, das eine Tür oder ein Tor darstellt, biete ich ihm ein Fantasiespiel an: Wir stellen uns vor, die Tür auf dem Foto wäre wirklich vorhanden und wir könnten sie öffnen. Der Patient zeigt sich interessiert und geht neugierig mit mir in das Spiel hinein: Er bittet mich um Mithilfe beim imaginären Öffnen. Dann stellt er sich vor, jemanden hinter der Tür zu entdecken. Weiter reicht seine Vorstellungskraft nicht, und er ist erleichtert und einverstanden, dass ich weiterspinne, es könnte ein Ritter sein. Ich fühle mich wie eine Märchenerzählerin, die ihren Enkel in die spannende Szene mitnimmt.
Da ich spüre, dass er an unserer Fantasiegeschichte nicht weiterarbeiten kann, nenne ich die Parallele zum Lied „Wie an der Saale, da ist doch auch...“.
Der Patient versteht wahrscheinlich den inhaltlichen Zusammenhang gar nicht, aber er spult sofort den richtigen Liedtitel *An der Saale hellem Strande* herunter. Da er jetzt das Erklingen des Lieds erwartet, spiele und singe ich es für ihn. Ich bin in meiner Aufmerksamkeit ganz auf ihn gerichtet.
Die Musik spielt erst am Szenenende eine Rolle. Die Szene beginnt bei einem „Spaziergang“ durch das Fotoalbum mit einem Verweilen bei einem Foto, führt dann zu einem Austausch der Betrachtenden und wird beendet durch eine passende Musik, die wie eine Illustration die Szene abrundet.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

Video 6 (29.Stunde)

Einführung
In der Zwischenzeit ist das Zusammenleben für die Ehefrau immer schwieriger geworden: Der Patient verhält sich ihr gegenüber bei den kleinsten Alltags-

anforderungen aggressiv, dann schreit und schlägt er um sich.
In der Musiktherapie zeigt sich Herr Galbert weiterhin freundlich, ruhig und sehr interessiert. Wir sprechen mal mehr, mal weniger in den Stunden, aber oft lachen wir zusammen. Er genießt das gemeinsame Musizieren und bewegt sich sicher in der vokalen Improvisation.
Bei der Verabschiedung hat er mich schon immer zur Wohnungstür begleitet, aber seit drei Wochen besteht er darauf, mich auch noch zum Auto zu begleiten und meine Gitarre zu tragen. Seine Frau beobachtet uns dann vom Fenster aus und stellt sicher, dass er allein wieder die richtige Klingel betätigt und in das richtige Stockwerk zur Wohnung findet.
Herr Galbert begegnet mir heute ruhig und ausgeglichen. Die Ehefrau teilt mir mit, dass er sich heute wieder auf die gemeinsame Musiktherapie gefreut hat. Er hat sich heute wieder hinter sein Lieblingsinstrument *Metallophon* gesetzt.

V6 Szene 1 (12:14-15:17) *Verträumt*

Darstellung
Wir improvisieren vokal zur Gitarre. Ich habe zuerst verschiedene Akkorde ausprobiert, bis sich der Turnaround herausgebildet und etabliert hat. Es ist eine lange Folge von den acht Akkorden C-G-Am-Em-Dm-C-Dm-G, und es dauert etwas, bis sie der Patient aufgenommen hat.
Er singt praktisch von Anfang an dazu, und es passt zuerst eben mal mehr und mal weniger harmonisch zusammen. Aber unser ruhiges Tempo und der schreitende Charakter sind gleich aufeinander abgestimmt. Wir schauen uns nicht an, Herr Galberts Blick ruht auf der Gitarre, ich schaue vor mich hin oder aufs Griffbrett, und trotzdem fühlen wir uns im gemeinsamen Tun miteinander verbunden. Es gibt nicht *die eine* Melodie, und so singen wir jeder, was uns einfällt. Herr Galbert bleibt mit langen Tönen noch länger eng am harmonischen Gerüst, während ich viele Durchgangstöne einbaue, die Melodie umspiele und nach kleinen Pausen rhythmische Einwürfe singe.
Die Dynamik changiert allmählich, es wird auch mal *mezzoforte*, dann gehen wir wieder gemeinsam zurück zu *piano.* So reihen wir eine Akkordfolge an die andere, und allmählich improvisiert Herr Galbert freier: Er nimmt kürzere Notenwerte hinzu, erweitert seinen Tonumfang in beide Richtungen und übernimmt meine vorher gesungene Achtelkette.
Wir steigern uns zum *Forte* und führen in einem langgezogenen *Decrescendo* die Musik ins *Piano* zurück. Ich biete ein *Ritardando* an. Ist es der Schluss?
Da holt Herr Galbert kurz Luft und zischt mir zwischendurch zu: „Ganz leise“, bevor er entschlossen weitersingt. Ich begleite ihn weiter, singe aber nicht mehr mit.
Mir fällt das Bild von der Klangbrücke ein: Wir sind zusammen hinüber gegangen, jetzt versucht er einige Schritte allein. Ich bleibe hinter ihm und bin bereit, bei Bedarf unterstützend einzugreifen. Herr Galbert initiiert ein *Crescendo* und seine Melodie schwingt sich in die Höhe. Tapfer singt er mit der Kopfstimme, da setze

ich gegen Ende der Akkordfolge mit ein, und wir wenden die Melodie in einem deutlichen *Ritardando* gemeinsam zum Grundton und zum Schluss. Ich blicke Herrn Galbert an. Er blickt zur Seite, lässt ein leises, zufriedenes Brummen vernehmen und scheint die Musik schon wieder vergessen zu haben.

Interpretation

Die gemeinsame Improvisation muss sich klanglich erst finden: ein Turnaround hier in Anlehnung an den *Kanon* von *Johann Pachelbel* etabliert sich allmählich, er muss von beiden Musizierenden erst gehört und aufgenommen werden. Vokale Motive werden ausprobiert und während des Musizierens auf das Klangergebnis hin überprüft. Die Improvisation ist schon von Beginn an ein gemeinsames Werk und zeigt eine entwickelte Fähigkeit zum musikalischen Nach- und Mitmachen.

Die Akkordfolge ist lang und daher anspruchsvoll, doch der Patient hört sich schnell ein und kann anfängliche dissonante Stellen aushalten. Im Laufe der Durchgänge gewinnt er mehr Sicherheit und gestaltet seinen Part zunehmend freier in Dynamik, Rhythmus, Tonraum und Austausch von Motiven. Beide Musizierpartner agieren gleichberechtigt.

Das erste *Ritardando* führt nicht zum Schluss, Herr Galbert möchte, dass die Musik noch weitergeht und weiß auch, *wie* sie weitergehen soll. Sein eindringlicher Einwurf „Ganz leise“ zeigt, dass ihm nicht nur seine, sondern auch meine musikalischen Äußerungen bewusst sind. Hier übernimmt er die Führung, und ich nehme mich zurück. Erst als sein Solo, das einer musikalischen Coda ähnelt, den Höhepunkt erreicht, setze ich vokal wieder mit ein für einen gemeinsam gestalteten Schluss.

(Dies entspricht im EBQ dem Modus 5, dann 6: Pat. VBQ 5 mit Peak zu 6, Ther. TBQ 5, dann 6. Der Übergang vom Modus 5 zu Modus 6 ist nicht punktgenau auszumachen. Wie erreichen den Modus 6 bei meiner abwärts führenden Überleitung mit den Seufzermotiven und bei ihm im übernächsten Durchgang, als er Dynamik und Tonraum freier gestaltet.)

V6 Szene 2 (21:57-24:27) *Lamda, lamda*

Einführung

Soeben ist die minutenlange Vokalimprovisation verklungen. Ich bin verblüfft über die gelungene Gestaltung unserer Melodie, die wir auf „Lamda, lamda“ und ähnlichen Silben singen und variieren und über die genaue Abstimmung in den wechselnden Tempi und dem Ausdruck.

„Was war das?“ frage ich den Patienten. „Ich weiß es nicht“, antwortet er lächelnd ohne aufzublicken und sucht schon wieder nach einem nächsten Stück.

Ich frage nach: „Haben wir das ausgedacht eben?“

„Ja! Nur zu!“ bekräftigt er und ein wenig Stolz schwingt mit. Dann spielt er es herunter: „Das ist ja keine Melodie“.

Ich beginne wieder diese Silben zur Gitarre zu singen.

Darstellung
Ich singe auf die einfache Akkordfolge, die im Strophenteil aus den Wechseln zwischen Tonika und Dominante besteht und im Refrain unter Hinzunahme der Subdominante zweimal die Kadenz beinhaltet.
Ich beginne mit den Silben „Lamda, lamda“ und weil die Musik mich an Wandern oder Schlendern erinnert, ändere ich den Text in „Schlendern, schlendern, einfach durch die Welt“ und „Schlendern, schlendern, rechts und links ´mal schauen“. Ich schunkele mit dem Oberkörper dazu.
Der Patient blickt die ganze Zeit über nach unten, zeigt sich aber hörend aufmerksam, singt gleich mit und wiegt sich auch hin und her. Er singt Teile meines Textes: das „Schlendern“ und einmal in seiner Abwandlung ein akzentuiertes „Schau mal!“ Schließlich etablieren sich in unserem Gesang die Silben „Lamda, lamda“ oder auch „Dumba-dumba“ und „La-la“.
Wir singen als gleichberechtigte Musizierpartner. Dabei gehen die Lautstärkewechsel von Herrn Galbert aus, die Tempowechsel werden von mir initiiert, was aber kaum bemerkt wird, da wir in perfekter dynamischer und agogischer Abstimmung musizieren. Mein Blick löst sich nach und nach von Herrn Galbert und geht mehr ebenfalls nach unten, wir bleiben beide hörend miteinander verbunden. In der Schlussphase flüstern wir beinahe unsere Melodie. Es kommt mir vor wie ein Geheimnis, das nur wir kennen und das uns verbindet.
Herr Galbert atmet aus, während ich ihn anschaue und meinen Atem noch anhalte.

Interpretation
In dieser vokalen Improvisation sind Patient und Therapeutin in großer Interaffektivität verbunden. Die Beziehung ist spielerisch und zeigt gegenseitigen emotionalen und persönlichen Ausdruck. Herr Galbert ist sich in der musikalischen Gestaltung sicher und kompetent. Im Moment des Improvisierens gibt es keine Anzeichen für seine schwere Erkrankung.
Erst unmittelbar nach dem Verklingen des letzten Tons sieht man, dass das emotionale Erleben bei ihm nicht haften bleiben kann, er atmet aus und ist bereits wieder auf der Suche nach einem neuen Stück. Damit zeigt sich ein Krankheitssymptom der Demenz. Ich selbst brauche deutlich länger, die emotionale Stimmung loszulassen.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 6: Pat. VBQ 6, Ther. TBQ 6.)

V6 Szene 3 (25:14-28:47*) Singender Tanz*

Einführung
Der Patient möchte noch mehr mit mir singen. Er beginnt mit einer Melodie im schwingenden Dreiertakt und wiegt sich hin und her. Ich wiege mich ebenso und versuche, die Melodie aufzunehmen und mitzusingen. Dann murmele ich „Kenne ich nicht“, zucke mit den Schultern und setze mit der Gitarre in der passenden

Harmoniefolge ein.

Darstellung

Die Harmonien sind die Hauptdreiklänge der Kadenz in D-Dur (D-G-A-D) und wiederholen sich das ganze Stück hindurch. Die achttaktige Periode wird vom Patienten angeboten; sie ist bei ihm sicher verankert und bietet den formalen Rahmen der Improvisation. Aus dieser Sicherheit heraus entwickeln wir beide Variationen in Tonhöhe, Rhythmus und Dynamik. Die Perioden werden als Melodieteile meist auf „Hei-di-da“ gesungenen und als instrumental klingende Teile wie eine Begleitung auf „Dum-da-da abwechselnd gestaltet. Im Lauf der vielen Wiederholungen kommt es zu fließenden Rollenwechseln (Melodie singen/Begleitung singen) und klanglich zu verschiedenen Arrangements: Melodie plus Begleitung, beide Begleitung, beide Melodie bzw. Zweistimmigkeit.

Die Melodieteile werden weiträumiger ausgestaltet, rhythmisch differenzierter, und die Dynamik baut sich in großen Wellen über mehrere Takte auf und ab. Die leisen Stellen sind oft die Begleitteile und wirken wie ein Sammelpunkt: Hier finden wir beide wieder zusammen, um dann neue, mutigere Ausflüge zu starten. Unsere musikalische Gestaltung ist von Beginn an dialogisierend angelegt und bewusst eingesetzt. Es finden wechselseitig Motivübernahmen statt, und es entstehen musikalisch mehrere synchrone Momente.

Der Patient geht zunehmend spielerischer und persönlicher mit seiner Stimme um, und die Nonsenssilben werden vielfältiger, wenn auch dabei nicht immer verständlich. Mein Ausruf „Juhuh!“ verdeutlicht die Leichtigkeit und den Humor im gemeinsamen Spielraum. Mir kommt das Bild, wie ich mit ihm zusammen tanze und herumwirbele.

Die Strophe danach wird im Forte gesungen und leitet inhaltlich schon den Schluss ein. Wir singen immer noch sehr engagiert, aber ich bringe kein neues Material mehr, sondern beschränke mich auf vokale Einwürfe auf „Hei-di, hei-di“. Dann wird es ein letztes Mal leise, um, als hätten wir es verabredet, im strahlenden *Forte* mit nur knapp angesetztem *Ritardando* gemeinsam und sicher in den Schluss zu münden.

Interpretation

Die Beziehung zwischen dem Patienten und mir ist fest etabliert. Wir vertrauen beide von Anfang an darauf, dass sich eine gemeinsame Musik entwickeln kann und begeben uns vertrauensvoll in die vokale Improvisation.

Die Beziehungsqualität ist von Anfang an dialogisch angelegt mit gegenseitigem Motivaustausch und Frage-und-Antwortspiel.

Im Verlauf des Stücks tritt eine Wende in der Beziehungsqualität ein:

Ein genauer Zeitpunkt für den Wechsel der Beziehungsqualität ist nicht bestimmbar. Es ist die Beziehungserfahrung während des gestalterischen Prozesses und die Lust, noch mehr zu erleben, die den Schritt von der dialogischen Beziehung zum anderen zur interaffektiven Begegnung macht. Die interpersonelle Beziehung ist spielerisch, und es macht nichts aus, wenn jeder auch mal seinen eigenen Stil singt, wodurch auch mal ein Gegeneinander entstehen darf, das

sogar Spaß macht. Der Patient hat in der Improvisation die Möglichkeit, sich spontan und sehr persönlich auszudrücken. Er tut das kompetent und lustvoll. Herr Galbert fühlt sich sicher und wohl, und seine Krankheit ist ihm nicht anzumerken.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 5 mit Peak zu 6, dann 6: Pat. VBQ 5 mit Peak zu 6, dann 6, Ther. TBQ 5 mit Peak zu 6, dann 6.)

Video 7 (35.Stunde)

Einführung
Im Alltag haben die Gewaltausbrüche des Patienten zugenommen, in der vergangenen Woche hat er seine Ehefrau mit so heftiger Abwehr gestoßen, dass sie sich beim Sturz den Arm gebrochen hat. Der Vorfall ist sehr belastend für die Ehefrau.
Auch wegen seiner Inkontinenz und Hinlauftendenzen fürchtet Frau Galbert, die bisher geleistete Rund-um-die-Uhr-Betreuung nicht mehr lange fortführen zu können. Sie hat sich mit dem Gedanken, eine Heimunterbringung für ihn zu suchen, beschäftigt und ist mit einer Beratungsstelle diesbezüglich im Kontakt. Die Angst vor weiteren unkontrollierbaren Situationen und auch das schlechte Gewissen beschäftigen sie sehr, und beides wird jetzt immer wieder Thema in unserer Angehörigengruppe.
Heute ist die letzte Musiktherapiestunde im Forschungsprojekt. Ich fühle keine Abschiedsstimmung, denn die Musiktherapie soll nun vierzehntägig auf privater Basis weitergeführt werden. Dennoch bin ich besonders gespannt, denn heute werde ich die letzten Daten für die Auswertung sammeln.
Wir spielen das Lieblingslied des Patienten *An der Saale hellem Strande,* und ich begleite ihn auf der Gitarre zur Melodie auf dem *Metallophon*, die ihm sicher gelingt. Kaum ist die zweite Strophe beendet, bittet er mich um einen Vorschlag eines neuen Lieds. Ich möchte aber so schnell keinen neuen Vorschlag machen und beginne die dritte Liedstrophe. Herr Galbert spielt gleich wieder mit.

V7 Szene 1 (03:07-08:50) *Locker vom Hocker*

Darstellung
Der Patient spielt die dritte Strophe des Lieds *An der Saale hellem Strande* mit mir zu Ende und hängt dann weitere Töne dran, die wie ein Zwischenspiel wirken. Das Lied wird aber nicht wieder aufgegriffen, und Herr Galberts Töne entwickeln sich zu einem neuen Stück. Ich begleite mit einer Akkordfolge, bis ich zu einem *Turnaround* komme: C-G-Am-Em-Dm-C-Dm-G, der vor fünf Wochen entstanden war (siehe V6 Szene 1 *Verträumt)* und zu dem wir in den vergangenen Stunden immer wieder improvisiert haben. Heute klingt es nicht verträumt, sondern heiter.
Herr Galbert spielt viele Durchgangstöne und benutzt den gesamten Tonraum

von eineinhalb Oktaven aus dem *Metallophon*. Dann wieder spielt er viele schnelle Tonwiederholungen oder auch nur Tonschritte. Er schlägt das Instrument kraftvoll an, sodass der Schlägel locker auf die Metallplättchen trifft und zurückfedert. Ich singe eine improvisierte Melodie dazu.
Als wir uns in der Dynamik zum *Forte* steigern, lächelt Herr Galbert bei seinem Spiel. Ab und zu markiert er einen neuen Beginn der Akkordfolge mit einem kleinen Schwungholen seiner Spielhand und mit einem Kopfnicken. Sein Part hat oft den Charakter einer Begleitung und seine federnde Spielweise übers Instrument wirkt wie ein inneres Loslassen im freudigen Spiel: Herr Galbert scheint zu erleben, dass alles, was er spielt, passend und gut ist. Das freut und entlastet ihn.
In einem Instrumentalteil, in dem ich nicht mehr singe, übernimmt Herr Galbert die Melodieführung. Seine lockere Spielweise bleibt erhalten, doch macht er kleine Pausen, als ob er auf einen neuen melodischen Einfall wartet bzw. mithilfe seiner Ohr-Hand-Koordination auch richtig treffen möchte.
Ich beginne wieder mitzusingen, und Herr Galbert begleitet mich wie vorher schon mit vielen schnellen Tönen auf einem Plättchen und dann zum nächsten rutschend. Es ist erstaunlich, wie er das mit nur einem Schlägel in diesem Tempo schafft.
Der Zeitpunkt für einen Schluss ist uns beiden offensichtlich klar, und Herr Galbert setzt einen akzentuierten Schlag auf den Grundton. Dann lacht er leise.

Interpretation
Es geht Herrn Galbert um das gemeinsame Tun, das Musizieren und das In-der-Musik sein. Der *Turnaround* bietet formal und harmonisch einen Rahmen, in dem sich der Patient mit Freude und Unbeschwertheit musizierend bewegt. Dabei verlässt er in der Melodiegestaltung immer wieder einmal das harmonische Gerüst und hält dann entstehende Dissonanzen aus. Sein häufiger Rollenwechsel zwischen Melodiespieler und Begleiter geschieht organisch. Immer widmet er sich liebevoll seinem ausdrucksvollen Spiel, was an seinen bewusst gesetzten Schlägen auf das *Metallophon* und an seinem Lächeln abzulesen ist.
Auch ich musiziere unbeschwert und fühle mich in der zirkulären Spielbewegung als echte Spielpartnerin.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 6: Pat. VBQ 6, Ther. TBQ 6.)

V7 Szene 2 (14:57-21:50) *Swinging Lulleby*

Darstellung
„Machen Sie mal was!“, fordert mich Herr Galbert auf, nachdem gerade eine weitere gemeinsame Improvisation verklungen ist. Ich schlage auf der Gitarre die Akkordfolge I-V-I- an, und Herr Galbert blickt hörend und sinnend nach oben. Hat er schon geahnt, dass ich das Lied *Schlaf, Kindchen, schlaf* singen werde? Jedenfalls spielt er direkt von Anfang an auf dem *Metallophon* mit. Als er sich bei den Melodiesprüngen vertut, stört ihn das, und er verzieht schmerzhaft das

Gesicht. Ich unterbreche nicht und sage lachend: „Ich bin gemein! Ich spiele einfach!“ Weil ich aber doch verlangsame und Herr Galbert weiterkämpft, kann ich ihn „einsammeln“, und unser Spiel kommt wieder zusammen. „Super!“ rufe ich in unser Spiel hinein. Dann ist die erste Strophe zu Ende.
In der zweiten Strophe wählt er die Rolle des Begleiters und spielt viele schnelle Töne, die er in etwa der Melodie anpasst. Ich variiere die Melodie.
Zur dritten Strophe wechselt der Patient geschickt den Schlägel von der linken in die rechte Hand und ist pünktlich spielbereit. Mit der rechten Hand ist er dem oberen Spielfeld näher und begleitet mich nun mit schnellen Tongirlanden, die auf- und abwärts perlen. Schließlich schlägt er mehrmals das obere Plättchen an, und es kommt im Zusammenspiel zu einer jazzig anmutenden Dissonanz. Dann führt er sein Spiel abwärts und endet ganz unten auf dem Grundton.
Ich verlängere die Strophe auf „La-la“ und mit Textteilen und wippe mit dem Oberkörper zur Musik, die zu swingen beginnt.
Nun befinden wir uns in einem Improvisationsteil, in dem ich Liedteile singe mit umspielter Melodie und veränderten Rhythmen. Herr Galbert übernimmt in seiner Begleitung auch gelegentlich motivische Teile, dann lasse ich ihm Raum dafür. Unsere Rollenwechsel geschehen fließend und wie selbstverständlich.
Die Dynamik gestalten wir frei, es ergeben sich Wellen zum *Forte* hin und auch zurück zum *Pianissimo*. Manchmal lächelt Herr Galbert dabei.
Dann nimmt sich er sich ein Solo: Aus einem neuen Motiv entsteht eine Melodie, die ich zuerst auf „Na-na“ imitiere, dann aber nur noch mit einem Einwurf auf „La-la“ musikalisch kommentiere, um das Stück in einem gemeinsamen im Fluss zu halten. Ich greife wieder den Liedtext auf, und Herr Galbert nutzt in seiner Begleitung den gesamten Tonraum seines Instruments, bevor er zu meinen gesungenen Wiederholungen *„Ein Schaf, ein Schaf“* markante Einzeltöne setzt.
Jetzt singe ich im Bereich des Übergangs zum Sprechen zu lauten Gitarrenakkorden und wir lächeln beide – das rockt.
Als wir wieder leiser werden, denke ich mir zum Originaltext verschiedene Farben für das im Lied besungene Schaf aus und singe immer noch schwingend: „Ein weißes, ein Schaf. Ein schwarzes? Ein Schaf.“ Dann kehre ich wieder zum Liedtext zurück, und ganz allmählich treten wir in die Schlussphase ein, die ein langsam gestaltetes *Decrescendo* wird. Es kommt noch einmal zum gegenseitigen Motivaustausch und zum Frage-Antwort-Spiel. Der eigentliche Schluss tritt dann doch überraschend ein, als Herr Galbert am Ende einer Phrase einen markanten Ton auf dem Grundton setzt. Schluss. Wir lächeln uns an.

Interpretation
Es geht Herrn Galbert um das gemeinsame Tun, das Musizieren und das In-der-Musik sein. Der *Turnaround* bietet formal und harmonisch einen Rahmen, in dem sich der Patient mit Freude und Unbeschwertheit musizierend bewegt. Dabei verlässt er in der Melodiegestaltung immer wieder einmal das harmonische Gerüst und hält dann entstehende Dissonanzen aus. Sein häufiger Rollenwechsel zwischen Melodiespieler und Begleiter geschieht organisch. Immer widmet er sich liebevoll seinem ausdrucksvollen Spiel, was an seinen bewusst gesetzten

Schlägen auf das *Metallophon* und an seinem Lächeln abzulesen ist.
Auch ich musiziere unbeschwert und fühle mich in der zirkulären Spielbewegung als echte Spielpartnerin.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 6: Pat. VBQ 6, Ther. TBQ 6.)
V7 Szene 3 (26:01-27:46) *Loslassen*

Einführung
„Machen Sie doch mal eins!“, fordert mich Herr Galbert auf.
Es wird das letzte Lied in dieser Stunde und im Forschungsprojekt sein. Ich habe eine Idee: Herr Galbert hat sich im Vorfeld der Therapie stets dagegen gewehrt, mit mir Kinderlieder singen zu müssen, was ich ja niemals vorgeschlagen oder gar verlangt hatte. In seiner damaligen Vorstellung von Musiktherapie war das Lied *Ein Männlein steht im Walde* zum Inbegriff der albernen Zumutung eines Angebots für ihn geworden, das er nicht wollte.
Inzwischen hatte er selbst das Lied angespielt oder vorgeschlagen, und das schien mir jetzt der passende Abschluss unserer offiziellen gemeinsamen Zeit zu sein.

Darstellung
Ich beginne mit dem ersten Halbsatz des Lieds *Ein Männlein steht im Walde* und warte dann auf die Reaktion des Patienten. Herr Galbert nickt und hebt die Hand mit dem Schlägel über das *Metallophon*. Er wiederholt diesen Teil und spielt weiter, ich steige dazu ein. Die Melodie gelingt ihm bis zum Sprung bei „*Sag´, wer mag*“, da verspielt er sich und behauptet, dass da etwas nicht stimme. Er meint, das sei das Instrument, nicht sein Spiel. Wir setzen nochmals an, ganz langsam und akzentuiert, und es gelingt zusammen. Das *Ritardando* endet auf einer *Fermate*, um für die Schlusstakte „*Mit dem purpurroten Mäntelein*“ ein schnelles Tempo zu nehmen. Herr Galbert bewältigt auch diese Stelle, indem er zunächst richtig beginnt und dann die aufsteigende Melodie einfach nach oben fortsetzt. Ich bemerke, dass ich da gar nicht mitkomme. Wir haben Spaß und lächeln. Die freudige Stimmung nehmen wir mit in die anschließende Interpretation. Herr Galbert bietet mir viele schnelle Einzeltöne an, die mich zu schnellen Melodieumspielungen inspirieren. Ich wechsele in einer neuen Strophe zu „Ba-bam“ und anderen Silben. Wieder sammeln wir uns bei der *Fermate* und stürmen dann zusammen zum Liedschluss. Eine kleine Verzögerung entsteht, als ich sehe, dass er noch unentschlossen ist, an welcher Stelle des Instruments er den Schlusslauf beginnen will. Ich warte kurz auf ihn. Herr Galbert spielt dann die ganze Tonpalette einmal rauf, dann runter und wieder rauf und endet lächelnd. Ich lache über den musikalischen Spaß.

Interpretation
Unsere musiktherapeutische Beziehung zeigt sich sicher etabliert. Wir sind beide gleichberechtigt im Spiel beteiligt, wechseln die Führungsrolle und bringen spontan Ideen in die gemeinsame Musik ein.
Es herrscht eine gelöste und heitere Atmosphäre, in der wir in hoher Affektivität zueinander die gemeinsame Musik spielerisch gestalten.

(Dies entspricht im EBQ dem Modus 6: Pat. VBQ 6, Ther. TBQ 6.)

Ergebnisse für Frau Oestrich aus den Videos

Video 1 (1. Stunde)

V1 Szene 1 (06:30-07:55) *Eine Klangbrücke entsteht*

Einführung
Frau Oestrich sitzt aufrecht in ihrem Sessel im Wohnzimmer. Auf dem Couchtisch vor ihr sind einige Gegenstände arrangiert, zum Beispiel eine mit Obst beladene Schale oder auch eine kristallene Konfektdose. Frau Oestrich ist modisch und elegant gekleidet mit ihrer blau und rosa farbenen Streifenbluse und dem grauen Rock. In der linken Hand einen Keks haltend beginnt sie gleich ein Gespräch mit mir, als ich mich mit der Gitarre auf die über Eck stehende Couch zu ihr setze.
Frau Oestrich ist gut gelaunt und freut sich über meinen Besuch; sie ist sonst viel allein. Sogleich ergreift sie das Wort und erzählt von ihren Kindern, dem Sohn und der Tochter. Genauso hat mir die Tochter die Kommunikation mit der Mutter beschrieben: Sie redet viel und oft dasselbe, und der andere hört zu und findet kaum eine Möglichkeit, den Redefluss zu unterbrechen. Dabei verkündet sie oft mit erhobenem Zeigefinger, was sich gehört und was nicht.
So sehr ich mich einerseits über ihre Zugewandtheit freue, frage ich mich andererseits aber: Wird es mir ähnlich wie der Tochter ergehen? Werde ich mit meiner Musik überhaupt zu Frau Oestrich durchdringen können?

Darstellung
Ich beginne erste, kurze Gitarrenklänge: Einzeltöne eines Akkords, dann noch zwei weitere Akkorde. Die Musik stellt noch keine Einleitung für ein (gemeinsames) Lied dar sondern versucht vorsichtig, eine erste musikalische Atmosphäre zu schaffen. Frau Oestrich scheint die Klänge nicht wahrzunehmen und spricht weiter, und auch ich kommentiere Frau Oestrichs Äußerungen verbal und konzentriere mich noch nicht auf die Musik. Ihr Redebedürfnis ist stark, und ich versuche mit ´noch Sprache´ und ´schon Musik´ einen möglichen Übergang zu finden, in dem musikalisches Geschehen gehört werden kann. Gleichzeitig beziehe ich meine verbalen Äußerungen wie Nachfragen und Kommentare auf die Patientin und nehme das von ihr angesprochene Thema an. Frau Oestrich spricht hauptsächlich von einem ihrer wichtigen Themen, ihrem Sprachfehler, den erlittenen Demütigungen in der Kindheit und ihren Eigenbemühungen an der Sprachschule.
Das innere Bild der ´Klangbrücke´ taucht in mir auf: Frau Oestrich steht am anderen Ufer, sie spricht zu mir und ist im Kontakt, aber ich habe die Brücke schon betreten und wünsche mir, dass wir beide aufeinander zugehen und uns

auf der Brücke treffen.
Als das Thema eine inhaltliche Rundung erreicht, spiele ich auf der Gitarre zwei Dominante-Tonika-Akkorde als Bekräftigung der kleinen Zäsur. Dann beginne ich mit ein Lied einleitenden Akkorden (I-IV-V-I) mit betonter Eins im Dreiertakt. Nun nimmt mich Frau Oestrich musikalisch wahr. Sie unterbricht ihr Reden und schaut mich an. Sie zeigt auf die Gitarre und meint anerkennend: "Toll. Prima." Ich singe das Lied *Zum Tanze da geht ein Mädel"* und habe offensichtlich Frau Oestrichs Geschmack getroffen. Sie hört zu und schaut abwechselnd zu mir und zur kameraführenden Praktikantin. Frau Oestrichs Interesse und Freude in-spirieren mich, und ich gestalte die nächsten Strophen durch *Agogik*, Mimik und Körperbewegung weiter aus. "Oh, Bravo!" ruft sie und klopft mit einer Hand Beifall auf die Tischplatte.

Interpretation
Der erste musikalische Kontakt zu Frau Oestrich geschieht vorsichtig und mit der Absicht, ihren Erzählungen Musik entgegenzusetzen und erst einmal ein musikalisches Klima zu schaffen. Da Frau Oestrich die Musik zunächst gar nicht wahrzunehmen scheint, begebe ich mich zusätzlich zum Gitarrespiel auf die Wortebene, um mich dort, wo sie sich befindet und agiert, antwortend und kommentierend auf ihre Themen einzustellen. Gleichzeitig möchte ich sie quasi mitnehmen und zur Musik hingeleiten. Ich nutze einen Moment, in dem wir beide die Unterhaltung mit gegenseitigem "Ja" bestätigen, um mit den beiden Dominante-Tonika-Akkorden einen Abschluss der Wortebene zu markieren. Auch dieser Einschnitt in unsere Unterhaltung wird von Frau Oestrich nicht sichtbar wahrgenommen, aber nun drängt sich die Einleitung zu einem Lied in mir auf. Ich spiele die Akkorde betont und halte den Blickkontakt zu ihr. Damit möchte ich ihr mitteilen, dass *ich* jetzt etwas zu "sagen" habe – und zwar *für sie.* Diese Intervention zeigt Wirkung: Frau Oestrich lobt mein Spiel, die Musik ist jetzt bei ihr angekommen.
Während der nächsten Strophen entsteht zwischen uns ein Raum von Inter-attentionalität, in dem wir uns ganz dem gemeinsamen Erleben beim Zuhören des Lieds widmen. Mit ihrem rückversichernden Blick zur kameraführenden Assistentin möchte sie ihr Erleben teilen und bestätigt finden.
Als ich die Strophen weiter ausgestalte, steigt Frau Oestrichs Freude noch weiter bis zum Ausruf "Bravo" und der anerkennenden, klopfenden Geste am Schluss. Ich bin erstaunt und erfreut, dass der erste musikalische Kontakt mit ihr gelungen ist.
(Das entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

V1 Szene 2 (20:15-22:55) *Man wird so alt wie ´ne Kuh...*

Darstellung
Während eines Sprachteils habe ich einige mitgebrachte Instrumente auf dem Tisch aufgebaut: zwei *Klangstäbe* und ein kleines *Tambourin*, dazu verschiedene

Schlägel. Ich möchte ausprobieren, wie die Patientin in ihrer ersten Musiktherapiestunde darauf reagieren wird. Aus Vorgesprächen mit der pflegenden Tochter weiss ich, dass Frau Oestrich nie selbst ein Instrument erlernt hat.
Nach dem Aufbau nehme ich die Schlägel in die Hände und positioniere sie spielbereit über den *Klangstäben.* Frau Oestrich beobachtet das Geschehen genau, und nun verstummt die gemeinsame Unterhaltung in Erwartung auf den ersten Ton. Die ersten zwei Einzeltöne kommentiert sie "Ja." und "Toll!", und als sich im Verlauf des kleinen, zweitonigen Motivs ein Rhythmus findet, vollzieht sie die Schlägelbewegung lächelnd und staunend mit der rechten (freien) Hand nach. Beide fokussieren wir die Musik, Frau Oestrich hört genau zu und richtet den Blick auf mich und auf die heute anwesende Praktikantin.
Aufgrund ihres Interesses an den *Klangstäben* frage ich Frau Oestrich, ob sie auch mitspielen möchte und reiche ihr einen Schlägel, während ich mit dem anderen weiterspiele. Frau Ostrich verneint dies, bleibt aber weiter konzentriert und genau zuhörend. Ich spüre aber dennoch, hier noch einen Schritt weiter in der Beziehungsaufnahme gelangen zu können und ziehe den Schlägel nicht zurück, sondern halte ihn weiter ruhig anbietend vor Frau Oestrichs Hand. Frau Oestrich hatte zwar zuerst abgelehnt, legt aber nun ihren Keks auf dem Tisch ab, reibt sich kurz die Hände von eventuellen Krümeln sauber und nimmt vorsichtig und scheu lächelnd den angebotenen Schlägel. Sogleich reiche ich ihr den zweiten dazu und nehme mir selbst schnell einen weiteren, um gegebenenfalls mitspielen zu können. Frau Oestrich spielt sogleich kurz auf beiden *Klangstäben* und kommentiert den Klang des höher klingenden *Klangstabs*: "Der klingt besser." Es entspinnt sich ein Gespräch über die unterschiedlichen Klänge beider *Klangstäbe,* bei dem Frau Oestrich und ich immer wieder die Einzeltöne anschlagen und konzentriert nachhören. Frau Oestrich erkundet die Klänge, ich nehme mich sich zurück, höre zu, frage nach und begleite ihr Spiel mit Nicken und leisem Singen.
Allmählich entsteht ein kleiner Spielraum mit ersten rhythmischen Motiven, die ich gern vokal aufgreife. Während wir beide unsere Aufmerksamkeit auf das erklingende Instrument fokussieren, entsteht für die Dauer von einigen Sekunden ein musikalisches Zusammenspiel, das aus einem Rhythmus auf den *Klangstäben* und meiner kleinen,vokalen Melodie besteht. Zusammenspiel deswegen, weil die Musik zwar spontan entsteht, aber von beiden bereits aufeinander abgestimmt ist und als Ganzes hörend wahrgenommen wird. Es ist gut zu erkennen, wie Frau Oestrich ihren Rhythmus lächelnd zur gesungenen Melodie spielt. Auch versteht sie musikalisch meine gesungene Form mit Vorder- und Nachsatz und hält den Rhythmus bis zum Ende der Periode mitgestaltend durch.
Frau Oestrich hat bei dieser kleinen Musik offensichtlich etwas Neues erlebt. Erstaunt betrachtet sie die Schlägel in ihren Händen, blickt dann zu mir und beschreibt ihr Erleben mit einem Sprichwort: "Man wird so alt wie ´ne Kuh und lernt immer noch dazu."

Interpretation
Im zweiten Teil der Stunde werden ihr die *Klangstäbe* angeboten. Die Patientin hat in ihrem Leben bislang kein Musikinstrument gespielt. Sie hört gern zu, zeigt

aber verständlicherweise eine gewisse Scheu, die fremden Instrumente selbst auszuprobieren. Ich spüre jedoch ein Interesse der Patientin und möchte ihr die Möglichkeit zum Spielen "zumuten". Mit meiner Intervention, ihr absichtslos einen Schlägel hinzuhalten und dabei selbst weiterzuspielen, gelingt es schnell, die Patientin zum aktiven Spielen zu ermutigen. Denn durch mein weiterlaufendes Spiel entsteht keine Erwartungshaltung an die Patientin und ich schaffe eine niederschwellige Situation, in der das Interesse der Patientin an dem Instrument gegenüber einer Scheu vor möglichem Versagen oder Blamieren überwiegt.
Frau Oestrich erkundet das Instrument mit ruhiger Aufmerksamkeit und unbefangen. Ich unterstützte die Patientin bei ihrer Exploration durch Zurücknahme meines Spiels, durch Zuhören, begleitendes Singen, bestätigendes Nicken und Nachfragen. Es findet der Kontakt im Modus des Selbsterlebens statt.
Die anschließende, kleine, gemeinsame Musik entwickelt sich aus der vorangegangenen Exploration und kündigt schon ein gemeinsames Thema an. Damit zeigen sich schon Tendenzen zur nächsthöheren Beziehungsqualität der Intersubjektivität. Ein klarer Wechsel der Beziehungsqualität ist es aber nicht, denn das gegenseitige Hineinlassen des anderen ist noch nicht stabil genug.
Die neue Erfahrung war positiv, und das vermag sie mit dem Sprichwort "Man wird so alt wie ´ne Kuh und lernt immer noch dazu!" überraschend humorvoll auszudrücken.
(Das entspricht im EBQ dem Modus 3 mit Peak zum Modus 4: Pat. IBQ 3 mit Peak zu 4, Ther. TBQ 3 mit Peak zu 4.)

V1 Szene 3 (35:36-37:17) *Gemeinsam gestalteter Abschluss*

Darstellung
Zum Abschlusslied lade ich Frau Oestrich einfach zum Mitspielen auf der *Ocean Drum* ein. Zum *Lied Horch, was kommt von draussen ´rein!* mit der Gitarre begleitet mich Frau Oestrich schmunzelnd mit schwungvollen Bewegungen. Dabei entstehen synchrone Momente, in denen sich die Dynamik der Musik und der Bewegungen abstimmen. Frau Oestrich hört während ihres Spiels genau zu und teilt ihr Erleben mit Blickkontakten zu mir und zur Praktikantin. Unser Lächeln wandelt sich schließlich zu einem kurzen, gemeinsamen Lachen, und das Lied endet in einem strahlenden Forte. Mit "So, Bravo!" legt die Patientin das Instrument zufrieden auf den Tisch zurück.

Interpretation
Wir beide sind auf die gemeinsame Musik konzentriert und begegnen uns im Beziehungsmodus der Intersubjektivität und Interattentionalität. Das Lied wird zum gemeinsamen Thema, das wir beide aufmerksam und freudig gestalten. Mit ihrem Blick zu mir und zur Praktikantin wird ihr Erleben trianguliert. Ich werde als Person wahrgenommen und in ihr Erleben miteinbezogen. Ich fühle mich am Ende der ersten Stunde erleichtert und froh.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. IBQ 4, Ther. TBQ 4.)

Video 2 (5. Stunde)

Einführung
Frau Oestrichs Redeschwall ist heute sehr stark. Inzwischen ist mir auch aufgefallen, dass sie sehr ausgeprägt ihre damenhafte Haltung zeigt. Sie erscheint mir wie eine Fassade. Ich möchte behutsam dahinter blicken und herausfinden, ob sie durch die angebotene Musik von der Sprachebene auf die Gefühlsebene wechseln kann, um sich dort auszudrücken und emotionale Er-fahrungen machen zu können.

V2 Szene 1 (02:25-03:31) *Die Klangbrücke wird betreten*

Darstellung
Frau Oestrich erzählt. Die leise Gitarrenmusik schafft ein emotionales Klima, in dem sich Frau Oestrich wohl fühlt und öffnet. So senkt sie erst kurz den Blick und wendet sich versonnen an mich: "Aber ich war wirklich glücklich verheiratet mit meinem Mann." Dann berichtet sie, dass er gearbeitet habe, sie aber auch keine zwei linken Hände gehabt und in schlechten Zeiten sogar Akkord gearbeitet habe.

Interpretation
Auffällig ist, dass die Patientin beim Erklingen von Musik in ihren Äußerungen emotionaler wird. Dies hat sich auch in den vergangenen Musiktherapiestunden bereits gezeigt. Frau Oestrich erinnert sich an eine glückliche Ehezeit mit ihrem Mann. Ihre Äußerungen, sie wäre glücklich verheiratet gewesen und ihr Mann hätte gearbeitet, sind bemerkenswert, denn sie stehen in einem klaren Gegensatz zu den Informationen, die ich von der Tochter erhalten habe. Diese berichtete in Gesprächen, dass die Ehe und die ganze Familie durch den Alkohol-missbrauch des Ehemanns stark belastet gewesen waren. Der Ehemann war im Laufe seiner Krankheit immer weniger und schließlich gar nicht mehr arbeitsfähig gewesen. Frau Oestrich hat sogar in den letzten Jahren seiner Berufstätigkeit als Koch die Tätigkeit des Ehemannes nach und nach vollständig übernommen. Hier hat die Patientin die Realität verdrängt und sich nachträglich ein harmonisches Eheleben konstruiert. An dieser Überzeugung hält sie fest, weil die Wirklichkeit offenbar nicht zu ertragen wäre. Es handelt sich hier um ein seelisches Konstrukt im Sinn einer Reaktionsbildung zur Abwehr eines ungelösten Konflikts. Die Patientin wendet die langjährige, belastende Situation mit einem Alkoholiker in das Gegenteil einer glücklichen Ehezeit. Auf diese Weise hat sie ihre ursprüngliche Wahrnehmung (die einer sehr schwierigen Situation) verdrängt und muss sich ihr nicht mehr stellen. Die Konfliktabwehr ist eine seelische Leistung, die für die Erhaltung des psychischen Gleichgewichts für die Patientin

notwendig geworden ist, sie ist zu respektieren. Inwieweit die Demenzerkrankung mit dem Auslöschen ihrer Erinnerung an die wirkliche Belastung damals ihren Beitrag leistet, lässt sich nicht genau sagen. In jedem Fall sind die Gefühle der Patientin echt. Dass sie hier von ihren Standardsätzen abweicht und andere Gefühle äußert, ist ein Durchbruch durch ihre Fassade und kann als Therapiefortschritt festgehalten werden. Auslöser für das Zeigen dieser persönlichen Facetten sind die Atmosphären, die die Musik schafft. Patientin und Musiktherapeutin begegnen sich hier, indem beide ihre Aufmerksamkeit auf das aktuelle Thema lenken. Die Patientin möchte mit ihrem Blick zur Musiktherapeutin und auch flüchtig zur Praktikantin andere an ihrem Erleben teilhaben lassen. Ich höre ihr zu, kommentiere und lasse dieses von ihr eingebrachte Thema damit zu einem gemeinsamen werden.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

V2 Szene 2 (14:12-15:49) *Die Lehrerin erklärt*

Darstellung
Ich biete Frau Oestrich ein Musikinstrument, die *Ocean Drum*, an. Zunächst ist nicht erkennbar, ob Frau Oestrich das Instrument, das sie schon in den vergangenen vier Sitzungen exploriert und gespielt hat, überhaupt wieder erkennt. So hält sie es wieder für ein Geschicklichkeitsspiel mit ´Steinen´ darin, die irgendwo ´hinein müssen´. Ich lasse ihr Zeit, die *Ocean Drum* wieder als Musikinstrument zu erkennen und klanglich neu zu erkunden. Frau Oestrich dreht das Instrument um, um zu sehen, was dann mit den Kugeln passiert und ist überrascht, dass sie nicht herausgefallen sind. Nun hört sie auf den Klang und erwähnt das Rauschen ´wie am Meer´. Vermutlich werden jetzt Erinnerungen aus vergangenen Musiktherapiestunden aktiviert, die scheinen ihr aber nicht bewusst zu sein. Sie spielt das Instrument ganz gezielt an, wiegt sich beim Spielen hin und her und macht auf das Wellengeräusch aufmerksam. Sie gibt auch Spielanweisungen wie: "Alle auf einmal", so dürfe man nicht spielen, "denn so hart ist keine Welle". Frau Oestrich verfügt hier über eine Klangvorstellung und setzt das Instrument in ihrer Spielweise gezielt ein. Die Unterschiede zwischen hartem und weichem Spiel kann sie klanglich und körperlich deutlich machen mit wiegendem Oberkörper bzw. vertikalem Schütteln des Instruments. Ich fühle mich nun ein wenig wie eine Schülerin, die von der Lehrerin die richtige Spielweise der *Ocean Drum* erklärt bekommt. Ihre musikalischen und verbalen Äußerungen unterstütze ich mit Summen und situativem Singen. Die Szene endet, als Frau Oestrich das Instrument auf den Tisch legt und ihr Blick auf das neben ihr liegende Foto ihrer Mutter fällt. Sie nimmt es in die Hand und sagt zu mir: "Das ist meine Mama."

Interpretation
Zunächst lasse ich der Patientin Zeit, von ihrem eigenen, spontanen Zugang zur *Ocean Drum* als Geschicklichkeitsspiel zur eigentlichen Funktion eines Musik-

instrumentes finden zu können. Jetzt spielt sie das Instrument bewusst an und verbindet in ihrem Empfinden den Klang mit dem Rauschen der Meereswellen. In einer gemeinsamen Aufmerksamkeit auf ihr Spiel übernimmt sie eine Lehrerinnenrolle, in der sie sicher und kompetent auftritt. So führt sie mir vor, wie man spielen sollte und wie nicht und macht die Unterschiede klanglich und körperlich deutlich. Hierbei kommt ihr Wunsch nach Harmonie zum Ausdruck, denn sie präferiert klar das weiche Spiel, das andere passe nicht für eine Welle. Ich bin erstaunt über ihre klare Klangvorstellung, wie solch eine Welle klingen soll und wie nicht.
Obwohl Frau Oestrich Klänge auch ausprobiert und nicht nur vorführt, handelt es sich hier nicht um eine Beziehungsqualität, in der das Explorieren und das Selbsterleben im Vordergrund stehen. Beide Personen bleiben hier auf einander bezogen, und der Wunsch der Patientin, ihr Klangerleben durch mich bestätigt zu finden, zeigt deutlich den intentionalen Charakter ihres Handelns.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. IBQ 4, Ther. TBQ 4.)

V2 Szene 3 (18:40-19:45) *Erinnerung an die Mama*

Darstellung
In dieser Stunde finden sich mehrere Momente, in denen sich die Patientin emotional öffnet. Ihre Standardthemen mit den typischen Sätzen sind erwartungsgemäß nach wie vor vorhanden, aber es kommen heute persönlichere Aussagen zum Vorschein. Dabei wird ihre Stimme weich, und der von der Musiktherapeuin zuvor oft als dozierend empfundene Sprachduktus lässt nach oder verschwindet ganz. Sie zeigt sich dabei versonnen, glücklich berührt oder traurig.
In der Schlussszene ist Frau Oestrich beim Abschlusslied *In Mutters Stübele* ganz versonnen in ihren Gedanken an ihre Familie. Sie betrachtet wieder das Foto mit ihrer Mutter und möchte es erneut der Praktikantin zeigen. Die Praktikantin legt den Finger auf ihren Mund, Frau Oestrich wiederholt daraufhin diese Geste und setzt sich wieder hin. Frau Oestrich glaubt, mit ihrem Aufstehen den Liedvortrag gestört zu haben und möchte sich bestrafen. So klopft sie sich mehrmals aufs Gesäß und hält sich die Hand vor den Mund. Das Lied wird beendet, nachhörendes Schweigen breitet sich aus. Frau Oestrich ist sehr berührt und formuliert, dass sie bei der "schönen Musik einen Stich" gespürt hat.

Interpretation
Am Ende der Stunde erklingt das Lied *In Mutters Stübele*. Ich singe es leise, sodass ich der Patientin in ihrem versonnenen Betrachten des Fotos mit der Mutter einen unterstützenden, gleichzeitig zurückhaltend dosierten, klanglichen Rahmen gebe. Es kommt zu dem bislang empfindsamsten Moment in der Therapie: Das liebevolle Erinnern an die Mutter kam bei der Patientin bislang noch nicht dermaßen intensiv zum Ausdruck wie hier. Es gibt keine Standardsätze und keine Fassade mehr. Frau Oestrich vertieft sich in Ruhe in das Foto: Sie wirkt wie ein Kind, das sich an die geliebte Mutter erinnert. Gleichzeitig erleben

Patientin und Musiktherapeutin diese dichte Atmosphäre gemeinsam als ein berührendes und verbindendes Moment. Nach dem Lied blicke ich die Patientin schweigend an und gebe ihr die Möglichkeit, der verklungenen Musik noch etwas nachzuhören und dem Erlebten Zeit zur Verarbeitung zu geben. Als ich den Schluss der Stunde ankündige, drängt sich ihr Wunsch auf, mir den verspürten "Stich", das vielleicht auch ein wenig schmerzliche Berührtsein in der Erinnerung an die geliebte Mutter, mitzuteilen. Frau Oestrich hat schon genügend Vertrauen gefasst, ihre persönliche Empfindung mir gegenüber auszudrücken. Ich bin berührt über den Blick, den sie mir hinter ihre fast perfekte Fassade gestattet hat.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

Video 3 (11. Stunde)

Einführung
Nach meinem Kompliment an Frau Oestrich über ihren schicken Pullover mit Rosenmuster möchte die Patientin mir heute wichtige Gegenstände im Wohnzimmer zeigen: Zuerst das selbstgehäkelte Puppenkleidchen, das ich elegant finde. "Mögen Sie gern elegant sein?" frage ich sie, was Frau Oestrich schmunzelnd bestätigt. Dann geht es noch um ein von ihr besticktes Taufkissen für die Enkelin und um Familienfotos. Ich würdige die Arbeiten, und beide schauen wir uns die Puppe und das Kissen an. In dieser Eingangsphase der Stunde bietet die Patientin sogleich eine persönliche Beziehung an, die ich gern erwidere. Ich nehme ihre Themen aus, hole die entsprechenden Gegenstände zum Tisch und schaffe mit Nachfragen und Kommentaren ein persönliches Klima. Als es um die Bilder an den Wänden geht, rückt eines davon in den Fokus.

V3 Szene 1 (03:37-04:33) *Das Abendbild*

Darstellung
Frau Oestrich hält noch die Puppe, über die zuvor gesprochen worden war, in der Hand und zeigt auf das "Abendbild", wie sie es nennt. Sie sagt, sie sei mit Bildern gut versorgt, und ich erwidere an, dass sie es sich hier zuhause richtig schön gemacht hat. Nun möchte ich mit ihr das Bild an der gegenüberliegenden Wand etwas genauer betrachten, denn der Titel, den sie dem Bild gegeben hat, macht mich neugierig. Ich frage, ob es eine Abendstimmung darstelle. "Das ist Abendstimmung" bestätigt sie, und in einer ruhigen Atmosphäre betrachten wir beide das Bild. Ihre Beschreibung "Der Blitz geht zum Boden" verstehe ich akkustisch falsch als "Das Licht geht zum Boden", was aber diesem Moment des gemeinsamen Betrachtens und Genießens nichts anhaben kann. Als ich dann die Stimmung "wie bei einem Sonnenuntergang" beschreibe, stimmt mir Frau Oestrich zu. Ich fühle mich wie bei einem gemeinsamen Besuch einer Gemäldeausstellung, bei der wir zusammen in die Stimmung des Bildes eintauchen und unsere Einfälle dann austauschen.

Interpretation
Die Patientin zeigt ihre Einrichtungsgegenstände und lässt mich damit ein weiteres Stückchen an ihrem Leben teilnehmen. Dass sie dabei nicht nur bei Möbeln, Fotos und Puppen bleibt, sondern sich den Gemälden an der Wand und damit neben der Musik, die ich mitbringe, hier einer anderen Kunstform zuwendet, macht mich neugierig. Ich lenke deshalb das Gespräch nochmals auf das Bild und Frau Oestrich geht darauf ein. Bei unserer gemeinsamen Bildbetrachtung beeindruckt mich ihre Konzentrationsfähigkeit, mit der sie ohne ihren Redeschwall länger beim Schauen verweilt und mit mir in die Stimmung eintaucht. Diese gemeinsam fokussierte Aufmerksamkeit und dabei das gemeinsame Genießen der abgebildeten Abendstimmung ermöglichen ein intensives Kontakterlebnis.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

V3 Szene 2 (05:23-06:35) *Traurigkeit und Halt*

Darstellung
Ich spiele auf der Gitarre einige gebrochene Akkorde. Erfahrungsgemäß sind jetzt wieder längere, aneinander gereihte Erzählungen der Patientin zu erwarten, und diese möchte ich umlenken. Frau Oestrich blickt lächelnd auf die Gitarre, und ich verlängere mein Spiel noch ein wenig, um die Patientin weiter in der erwartungsvollen Stimmung zu halten. Als sich das Lied *In Mutters Stübele* zu erkennen gibt, nickt Frau Oestrich und hört genau zu. Sie greift nach einem bestickten Kissen, zieht es zu sich hin und seufzt lang.
"Da ist viel Traurigkeit", sagt sie, zeigt auf ihr Auge (sie möchte so Tränen andeuten) und blickt mich vertrauensvoll an. Ich übernehme im Lied statt des Originaltexts das Wort Traurigkeit und frage, wo die Traurigkeit ist. Frau Oestrich ist traurig über die große Operationsnarbe ihrer Tochter und macht sich als Mutter noch nach so vielen Jahren darüber Sorgen.

Interpretation
Es herrscht eine ruhige Affektlage und eine vertrauensvolle Atmosphäre vor. Heute erscheint die Patientin weich und emotional bedürftig.
Schon das erste Lied *In Mutters Stübele* erreicht Frau Oestrich. Sie verspürt heute keinen Druck, die Musik zu unterbrechen und nach ihren verbal ausgedrückten Assoziationen zu den langen Erzählungen ihrer üblichen Themen überzuleiten. Heute lauscht sie sehr aufmerksam dem Lied, und ihr Nicken bezeugt ihre Übereinkunft mit ihren eigenen Gefühlen. Nach einem tiefen Seufzer öffnet sie sich und formuliert ihre Traurigkeit. So offen hat sie sich bislang noch nicht gezeigt. Als Grund nennt sie das Mitgefühl gegenüber ihrer Tochter wegen derer großen Operationsnarbe. Aber die bei uns beiden spürbare Trauer kann in der vertrauensvollen Beziehung unseres wachsenden Beziehungsprozesses hier auch

Halt erfahren.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

V3 Szene 3 (33:56-36:30) *Weichheit und Dank*

Darstellung
Als das Abschiedslied *Wenn alle Brünnlein fließen* erklingt, ist Frau Oestrich von Anfang an aufmerksam hörend dabei. Mit der Puppe in der linken Hand schaukelt sie im Metrum zur Musik hin und her oder lässt die Puppe auf und ab hüpfen. Mit einem lang anhaltenden, strahlenden Lächeln schaut sie mich immer wieder lange an. Während der zweiten Strophe nickt sie mehrmals und sagt dann, es sei das Lied ihrer Mama. Das Lied wird kurz für einen sprachlichen Austausch über die Mutter unterbrochen, doch der Fluss des Musizierens kann mit dem Wiedereinsetzen erhalten bleiben. Die Patientin fühlt sich verstanden, und wir genießen die Musik. In der dritten Strophe wirkt die Patientin auf sich bezogen, wiegt sich zur Musik und schaut versonnen in die Weite. Dann entdeckt sie in ihrer Blickrichtung die Kamera auf dem Stativ und fragt nach ihrer Bedeutung. Ich antworte kurz, Frau Oestrich nickt zustimmend, und die Musik kann wieder aufgenommen werden. In der vierten Strophe kann sich Frau Oestrichs Blick wieder von der Kamera lösen, und sie wird wieder emotional von der Musik erreicht. "Prima", sagt sie mit dankbarem Lächeln nach dem Lied. Sie seufzt lang und hörbar, und erneut sagt sie: "Prima. Danke, danke." Ein langer, tiefer Blick wird zwischen uns in diesen Momenten des in der Stille beieinander Naheseins ausgetauscht.

Interpretation
Die Patientin hört versonnen zu und äußert zwischendurch ihre Assoziationen (z.B. das sei das Lied der Mama), die sie mir unmittelbar mitteilen will. Die behäkelte Puppe in ihrer Hand bewegt sie tanzend zur Musik, was an eine kindliche Spielszene erinnert. Ich fühle mich wie eine Mutter, die dem Kind ein Lied vorsingt. Das Kind schweift zwischendurch immer wieder einmal ab, aber unser Kontakt bleibt erhalten und wir können stets zur Musik und zum gemeinsamen Erleben zurückkehren.
Ihre Traurigkeit ist nun verschwunden, ihr erneuter Seufzer drückt im Gegensatz zum Beginn der Stunde nun Entlastung, Getröstetsein und Zufriedenheit aus. Sie bedankt sich und genießt mit einem liebevollen Blick noch einen Moment lang meine Nähe. Ich freue mich, dass Frau Oestrich, die sich heute sehr bedürftig und traurig gezeigt hat, von mir Nähe und etwas Halt annehmen konnte. Ich kann sie für heute stabil und zufriedener verlassen.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

Video 4 (17. Stunde)

Einführung
Frau Oestrich scheint mich bei meinen Hausbesuchen inzwischen wiederzuerkennen. Sie ist nicht mehr so förmlich, doziert zwar immer noch ihre Lebensweisheiten, aber sie plaudert inzwischen auch unbekümmerter über das, was ihr gerade einfällt. Sie hört mir auch besser zu. Auf der anderen Seite gibt es durch die Progredienz der Demenz in nahezu jeder Musiktherapiestunde Phasen der psy-chischen Abwesenheit und Desorientierung.
In diesem Video werden Szenen gezeigt, in denen die Patientin Ansätze zum Dialogisieren entwickelt, indem sie Lückelieder vervollständigt.

V4 Szene 1 (01:10-01:56) *Lückelieder*

Darstellung
Ehe Frau Oestrich auf ihrem Sessel Platz nimmt, erzählt sie von den schweren Möbeln, die den Möbelträgern seinerzeit zu schaffen gemacht hätten. Sie zeigt dabei auf Sessel und Couch, und ich klopfe dazu auf verschiedene Möbelstücke. Als Frau Oestrich auf die Tischplatte klopft und ruft: "Hier, Marmor!", übernehme ich das Klopfen und singe dazu den Schlager *Mamor, Stein und Eisen* bricht. Die Patientin erkennt das Lied und vervollständigt mühelos den Refrain mit dem letzten Wort.

Interpretation
In der zweiten Minute der Stunde ergibt sich mit meinem untermalenden Klopfen unverhofft die Chance, in Frau Oestrichs Erzählen des schon früher immer einmal wieder eingebrachten Themas der schweren, aber qualitativ guten Möbel frühzeitig hineinzuspringen. Der zu erwarten gewesene Redefluss kommt somit gar nicht erst in Gang, der Kontakt bleibt aber bestehen und intensiviert sich sogar. Das Lied *Marmor, Stein und Eisen bricht* erscheint ihr reizvoll genug, ihre Erzählung zu beenden und mir zuzuhören. Durch den glücklichen Einfall, die Patientin schon so früh in musikalischem Kontakt zu haben, werde ich mutiger. Ich stoppe mein Singen beim letzten Wort und provoziere eine Unterbrechung des musikalischen Flusses. Dass sie spontan das letzte Wort im Refrain äußert, also ein Lückelied vervollständigt, zeigt, dass sie sich auf einer weiteren, Beziehungsqualität bewegt. Bislang waren unsere Beziehungen überwiegend interattentional geprägt (entsprechend dem EBQ Modus 4), das heisst, das gemeinsame Thema hat im Mittelpunkt gestanden. Nun sehen wir eine Tendenz zu der nächsthöheren Beziehungsqualität (Modus 5), bei der aus dem Kontakt eine Beziehung wird und sich der Umgang mit der anderen Person dialogisch im Mit- und Nachmachen, Geben und Nehmen und wie hier im Ergänzen von Lücken darstellt. Meine spontane Idee des begleitenden Klopfens, die dann folgende Assoziation zum Lied und ein weiterer Einfall, die mit dem Lied gefundene Form provokativ zu brechen, ermöglichen bei der Patientin den Ausdruck einer neuer Beziehungsentwicklung. Auf mich hat die Szene eine positive, belebende Wirkung: Ich fühle mich als Person wahrgenommen.

(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4 mit Peak zu 5a: Pat. KBQ 4 und kurze, sprachliche Ergänzung im Lückelied VBQ 5 a, Ther. TBQ 4 mit Peak zu 5a.)

V4 Szene 2 (05:21-06:23) *Der Pappdeckel*

Darstellung
Hier versuche ich, die Aufmerksamkeit der Patientin für das mitgebrachte ägyptische *Tambourin* zu gewinnen. Frau Oestrich nimmt das kleine Instrument entgegen, legt es auf den Tisch und trommelt mit den Fingerspitzen, während sie mich lächelnd anschaut. Es scheint ihr zu gefallen.
Ich entscheide mitzuspielen, aber als ich ein paar Gitarrentöne dazu anschlage, unterbricht sie ihr Spiel sofort und stellt klar, der Klang auf der Gitarre sei "ein Ton", ihr Instrument hingegen sei "nicht gut" und nennt die kleine Trommel "einen Pappdeckel". Daraufhin schiebe ich die *Ocean Drum* näher zu ihr und hier trommelt sie gleich mit den Fingerspitzen und bewertet das Instrument mit "Das ist schon besser". Sie strahlt mich an, und nun darf auch eine gemeinsame Musik zur Gitarre entstehen: das gesungene Lied "Wenn alle Brünnlein fließen". Frau Oestrichs tupfende Begleitung wird nun metrisch. Mal wiegt sie sich zum Gesang, mal blickt sie zu mir. Es ist ihr anzumerken, dass sie sich große Mühe gibt, ihr Spiel mit einem Finger genau auf die Musik abzustimmen. Aber sie hat auch Freude am gemeinsamen Tun.

Interpretation
Diese Szene erinnert an die zweite aus dem ersten Video, wo Frau Oestrich die *Klangstäbe* exploriert und den Klang der Instrumente ebenfalls bewertet. Dort ging es aber vorrangig um Erkunden unbekannter Instrumente (Modus 3). Hier dagegen scheint sie sofort zu wissen, wie man auf dem *Tambourin* zu spielen hat. Nur fühlt sie sich mit diesem kleinen Musikinstrument meinen Gitarrenklängen gegenüber benachteiligt. Mit der viel größeren *Ocean Drum* ist für sie dieser Nachteil anscheinend aufgehoben. Es geht ihr jetzt um eine gemeinsame Musik, bei der ihr klangliche Abstimmung und rhythmische Einschwingung wichtig sind und gelingen.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. IBQ 4, Ther. TBQ 4.)

V4 Szene 3 (31:18-32:31) *Feierabend*

Darstellung
Die Patientin ist nach dem Abschlusslied wieder mit dem Blättern im Fotoalbum beschäftigt. Ich kündige den Abschluss der Stunde an:" So, jetzt machen wir..." Da ich nicht sicher bin, ob Frau Oestrich zuhört, stoppe ich hier kurz. Doch sie hat mich genau gehört und vervollständigt meinen Satz richtig mit: "Feierabend!". Es entstehen spontan aus unseren Assoziationen zum angekündigten Feierabend ein paar Melodiefragmente auf der Suche zum passenden Lied. Frau Oestrich

beteiligt sich sprachlich mit ihren Einfällen. Aber ein vollständiges Lied ist nun nicht mehr passend, und somit bleibt es bei einem Nachspann zum bereits beendeten Lied, in dem Gedanken und Gefühle gemeinsam noch etwas nachklingen können.

Interpretation

Obwohl mein sprachlicher Stopp keine gezielte Intervention ist, sondern ich meinen Satz nicht vollende, weil ich mir in diesem Moment Frau Oestrichs Aufmerksamkeit nicht sicher bin, begegnet sie mir (wieder) dialogisch – hier auf der Sprachebene – und ergänzt meinen Satz.

Die Minuten, nachdem das Abschlusslied schon verklungen ist und in denen eigentlich nichts mehr passiert, nichts mehr entsteht, ist wie ein Nachspiel unserer heutigen Begegnung: ein Sich-jetzt-noch-nicht-Trennen-Wollen, eine kleine Zeitdauer, in denen noch sprachliche und musikalische Assoziationen fallen, ein Auspendeln.

(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

Video 5 (23. Stunde)

Einführung

Die Patientin sitzt erwartungsvoll in ihrem Sessel mit einer Tasse Kaffee in den Händen. Ich singe das Lied *C-A-F-F-E-E, trink nicht soviel Kaffee!*, das Frau Oestrich nicht kennt, aber sie hört zu und kommentiert den Text.

Ein Gespräch über die Wirkung von Kaffee und Alkohol schließt sich an. Frau Oestrich hat ihre Meinung: Mit Verstand soll genossen werden. Einen "besoffenen Mann" möchte sie nicht erleben. Auf meine Nachfrage, ob sie das von zu Hause kennt, stellt Frau Oestrich klar, ihre Eltern und ihr Ehemann (der ja Alkoholiker war) hätten nicht getrunken.

Das Gespräch weitet sich aus und behandelt verschiedene Themen der Patientin. Frau Oestrich zeigt sich heute sehr emotional, aber auch in ihren Äusserungen gelegentlich verwirrt. Die Erzählungen sind teilweise fahrig, und ich hake mehrmals ein, um Sinnzusammenhänge zu bilden, was nicht immer gelingt.

In den vergangenen Musiktherapiestunden rückte das Thema der Mutter immer stärker in den Vordergrund. Heute steht es sogar als einziges Thema im Fokus und führt durch die ganze Stunde. Als die Patientin von der geliebten Mutter spricht, greife ich zur Gitarre und schlage ein paar Akkorde an. Frau Oestrich zeigt auf ein Foto mit der Mutter und einem Kinderwagen, das ich noch nicht gesehen habe, und gemeinsam betrachten und beschreiben wir das Foto.

V5 Szene 1 (08:34-10:01) *(K)ein besoffener Mann*

Darstellung

Die Musik wird wiederaufgenommen und es erklingt das Lied *Schlaf, Kindlein, schlaf.* Frau Oestrich reagiert sofort zustimmend und meint, das hätte ihre Mama

immer gesungen. Sie lauscht und nippt dabei an ihrem Kaffee.
Ich verzögere mein Singen an einer bestimmten Stelle, um ihr den Anreiz zur Vervollständigung des Liedes zu geben. Frau Oestrich ergänzt nickend das fehlende Wort und spricht auch noch den kleinen Textteil *"Schlaf, Kindlein, schlaf"* mit. Sie ist von dem Lied berührt, sagt sehnsuchtsvoll: "Meine Mama" und streicht sich mit einer Hand übers Auge, als wollte sie eine Träne abwischen. (Eine Geste, die sie im Therapieverlauf immer einmal wieder zeigte). Dann sucht sie das Foto mit der Mutter darauf, entdeckt es in Reichweite und holt es an den Tisch. Ich beende das Lied und widme mich mit ihr dem Betrachten des Fotos.

Interpretation
Das gemeinsame Betrachten der Fotos mit der Mutter bedeutet ihr viel. Sie erzählt von der Mutter und lobt ihren Charakter. Mit der Musik gestalte ich eine ruhige Atmosphäre, in der sich die Patientin wohl und geborgen fühlt. So wird Frau Oestrich psychisch gestützt, kann sich vertrauensvoll öffnen und ihren liebevollen Erinnerungen hingeben. Ich fühle mich der Patientin in der ruhigen, dichten Atmosphäre nah und spüre ihren Erinnerungen selbst nach.
(Die Szene bewegt sich im EBQ im Modus 4, die Textergänzungen im Lied entsprechen dem Peak zum Modus 5a: Pat. VBQ 4 mit Peak zu 5a, Ther. TBQ 4 mit Peak zu 5a.)

V5 Szene 2 (21:24-23:48) *Ich hab´ meine Mama im Hirn gehabt, wenn ich die Musik höre!*

Einführung
Als wieder das Foto mit der Mutter gemeinsam betrachtet wird und Frau Oestrich betont, was für ein wertvoller Mensch diese gewesen sei, äußert sie mehrmals wieder ihren Lebensgrundsatz "Edel sei der Mensch, hilfreich und gut!"

Darstellung
Unvermittelt zeigt sie auf die Gitarre und meint, darauf könne man Lieder spielen. So bietet sie selbst den Einstieg zur Musik an. Ich lasse sogleich ein paar Akkorde erklingen und frage, welches Lied denn gespielt werden soll. Es fällt ihr zwar keines ein, denn sie kenne sich mit den einzelnen Gitarrentönen nicht aus, aber kurz legt sie die Hand auf ihren Leib, tippt dann an den Kopf und sagt: "Ich hab´meine Mama im Hirn gehabt, wenn ich die Musik höre! Ich hab´von meiner Mama die Musik gehört." Es erklingt das Lied *Wenn alle Brünnlein fließen*. Frau Oestrich nimmt einen großen Schluck aus der Kaffeetasse und zeigt dann nickend zu mir. Sie wippt leicht in ihrem Sessel, stellt die Tasse ab und klatscht zur schwungvollen Musik. Sie scheint gelöst und fröhlich. Auf einmal, inmitten der zweiten Strophe hört sie auf zu klatschen und wischt sie sich lange mit einem Schniefen über die Augen. Daraufhin nehme ich Dynamik und Akzentuierung sofort zurück und singe die dritte Strophe leise und erzählend. Frau Oestrich greift nach dem Foto, zeigt auf die Mutter und sagt mit tränenerstickter Stimme

zu mir: "Das ist die Mama." Ich lächele ihr tröstend zu und spiele weiter. In der dritten Strophe erkennt Frau Oestrich auf dem Foto die abgebildete Kaffeekanne und teilt mir mit jetzt schon wieder festerer Stimme mit, dass sie die Kaffeekanne noch besitzt. Ich antworte ihr zur weiterlaufenden Gitarrenbegleitung "Wie schön!", und frage, ob das eine schöne Erinnerung sei. "Ja", bestätigt sie mir gefestigt.

Interpretation
Die Szene ist ein Beispiel für die tröstende Kraft der Musik und für die Stärke der Patientin, sich diese Kraft zu bedienen und sich somit quasi selbst zu behandeln.
Frau Oestrich ist am Erzählen. Unvermittelt zeigt sie ein Interesse an der entdeckten Gitarre. Ihre Bemerkung, darauf könne man Lieder spielen, interpretiere ich als Wunsch, nun ein Lied zu hören. Die Stimmung im Lied *Wenn alle Brünnlein fließen* ist zunächst gelöst und heiter, Frau Oestrich lächelt und klatscht mit.
In der zweiten Strophe *"Ja, winken mit den Äugelein"* wird sie traurig (ein direkter Textbezug als Auslöser ist nicht erkennbar). Als sie sich die Augen wischt und leise schnieft, bin auch ich berührt und würde Frau Oestrich gern mit einer körperlichen Berührung trösten. Doch Trost findet sie ebenso in der Musik, die ich weiterspiele und nur in der Dynamik deutlich zurück nehme.
Die dritte Strophe beginnt *"Warum soll sie´s nicht werden, ich hab´ sie ja so gern?"* Hier klingt wohl doch ein Bezug zum Text in Frau Oestrichs Traurigkeit und Sehnsucht nach der Mutter an. Sie betrachtet das Foto und benennt mit weinerlicher Stimme die Mutter. Noch in derselben Strophe zeigt sich, dass sie in der Musik mit mir die Traurigkeit durchschritten hat. Der Blick fällt auf dem Foto auf die Kaffeekanne, die sie heute noch besitzt. Meine Frage, ob das noch eine schöne Erinnerung sei, die sie bejaht, hat auf der Sprachebene festhalten sollen, dass aus der hilflosen Traurigkeit eine Erinnerung geworden ist.
Die Musik hat den ganzen Prozess vom Ausdruck der Traurigkeit bis zur Verarbeitung zu einer Form, mit der die Patientin umgehen kann, ermöglicht und getragen.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

V5 Szene 3 (29:25-30:33) *Auf einer Linie*

Darstellung
Als Abschlusslied wird *Kein schöner Land* angestimmt. Die Patientin erkennt es sofort und bemerkt: "Das ist auch schön." Ich singe leise und andächtig. Doch dann möchte Frau Oestrich dringend etwas sagen und bittet mich, für einen Moment aufzuhören. Sie formuliert ihre Frage: "Würden Sie mehr auf meiner Linie laufen?" Dann schweift sie ab, aber es wird noch deutlich, dass sie noch heute unter ihrem Sprachfehler und den damit verbundenen Nachteilen leidet. Aber sie habe sich Liebe aus dem Elternhaus geholt: "Die Wärme, die die Mama abgegeben hat, die habe ich bekommen." Die Stunde endet mit dem Gespräch

über die Mutter und nochmaligem gemeinsamen Betrachten der Fotos.

Interpretation
Während der gesamten Stunde besteht ein enger, interattentionaler Kontakt zwischen der Patientin und der Musiktherapeutin. Das Betrachten der Fotos, das Erzählen und das Singen von Liedern wechseln einander ab und bilden dabei ein harmonisches Beziehungsgewebe ohne Brüche. Die Patientin öffnet sich und drückt ihre innersten Gedanken und Gefühle aus. Ich begleite Frau Oestrich bei ihren Erinnerungen an die Mutter, und in einer über ein Dreivierteljahr hinweg gewachsenen, vertrauensvollen Beziehung fühlt sich ihr nah und angenommen.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

Video 6 (29. Stunde)

Einführung
In den vergangenen Wochen hat Frau Oestrichs Verwirrung zugenommen. Nachdem sie vermehrt nachts im Hausflur die Nachbarn herausgeklingelt hat, kann sie nun nicht mehr über Nacht allein bleiben. Die Tochter wechselt sich mit dem Neffen ab, jetzt im ehemaligen Kinderzimmer der Tochter zu übernachten. Überlegungen der Tochter zu einem Heimumzug der Mutter rücken in den Vordergrund.

V6 Szene 1 (00:07-01:11) *Drohende Unordnung*

Darstellung
Heute hat sich die Patientin einen anderen Platz ausgesucht, sie sitzt nicht im Sessel sondern auf der Couch. Ich setze mich mit der Gitarre neben sie. Auf dem Tisch liegt die *Ocean Drum* zwischen Schalen mit Obst und Gebäck, Frau Oestrich kommt gleich auf sie zu sprechen und fragt, was das sei. Ich lasse die Frage offen, denn Frau Oestrich soll die Möglichkeit zu eigenen Assoziationen haben. Sie erkennt die *Ocean Drum* nicht als Musikinstrument wieder und äußert sich stattdessen zu den vielen Kügelchen, die man auf diesem Teppich unmöglich finden könne und wenn man sie aufheben solle, könne man nur fluchen. Wir beide stimmen überein, dass es gut ist, dass das Musikinstrument geschlossen ist und nichts passieren kann.
Die Klangmöglichkeiten der *Ocean Drum* haben bislang Frau Oestrich sehr interessiert, und deshalb spiele ich das Instrument mit einem leisen Klopfen und Rauschen an. Sie sieht, wie die vielen Kugeln sich nun bewegen und meint: "Geisteskrankheit." Dabei bezieht sie sich vielleicht auf die Vorstellung, dass die Kugeln alle herausfallen könnten. Leise spiele ich weiter und lasse sie wissen, dass das eine *Meerestrommel* ist. Die Patientin stimmt zwar zu, verharrt aber in ihrer einseitigen Betrachtung des Objekts und warnt mich vor den Kugeln: "Müssen Sie zulassen!" Und "Wehe, wenn die da ´rauskommen und hier auf dem

Boden sind!" Das versichere ich ihr. Vom Klang hat sie sich heute unbeeindruckt gezeigt, dennoch sind wir in gutem Kontakt miteinander.
Frau Oestrich wendet sich einem Familienfoto zu und nimmt es in die Hand: "Das ist meine Enkelin."

Interpretation

In dieser Musiktherapiestunde zeigt Frau Oestrich keinen realistischen Objektbezug zur angebotenen *Ocean Drum*. Sie sieht die vielen Kügelchen, die in ihr nur die Assoziation wecken, dass es ein unmögliches Unterfangen würde, sie beim Herausfallen alle aufheben zu müssen. Auch den Klang kommentiert sie abfällig ("Geisteskrankheit"), und das Objekt findet heute als Musikinstrument nicht ihr Interesse. Aber es ist in dieser Szene dennoch Gegenstand der gemeinsamen Aufmerksamkeit.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

V6 Szene 2 (10:00-12:11) *Kaffeeklatsch*

Darstellung

Längere Zeit verweilt das Gespräch bei der großen Schrankwand. Frau Oestrich erwähnt auch die Schallplatten in einem Regal, die sie aber in letzter Zeit nicht mehr höre. Großzügig erlaubt sie mir, einige Schallplatten herauszusuchen und bietet mir sogar Hilfe an. Mit einer Schallplatte von dem Operettensänger *Willy Schneider* und einer weiteren kehre ich an den Platz zurück. Frau Oestrich liest noch tadellos den Titel, auch erkennt sie offensichtlich das Konterfei des Sängers auf dem Cover. Er mache wunderbare Musik. Ausführlich wird das Foto von *Willy Schneider* betrachtet und dabei sein Lächeln und sein Charakter gedeutet. Frau Oestrich hält ihn für einen "leichten Casanova", denn "er spricht mit den Augen". Ich lese die Titel der aufgenommenen Arien vor, und auch die bieten Anlass für fröhlichen Austausch und weitere Spekulationen.

Interpretation

Das gemeinsame Anschauen und Mutmaßen über die Eigenschaften des abgebildeten Sängers ("leichter Casanova") sowie das Plaudern über die einzelnen Musiktitel lassen mich an einen gemeinsamen Kaffeeklatsch denken, bei dem auch über Männer getratscht werden darf. Die Atmosphäre ist von Leichtigkeit und Fröhlichkeit geprägt. Schön, diese gemeinsamen Momente, in denen von Frau Oestrichs Krankheit nichts zu spüren ist!
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

V6 Szene 3 (17:43-22:58) *Wir können ja alle nichts mitnehmen*

Darstellung

Die zweite Schallplatte enthält eine Sammlung verschiedener Schlager, sie ist jetzt nicht mehr interessant für Frau Oestrich, die wieder zum Erzählen über den

Schrank und den Couchtisch übergeht. Sie erwähnt, den Tisch eventuell verkaufen zu wollen. Dann meint sie aber, der Tisch bleibe da. Wenn sie nicht mehr da sei, hätte das auch keine Bedeutung mehr, und sie würde ihn mit einem Sprung in der Platte ohnehin schwer losbekommen. Gleichzeitig meint sie, der Tisch hätte gar nichts, auch keine Kratzer. "Wie können ja alle nichts mitnehmen, wenn wir heute die Augen zumachen." Da frage ich sie direkt, ob sie manchmal an den Tod denkt. Die Patientin weicht aus. Ich hake wieder ein und frage, wie ihr Leben sei. Sie antwortet, mit ihrer Wohnung sehr zufrieden zu sein.

Interpretation
Frau Oestrich äußert widersprüchliche Gedanken: Sie möchte den Wohnzimmertisch verkaufen, dann aber wieder behalten. Er wäre in Ordung ohne Kratzer, dann fragt sie sich, wer ihn mit dem Riss überhaupt nehmen wollte. In diesem Zusammenhang spielt das Behalten und das Verkaufen, also das Loslassen, eine Rolle. Da sie in derselben Stunde vorher äußert, das Leben sei "beschissen" (sie verbesserte sich rasch: "bescheiden") klinke ich mich zweimal mit Fragen zu eventuellen Gedanken zum Tod und zum ihrem Leben ein. Vertieft werden kann das Thema aber nicht, da die Patientin direkten Fragen ausweicht.
Sie wirkt nachdenklich und scheint sich mit ihrem Lebensende zu beschäftigen, aber das Thema offen zu behandeln, lässt sie nicht oder noch nicht zu.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

Video 7 (35. Stunde)

Einführung
Ein ganzes Jahr ist seit Beginn der musiktherapeutischen Hausbesuche vergangen, heute findet die vorletzte Musiktherapiestunde der Patientin statt. Seit Wochen habe ich sie behutsam auf unseren konkret bevorstehenden Abschied vorbereitet.
Mir fällt auf, dass es Frau Oestrich körperlich schlechter geht, sie sieht deutlich gebrechlicher aus, und nun ist auch an ihrer anderen Hand ein Tremor aufgetreten.
Die heutige Stunde ist im Wesentlichen von zwei Merkmalen geprägt: Das ist zum einen Frau Oestrichs große Unruhe, die sie immer wieder zum Aufstehen und Nachschauen, ob der Fernseher funktioniert, bringt. Meistens übernehme ich das Aufstehen für die Patientin, da ich nicht möchte, dass sie eventuell über das Kabel der Videokamera stolpert. Der Fernseher stellt sich zu Frau Oestrichs Beruhigung jedes Mal als funktionstüchtig heraus, und ich darf ihn wieder ausschalten. Zum anderen lässt die Patientin durchscheinen, dass sie sich mit dem Abschiednehmen (von mir, von anderen, von der Welt?) beschäftigt.

V7 Szene 1 (01:00-01:40) *Rückblick*

Darstellung
Zu meiner Person fällt Frau Oestrich ein, dass ich schon einmal "am Anfang" da gewesen sei. Sie zeigt auf ihr Auge und meint, dass sie bei meinem letzten Besuch geweint hätte. Dann korrigiert sie: "Nicht ganz das letzte Mal, aber das mittelletzte Mal". (In den vergangenen fünf Musiktherapiestunden nach der letzten Aufzeichnung hat die Patientin tatsächlich in mehreren Sitzungen geweint.). Dann wendet sie sich den auf dem Sofarücken aufgestellten Familienfotos zu und präsentiert die Familienmitglieder. Kinder und Enkel geraten dabei wie oft in der Zuordnung durcheinander. Ich rufe, beinahe singend: "Die ganze Fotogalerie!" und wende mich zu den Bildern um.

Interpretation
Quasi in einer Rückschau spricht Frau Oestrich meine früheren Besuche an und erinnert sich, dass sie selbst in früheren Stunden auch geweint habe. Sie, die doch stets sehr auf damenhaftes Benehmen aus ist, scheut sich nicht, solch eine persönliche Situation, in der sie sich schwach gezeigt hat, auszusprechen.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

V7 Szene 2 (03:24-04:00) *Dank und Abschied*

Darstellung
Anhand der Betrachtung verschiedener Familienfotos spricht sie wieder über ihre Mutter, die ihr eine gute Erziehung mit Höflichkeit mitgegeben habe. An die Zeit mit mir, der "höflichen Musiktherapeutin“ ("So wie Sie zu mir in die Hände kamen... so habe ich Sie kennengelernt.....Sie haben ja Musik gemacht") habe sie eine Erinnerung in ihrem "Stübchen" und das werde sie auch nicht vergessen, heute nicht, morgen nicht und überhaupt nicht: "Meine Erinnerungen bleiben an Menschen, die mit mir Kontakt halten".

Interpretation
Aus der Rückschau auf unsere gemeinsame Zeit wird ein sich Bedanken und ein Abschiednehmen ("Meine Erinnerungen bleiben an Menschen, die mit mir Kontakt halten."). Gleichzeitig ist diese Rückschau auch eine auf ihr Leben. Die Patientin hat ihren starren Redeschwall abgelegt und erscheint emotional offen und weich.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

V7 Szene 3 (31:20-31:58) *Kraftreserve*

Darstellung
Zum Ende der Stunde wird das Lied *Zum Tanze da geht ein Mädel* gespielt.
Frau Oestrich nimmt den Schwung des Liedes sogleich freudig auf und bemerkt: "Das fängt schon an! Die ersten zwei, drei Worte!". Da starte ich gleich noch einmal neu, um ihr den Einstieg ein zweites Mal zu bescheren. Frau Oestrich geht

den spannungsfördernden, verzögerten Auftakt und das Eintauchen in die betonte, erste Zählzeit genau mit und unterstreicht ihr Erleben verbal ("Ja") und mit einer energetischen Vorwärtsbewegung ihrer Faust.

Interpretation
Am Ende der Stunde gewinnt sie freudige Energie zurück. Das Schlusslied *Zum Tanze, da geht ein Mädel* aktiviert sichtbar ihre Ressourcen Kraft und Fröhlichkeit. Ich schwinge, sie ebenfalls, und manchmal sind diese Vorgänge synchron.
Bei all der Gebrechlichkeit und Verwirrtheit ihrer Person bin ich erstaunt über ihre Kraft und Lebensfreude, die sie mir mit ihrem Strahlen, dem Mitschwingen und der Geste mit der Faust eindrucksvoll demonstriert.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

Ergebnisse für Herrn Bayer aus den Videos

Es existieren nur fünf Videos von der ersten bis zur 23. Musiktherapiestunde. Später hat die Musiktherapie nur noch sporadisch stattgefunden, da der Haustürschlüssel entweder von der Tochter nicht bereit gelegt worden war und ich nicht in Haus gelangen konnte oder der Hausbesuch abgesagt wurde. Die Tochter plante in dieser Zeit bereits ihren Umzug in eine andere Stadt zu ihrer Tochter, und der Patient hielt sich immer einmal wieder probeweise bei einen Sohn auf, der ebenfalls in dieser Stadt wohnte. Es kam nach der 23. Stunde noch zu wenigen weiteren Hausbesuchen, aber nicht mehr zu den geplanten zwei weiteren Filmaufnahmen.

Video 1 (1. Stunde)

Einführung
Die Tochter geht tagsüber zur Arbeit, und Herr Bayer ist in der Wohnung meist allein. Alle wichtigen Termine des Tages hat sie ihm auf einen Zettel geschrieben (z.B. wann die Putzfrau, die Nachbarin und die Musiktherapeutin kommen), und Herr Bayer orientiert sich immer wieder an diesem täglich erneuerten Tagesplan, der in seiner Nähe auf dem Tisch liegt und seine Ängste und Orientierungslosigkeit reduzieren soll.

V1 Szene 1 (02:14-02:48) *Atmosphäre aufnehmen*

Einführung
Ich habe mit dem Haustürschlüssel von der verabredeten Stelle aufgeschlossen, mich beim Eintreten rufend bemerkbar gemacht und treffe Herrn Bayer im abgedunkelten Wohnzimmer in seinem Lieblingssessel sitzend an. Er wirkt verunsichert. Herr Bayer fragt mich nach dem Grund meines Kommens, und ich antworte ihm, dass wir zusammen Musik machen können. Ich setze mich zu ihm, schlage einige Gitarrenakkorde (meist in Moll) an, bis mir zuerst das Lied *Sieben Schwalben sitzen dort* in den Sinn kommt. Danach möchte ich etwas singen, was er vielleicht kennt.

Darstellung
Ich beginne zur Gitarre das Lied *Horch, was kommt von draussen ´rein* anzustimmen. Herr Bayer kennt es, er nickt gleich zu Beginn und auch auf meinen Ausruf "Das kennen Sie!" hin noch einmal. Während des Lieds wechselt sein Blick von mir nach oben zur Decke oder nach unten und er hört mir zu. Seine Atmung

ist leicht schnappend, ich verzögere immer wieder das Lied und beobachte ihn.

Interpretation
Ich beginne unseren musikalischen Kontakt mit einem bekannten Volkslied, und seine gebrechliche Gestalt und die unregelmäßige Atmung lassen mich ganz behutsam vorgehen. Herr Bayer kennt das Anfangslied, bestätigt mir das durch Nicken und hört mir zu. Wir haben ein gemeinsames Thema gefunden.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

V1 Szene 2 (09.24-10:26) *Aufregend*

Einführung
Ich spiele die *Ocean Drum*, und Herr Bayer hat sich im Sessel vorgebeugt und schaut mir zu. Wir nehmen das Rauschen des Instruments wahr und unterhalten uns über das Meer. Er kennt die Stadt Königsberg und erinnert sich: "Königsberg, da war ich schon. Da habe ich studiert."

Darstellung
"Möchten Sie es mal nehmen?" frage ich Herrn Bayer und biete ihm die *Ocean Drum* an. Er nimmt sie mir gleich ab, und schnell merke ich, dass ich beim Halten und Spielen nicht helfen muss. Herr Bayer hält die *Ocean Drum* sicher in Balance und betrachtet die sich leise bewegenden Kügelchen. Ich beginne zu summen, und er kippt das Instrument leicht zur Seite und bringt es etwas lauter zum Klingen. Hin und er wiegt er das Musikinstrument geschickt in seinen Händen und hält es dabei ganz sicher.
Ich singe und summe etwas aus meinem Anfangslied *Sieben Schwalben sitzen dort.* Herr Bayer hält das Instrument still, blickt mit offenem Mund und aufgerissenen Augen an mir vorbei und hält mir das Instrument irgendetwas murmelnd hin. Er bewegt die *Ocean Drum* dabei leicht vertikal (unbewusst und vor Aufregung?), und ich kommentiere das entstehende Geräusch mit singendem "La, la, la" und greife mit einer Hand zur *Ocean Drum*. Nun spiele ich wieder und singe dabei, er blickt mich kurz an und lässt die *Ocean Drum* los. Als ich weiter spiele, deutet er kurz ein nochmaliges Zugreifen an, dann schlägt er kurz die Hände vors Gesicht und blickt mit großen Augen und offenem Mund verwirrt. Er führt die rechte Hand zum Mund und zurück und atmet noch einmal schwer. Ich lasse die *Ocean Drum* ausklingen, sage ein beruhigendes, bestätigendes "Mmh-mmh", nicke ihm zu, und wir blicken uns an.

Interpretation
Da sich der Patient an der *Ocean Drum* interessiert zeigt, biete ich sie spontan zum Anfassen an. Ich merke, dass er das Instrument allein halten und bewegen kann und lasse ihn ausprobieren. Mein Singen unterstützt sein Explorieren des

Patienten. Herr Bayer ist durch den Klang stark berührt, er lässt das Instrument los und zeigt Gesten der Überraschung, beinahe Überwältigung. Als ich die *Ocean Drum* weiterspiele, leite ich bald ein langsames Ausklingen ein, um den Patienten nicht zu überfordern. Dass Herr Bayer mit mir etwas erlebt hat, bestätigt sein Blick, nachdem es still geworden ist.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 3, dann 4: Pat. IBQ 3, dann 4, Ther. TBQ 3, dann 4.)

V1 Szene 3 (30:38-33:43) *Wenn alle Brünnlein fließen*

Darstellung
"Da machen wir jetzt noch ein schönes Abschlusslied? Bis ich nächste Woche wiederkomme?", frage ich den Patienten. Herr Bayer nickt, und ich frage ihn, ob er einen Vorschlag hätte welches wir nehmen könnten. Ich spiele einige Gitarrenakkorde, und er blickt unsicher umher. Beinahe hätte ich die Entscheidung übernommen, da nennt er mit leiser Stimme das Lied *Wenn alle Brünnlein fließen*. Ich frage erfreut: „Das wollen wir machen?“, und Herr Bayers Stimme ist nun lauter, als er mir mit „Ja“ antwortet und sich im Sessel etwas zurechtsetzt. Herr Bayer singt alle Strophen fast vollständig mit und nickt im Metrum beim Erinnern an den Text. Sein Blick wechselt dabei zwischen oben, unten und geradeaus zu mir. Zwischendurch tupft er sich mit dem Stofftaschentuch in der Hand an die Stirn oder an den Mund. Ich schlage die Gitarrenakkorde rhythmisch betont an, um ihm musikalisch eine Stütze zu bieten. Nach dem letzten Ton atmet Herr Bayer laut, und ich beuge mich vor und berühre ihn am Arm.

Interpretation
Ich frage Herrn Bayer nach einem Vorschlag für ein Abschlusslied, um seine Selbstbestimmung zu fördern, erwarte aber nach seiner Überlegungszeit keine Antwort mehr. Seine Antwort überrascht mich. Gern gehe ich auf seinen Vorschlag ein, und wir singen alle Strophen des Lieds gemeinsam. Dabei strengt Herr Bayer sich an, dass ihm alle Strophen einfallen, und ich bemühe mich, mit akzentuiertem Spiel das Lied im Fluss zu halten und ihn auch noch mitzunehmen. Herr Bayer und ich bleiben im Blickkontakt und konzentrieren uns. Nach dem Lied ist er berührt und angestrengt, sodass ich ihn mit meiner Geste am Arm beruhigen möchte.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. VBQ 4, Ther. TBQ 4.)

Video 2 (5.Stunde)

Einführung
Heute erscheint mir der Patient verwirrt. Während ich mich im Raum einrichte, stellt er stereotyp Fragen nach der Tochter und sagt immer wieder, dass seine Frau nicht mehr lebt. Ich entdecke den Adventskranz auf dem Tisch und kündige

das Lied *Alle Jahre wieder* an.

V2 Szene 1 (00:31-1:52) *Trauer zulassen*

Darstellung
Herr Bayer sitzt in seinem Sessel, hat die Beine übereinandergeschlagen, seine Arme liegen im Schoß. Beim Anfangslied *Alle Jahre wieder* weckt hört Herr Bayer zu und singt am Ende der ersten Strophe leise mit. In der zweiten Strophe lehnt er sich zurück und verschränkt die Arme. Nach der Strophe unterbreche ich: „Das kennen Sie, das Lied." Herr Bayer antwortet klar und deutlich: „Das kenne ich." Ich frage ihn, ob ihn das Lied heute ein bisschen traurig macht. Herr Bayer verneint das und hält seinen Mund mit den Händen zu. Dann berührt er die Stirn, und als ich einleitende, gebrochene Gitarrenakkorde spiele, nimmt er die Hand wieder herunter und blickt mich an. „Meine Frau lebt nicht mehr", sagt er und blickt nach unten. Ich höre auf zu spielen und erwidere: „Ja."

Interpretation
Das Anfangslied entsteht aus der Assoziation zum entdeckten Adventskranz, es passt in die Jahreszeit. Herr Bayer hört zu, singt auch etwas mit. Ich spüre seine Traurigkeit stärker und frage ihn danach, als mir das Weitersingen nicht mehr passend erscheint und ich das Lied beende. Herr Bayer spricht den Tod seiner Frau an und benennt damit direkt das ihm wichtige Thema. Ich bestätige sein Gefühl mit meiner Zustimmung und fühle mit ihm. Ich spüre, dass es nun im Folgenden um dieses Thema gehen wird. Sein Wunsch nach Gemeinsamkeit wird deutlich.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. VBQ 4, Ther. TBQ 4.)

V2 Szene 2 (21:30-23:40) *Trauer gestalten*

Darstellung
„Meine Frau lebt nicht mehr", sagt der Patient wieder traurig, und dann sprechen wir über sie. Er berichtet, er sei sieben Jahre älter als sie gewesen, und man hätte immer *´der aale Mann´* zu ihm gesagt. „Was die Leute manchmal so reden", meine ich und singe aus dem Lied *Horch, was kommt von draußen rein* die Textstelle "*Laß sie reden, schweige still, holla-hi, holla-ho, kann doch lieben, wen ich will, holla-hi-jaho*". Herr Bayer gähnt und nickt. Er faltet die Hände über seinem Bauch und blickt mich beim Zuhören ruhig an, während ich das Lied nun zur Gitarre von vorn beginne und die ersten beiden Strophen singe.

Interpretation
Den Tod der Frau hat der Patient noch nicht verarbeitet. Herr Bayer schafft es,

über sie zu sprechen und nicht nur den Satz „Meine Frau lebt nicht mehr“ stereotyp zu wiederholen. Mein Kommentar über die redenden Leute und die gesungene Textstelle *"Laß sie reden, schweige still, holla-hi, holla-ho, kann doch lieben, wen ich will, holla-hi-jaho*" unterstützen ihn in seinem Selbstwertgefühl. Die letzte Strophe wird nicht aus Scheu vor dem Thema Sterben weggelassen, sondern um bewusst die Textstelle *"…lieben wen ich will"* stehen und nachwirken zu lassen. So möchte ich dem Patienten vermitteln, dass er damit, dass er eine deutlich jüngere Frau geheiratet hat und dafür gehänselt worden war, doch alles richtig gemacht hat. Das Lied zur Gitarre hört er entspannt und genießt unsere Gemeinsamkeit
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

V2 Szene 3 (42:40-44:28) *Das Brünnlein ist nur ein Traum*

Darstellung
Ich frage Herrn Bayer, ob er für das Abschlusslied einen Wunsch hat, und er denkt angestrengt nach. Dann schlägt er sich aufs Knie und brummt kopfschüttelnd.
Also entlaste ich ihn und meine, dass *ich* ja eines aussuchen kann. Herr Bayer nickt.
Ich singe zur Gitarre *Und in dem Schneegebirge,* Herr Bayer hat sich entspannt zurückgelehnt, die Arme verschränkt und hört zu. Bei der Textstelle *"Ich bin nicht alt geworden, ich bin noch allzeit jung"* reagiert er mit Schmunzeln, fasst sich an die Stirn und zeigt auf das Schild mit der goldfarbenen Zahl 100 auf dem Schrank, das zu seinem 100. Geburtstag von seinen Kindern angefertigt worden war. Lachend sagt er „100 Jahr´!“. Die nächste Strophe improvisiere ich "Das Brünnlein gibt´s leider nicht, la, la, la...das Brünnlein ist nur ein Traum, la, la, la…."

Interpretation
Einen Wunsch für ein Abschiedslied hat der Patient heute nicht, aber es ist wichtig, diese Wahlmöglichkeit immer wieder zu lassen. Meine Wahl des Lieds *Und in dem* Schneegebirge treffe ich, weil wir heute schon viel über das Alter des Patienten gesprochen haben und Herr Bayer sich immer wieder fassungslos über sein Alter von 100 Jahren zeigt. Er fasst sich zwar während ich singe einmal ungläubig an die Stirn, doch dann genießt er erst einmal das Lied. Er reagiert schmunzelnd auf die Textstelle, *"Ich bin nicht alt geworden, ich bin noch allzeit jung"* und lacht, als er mich auf das Schild mit der 100 aufmerksam macht. Er hat den Text verstanden und ist in der Lage, humorvoll damit umzugehen. Herr Bayer möchte interattentional und interintentional mir sein Erleben mitteilen.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

Video 3 (11.Stunde)

Einführung

Der Patient blickt auf den Zettel, auf den die Tochter die anstehenden Termine festhält. Musiktherapie steht nicht darauf, nur der monatliche Lehrerstammtisch. Herr Bayer erwähnt, dass er noch selbständig dorthin in ein Lokal gegenüber seiner ehemaligen Schule geht. Viel zu erzählen gäbe es da aber nicht, es wären ja alles alte Leute. Ich lasse bei unserer Unterhaltung schon einmal die Gitarre untermalend erklingen. Wir scherzen über sein hohes Alter, und ich meine, dann müsste er sich auch nicht so genau an mich erinnern.

V3 Szene 1 (03:07-05:31) *Zuerst verunsichert*

Darstellung
"Natürlich, Sie waren schon mal da!", antwortet er versonnen und blickt mich an. Ich beginne das Anfangslied *Horch, was kommt von draußen ´rein?.* Herr Bayer blickt mich mit großen Augen an, und legt ab und zu die Hand auf den Mund. Als dann dazu noch schwer atmet, mache ich nach der zweiten Strophe eine Pause. Es scheint aber alles in Ordnung und ich singe die dritte Strophe, die mit dem Schmerz im Kämmerlein. Herr Bayer blickt mich an und formt fast unmerklich Textteile mit den Lippen. Ich beende mein Spiel und warte. Nach einer Pause erzählt Herr Bayer von seiner Zeit im Jugenclub in Nordhessen, genau diese Lieder seien dort auch gesungen worden.

Interpretation
Obwohl mein Kommen nicht auf dem Terminzettel vermerkt war, ist Herr Bayer nicht verunsichert, denn er erinnert sich an mich. Die Musik berührt ihn, und er atmet so schwer, dass ich nach der zweiten Strophe aufhöre zu spielen. Offensichtlich braucht der Patient eine Pause zum Verarbeiten des Erlebnisses beim Hören. In der dritten Strophe ist Herr Bayer noch dichter in der Musik und zeigt, dass er Textteile mitvollzieht. Ich mache wieder eine Pause und spüre, dass er mir etwas mitteilen möchte. Von sich aus erzählt er seine durch die Musik hervorgerufene Erinnerung an genau diese Volkslieder. Er möchte mir dieses Erleben und die Erinnerung mitteilen und durch mich bestätigen lassen.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

V3 Szene 2 (14:02-14:50) *Für sich und doch nicht allein*

Darstellung
„Ich hab´ noch ein Musikinstrument mitgebracht", sage ich, und Herr Bayer folgt mir mit seinem Blick, als ich aufstehe und die *Ocean Drum* hole. Er schaut etwas irritiert und auch interessiert auf das Instrument und fragt: „Was kommt da jetzt?“ Dann richtet er sich im Sessel auf und beugt sich über das Instrument, das ich dichter an ihn heranhalte. Ich frage ebenfalls: „Was macht man damit?“ Herr Bayer legt erst die Finger auf die *Ocean Drum*, dann nimmt er sie in die Hand, erst mit einer, dann noch mit der zweiten Hand. Langsam kippt er die *Ocean Drum*,

und es entsteht ein Rauschen. Herr Bayer schaut nun hoch zu mir und fragt, ob das ein Musikinstrument sei, was ich bejahe. Nun lasse ich los, mache ein langes „Sch…“, und Herr Bayer spielt die *Ocean Drum* nun allein. Er lässt eine rauschende Welle nach der anderen entstehen und schaut gebannt den Bewegungen der Kugeln zu. Dann blickt er zu mir, reicht mir die *Ocean Drum* zurück und sagt lachend: „Spielzeug für alte Männer, ha, ha, ha!“ Wir lachen beide noch ein bisschen weiter.

Interpretation
Der Patient scheint das Musikinstrument nicht wiederzuerkennen und so fragt er mich, was das sei. Ich möchte aber nichts an Wahrnehmungen einschränken und beantworte die Frage nicht, sondern unterstreiche seine Neugier mit meiner Frage, was man mit *damit* machen könnte. Nach einer ersten Exploration des Klangs hat Herr Bayer eine Assoziation und fragt nun präziser, ob es ein Musikinstrument sei, was ich bejahe. Nun nimmt er die *Ocean Drum* bewusst in die Hände und spielt seine rauschenden Wellen gezielt. Ich sage oder singe gar nicht, sondern habe mich ganz zurückgenommen, um seine Exploration nicht zu stören. Ich schaue und höre aufmerksam zu, wie er sein Selbst in Gegenwart des Anderen hörbar macht.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 3: Pat. IBQ 3, Ther. TBQ 3.)

Video 4 (18. Stunde)

Einführung
Der Patient erscheint mir heute schlapp. Er liegt mehr als er sitzt in seinem Sessel und hat die Beine hochgelagert. Es ist inzwischen Sommer geworden, und der Patient hat seinen 101. Geburtstag gefeiert.
Ich summe das Lied *Wenn alle Brünnlein fließen*.

V4 Szene 1 (01:08-05:52) *Lied zum Geburtstag?*

Darstellung
Ich singe zur Begrüßung das Lied *Wenn alle Brünnlein fließen* und baue zwischen den Strophen Pausen ein. Herr Bayer hört zu und blickt mich an. In der ersten Pause kommen bei Herrn Bayer wieder die Erinnerungen an seine Jugendzeit hoch, wo er dieses Lied oft gesungen habe. Wir sprechen über diese Zeit.
Während der zweiten Strophe schließt er immer wieder die Augen und atmet schwer. Ich mache eine kurze Pause.
In der dritten Strophe sehe ich Tränen in Herrn Bayers Augen, und er wischt sich mit dem Taschentuch über die Augen. Unmittelbar nach der Strophe erinnert er sich: „Ich hab´ doch in Königsberg studiert.“
Ich stoppe, warte, dass etwas an die Oberfläche kommt. Er zeigt auf das Geburtstagsplakat auf dem Schrank, das er im letzten Jahr zum 100. Geburtstag

bekommen hat. Aus der 100 hat jemand 101 gemacht. Unfassbar für ihn.
In der vierten Strophe kommt ein kurzes, tonloses Schluchzen. Danach warte ich wieder. Herr Bayer fragt: "Habe ich heute Geburtstag?"

Interpretation

Das Lied wird strophenweise vorgetragen, nach jeder Strophe gebe ich Raum, dass der Patient das Erlebte verarbeiten und ggf. Einfälle äußern kann. Die Äußerung nach der ersten Strophe ist ein Erinnern an die Jugend. Mit dem schweren Atmen nach der zweiten Strophe und den feuchten Augen in der dritten zeigt sich sein emotionales Berührtsein körperlich. Dann sein Einfall mit seinem Studienort, die Zeit dort ist positiv besetzt. Am Schluss kehrt er wieder aus seinen Erinnerungen in diesen Raum zurück und sieht das Plakat zu seinem 101. Geburtstag. Die Erkenntnis über sein hohes Alter bringt ihn zum Schluchzen, und er möchte sich vergewissern, ob womöglich heute der Geburtstag ist. Der Patient ist die ganze Zeit interattentional mit mir verbunden, er ist hörend in der Musik und lässt es zu, dass Erinnerungen auftauchen. Diese möchte er mir interintentional in der Gemeinsamkeit mitteilen und sucht dabei meinen Blick.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

V4 Szene 2 (23:16-23:59) *Der Vater auf dem Hochzeitsfoto*

Darstellung

Wir sprechen über die Hochzeit des Patienten. Mir fällt das Hochzeitsfoto im Regal ein, ich stehe auf und hole es. Wir halten es beide fest und schauen es an. Er ist berührt und beginnt zu weinen. Ich lasse das Foto los, und Herr Bayer zieht es näher zu sich heran. Da entdeckt er seinen Vater und sagt schluchzend zu mir: „Da ist mein Vater drauf!“. „Tatsächlich?“, frage ich zurück. Er nickt, weint und lacht gleichzeitig. Wir betrachten das Foto noch eine Weile, bis er sich mit dem Taschentuch über die Nase wischt und wieder beruhigt.

Interpretation
In dieser Szene ohne Musik sind wir in Interattentionalität verbunden. Der Patient zeigt den Wunsch, mich in seine Neugier auf das Foto und seine empfundene erstmalige Entdeckung der Person des Vaters in sein eigenes Erleben miteinbeziehen. Meine Anteilnahme an seinem Erleben festigt unsere Beziehung.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

V4 Szene 3 (33:16-35:25) *Das Rollo*

Darstellung

Das heutige Abschlusslied ist *Wahre Freundschaft.* Ich singe zur Gitarre drei Strophen. Herr Bayer setzt sich gerade auf und nimmt die vorher hochgelagerten Beine herunter. Die Arme hat er verschränkt. Sein Blick geht zu mir oder nach oben, und manchmal schließt er die Augen. Nach der zweiten Strophe beginnt er zu schluchzen. Ich mache eine Pause und beginne dann die dritte Strophe. Herr Bayer wischt über die Nase und erscheint wieder ruhiger. Die letzte Strophe singe ich leiser und verlängere sie noch etwas mit Summen. Unsere ruhige Schluss-stimmung wird unterbrochen, als plötzlich das automatische Rollo herunterfährt und uns das Geräusch überrascht. Herr Bayer zeigt zum Fenster, und ich rufe spontan: „Wie von Zauberhand!“, und Herr Bayer lächelt.

Interpretation
Unsere Beziehung ist so gefestigt, dass ich mich nicht mehr um den Patienten sorge, wenn er bei der Musik weint. Meine Pausen zwischen den Strophen und nach dem Verklingen des Lieds braucht Herr Bayer für die Verarbeitung des Erlebten. Er hört konzentriert zu und sucht mit seinem Blick meine Bestätigung des Erlebten. Nach seinem Aufgewühlt-Sein mit Schluchzen beruhigt er sich, und wir gelangen in eine ruhige, beinahe schläfrige Atmosphäre. Die wird unter-brochen durch das herabfahrende Rollo. Die Stimmung ist vorbei, aber Herr Bayers Lächeln zu mir zeigt, dass unsere Beziehung erhalten bleibt.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

Video 5 (23.Stunde)

Einführung
Herr Bayer weiß heute nicht, wer ich bin, warum ich da bin und schaut auf dem Tageszettel nach, ob seine Tochter eine entsprechende Nachricht aufgeschrieben hat. "Warum kommen Sie?"
„Ich bringe Ihnen Musik. Ja, damit Sie sich freuen. Freuen Sie sich vielleicht?"
Er antwortet: "Ja."
Es erklingt zweimal die erste Strophe von *Bunt sind schon die Wälder*. Herr Bayer lehnt sich im Sessel zurück, er entspannt sich und hört zu.

V5 Szene 1 (03:45-05:43) *Jetzt bin ich n´alter Mann!*

Darstellung
Der Patient atmet schwer und öffnet den oberen Hemdkragen. Er streicht sich kurz über den Mund, schaut dann auf seine Armbanduhr und will offensichtlich etwas sagen. Ich warte, zupfe ein paar leise Akkorde und schaue ihn an. Da streicht er sich über den Kopf und Nacken, zupft am Hemdkragen und murmelt: "Sie machen Musik mit mir..." Ich unterstütze ihn beim Weitersprechen durch mein: "Mmh", und er sagt: "Mal ´n Lied, was ich kann". Interessiert frage ich: "Ja?", und er sagt: "Auf, du junger Wandersmann". "Okay", antworte ich, "Das

können Sie". "Ja", meint er, und ich beginne dieses Lied zu singen. Herr Bayer hört mit verschränkten Händen zu und bewegt am Anfang die Lippen wie zum Mitsingen. Er blickt zu mir oder schließt die Augen.
Nach der ersten Strophe frage ich, wie es weitergeht und singe dann eine weitere Strophe. "Das habe ich auch gesungen, wie ich noch jung war!", ruft er und lacht.
"Aha, und da haben Sie sich das jetzt gewünscht, das Wanderlied."
"Jetzt bin ich n´alter Mann!" Ich entgegne lächelnd: "Ja, das stimmt." Er lacht wieder. "Und da gehen Sie nicht mehr so groß wandern wie im Wanderlied!" Wir lachen beide. "Ja. Aber Sie können sich das Lied noch wünschen.", sage ich.
"Ja."
"Aha. Wollen wir es mal zusammen singen?"
Und dann singen wir gemeinsam die erste Strophe, und Herr Bayer singt gut hörbar und überwiegend sicher mit mir.

Interpretation
Der Patient scheint mich nicht zu kennen, das beunruhigt zuerst, dann lässt er sich aber gern darauf ein, meinem Herbstlied zuzuhören. Danach äußert er zum ersten Mal in der Therapie einen Liedwunsch, vorher hatte er zwar angestrengt nachgedacht, ihm war aber nie ein Lied eingefallen. Ich freue mich über sein Stückchen Selbstbestimmung. Obwohl er zu Beginn der Stunde nicht wusste, was ich von ihm wollte, kam möglicherweise die Erinnerung an das gemeinsame Singen zurück, jedenfalls scheinen wir vertraut im Umgang miteinander, fühlen uns wohl, lächeln und lachen. Unsere Beziehungsqualität ist von Intersubjektivität geprägt. Meiner Anregung, sein Wunschlied nun zusammen zu singen, folgt Herr Bayer gern. Wir halten Blickkontakt, so kann er sein eigenes Erleben in der stimmlichen Äußerung bestätigt finden.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. VBQ 4, Ther. TBQ 4.)

V5 Szene 2 (10:25-11:42) *Königsberg ist russisch*

Einführung
Unser Gespräch dreht sich um den Krieg, Herr Bayer erinnert sich nicht mehr an seine Zeit als Soldat. Dann erinnert er sich wieder an die Stadt Königsberg, und ich sage ihm, dass er dort Student gewesen ist. Mit der Eisenbahn ist er dorthin gefahren. Herr Bayer weiß, dass Königsberg früher deutsch war und jetzt russisch ist.

Darstellung
"Ich hab doch in Königsberg noch studiert!"
"Ja! An der Ostsee."
Ich beginne das Lied *Winde weh´n* zur *Ocean Drum* zu singen.
Herr Bayer hört zufrieden zu, blickt mich an, sein Lidschlag ist langsam. Dann gähnt er ausgiebig, wendet sich mir wieder zu und reibt sich das Auge.
Ich singe zweimal die erste Strophe. Herr Bayer tippt sich überraschend gegen die

Stirn und flüstert: "Königsberg! Königsberg ist russisch."

Interpretation

Das Lied *Winde weh´n* schafft einen Übergang vom Gespräch über Königsberg an der Ostsee zur Musik. Die erste Strophe wiederhole ich und verzichte auf die anderen beiden, da ich Herrn Bayer nicht überfordern will. Es geht mir mehr darum, mit ihm im Hören des Klangs des Lieds zu bleiben als um die Vollständigkeit der Strophen, zumal er nicht mitsingt. Überraschend kommt die Assoziation, dass Königsberg jetzt russisch ist (früher deutsch). Es zeigt, dass die Musik Erinnerungen wachgerufen hat, die Herr Bayer mir mitteilen möchte. Wir bleiben in gemeinsamer Ausrichtung auf ein Thema.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

Ergebnisse für Frau Strauch aus den Videos

Video 1 (1. Stunde)

V1 Szene 1 (00:57-02:13) *Mailied*

Einführung
Die Patientin und ich sitzen am Klavier, Frau Strauch seitlich, ich direkt davor. Sie hat sich fein gemacht, trägt ein schickes Oberteil und Schmuck. Wir sprechen über ihre Familie, der Vater hatte ihr früher ein Klavier gekauft. Es gab immer große und lustige Familienfeiern, erzählt sie: „Bei uns war immer ´was los."

Darstellung
„Na, dann machen wir jetzt auch ´mal ´was", leite ich über zur Musik und beginne das Lied *Der Mai ist gekommen* auf dem Klavier zu spielen. Nach zwei Takten der Melodie hat Frau Strauch das Lied erkannt und führt die Melodie auf „Da-di-da…" singend fort. Ich nicke ihr anerkennend zu und beginne noch einmal mit dem Lied, und wir singen jetzt zusammen. Ich bewege meinen Oberkörper beim Klavierspiel, und auch Frau Strauch wiegt sich beim Singen leicht hin und her. Dann verlässt sie der Text, und sie greift sich wegen der Melodiehöhe an einer Stelle kurz an den Hals. Als ich die zweite Strophe beginne, merkt sie, dass sie den Text nicht mehr kann, blickt nach unten und hebt entschuldigend die Schultern. Sie hört weiter zu und schaut mich weiter an. Einzelne Textbrocken singt sie leise wieder mit.

Interpretation
Für unsere erste Musiktherapiestunde wähle ich mit *Der Mai ist gekommen* ein jahreszeitlich passendes Lied. Mein Stopp mit Blick zur Patientin nach den ersten beiden Takten nur mit dem Klavier war eine Intervention, erst einmal ganz allgemeine Reaktionen wie Zustimmung, Ablehnung oder auch Erkennen wahrzunehmen. Die Patientin vervollständigt allerdings gleich meine Tonfolge und bietet mir damit einen Kontakt im Modus 5a (Lückelied) an. Ich führe das Wechselspiel nicht weiter und möchte in diesen ersten Minuten erst einmal bei einer gemeinsamen Ausrichtung auf eine Tätigkeit im Modus 4 bleiben, um eine intersubjektive Beziehungsbasis aufzubauen. Deshalb bestätige ich ihr zwar diese dialogische Reaktion mit anerkennendem Nicken, beginne dann aber das Lied wieder vorn, nun mit Singen. Das scheint ihr recht zu sein, Frau Strauch singt gut hörbar und mit schöner Stimme mit mir. Die Tonhöhe scheint ihr nicht immer erreichbar, und sie macht eine entschuldigende Geste. Auch scheinen ihr ihre Textlücken in der zweiten Strophe peinlich zu sein.

Insgesamt ist der musikalische Einstieg mit der Patientin gelungen: Sie lässt mich an *ihrem* Instrument Platz nehmen und kommt sofort und gern mit mir in das gemeinsame Singen mit gerichteten, intersubjektiven Blicken.

(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4 mit Peak zu 5a: Pat. VBQ 4 mit Peak zu 5a, Ther. TBQ 4.)

V1 Szene 2 (08:02-09:04) *Es kommt wieder*

Darstellung
Ich spiele und singe jetzt am Klavier das Lied *Horch, was kommt von draußen ´rein.* Frau Strauch sitzt entspannt im rechten Winkel zu mir und hört mir lächelnd zu; sie bemüht sich mitzusingen. Sie schaut immer zu mir, ich blicke sooft es das Klavierspiel erlaubt ebenfalls zu ihr und singe sie mit immer wieder vorgebeugtem Oberkörper direkt an. Bei der Textstelle *„Lass sie reden, schweige still“* hebt sie einen Arm und murmelt erfreut: „Das kommt wieder.“

Interpretation
Wir sind in Interattentionalität auf das gemeinsame Thema des Liedersingens miteinander verbunden. Frau Strauch genießt die Tätigkeit mit mir und scheint einen Fortschritt bei dem Erinnern der Strophentexte zu bemerken. Sie hebt den Arm aufmerkend und äußert sich verbal zu ihrem Erfolg. Ich bestätige ihr Erleben mit meinen Blicken.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. VBQ 4, Ther. TBQ 4.)

V1 Szene 3 (12:16-13:02) *Das sind meine Lieblingslieder*

Einführung
Es kommt zu einer Störung durch einen Anruf, gerade, als wir beschlossen haben, von ihren Noten *Im Prater blüh´n wieder die Bäume* zu spielen. Mein Angebot, dass jeder nur eine Hand spielt, nimmt sie nicht an. Sie probiert, verschiedene Stücke aus ihrem Notenheft anzuspielen. Es herrscht eine heitere Stimmung zwischen uns.

Darstellung
„Das ist das ganz verrückte, das *Wien bleibt Wien*“, meint Frau Strauch, als sie beim Durchblättern der Noten an diesem Walzer hängenbleibt. Ich singe sogleich das markante Intro dieses Stücks, und die Patientein fällt mit ein. Ich singe weiter, und sie versucht, diese Stelle mit der rechten Hand zu spielen. Es gelingt ihr in Melodie und Rhythmus nur wage, aber ich rufe "Ja, genau!", was sie motiviert, nun mit der linken Hand dazu weiterzuspielen. "Das spielen die im Neujahrs-konzert in Wien immer, nä?" bemerke ich, und Frau Strauch bejaht das. Sie spielt eine kleine Passage schneller, und ich unterstütze singend das Aufzeigen des Melodieverlaufs. Nun bricht sie ab und hebt abwehrend die Hände: "Wenn ich

alleine bin, kann ich spielen, aber wenn da jemand .... ist da nix drin."

Interpretation
Die Patientin sitzt nun selbst an ihrem Klavier. Wie singen ein aufgeblättertes Stück an. Frau Strauch liebt diesen Walzer und möchte ihn mir vorspielen, doch es gelingt ihr nicht so richtig. Ich kann sie zunächst zum Weiterprobieren ermuntern, aber dann ist sie wohl doch zu aufgeregt und bricht ab. Meinen Vorschlag der Arbeitsteilung (jeder spielt eine Hand) nimmt sie nicht an. Wir sind interattentional und interintentional miteinander in Beziehung. Das Spielen des Walzers ist unser gemeinsames Thema, unsere Affektlage ruhig und konzentriert.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. IBQ 4, Ther. TBQ 4.)

Video 2 (5.Stunde)

Das Video ist aufgrund einer technischen Störung zweiteilig. Der 1. Teil läuft bis zu 11:14 und bricht dann ab. Der 2. Teil beginnt mit der Zählung der Zeit wieder bei 00:00 und bricht bei 14:56 (Ende Szene 3) ab.

Einführung
Die Patientin sitzt neben dem Klavier, ich bin noch mit dem Liederbuch beschäftigt. Wir sprechen über einen Behindertenausweis und den vorhandenen Hausnotruf. Mir fällt dazu das Lied *Du, du liegst am Herzen* ein. Ich sage zu Frau Strauch: "So, jetzt hab´ich mal ein schönes Lied ausgesucht!", und sie stimmt mir zu und blickt mich erwartungsvoll an, während ich mich ans Klavier setze.

V2, 1. Teil Szene 1 (01:15-02:27) *Du, du liegst mir am Herzen*

Darstellung
Frau Strauch sitzt entspannt mit übergeschlagenen Beinen und aufeinander gelegten Händen im Schoß über Eck neben mir. Leicht lächelnd hört sie mir zu und nickt gleich, als sie das Lied erkennt. Ihr Blick pendelt zwischen mir und dem Klavier. Sie singt nun mit. Als der Melodieverlauf im Refrain nach oben geht, fasst sie sich kurz an den Hals. "Frühmorgens! So hoch (singen)!", rufe ich ihr zu, und wir lachen beide.
Die nächste Strophe singe ich auf "La-la". Frau Strauch singt nun nur ab und zu und fast unmerklich mit, hört aber genau zu. Am Ende sagt sie: "Ja, ja, das ist sehr hübsch, ja, ja, ich kenn´ das Lied".

Interpretation
Das Anfangslied wird als musikalische Überleitung vom Gesprächsthema Bedürftigkeit zur Musik. Die Patientin kennt es und singt gern mit. Die hohe Me-

lodiestelle im Refrain veranlasst die Patientin, sich kurz an den Hals zu greifen, das führt aber zu keinem Beziehungsabbruch, da ich Verständnis für sie äußere und die Situation ins Humorvolle ziehe. Ob sie mit mir singt oder nur zuhört, wir bleiben immer in gemeinsamer Ausrichtung auf die Musik als unser Thema. Unsere Beziehung zeigt sich interattentional und interintentional etabliert. Mit Blicken wird das Erleben der Patientin rückversichert.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. VBQ 4, Ther. TBQ 4.)

V2, 1. Teil, Szene 2 (04:20-04:53) *Gute Stimmung*

Einführung
Wir sitzen heute am Esstisch. Frau Strauch erzählt mir von ihrem Gesundheitszustand, der regelmäßig überwacht wird. Sie ist stolz, dass sie ihre Tabletten immer selbständig einnimmt.
Ich greife zur Gitarre und lasse einleitende Akkorde klingen, während Frau Strauch nun von ihrer langjährigen Freundin erzählt, die heute 85 Jahre alt würde. Ich bewundere, dass diese Freundschaft so lange hält und spiele weiter. Frau Strauchs Erzählung schwenkt nun über zu einer anderen Freundin, und ich höre auf zu spielen. Sie springt zum nächsten Thema, ihrem dicken Ordner mit Telefonrechnungen, ich spiele nun wieder ein paar Töne. Dann ist Frau Strauch bereit für Musik und ruft selbst: „Na, nun aber!“

Darstellung
In Anlehnung an die lange Freundschaft mit der Freundin spiele und singe ich das Lied *Wahre Freundschaft*. „Ja, ja, das ist schön“, sagt Frau Strauch klopft metrisch auf den Tisch und singt ab und zu mit mir. Sie sagt: “Ja, ja, die Strophen, die vergisst man. Wissen Sie, wenn solange verheiratet war und vier Kinder hatte, dann vergisst man das einfach“, und lächelt zu mir.

Interpretation
Frau Strauch braucht mich zunächst als teilnehmende Zuhörerin für ihre Gedanken, die sie sprunghaft äußert: Krankheit, Freundinnen, Telefonrechnung. Sie wirkt aber dabei nicht zerfahren, sondern selbstkohärent und ruhig. Mein Zuhören genügt ihr dann irgendwann, und sie ist zur Musik bereit. Das Lied *Wahre Freundschaft* gefällt ihr und veranlasst sie, das durch Ehezeit und viermalige Mutterschaft verursachte Vergessen der Liedtexte zu erwähnen. Die Erzählungen und das Hören der Musik lassen uns auf eine gemeinsame Ausrichtung fokussieren. Unsere Beziehungsqualität ist von Intersubjektivität und Interattentionalität geprägt.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. VBQ 4, Ther. TBQ 4.)

V2, 2. Teil, Szene 3 (13:41-14:56) *Geteilt geht´s leichter*

Darstellung
Die Patientin sitzt am Klavier und probiert verschiedene Wiener Walzer zu spielen. Ich sitze links neben ihr und verfolge ihr Spiel. Mit beiden Händen bekommt Frau Strauch den Walzer am Klavier nicht hin. Mit nur der rechten Hand geht es besser. Ich lobe sie und greife nach einer Weile begleitend in ihr Spiel ein, indem ich mit meiner rechten Hand die Akkorde der eigentlich linken Hand dazu spiele. Ich tupfe sie dezent, so sind sie eine Unterstützung und Motivation für die Patientin. Bei Stockungen warte ich auf sie und helfe mit Singen und Zeigen, und wir gelangen zusammen durch das ganze Stück.

Interpretation
Angeboten hatte ich es der Patientin schon mehrfach in den vergangenen Wochen, die Töne der linken Hand in Arbeitsteilung zu übernehmen, sodass sie sich ausschließlich um die Melodiehand kümmern müsste, aber sie war bislang nicht auf diesen Vorschlag eingegangen. Heute greife ich ohne Erklärung einfach ins Spiel ein, da mir der Zeitpunkt richtig erscheint. Frau Schwan nimmt meine Hilfe zum ersten Mal an, akzeptiert auch meine Hilfe beim Warten, Mitsingen eines Melodiemotivs und Zeigen des nächsten Tons. Hilfe anzunehmen ist ein wichtiges Thema für die Patientin, die sich selbst im Alltag überfordert, aber noch immer alles allen entscheiden und ausführen will. Ich freue mich über den ersten Erfolg und frage mich, ob auch einmal ein Transfer in ihren Alltag gelingen wird. Wir spielen konzentriert zusammen und fokussieren uns auf den Walzer, den wir, in Interattentionalität und Interintentionalität miteinander verbunden, gemeinsam meistern.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. IBQ 4, Ther. TBQ 4.)

Video 3 (11.Stunde)

Auch dieses Video ist aufgrund einer technischen Störung zweiteilig. Der 1. Teil läuft bis zu 15:14 und bricht dann ab. Der 2. Teil beginnt mit der Zählung der Zeit wieder bei 00:00 und bricht bei 03:30 ab.

V3 Szene 1 (03:35-04:13) *Na also, geht doch!*

Darstellung
Frau Strauch will mir wieder einen ihrer Lieblingswalzer von *Johann Strauß* am Klavier vorspielen. Es klappt aber nicht so, wie sie sich das vorgestellt hat, und sie ist verärgert. Zu Beginn der Therapie hatte sie meine vorsichtig vorgetragenen Hilfsangebote stets entschieden abgelehnt und ihr Klavierspiel abgebrochen.

Heute nimmt sie zum zweiten Mal meine Hilfe an und wir teilen uns den Klavierpart: Sie spielt nur die rechte Hand, ich übernehme die linke. Frau Strauch fordert jetzt mehrere Wiederholungen ein, und schließlich gelingt uns der Walzer mit dieser Arbeitsteilung fehlerfrei und mit dynamischem Ausdruck. Nach dem

gemeinsam schwungvoll gesetzten Schlussakkord ruft sie mir voller Stolz zu: "Na, bitte! Geht doch!"

Interpretation
Unser Zusammenspiel am Klavier gewinnt an Ausdruck, und Frau Strauch möchte es immer wieder mit mir wiederholen. Wir haben Freude am gemeinsamen Tun, trotzdem ist dies noch keine Beziehungsqualität der Interaffektivität zwischen gleichberechtigten Spielpartnerinnen. Wir sind aber intensiv auf das Zusammenspiel und das Stück fokussiert und zeigen uns interattentional und interintentional.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. IBQ 4, Ther. TBQ 4.)

V3 Szene 2 (07:10-09:02) *Noten auf der Flucht gerettet*

Darstellung
Wir spielen zusammen am Klavier einen Wiener Walzer, sie die rechte, ich die linke Hand. „Ich bin froh, die alten Hefte auf der Flucht gerettet zu haben“, sagt sie und betont: „Im Rucksack mitgeschleppt“. Ich frage sie, ob ich den Stapel auf dem Boden rechts vom Klavier einmal durchsehen darf. „Na ja, dann gucken´Se ´mal“, antwortet sie, und ich stehe auf und hole einen kleinen Stapel Noten zurück auf meinen Platz am Klavier. Ich schaue mir die Notenhefte an. „*Operetten für Akkordeon* und *Am Rhein beim Wein*“*,* lese ich betont vor. Frau Strauch nimmt ein Heft in die Hand, blättert und meint, es seien wunderschöne Stücke, die heutigen kämen da nicht mit, es seien eben „Stücke mit Herz“. Sie liest selbst noch einige weitere Titel vor und bleibt bei *Schütt die Sorgen in ein Gläschen Wein* hängen: „Das ist schön.“ „Das ist schön?“, frage ich zurück, und beinahe gleichzeitig fragen wir einander: „Wollen wir ´mal gucken?“ Ich halte ihr die Noten hin. Frau Strauch fragt, ob sie zur Seite rücken soll, aber ich schlage ihr vor, dass wir gemeinsam spielen können, zusammen bekämen wir das hin. Ich kenne das Stück nicht und lese erst einmal den Text laut vor, Frau Strauch nickt.

Interpretation
Durch das gemeinsame Spiel am Klavier haben wir bereits eine Gemeinsamkeit erzeugt. Der Patientin fällt ein, wie sie die Klaviernoten auf der Flucht unter Mühen gerettet hat und ist froh darüber. Ich darf mir noch andere der alten, mitgebrachten Exemplare ansehen. Wir sitzen nebeneinander, sehen die Hefte durch und ich spüre eine vertrauensvolle Gemeinsamkeit. Frau Strauch bezieht mich in ihr Erleben, ihre Erinnerungen mit ein. Es herrscht eine angenehme und entspannte Atmosphäre, in der wir interattentional und interintentional miteinander in Beziehung sind.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

V3, 2. Teil Szene 3 (00:00-01:53) *Schlafe, mein Prinzchen*

Darstellung
Wir sitzen wieder am Klavier und spielen in Arbeitsteilung *Schlafe, mein Prinzchen, schlaf ein.* Es klappt recht gut gemeinsam, Frau Strauch schafft auch die kleinen Zwischenläufe. Als sie dann doch aussteigt, bemerke ich verständnisvoll: „Ja, die Doppelgriffe“ und spiele weiter. Ich übernehme die Melodie einfach eine Oktave tiefer und gestalte das Stück in seinem Charakter bis zum Schluss. Frau Strauch sagt: „Mein Klavier, das war das Schlimmste, was ich im Krieg zurücklassen musste.“

Interpretation
Das gemeinsame Musizieren am Klavier gelingt uns recht gut. Wir treffen den Charakter des Schlaflieds und gestalten die Musik im ruhigen Fluss trotz kleiner Fehler. Die Interattentionalität ist zunächst größer als das Bewusstsein für falsche Töne. Als die Patientin dann doch aufgibt, spiele ich bewusst weiter und übernehme die Melodie, weil ich stellvertretend für sie unsere kleine ´Hausmusik´ innerhalb der musikalischen Form abrunden will. Frau Strauch bleibt hörend dabei und zeigt ihr Vertrauen zu mir, als sie anschließend verbal ihre Liebe zum Klavier und den Schmerz des Verlustes ausdrückt.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. IBQ 4, Ther. TBQ 4.)

Video 4 (17.Stunde)

V4 Szene 1 (00:00-03:01) *´Hinjekriecht´*

Darstellung
Frau Strauch sitzt mit mir am Klavier und blättert im Notenbuch. Wir suchen ein bestimmtes Stück, dabei fallen abwechselnd einige Bemerkungen: Sie: „Also, ich weiß nicht, das hab´ ich noch nie gespielt“. Ich erwidere: „Ich auch nicht.“
Sie: „Haben wir das schon einmal gemacht?“. Ich: „Nee, ich glaube nicht. Können wir aber machen. Sind Doppelgriffe dabei.“
Sie: „Ja, und Doppel-B. Was nehmen wir denn? Das ist sehr schön, wollen wir das…?“ „Das war´s, das war´s!“, rufe ich erfreut, als sie das gesuchte Stück aufschlägt, und dann starten wir mit dem Walzer, den wir uns wieder aufteilen.
Ich warte, wenn die Patientin stockt: „Ich warte. Macht nix. Jetzt sind wir wieder zusammen.“
Wir spielen einen akzentuierten Schlussakkord, und Frau Strauch sagt: „Naja, hamm´ wir´s hinjekriecht."

Interpretation
Diese Szene ist ein erneutes Beispiel für eine Beziehungsqualität in Interattentionalität und Interintentionalität. Unsere Tätigkeit des Suchens eines bestimmten Stücks sowie unsere Kommentare zeigen unsere gemeinsame Ausrichtung auf ein Thema. Unsere Beziehung ist etabliert.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. IBQ 4, Ther. TBQ 4.)

V4 Szene 2 (04:16-05:43) *Etwas Neues wagen*

Darstellung
Die Patientin ist motiviert, sich heute erstmalig an den Mittelteil des Klavierstücks zu wagen. Er beinhaltet das von ihr ungeliebte B-Vorzeichen und gelingt nicht: „Ich bin heut nicht da."
Ich blättere zurück auf den Anfangsteil, und wir spielen den schon oft mit mir zusammen gespielten Refrain, der wieder gelingt und sie lächeln lässt.

Interpretation
Frau Strauch hatte sich bislang dem Mittelteil mit dem Vorzeichen B verweigert. Heute wagt sie sich daran. Er will ihr trotz meiner verbalen und musikalischen Unterstützung nicht gelingen, und die Motivation verlässt sie. Sie hat auch gleich eine Entschuldigung parat („Ich bin heut nicht da").
Es enttäuscht sie, dass sie diesen Walzerteil nicht spielen kann, aber immerhin hat sie heute den Mut aufgebracht, es zu versuchen.
Dass ich zum Schluss noch einmal den gelungenen Teil mit ihr anhänge, soll den Eindruck des Versagens zurückdrängen und ein positives Gemeinschaftsgefühl zurücklassen.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. IBQ 4, Ther. TBQ 4).

Video 5 (23.Stunde)

Einführung
Die Patientin wirkt eingefallen und kraftlos. Sie sitzt in ihrem Sessel, was selten ist, denn meistens finde ich sie bei meinem Kommen am Esstisch, von wo wir dann gemeinsam zum Klavier gehen.

V5 Szene 1 (02:48-03:26) *Belastungen*

Darstellung
„Ich kann nachts nicht schlafen, es geht mir alles im Schädel herum.“ Sie macht sich um ihr Geld Sorgen, die Steuer habe ihr schon einmal 150 € abgezogen. Und wenn sie die Steuer nicht bis zu einem bestimmten Termin machte, würden ihr

300 abgezogen werden (Es kommt zu der Wortverwechslung, und sie sagt 300 cm anstelle von €). Das seien alles „solche Sachen“.
Ich sitze ohne Musikinstrument neben ihr, höre ihr zu, bestätige ihr Gefühl und sage: „Und Ihr Sohn, der hilft Ihnen jetzt dabei.“

Interpretation
Die Patientin finde ich heute verändert vor: Sie denkt überhaupt nicht an ein gemeinsames Musizieren, da sie sich nicht gut fühlt, nicht schlafen kann und Alltagssorgen spürt, die sie überfordern. Sie zeigt eine hohe innere Spannung, und der Umgang mit ihrem depressiven Affekt steht im Vordergrund meines Handelns. Ich höre zu und zeige ihr, dass ich ihre Gefühle verstehe. Ich weiß, dass sich einer der Söhne inzwischen vermehrt um ihre finanziellen Angelegenheiten kümmert und erwähne, dass er das erledigen wird. Ich fühle mich wie bei einem Krankenbesuch und versuche, der Patientin etwas Zuversicht zu vermitteln.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 2: Pat. KEBQ 2, Ther. TBQ 2.)

V5 Szene 2 (06:00-07:17) *Schick sein*

Darstellung
Im weiteren Verlauf der Stunde nennt die Patientin eine weitere Situation, die sie belastet: die Abhängigkeit von anderen, zum Arzt gebracht zu werden „Ach, ich hab´ die Schnauze so voll!“ Sie schaut streng zu mir.
„Sie mit ihren 87, Sie sind immer noch voll da und sehen gut aus“, zitiert sie die Äußerung Anderer. Ich hake ein, erwähne, dass sie auch stets schick sei und lobe Ihren schicken Pullover, den ich noch nicht kenne und der bestimmt neu sei. Sie klärt mich auf, dass er schon 20 Jahre alt wäre und erinnert sich, woher sie ihn hat. „Habe ich Ihnen schon gezeigt, meine Pullis?“ Ich bestätige ihr, dass sie mir schon einmal den ganzen Inhalt ihres Kleiderschranks vorgeführt hat. Wir sprechen über diesen Pullover, wie sie ihn kombiniert, und ich lobe im weiteren Gespräch die gute Qualität ihrer Kleidungsstücke. Die Patientin schaut mich durchgehend ruhig an.

Interpretation
Zuerst spürt die Patientin noch die Belastung, von anderen Menschen abhängig zu sein. Da helfen ihr auch keine versichernden Bemerkungen anderer Menschen, sie sei noch „voll da“. Ich versuche, den Affekt mit einem Kompliment umzulenken. Es gelingt, die Patientin wird ruhiger, fühlt sich geschmeichelt und wechselt vom sich Beklagen in ein Erzählen über ihre Kleidungsstücke. Bei diesem Thema bleiben wir noch eine Weile in Interattentionalität mit rückversichernden Blicken.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 2, dann 4: Pat. KEBQ 2, dann 4, Ther. TBQ 2, dann 4.)

V5 Szene 3 (07:43-08: 13) *Das ist der Rhythmus, der steckt in mir!*

Darstellung
Frau Strauch wünscht sich einen Partner, der sie einmal zum Tanzen begleitet.
„Wenn ich so schicke Musik höre, da stehe ich auf und tanze“, sagt Frau Strauch, und ihre Stimme ist inzwischen viel kraftvoller geworden. „Das ist der Rhythmus, der steckt in mir! Ich wär´ vielleicht nicht so lebendig, wenn ich nicht rhythmisch wär´.
„Jaaa! Das ist doch ´was!“, erwidere ich erfreut.

Interpretation
Das quälende affektive Bedürfnis der letzten beiden Szenen im Modus 2 hat sich in eine gemeinsame, ruhige Unterhaltung gewandelt. Die Patientin äußert nun wieder Lebensfreude, auch wenn sich diese nur durch Wünsche zeigt. Sie wirkt entspannt und schaut mich rückversichernd an. Wir sind in Interattentionalität miteinander verbunden.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

Ergebnisse für Herrn Stetter aus den Videos

Video 1 (1. Stunde)

V1 Szene 1 (02:15-03:38) *Erstes Eintauchen in die Musik*

Einführung
Die Ehefrau (ebenfalls mit Demenz) wird unter ihrem Protest von der Pflegerin aus dem Raum geführt. Es passt ihr gar nicht, dass sie nicht da bleiben und ihren Mann kontrollieren kann. Mir ist es aber wichtig, zu Herrn Stetter ungestört einen Kontakt aufbauen zu können.
Herr Stetter sitzt am Tisch, beobachtet das Geschehen im Raum nur beiläufig und blickt weiter meist vor sich hin.

Ich sage dem Patienten, dass ich von seiner Freude an Musik von *Giacomo Puccini* gehört habe. Herr Stetter hat mich nicht ganz verstanden und ich wiederhole den Satz lauter. Er beugt sich vor, ist sofort interessiert und bestätigt mir meine Annahme. Auch Musik von *Richard Wagner* mag er, bestätigt er mir und schaut mir in die Augen.
Ich freue mich über seine Wachheit und über sein Interesse an einem gemeinsamen Thema und lache kurz auf. Auch meine Frage nach Opernbesuchen bejaht er mir und schaut mich nickend an.
Ich reiche ihm eine CD und sage, dass ich ihm Musik mitgebracht habe. Herr Stetter greift zu und schaut auf das Label. Ich erwähne die kleine Schrift und gehe davon aus, dass er die nicht lesen kann und frage deshalb gleich, ob wir etwas vom *Fliegenden Holländer* hören wollen. Doch Herr Stetter antwortet nicht, denn er hat sich bereits ins Lesen vertieft.

Darstellung
Auch meine Frage, ob ich die Musik anstellen soll, bleibt unbeantwortet oder vielleicht ungehört, Herr Stetter liest und dreht die CD kurz auf die unbeschriftete Rückseite.
Ich stehe auf, bemerke, dass er die Musik ja vielleicht kennt oder vielleicht auch mag und stelle den CD-Player an. Nun blickt Herr Stetter auf und legt die CD auf den Tisch. Ich nehme die CD aus der Hülle: "Sie sagen mir einfach, ob Sie es mögen". Herr Stetter verfolgt kurz mein Hantieren außerhalb des Bildes und nimmt sich dann die geöffnet auf dem Tisch liegende Hülle. Er liest nun interessiert die Innenseite und klappt die Hülle dann zu.
Es erklingt der Chor *"Steuermann, lass die Wacht" (Richard Wagner: Der Fliegende Holländer, Chor aus dem 3. Aufzug).* Nach den ersten Takten legt er die

CD-Hülle hin und blickt zu mir, während ich mich wieder zu ihm setze. Ich frage ihn, ob er die Musik gut hören kann und tippe an mein Ohr, Herr Stetter nickt. Ganz leicht lächelt er, hört zu und nickt zur Musik. "Sie kennen das", sage ich und er nickt und formt mit den Lippen ein tonloses *Ja*.
Wir hören, blicken uns immer wieder lange an und genießen.
Dann atmet Herr Stetter einmal deutlich seufzend aus und senkt seinen Blick. Danach kratzt er sich am Kopf und schaut mich erneut lächelnd an.
Ich spreche an, dass es sich um das Lied der Seeleute handelt, und Herr Stetter scheint das zu wissen, denn er nickt. Wir nicken beide metrisch zur Musik, wobei es zu synchronen Momenten kommt. Dann schwingt er den Kopf im Metrum leicht hin und her und blickt wieder vor sich auf den Tisch.
Er streicht sich durchs Gesicht über den Bart und sagt zu mir: "Den Bart sieht man nicht", die Musik ist gerade so laut, dass ich nachfragen muss. Er wirkt amüsiert und ich bestätige, dass ein bisschen abrasiert sei (denn ich kann eigentlich noch Bart erkennen). Wir lachen beide. Die Musik endet: "Jau! Ist jetzt zuende."

Interpretation
In dieser ersten Szene habe ich Opernmusik für den Patienten mitgebracht. Herr Stetter beantwortet mir meine Frage, ob ich Musik anstellen soll nicht, sondern untersucht die CD-Hülle. Mich interessiert, ob er auf die Arie reagiert und schalte den CD-Player an. Die Musik trifft offenbar sein Interesse, denn er legt die CD-Hülle beiseite und lächelt mich an. Er kennt die Arie, die wir gemeinsam hören und genießen. Herr Stetter richtet immer wieder einen rückversichernden Blick auf mich und lächelt. Synchrone Momente entstehen durch gestische Abstimmung. Am Schluss teilt er mit noch einen persönlichen Gedanken mit, der ihn erheitert und auf den ich verbal eingehe.
Zu Beginn hat sich Herr Stetter für die CD-Hülle interessiert. Ich lasse ihm nicht die Zeit für eine eventuell ausgedehnte Exploration. Will ich so schnell zur Musik kommen, um ihm etwas Konkretes anzubieten? Habe ich Sorge, ihn, wenn er sich länger mit der Hülle beschäftigt, nicht mehr erreichen zu können? Noch habe ich nicht genügend Vertrauen, mich ganz auf seine angebotene Beziehungsqualität einzulassen.
Das Hören der Musik verfolgen wir in solider Interattentionalität.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4).

V1 Szene 2 (05:15-07:12) *Zu dritt geht es nicht*

Einführung
Die Ehefrau ist wieder in den Raum gekommen. Sie setzt sich an ihren Platz außerhalb der Reichweite der Kamera und erzählt irgendetwas Unverständliches. Ich entscheide, sie nicht miteinzubeziehen und wende mich an Herrn Stetter. Ich frage, ob er noch etwas hören möchte und ob es wieder etwas von *Wagner* sein soll. Er bejaht beides.
Ich schlage den Chor aus *Die Meistersinger* vor, und Herr Stetter nimmt sich

wieder die CD-Hülle vom Tisch und liest. Ich schau ihm über die Schulter nach der Nummer des Tracks und stelle die Musik an.

Darstellung
Während der ersten Takte der getragenen, beinahe düster wirkenden Einleitung beendet Herr Stetter das Lesen der CD-Hülle und legt sie auf den Tisch. Ich kontrolliere auf dem Rückweg vom CD-Player noch einmal die Nummer des Tracks auf der Hülle und setze mich wieder. Dass er genau zuhört, merke ich, als er meine Frage nach der ausreichenden Lautstärke beantwortet.
Frau Stetter murmelt ihre Kommentare, schimpft auch dabei, und es ist schwer für mich, die Ehefrau zu ignorieren. Den Kontakt zu Herrn Stetter unterbrechen, um sie erneut hinauszuführen, möchte ich aber auch nicht.
Er lauscht der Musik und blickt meist vor sich auf den Tisch, während mein Blick wechselt: zu ihm, nach unten auf den Boden und zum Fenster.
Dann blickt er zweimal zu mir und nimmt sich erneut die Hülle.
Als der Chor laut mit *"Wach auf!"* einsetzt, schaut er zu mir und unsere Blicke treffen sich.
Die Ehefrau beschwert sich im Hintergrund und ich drehe die Lautstärke ein wenig zurück. "Du kriegst sie nachher,.. kann ich dir gleich sagen!" droht sie, Herr Stetter schaut zu ihr, nickt fast unmerklich und rückt seine Brille.
Ich streiche mir verlegen über den Arm und frage mich, ob er sich auch so gestört fühlt und überhaupt noch einmal ins gemeinsame Hören gelangen kann. Doch Herr Stetter wendet wieder den Blick zu mir, und als ich ihn frage, ob ihm die Musik gefällt, nickt er lange, spricht ein leises Ja. So schauen wir uns lange an und genießen die Musik noch weiter.

Interpretation
Es ist eine schwierige Situation, seit die Ehefrau wieder in den Raum gekommen ist: Es wurde mir bereits in den ersten Minuten mit dem Patienten allein deutlich, dass ihm die Musiktherapie in der Zweierbeziehung guttut. Nun möchte ich aber die Ehefrau nicht hinausschicken und damit die Therapie unterbrechen, und versuche, die Situation zu dritt zu managen. Die Arie aus *Die Meistersinger* gefällt Herrn Stetter, er lauscht und teilt mir sein Erleben mit Blicken mit. Die Ehefrau beschwert sich über die Musik und über die ganze Situation. Sie scheint zu merken, dass ihr Mann sich auf mich und eine gemeinsame Musik fokussiert und droht ihm verbal. Herr Stetter scheint solche Reaktionen zu kennen, denn er schaut zu ihr, nickt und rückt unsicher seine Brille. Aber dann wendet er sich wieder der Musik zu und bleibt in Interattentionalität und Interintentionalität mit mir verbunden.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

V1 Szene 3 (10:40-11:36) *Versöhnlicher Schluss zu dritt*

Darstellung
Die letzten Takte erklingen, und Herr Stetter ist wieder mit dem Lesen der CD-Hülle beschäftigt. Als die Musik endet, legt er die Hülle hin und schaut zu mir, wie ich die Musik abstelle und mich wieder hinsetze. "Jo", sage ich und lache kurz auf, während er nickt und sagt: "Das war´s."
"Das war´s", wiederholt die Ehefrau, und ich wende mich an sie: "Ihnen gefällt das gar nicht, nicht?" Ich sage , dass die Musik ihrem Mann gefällt, und sie meint, dass sie sie auch mag und ringt nach einer näheren Ausführung. "Aber ist zu laut?", frage ich, und als ich keine eindeutige Antwort erhalte, runde ich das Thema ab mit der Bemerkung: "Heute nicht so gerne". Ich wende mich ihm wieder zu und sage zum Schluß nickend: "Gut. Das war´s. Dann pack´ich wieder ein". Er nickt, und sie meint erleichtert. "Ja, ja."

Interpretation
Herrn Stetter scheint das Eingreifen seiner Frau vertraut, er erträgt es. Trotzdem wird sein Beziehungswunsch zu mir deutlich. Zum Schluss gelingt es zumindest, die Ehefrau mit versöhnlichen Worten noch miteinzubeziehen, und weil sich das Ende der Stunde ankündigt, wirkt sie erleichtert und zeigt keine Aggression mehr.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

Video 2 (5.Stunde)

Einführung
Mit der Ehefrau, die ihren Mann nicht allein mit mir lassen will, habe ich inzwischen zusammen mit der Pflegerin eine Lösung gefunden. Sie kümmert sich in der Küche um sie. Als Frau Stetter in den vergangenen Wochen dort aber auch nur eine Weile blieb und wieder ins Wohnzimmer kam, haben wir schließlich einen Wäscheständer vor die Tür gestellt, und es zeigt sich, dass der sich für Frau Stetter als unüberwindliches Hindernis entpuppte und sie schnell von ihrem ursprünglichen Vorhaben abließ und wieder zur Pflegerin zurückkehrte.

Ich habe dem Patienten drei CDs mit Opernmusik mitgebracht, ich biete ihm an etwas auszusuchen, was er hören möchte. Herr Stetter widmet sich den CDs, nimmt jede einzeln mit Bedacht in die Hand und untersucht sie. Als er länger bei der CD mit Arien aus *Tosca* verweilt, frage ich ihn, ob er diese hören möchte. Er gibt sie mir zustimmend in die Hand. Ich erzähle ihm kurz die vorherrschende Szene mit dem Maler, der auf dem Gerüst in der Kirche ein Bild malt. Herr Stetter scheint sich zu erinnern.

V2 Szene 1 (04:36-07:28) *Gemeinsames Lauschen*

Darstellung
"Ist laut genug?", frage ich Herrn Stetter und stelle die Lautstärke aufgrund seines

Achselzuckens noch höher: "Gut?" Ich setze mich wieder über Eck zu ihm an den Tisch, und wir nicken einander zu. "Tosca", sagt Herr Stetter, und ich wiederhole das nickend. "Haben Sie auch schon gesehen?" frage ich, und Herr Stetter antwortet mit "Ja". - "Wo?", will ich nun wissen. Er antwortet: "Hier, in Frankfurt". Ich wundere mich, dass er so orientiert ist und mir so klar antworten kann. Wir nicken wieder einander zu. "Ja", sagt er.
Nun setzt der Gesang der Arie *"Recondita armonia" ("Wie sich die Bilder gleichen")* aus dem 1. Akt der Oper *Tosca* etwas zu laut ein, da stehe ich kurz auf und reduziere rasch die Lautstärke. Dann sitzen wir wieder beieinander und hören zu. Als ich meine Hände auf dem Tisch verschränkt halte, tut er es mir nach einer Weile nach. Ich schaue meist zu ihm oder geradeaus aus dem Fenster, Herr Stetter blickt nach unten oder zu mir. Wenn er zu mir aufblickt, ist mein Blick auch da, um ihm Resonanz zu geben. Beim *Crescendo* zum musikalischen und textlichen Höhepunkt *"iI mio solo pensiero, Tosca, sei tu!" ("mein Gedanke bist nur du, Tosca, nur du!")* bewege ich in einer kurzen, mitgehenden Geste Hände und Oberkörper, Herr Stetter bemerkt es und blickt wieder mit einem ganz leichten Lächeln zu mir.
Die Arie endet, und bei den letzten Takten flüstert er noch einmal: "Tosca". Ich bestätige das Erlebte lächelnd und wiederhole leise: "Tosca".

Interpretation
Die Entscheidung für eine CD nehme ich wieder vorweg, lasse aber den Patienten für eine längere Zeit in Ruhe aussuchen. Die Oper *Tosca* kennt Herr Stetter, wir kommen beim Erklingen des Intros der Arie zu einem kurzen Austausch darüber, dass er die Oper auch schon live erlebt hat. Mir dem Einsetzen des Gesangs ist die Musik wichtiger, wir hören zu, verfolgen die dynamische Entwicklung, und ich skizziere den Höhepunkt mit kleinen Körpergesten, die Herr Stetter mit Lächeln beantwortet. Herr Stetter ist durch die Musik bewegt und wiederholt den Namen der Oper, den ich an ihn verbal zurückgebe.
Die Intersubjektivität zwischen uns zeigt sich an seinen Blicken zu mir, die mich als Person meinen und sein Erleben mit mir teilen und rückversichern wollen. Wir tauchen in das gemeinsame Hören ein und sind in ruhiger Affektlage auf die Musik fokussiert.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

V2 Szene 2 (10:55-14:40) *Emotional berührt*

Einführung
Wir sprechen über die weitere Handlung in der Oper *Tosca,* und ich schlage Herrn Stetter noch ein weiteres Stück zum Abschluss der Stunde vor.

Darstellung
Ich stelle die berühmte Arie *„E lucvan le stelle/Und es blitzten die Sterne“* an. Herr Stetter lauscht aufmerksam und blickt mich oft an. Nach der Arie sitzen wir still

nebeneinander, Herr Stetter hat den Blick gesenkt. Nach einer ganzen Weile blickt er auf und atmet tief aus.

Interpretation
Das gemeinsame Hören der berühmten Arie hat Herrn Stetter berührt und auch erschöpft. Nach dem Verklingen bleibt er lange mit gesenktem Blick sitzen. Ich lasse ihm die Pause zur Verarbeitung seines emotionalen Erlebnisses.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4, dann 1: Pat. KEBQ 4, dann 1, Ther. TBQ 4, dann 1.)

Video 3 (11.Stunde)

In diesem Video gibt es nur eine lange Szene, anschließend ist der Patient erschöpft, und ich beende danach die Stunde.

Einführung
Ich habe heute vier verschiedene CDs mitgebracht und lege sie auf den Tisch vor Herrn Stetter, der erwartungsvoll darauf blickt.

V3 Szene 1 (00:14-14:38) *Entscheidungsprozess*

Darstellung
Heute geht es scheinbar rasch mit dem Aussuchen einer CD, Herr Stetter schaut alle an und tippt dann auf eine. Dann betrachtet er sie aber weiter und meint nach einer Weile: „Die gemischte nicht." Ich wiederhole: „Die gemischte, die nicht, okay.", und füge „Da waren´s nur noch drei" hinzu. Es vergehen wieder Minuten des Untersuchens der CDs, bis Herr Stetter zu mir sagt: „Alle drei, alle drei." Ich frage zurück: „Alle drei sind interessant, sind schön?" „Ja", antwortet er mir. Nach weiteren Minuten sage ich: „Jetzt suchen wir eine aus, nicht?" Immer noch untersucht er die CDs, nimmt sie in die Hand, wendet sie, legt sie wieder hin, nimmt eine andere. Alles geschieht bedächtig und konzentriert. Ich sitze still dabei und verfolge sein Tun.
„Schwierig", meint er. „Ja?", frage ich, und füge nach einer Weile noch: "Tja" hinzu. Er rückt die Brille zurecht, fasst sich an die Nase und blickt wieder auf die CDs. „Kennen Sie die Opern? Alle?", frage ich und zähle auf: *Tosca, La Bohème* und..." „*La Traviata* auch", ergänzt Herr Stetter. „Ich hab´ sie alle gesehen".
„Wollen wir denn irgendetwas hören?", frage ich. Er blickt zu mir und meint „Eine Arie". Er zuckt mit den Schultern und meint: „Man kann alle Arien hören".
Ich: „Ja. Aber so lange bleibe ich ja nicht, dass wir alles durchhören, Sie wollen ja auch noch Mittagessen haben" und lache kurz. Er stimmt mir zu.
Es geht noch Minuten weiter so, bis ich ihn frage: „Soll ich eine aussuchen?" Er bejaht, und ich nehme *La Bohème* und suche aus. Herr Stetter packt die CD selbst aus, hält sie noch in den Händen, packt sie wieder ein, klappt die Hülle zu, dann

wieder auf und wiederholt das Ein- und Auspacken noch mehrmals. Ich sitze still beobachtend dabei. Dann legt er sie hin, lehnt sich zurück und zeigt stumm auf die CD. „Die wird es“, sage ich, und dann kann die Musik beginnen.

Interpretation
Herr Stetter beschäftigt sich sogleich intensiv und lange mit den mitgebrachten CDs. Zuerst scheint es, als sei die Entscheidung für eine von den vier schnell gefallen, aber dann kommt es nicht zu zum Abschluss dieser Handlung, sondern Herr Stetter nimmt das Explorieren wieder auf. Auch als ich gegen Ende mit seiner Zustimmung stellvertretend eine Entscheidung fälle und er die entsprechende CD bereits ausgepackt in der Hand hält, fehlt wieder der Abschluss, und Herr Stetter setzt das Explorieren weiter fort. Ich sitze still teilnehmend dabei und störe ihn nicht. Erst dann, nachdem in diesem Modus des Selbsterlebens eine Absättigung erreicht ist, beendet der Patient das Explorieren von selbst, und wir gehen zum nächsten Modus der Interattentionalität und Interintentionalität über.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 3, dann 4: Pat. KEBQ 3, dann 4, Ther. TBQ 3, dann 4.)

Video 4 (17.Stunde)

Einführung
Heute kommt zu einem Kontakt mit Herrn Stetters früherem Musikinstrument, seiner Geige. Sie hatte auf dem Dachboden gelagert, und die Kinder haben sie auf mein Bitten hin heruntergeholt und bereitgelegt.

V4 Szene 1 (00:01-11:00) *Die Geige*

Darstellung
Die Geige liegt vor dem Patienten auf dem Tisch. Ganz behutsam öffnet Herr Stetter den Kasten und holt sein Instrument vorsichtig heraus, dabei blickt er mich an und lächelt. Dann schüttelt er wortlos den Kopf. „Die haben wir wiedergefunden“, sage ich zu ihm, und Herr Stetter nickt fast unmerklich. Als nächstes greift er langsam nach dem Geigenbogen und spannt ihn. Er setzt schließlich das Instrument an und spielt kurz die Saiten an. Ich vokalisiere kurz dazu, während er nun die leeren Saiten mit langen, zittrigen Bogenstrichen erklingen lässt. Nach etwa zehn Minuten mit Geige und Stimme blickt er wieder zu mir, zuckt mit den Achseln und schüttelt den Kopf. Er legt den Bogen hin, blickt noch einmal lange auf das Instrument und seufzt.

Interpretation
Die Wiederbegegnung mit seinem Musikinstrument hat dem Patienten viel bedeutet. Er konnte sich lange Minuten darauf einlassen, verschiedene Töne auf

den leeren Saiten zu spielen und dabei genau zuzuhören. Meine begleitende Vokalisation blieb im Hintergrund und sollte seine Exploration lediglich unterstützen und ihn weiter motivieren.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 3: Pat. IBQ 3, Ther. TBQ 3.)
V4 Szene 2 (13:58- 17:42) *Abschied*

Einführung
Nach dem Ausprobieren seiner Geige mit dem Bogen hat Herr Stetter sie vom Kinn heruntergenommen, hält sie aber weiter in seinen Händen. Wir sprechen über seinen Geigenunterricht in der Kindheit.

Darstellung
„Was möchten Sie jetzt machen mit der Geige?“ „Geige“, wiederholt er leise.
Ich wiederhole etwas abgewandelt: „Was machen wir jetzt mit der Geige? Möchten Sie noch spielen?“ Herr Stetter schüttelt den Kopf. „Sollen wir sie wieder einpacken?“ Er bejaht, ich hole den Kasten, er legt das Instrument hinein, öffnet das kleine Fach, holt das Kolophonium ein paar Mal heraus und legt es wieder hinein. Er schließt das kleine Fach, steckt den Bogen sorgfältig in die Vorrichtung im Deckel und zeigt mit beiden Händen eine abschließende Geste. Ich nicke und frage, ob alles ordentlich verpackt ist, Herr Stetter nickt mir zu. Dann zeigt er mir, indem er beide Hände kurz zueinander führt, was ich tun soll, und ich schließe den Deckel des Geigenkastens. Er arretiert die beiden Schließen selbst.

Interpretation
Unser Thema ist nun der Abschied von der Geige nach dem klanglichen Ausprobieren und zugleich der Abschied von seinem Musikinstrument der Kindheit. Das langsame und sorgfältige Verpacken ist für Herrn Stetter eine feierliche und bedeutungsvolle Handlung, wie sehr sie ihn emotional berührt, kann ich nicht ausmachen. Aber er lässt mich mit seinen Blicken an der Handlung teilhaben und fordert mich am Ende nonverbal auf, mich daran zu beteiligen (Schließen des Kastendeckels). Ich selbst spüre, dass das ein endgültiger Abschied von seinem Musikinstrument ist, und das macht mich traurig. Dennoch freue ich mich, ihm dieses persönliche Erlebnis des Abschlusses und Abschieds in der vorigen und dieser Szene ermöglicht zu haben.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. IBQ/KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

Video 5 (23.Stunde)

Einführung
Unsere therapeutische Beziehung ist nun soweit etabliert, dass ich ihm heute eine ihm unbekannte Musik anbieten möchte. Ich habe zwei CDs mit Opernmusik dabei und heute dazu eine dritte mit anderer Musik: gesungenen und mit Laute begleiteten Tänzen aus der Renaissance.

V5 Szene 1 (00:40-04:13) *Offen für Neues*

Darstellung
Ich bringe drei CDs mit, eine davon enthält ihm unbekannte Musik. Ich kündige ihm diese CD *mit* „Etwas ganz Anderes mal, etwas Neues!“ an und lege diese CD mit Renaissancemusik zu den anderen. Herr Stetter blicke abwechsend auf alle CDs und wählt ziemlch schnell diese neue aus, indem er dreimal entschieden darauf tippt. Beim Hören der Arie *Augellin* von *Stefano Landi* wiegt er kurz den Kopf hin und her, nicht mitschwingend sondern eher kritisch prüfend. Er hört zu und kratzt sich am Kopf. Nach dem Stück blickt er mich an. Kommentare macht er nicht und wendet sich dann den anderen zwei CDs zu.

Interpretation
Herr Stetter interessiert sich sofort für die neue CD, und es gelingt ihm, sich schnell dafür zu entscheiden sowie diese Entscheidung mir gegenüber nonverbal klar zu äußern. Das Klangergebnis hatihn nicht begeistert, vielleicht sogar enttäuscht. Dennoch zeigt er mit seiner Entscheidung für *diese* CD sein Interesse und seine Fähigkeit, sich Neuem zuzuwenden.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 3, dann 4: Pat. KEBQ 3, dann 4, Ther. TBQ 3, dann 4.)

V5 Szene 2 (04:30-12:45) *Die vertraute Musik*

Darstellung
Herr Stetter exploriert die anderen beiden CDs in gewohnter Weise, durch Anschauen, Öffnen der Hülle, Herausnehmen der CDs, Wiederzurücklegen usw. Ich nehme still am Geschehen teil und kommentiere nur einmal mit einem zustimmenden Brummen. Bei einer CD verweilt Herr Stetter länger, und ich kläre ihn auf, dass das die CD mit Konzertliedern von *Richard Strauss* ist. „Wollen wir davon ´mal ´was hören?“ Herr Stetter. Er legt die CD aber beiseite und wendet sich konzentriert der nächsten zu. „Tosca? Das haben Sie ja schon gesehen, im Opernhaus.“ Herr Stetter blickt nicht auf, aber antwortet mit einer abwinkenden Geste: „Ja, ist aber schon lange her.“
Ich warte noch eine Weile, dann frage ich ihn, ob wir von *Tosca* etwas hören wollen, und jetzt ist Herr Stetter für eine Musik bereit: „Ja.“, meint er und legt die CD auf den Tisch. Wir hören die Arie *„Recondita armonia/Wie sich die Bilder gleichen“* aus dem 1. Akt. Herr Stetter blickt vor sich nach unten auf die Tischplatte hin, die Arme hält er unter dem Tisch. Ab und zu überwältigen ihn die Schauer des Zitterns im Oberkörper. Einen Blick zu mir zeigt er am Ende der Arie.

Interpretation
Nach ausgiebiger Exploration und mit kleiner Unterstützung durch meine anregenden Fragen zum bevorstehenden Musikhören entscheidet sich der Patient für die CD mit Arien aus *Tosca*. Diese Oper kennt und liebt er, und er hat sie früher mehrmals live gesehen. Während der Exploration zeigt sich Herr Stetter in einer aufmerksamen Affektlage auf sein Selbsterleben konzentriert. Auch wenn Herr Stetter sein Erleben mit mir erst mit einem Blick am Ende der Arie teilt, sind wir doch beim gemeinsamen Hören in Interattentionalität und Interintentionalität miteinander verbunden.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 3, dann 4: Pat. KEBQ 3, dann 4, Ther. TBQ 3, dann 4.)

Video 6 (29.Stunde)

Einführung
Ich bin heute statt üblicherweise vormittags am frühen Nachmittag beim Patienten. Herr Stetter wirkt stark gealtert und müde. Er sitzt am Tisch, hustet einmal und lächelt mich sanft an. Er beantwortet meine Eingangsfragen nur durch Nicken oder Schütteln des Kopfs.

V6 Szene 1 (01:01-08:38) *Entspannungsmusik*

Darstellung
„Haben Sie denn überhaupt Lust heute, sich etwas anzuschauen? Und ´was zu hören?“, frage ich ihn und lege drei mitgebrachte CDs vor ihn auf den Tisch. Herr Stetter beugt sich interessiert vor. Er nimmt eine CD in die Hand, öffnet die Hülle und nimmt die CD heraus. Dann legt er sie in die Hülle ohne sie vorher eingerastet zu haben und lehnt sich wieder im Sitzen zurück. Er schaut lange wortlos zu mir. Dann fallen ihm die Augen halb zu. Ich sage nach einer Weile zu ihm: „Sie sind müde“, und Herr Stetter nickt. Ich frage: „Soll ich eine leise Musik machen?“, und Herr Stetter blickt mich an und nickt. Ich lege eine Arie aus der Oper *La Bohème* auf. Herr Stetter fallen immer wieder die Augen zu, in den wachen Momenten blickt er mich an.

Interpretation
Es beginnt mit einer kurzen Explorationsphase. Der Patient interessiert sich für die CDs und beginnt sich mit ihnen zu beschäftigen. Aber schon nach kurzer Zeit scheinen ihn die Kräfte zu verlassen, und er gibt auf. Dass er sich zurücklehnt, ohne die CD wieder in der Hülle festgeklickt zu haben, ist bei seinem ausgeprägten Ordnungssinn außergewöhnlich.
Von diesem Moment an biete ich dem Patienten eine Entspannungsmusik an, und die sonst gern zusammen erlebte Arie von *Puccini* erhält heute die Funktion des Einhüllens und der Unterstützung des Rückzugs des Patienten.

(Dies entspricht im EBQ dem Modus 3, dann 0: Pat. KEBQ 3, dann 0, Ther. TBQ 3, dann 0.)

V6 Szene 2 (16:46-23:17) *Noch mehr*

Einführung
Während eines Konzertlieds von *Richard Strauss* wird Herr Stetter wacher, beugt sich vor und interessiert sich wieder für die CDs. Er öffnet eine Hülle und scheint den Covertext zu lesen.

Darstellung
Ich sage Herrn Stetter, dass es sich bei der eben gehörten Musik um das Lied *Beim Schlafengehen* von *Richard Strauss* gehandelt hat, und er nickt wissend.
Ich äußere, dass er für heute vielleicht genug hat und frage, ob wir hiermit Schlussmachen wollen. Als er nicht eindeutig antwortet, frage ich nun, ob er genug hat oder noch mehr hören möchte. Zu meinem Erstaunen antwortet er leise: „Noch mehr." (Beim Sprechen verliert er Spucke, und ich reiche ihm ein Taschentuch. Als er damit hantiert, es aber nicht sinngemäß verwendet, frage ich kurz um Erlaubnis ihm helfen zu dürfen und bringe das durch Abwischen in Ordnung).
Ich frage, ob es noch etwas von *Strauss* sein soll, aber er reicht mir die CD mit Ausschnitten aus *La Traviata.* Während er zuhört, beginnt sein Tremor im Oberkörper.

Interpretation
Aufgrund seiner Müdigkeit gehe ich mit Herrn Stetter vorsichtiger als sonst um. Ich denke, dass er nun genug Musik gehört hat und vielleicht lieber in Ruhe dösen möchte. Aber er möchte zu meiner Überraschung noch eine weitere Musik hören und sagt das klar. Er wählt auch aus, was gespielt werden soll, und wir hören zum Abschluss der Stunde noch eine gemeinsame Musik. Es findet zwar ungewohnt selten ein Blickkontakt statt, aber es herrschen doch eine klar erkennbare Interattentionalität und Interinterintentionalität in unserer Beziehung vor.
(Dies entspricht im EBQ dem Modus 4: Pat. KEBQ 4, Ther. TBQ 4.)

II. Interviews der sechs Angehörigen

Die Interviews werden in der aufbereiteten Form wiedergegeben. Die Zitate aus dem Hauptteil, die aus den Interviews stammen, sind hier zum besseren Auffinden fett gedruckt.

Patientin P1: Frau Schwan
Interviewpartner: Herr Schwan (Ehemann)

Wenn ich meiner Frau ankündigte, dass Sie, Frau Auch-Johannes, Musiktherapie, heute kommen, dann war sie begeistert und, wie Sie selbst gesehen haben, auch bei der Sache. Am Anfang war es besser als jetzt zum Schluss, sie ist etwas träger im Denken geworden. Einmal war sie am Einschlafen, das ist sehr unterschiedlich. Ich habe festgestellt, dass sie bei Musiktherapie und überhaupt bei Musik sofort alles andere vergisst und sich darauf konzentriert. Wenn ich ihr Radio anmache, z.B. HR 4, dann hört sie diese Lieder, patscht im Sessel sitzend und ist froh und glücklich. Das bewegt mich immer wieder und bringt mich dazu, dass sie es weitermacht, solange sie noch aufnahmefähig ist. Denn wenn sie einmal daran kein Interesse mehr hat, dann hat sie an nichts mehr Interesse. Sie kann ja nicht lesen oder schreiben, das ist schon traurig. Ich gehe mit ihr spazieren, aber das ist bei diesem Wetter schwierig, sie ist unsicher. Und bei Schnee ist das ganz katastrophal, da hat sie Angst. Das war im vorigen Jahr noch anders.

Musiktherapie bringt etwas für die Seele, für die Psyche, aber die Krankheit als solche ist wahrscheinlich nicht aufzuhalten. Aber wenn man Freude daran hat, musikalisch ist und das gerne macht, warum soll man das nicht machen?
Neulich haben wir morgens in der Küche gesungen. Sie hat irgendwelche Lieder angestimmt, und ich habe mitgesungen. Da habe ich gesagt, dass ich doch gar nicht schlecht singe und Sänger hätte werden können, und da hat sie mir einen Vogel gezeigt. Sie nimmt also alles auf. Sie hat es auch richtig gemacht, denn ich hätte keinen guten Sänger abgegeben. Ja, von der Bewegung her weiß sie das richtig zu machen, aber sie kann sich halt schlecht ausdrücken. Früher haben wir das nicht gemacht, aber ich dachte, ich stimme etwas an, und sie singt vielleicht mit. Wir kennen gemeinsam viele Lieder und haben früher viel singen müssen. Im Chor, und dann auch Volkslieder. Ja, das Singen in der Küche macht sie auch mit. Oder wenn wir spazieren gehen und ich summe irgendeine Melodie, dann nimmt sie das auf. Früher haben wir das nicht gemacht, dann hatte ich sie ja nicht so am Arm gehabt. Da sind wir ein bißchen sportlicher gegangen, jetzt krallt sie sich so fest. Demnächst wandern wir wieder in unserer Gruppe mit 12 bis 14 Älteren. Jetzt habe ich schon überlegt, dass ich sie, wenn Schnee liegt, gar nicht

mitnehmen kann. Ich kann ja die Polin mitnehmen, aber die hat das gleiche Problem wie ich.

Im neuen Jahr kommt viel auf mich zu: **Ich muss sehr viel koordinieren... bin schon Kleinunternehmer jetzt.** Wir haben eine praktisch fremde Person im Haus, und der Zustand meiner Frau hängt davon ab, wie sie sich eingliedern wird. Es darf keine Spannungen geben, die Spannungen zwischen uns beiden reichen mir aus. Zum Beispiel ihre Ablehnung: Heute Morgen war es besonders schlimm, und ich habe gar nicht gedacht, dass ich sie in die Tagesbetreuung kriege. Ich muss ihr ja die Strumpfhose, dann die Strümpfe und die Hose anziehen. Wenn ich ihr sage, sie möchte ´mal aufstehen, will sie es nicht machen. Ihre Reaktionen sind immer unterschiedlich. Ich muss ihr dann Zeit lassen, dass sie zur Ruhe und Besinnung kommt. Auch bei der Reinigungsprozedur ihres Zahnersatzes braucht sie Anleitung, die Zähne herauszunehmen. Mache ich es, beißt sie mir in den Finger. Ebenso beim Einsetzen hat sie Schwierigkeiten. Das war früher alles kein Problem. Ein anderes mal aber kann sie es *rucki-zucki*. Die Koordination der Bewegung ist schlechter geworden.
Wenn sie in der Musiktherapie die *Chicken Shakes* spielt, merke ich, dass die rechte Hand verkrampft ist. Sie kann mit rechts gar nichts mehr machen, sie isst und trinkt auch mit der linken Hand. In der Dusche gebe ich ihr Unterstützung und will aber nicht, dass ich alles mache, denn dann ist sie ja noch hilfloser.

An der Musik hat sie Freude, da geht sie mit. Da kommt die alte Lebenslust wieder zum Vorschein. Hier im Sessel schließt sie oft die Augen, ich sage ihr morgens, dass sie mich ´mal angucken soll, das tut sie kurz, dann gleich wieder... das ist schwierig. In der Musik ist sie ja doch eigentlich wach. Ist von den Augen und von der Bewegung her mit Ihnen in Kontakt. Wenn Sie bei "*Wir fahren in die Welt ohne Geld!*" auf die Gitarre schlagen, kennt sie das, auch bei der Schüttelbewegung der *Chicken Shakes* – und dann ist sie wach und patscht auch manchmal. Neulich war *André Rieu* im Radio, da saß sie hier ganz entspannt und hat die Arme geschwungen. Ihr Gesicht war freundlich, sie war voll konzentriert, hörte zu und schwang die Arme mit im Takt. Dagegen ein anderes Mal bei den Nachrichten guckt sie gar nicht hin. Ich drehe ihr den Sessel richtig hin und sage, sie soll hingucken, dann guckt sie mich an oder zumindest in meine Richtung.
Gestern beim Film mit der fantastischen Schauspielerin *Christiane Hörbiger* waren nicht so viele Personen dabei, da hat sie auch hingeschaut und irgendwie etwas mitbekommen. Das Konzentrieren über einen längeren Zeitraum ist verloren gegangen.

Ich lerne wieder Kinderlieder!
Vorher hat unsere Tochter CDs mit Liedern von *Uschi Glas* und den *Flippers* besorgt. Und mein Sohn hat Weihnachtslieder auf CD kopiert. Und wenn ich sie frage, ob sie lieber Radio oder CDs hören möchte, sagt sie schon, was sie möchte. Manchmal stelle ich einfach die Volkslieder auf CDs an, und wenn das losgeht, weiß sie auch, was zuerst kommt.

Ein Unterschied zwischen CDs und Musiktherapie ist, dass sie bei der CD auf sich allein gestellt ist und kein Gegenüber hat. Sie haben ja Blickkontakt, und sie schaut Sie auch manchmal an! Bei der CD können Sie ja als totem Gegenstand keinen Blickkontakt herstellen, bloß die Musik ist lebendig. Meist lege ich die CDs auf, wenn ich im Keller oder in der Küche etwas zu tun habe, damit sie nicht so ganz allein ist.
Früher waren ihre Bewegungen besser, wenn etwas herunterfiel, konnte sie es greifen. Heute braucht sie Anleitung beim Abtrocknen, allein könnte ich es schneller schaffen, aber ich will ja ein bisschen von ihren Fertigkeiten erhalten.
Die Pflegerin, die jetzt kommt, hat vielleicht mehr Zeit oder mehr Geduld. Ich muss sie sicher einarbeiten, denn ich weiß ja genau, was meine Frau will und kann und was sie nicht kann.

Musik hat sie irgendwie gelockert. Bewegungs- und koordinierungsmäßig hat sie das mit Musik besser gemeistert. Musik ist ja nur einmal wöchentlich und oben in der Dusche ist keine Musik, nur das Rauschen des Wassers. Und morgens ist sie sowieso schlecht drauf.

Das Gehen ist wesentlich schlechter geworden. Morgens in den Bus zu steigen, der sie in die Tagespflege bringt, schafft sie recht gut mit Unterstützung. Dort geht es ihr wohl recht gut. Sie berichtet zwar, sie hätte den ganzen Tag geweint, aber wir hörten, dass sie engagiert Weihnachtslieder mitgesungen hatte.
Wir haben auch CDs mit Volksliedern von uns in die Tagespflege mitgebracht. Die wollten sie erst gar nicht nehmen, weil sie selbst so viele haben, aber alles Mögliche. Aber das waren eben Volkslieder, und das singt sie dann wohl auch ´mal. Ich kenne ja selbst von früher auch Kinderlieder, aber ich bin hier ja Zwangsmithörer, ob ich will oder nicht. Ich sitze hier, höre die Musik und beobachte meine Frau. Sie summt, spricht ja nicht, nur machmal den Text bei ganz bekannten Liedern. Wenn ich ihr Worte vorspreche und sie auffordere, es nachzusprechen, muss ich das mehrmals machen, bis sie das richtig betont.
Manchmal sitze ich hier und lese und schalte das Hören ab. Das ging in meiner Jugend besser, jetzt brauche ich Ruhe, wenn ich etwas machen muss.

Wenn ich mich an die Angehörigengruppe mit dem Bericht über die Vorfälle mit Herrn G. erinnere, denke ich, ich bin noch ganz gut dran gewesen. Ich konnte sie auch ´mal alleine lassen und kann das jetzt auch noch für 10 Minuten, sage ihr Bescheid und schließe aber die Haustür ab. Andere in der Gruppe haben auch ihre Pro-bleme, eine hat auch eine Pflegerin, und das läuft auch ganz gut. Ich kann das nicht mehr alleine machen, denn ich muss bei jedem Gang dabei sein.
Der Musikteil in der Angehörigengruppe war an und für sich sehr schön. Und meiner Tochter hat das vor allem sehr gefallen mit den Informationen im Gesprächsteil. Auch mein Sohn fand das alles sehr interessant.
Das Spielen mit den unbekannten Instrumenten war ja immer eine Über-raschung. Beim letzten Stück haben wir Kritik geübt, Grund war die Dominanz des Herrn Klavierspieler. Er kann sich nicht einfügen, also im Team Musik spielen,

das ist für ihn schwierig. Die Gruppe hatte die Musik ein bisschen harmonischer gestaltet, und die eine Frau hat das ganz klar, sachlich und ruhig definiert, die Kritik fand ich sehr gut.
Ich habe Trommel, verschiedene *Becken* und die lange nachklingenden *Röhrenglocken* gespielt, auch *Xylophone* und diesen ´Kram´. Das ist schon interessant, wie dabei etwas herauskommt, was ein bisschen harmonischer klingt, wenn mehrere gemeinsam spielen. Da habe ich mich gewundert, denn das sind, bis auf wenige Ausnahmen, musikalisch Unbedarfte.
Das und den Gedankenaustausch fand ich sehr gut und interessant. Was es alles so im Leben gibt! Was einen noch so erwarten kann. Zum Beispiel hat die eine Frau immer Zettel für den Vater geschrieben. Aber meine Frau kann nicht mehr lesen. Und schreiben auch nicht. Ich habe die Generalvollmacht für meine Frau und unterschreibe auch den Ausweis. Das ist ein Problem bei Ämtern oder der Bank, bis sie die gültige Vollmacht in Händen halten. So lernt man immer wieder Neues dazu auf einem anderen Gebiet.

Ich kann jetzt viel mehr die Menschen verstehen. Anerkennung und Bewunderung wegen der Pflege meiner Frau, davon habe ich nichts. Ich versuche ja, das Beste daraus zu machen, aber es geht jetzt über meine Kräfte. Und ich werde auch seelisch stark beeinflusst. Wenn ich sie erlebe, wie sie bei den Allagsverrichtungen viel Anweisungen braucht, dann ist das ein trauriges Gefühl. Ich kenne sie normal, in einem anderen Naturell, wir sind 56 Jahre verheiratet. Ich kann ihr ja nicht einfach sagen: ´So, ab in den Müll´, das geht nicht so einfach.

Jetzt bin ich nicht sicher, ob das mit der neuen Pflegerin auf Dauer klappen wird, es handelt sich ja nicht nur um Kochen und Abswaschen, sondern auch um die Körperpflege. Wenn das nicht mehr irgendwie so ginge, müsste ich sie in ein Altenheim mit einer Demenzabteilung bringen, wo sie rundum versorgt wäre. Das Rundum ist immer in Anführungsstrichen zu sehen, ich habe genügend Informationen, wie das da geht. Pfleger sind auch nur Menschen. Wie der eine Herr aus der Gruppe gesagt hat, ist es ein Unterschied, ob ich meine eigene Mutter oder jemanden anderen pflege. In den meisten Heimen: Versorgung ja, Kontakte wahrscheinlich so gut wie keine. Ich schaue mir jetzt ein Heim an, neu und verkehrsgünstig mitten in der Stadt, das wäre für vier Wochen als Kurzzeitpflege. Aber was habe ich davon, danach hätte ich die Pflege ja weiter.

Ja, die Musiktherapie machen wir weiter. Wenn die Kosten nicht übernommen werden, eben alle 14 Tage, solange sie das noch aufnehmen kann. Muss man sehen, ob es noch Spaß macht.
Neulich war ich ein bisschen enttäuscht, wie sie so ganz daneben war. Da musste sie animiert werden, und dann ging es auch ganz gut. Der Geist wird auch etwas träger, und wie sich das mit den Emotionen entwickelt, werden wir ja sehen. Bis jetzt war es immer sehr positiv: Dass sie überhaupt mal lacht und Blickkontakt hat. Das ist doch etwas Gutes für solche Menschen, als nur sitzen und schlafen. Aber man kann nicht den ganzen Tag Musiktherapie machen, das ist auch zu

anstrengend. Positiv ist sicher auch die Musikalität meiner Frau von zuhause aus. Mein Schwiegervater hat Hauskonzerte gegeben und gesungen.

In der Angehörigengruppe im Musikteil war anfangs alles sehr zögerlich, und es passierte nicht sehr viel. Ich denke da an die *Tischtrommel*, Frau G. traute sich auch nicht so recht. Und da standen wir alle drum herum und da gab es so einen richtigen Rhythmus. Wie im Busch, die Trommelage. Und das hat wohl allen gefallen, dass dieser Rhythmus da einigermaßen bleibt. Ich fand das auch ganz angenehm, das war auch eine neue Erkenntnis, was man mit den Instrumenten machen kann. Dieses Im-Rhythmus-Sein, Musik ist was Rhythmisches, da muss man sich danach orientieren. Das Rhythmische geht auch mit dem Klavier, das meine Frau früher gelernt hat. Das hat sie im Blut.

Wenn die Musiktherapiesitzung zu Ende war, sagte meine Frau immer, dass es schön war und ihr gefallen hat. Und sie hat sich bedankt. ´Danke´ sagt sie immer, auch zu mir, sie ist von ihrer Mutter gut erzogen worden.

Abends zur Angehörigengruppe zu kommen, war auch kein Problem. Ich kann ja auch selbst fahren, aber wenn es dunkel ist und mit dem Wetter und Parkplatz schwierig, haben mich meine Kinder immer gefahren.
Meine Kinder hat die Angehörigengruppe auch sehr interessiert, und sie haben bedauert, als Schluss war. Es war offen und wurde diskutiert. Es war die Erfahrung, die man sammeln konnte, wie es den anderen geht. Davon halte ich mehr als von Schulungen, das bringt nichts. Das können die gar nicht erfassen, wenn sie nicht selbst betroffen sind. Der Gedankenaustausch war für mich schon anders. Und mit der Musik dazu kam man sich näher und war nachher ein Team.
Wenn die Frau B. berichtete, das hatte Hand und Fuß und war interessant. Austausch auf gleicher Ebene ist besser als Schulung, Schulung brauche ich nicht. Die können mir gar nicht sagen, was ich machen soll, denn jeder Mensch ist anders.
Und die Musik hat auch Diskussion gebracht. Sie hatten ja verschiedene Themen vorgegeben, und wir sollten Verschiedenes ausdrücken. Das war natürlich interessant, was der Einzelne sagte. Dadurch war Bewegung im Ganzen. Da wurde nicht nur auf die Pauke gehauen, da wurde etwas erarbeitet und abgefragt.
Wir sollten z.B. in zwei Gruppen etwas Lustiges und Fröhliches spielen. Die unterschiedlichen Stellungnahmen zur Wahrnehmung, ob das lustig oder nicht war, sind zu respektieren. Da wurden Aufgaben gestellt, und das fand ich nicht schlecht. Man musste sich selbst damit befassen, man kann nicht einfach sagen, ich bin traurig und spiele so. Man wollte ja etwas ausdrücken auf dem Instrument. Nachher wurde das besprochen. Erst die Spielergruppe, dann die Zuhörergruppe, das fand ich sehr gut. Das brachte Leben hinein in die Gruppe und in die Musik!
Wenn ich hier Volksmusik abspiele, passiert ja nichts. Außer dass meine Frau Freude an Takt und Melodie hat. Aber in der Angehörigengruppe haben die Angehörigen profitiert. Die Meinung des anderen anerkennen, das fand ich sehr

gut. Das hat die Musik verursacht, ohne die Musik wäre das nicht so interessant gewesen. Wir hätten nicht den ganzen Abend über die Angehörigen sprechen können. Das war eine Auflockerung, und den anderen hat es nach meiner Einschätzung auch gefallen. Die machen das ja noch weiter.
Ich würde dieses Projekt Musiktherapie nicht wiederholen, aber weitermachen. **Die Musiktherapie hat Fröhlichkeit ins Minenspiel meiner Frau gebracht**, und das war ein Vorteil. Es hat Nutzen für die Angehörigen und den Patienten gebracht. Sie hat gesagt, dass sie sich schon auf das nächste Mal freut oder dass es wunderschön war. Und ich freue mich, dass es ihr Spaß macht, ganz uneigennützig. Ich könnte ja sagen, dass sie doof ist und mich das nicht interessiert, aber das ist der Zusammenhalt über die Jahre. Aber wenn nun gar keine Reaktion mehr kommt oder nur noch Aggression oder sonst etwas, das wird schon schwierig werden für mich, den Kopf oben zu behalten.

Man kann nicht sagen, dass Musiktherapie Demenz heilt, aber es spricht Menschen an. Wie es bei unmusikalischen Menschen ist, kann ich nicht beurteilen, aber bei meiner Frau ist es gut angekommen, und wir machen es deshalb weiter.

Patient P2: Herr Galbert
Interviewpartner: Frau Galbert (Ehefrau)

Meinem Mann hat die Musiktherapie gut getan. Zum Anfang hat er es abgelehnt, dann hat er sich immer gefreut, wenn Sie gekommen sind. Er ist meiner Erfahrung und meinem Gefühl nach immer mehr aus sich heraus gegangen. Nur in den letzten drei, vier Monaten hat er geblockt und wollte nicht mehr so sehr. Er sagte dann schon im Vorfeld, ob das wieder sein müsste und was die Frau bei ihm wolle. Wenn ich sage, dass er doch weiss, dass Frau Auch mit ihm Musik macht, fällt es ihm ein.
Jetzt hat er überhaupt kein Interesse mehr. Das *Metallophon* steht schon länger unberührt. Ich hab es ein paar Mal geholt und ihn ermuntert: ´Komm, machen wir doch ´mal´ ein bisschen!´, und dann spielt er einmal hin und her. Er hört auch keine Musik mehr.
Sein Spaß hatte mich sehr gefreut, und Sie haben ihn so richtig aus der Reserve gelockt. Nachdem er anfangs kein *Männlein steht im Walde* singen wollte, ist er später voll aus sich heraus gegangen. Und auf einmal ist Schluss. Warum? Allein musiziert hat er nur, wenn ich ihn angeregt habe, ein Viertelstündchen. Mir tut es leid, dass es zu Ende ist, ich hätte gern noch weitergemacht, aber es geht ja nur ein Jahr lang.
Er ist immer so stumm gewesen und nie aus sich herausgegangen. Immer war er leise, zart und hat sich nie getraut, eine große Sache zu machen. Und auf einmal war es, als ob sich eine Blockade gelöst hätte. Dann ging es ihm dabei gut.
Am Ende einer Stunde war er glücklich. Über seine Zufriedenheit haben wir auch hinterher gesprochen. Das macht er nicht mehr. Er hat gefragt, wann Sie und ob Sie bald wiederkommen und ob dann wieder Musik gemacht wird. Dann ging das immer wieder so, ob Sie auch bald wiederkommen, und ich habe es bejaht, so war unsere Unterhaltung. Am Anfang hat er es abgelehnt und mich gefragt, was wir so alles herausgekramt hätten, was er mit Musiktherapie soll, und er hätte damit nichts am Hut. Und hinterher war er zufrieden.
Wenn Sie hier waren, habe ich manchmal gelauscht. In der ersten Zeit war es leise und hat sich ruhig abgespielt. Dann haben Sie ihn aus der Reserve gelockt. Irgendwann hat sich dann etwas wie ein Knoten gelöst, und er hat mitgemacht. Und das tat ihm gut und hat ihm gefallen. Dass er mitmacht, hängt mit Ihnen zusammen, und da ich das alles nicht kann, kann ich ihn auch nicht locken. Ich schlage ihm vor, dass er Musik macht, aber er wehrt ab und will in Ruhe gelassen werden. Ich kann ihn da nicht locken. Er macht gar nichts mehr. Er erkennt mich auch gar nicht mehr richtig und nennt micht ´Tante´. Darum sehr ich auch keinen großen Effekt mehr, mit der Musiktherapie fortzufahren. Wenn Sie das möchten, kann ich ja bei der nächsten, letzten Stunde dabei bleiben.
Durch das Jahr mit der Musiktherapie hat sich in der Familie nicht viel geändert. Aber ich erinnere mich gern daran, wenn Sie hier waren und ich auch in der

Angehörigengruppe war, das war sehr schön bei Ihnen. Das war so eine entspannte Atmosphäre. Ich habe, wenn Sie hier waren, nebenan machmal einfach nur ein bißchen gesessen oder ein Rätsel geraten, aber ich habe immer zugehört. Das habe ich nie gesagt, aber ich war ja immer zu Hause und habe immer zugehört. Die erste Zeit weniger, aber dann zum Schluss, wie es so schön laut drüben war, da habe ich dann schon zugehört und dann habe ich gesagt: "Schön". Das war schön, dass mein Mann so aus sich herausgegangen ist und dass ich das Gefühl hatte, dass es ihm Spaß machte. Er hat ja gesungen, was er nie macht. Er hat ja richtig mitgemacht.

Die ganze Situation jetzt ist – bescheiden. Ich darf ich gar nicht daran denken, was noch kommt, das ist schon hart. Dass er immer mehr seine Persönlichkeit verliert, ist meine größte Sorge. Es ist nicht mehr viel da, was ihn ausgemacht hat. Und ich mache mir große Gedanken, und ob ich die Belastung weiter aushalten und verkraften kann, weiß ich auch nicht.
Ich habe schon Heime herausgesucht, das wollen wir ´mal erkunden, jetzt nicht, nur, wenn es gar nicht mehr geht. Aber man muss sich informieren, was es so alles gibt. Spontan kann ich das nicht vorschlagen, und heute will er das noch nicht, er würde so gerne leben. Wenn ich ihn nach seinem Befinden frage, antwortet er, dass es ihm gut geht. Das antwortete er auch allen anderen, die ihn fragten, ihm geht es immer gut, er merkt nichts.
Er sagt auch, ich sei krank, er nicht, er sei okay. Er weiß es nicht anders. In der ersten Zeit habe ich gedacht, dass er das absichtlich macht und konnte mir gar nicht vorstellen, dass sich ein Mensch so verändern kann, und er hat sich zu früher total verändert. Ich dachte zuerst, er kann mich nicht mehr leiden und habe mich gefragt, wie man so sein kann, denn er ist auch richtig böse gewesen, hat mich verletzt und angegriffen ("Ich schmeiss´ dich vom Balkon"). Das ist hart, aber ich habe gelernt, dass das seine Krankheit ist. Und nach einer halben Stunde danach gefragt, leugnet er, so etwas gesagt zu haben; er weiß es nicht.
Die Ärztin meint, für die medizinischen Symptome eventuell medikamentöse Hilfe zu haben, aber für meine eigenen Probleme mit ihm kann sie nichts machen. Sie hat mir klar ins Gesicht gesagt, dass ich mich für Hilfe von außen, Hilfsprogramme, an andere Stellen wenden muss. Medikamente sind jetzt wegen Wirkungslosigkeit abgesetzt. Früher war mein Mann lustig und gesellig. Wir haben viele Bekannte gehabt und sind viel weggegangen, sind viel gereist, sind in den Bergen gewandert und haben sehr viel unternommen. Das ist jetzt nicht mehr möglich. Eine Reise würde ich nur noch mit der Tochter dabei unternehmen, und das haben wir mit einer Woche in der Nähe auch vor, anders wird es nicht mehr gehen.

Die Angehörigengruppe habe ich genossen. In diesen eineinhalb Stunden konnte man sich erst einmal aussprechen und seine Erlebnisse und Probleme mit dem Partner loswerden. Wo soll man das sonst tun? Denn Freunde sind daran nicht interessiert, die wollen nichts davon hören, machen lieber einen großen Bogen drum herum und ziehen sich zurück. Wer hört schon gern von dieser Krankheit?

Jeder fürchtet, es auch bekommen zu können. In der Angehörigengruppe, da konnte man ´mal so richtig reden. Dann hörte man auch von den anderen, welche Probleme sie haben und wie sie damit umgehen. Das ist ganz wichtig zu hören, wie andere mit ihren Problemen umgehen, denn man ist im Endeffekt immer allein.
Bei mir hat sich einiges in meiner Sichtweise verändert: Früher habe ich gekämpft und ihm gesagt, dass es das nicht geben kann und nicht darf und er soll sich nicht so anstellen und zusammenreißen. In der Angehörigengruppe habe ich durch die anderen Teilnehmer erfahren. **Man muss es einfach laufen lassen, das Beste aus der Situation machen und genießen, was noch geht.** Denn einen Tag später kann es schon wieder ganz anders aussehen. Diese Erfahrung habe ich dort gemacht, und das hat mir geholfen. Meine veränderte Einstellung ist auch schon anderen aufgefallen.
Ja, ich bin richtig gerne in die Angehörigengruppe gekommen.

Der Musikteil hat mir auch gut gefallen. Da konnte ich ´mal so richtig meinen Frust loswerden bei dem Trommeln. Das hat mir so einen Spaß gemacht! Das kann ich ja hier in der Wohnung unmöglich machen. Das Trommeln war im Grunde neu für mich, ich habe das schon ein paar Mal bei afrikanischen Feiern beobachtet, aber dass ich dann auf einem so großen Apparat selbst einmal los-spiele, das war herrlich!
Was mich bei unserer Musik später etwas gestört hat, war, als der eine Herr, der ein bißchen Klavier spielen konnte, das Spiel so an sich gerissen hat. Er hat immer eine *richtige* Melodie gespielt, weil er etwas konnte, alle anderen haben improvisiert und er hat nicht mehr improvisiert, er hat nach den Noten in seinem Kopf gespielt. Und dadurch wurde das disharmonisch. Er hat es *richtig* gemacht und wir, die es nicht konnten, haben eben aus dem Gefühl heraus gespielt. Und das ging irgendwo nicht konform. Ich glaube, darüber haben mehrere auch schon gesprochen. Ich habe mich damals nicht getraut, etwas zu sagen. Aber wenn ich mich getraut hätte, hätte ich gesagt: "Spielen Sie doch nicht nach Noten, spielen Sie doch einfach ´mal so aus Ihrem Gefühl heraus! Es müssen ja keine Noten sein." Einfach so, wie es Spaß macht, da kommt man nämlich auch irgendwo zusammen. Denn einer achtet immer ein bißchen auf den anderen und versucht, sich etwas anzupassen. Ansonsten, ich war gerne da, und mir tut es leid, dass es zu Ende ist.

In der ersten Zeit habe ich mich nicht so richtig getraut und hatte meine Hemmungen. Man denkt, ein anderer kann das und du kannst es nicht und blamierst dich. Aber das hat sich dann gegeben, nach zwei, drei Malen waren die Hemmungen weg. Sich mit ganz Fremden zusammen zu setzen und Musik machen wollen, das war schon komisch im ersten Moment, und es ging, glaube ich, allen so. Es haben sich nicht gleich alle getraut, loszulegen. Jeder hat erstmal gehofft, dass es geht. Später kamen dann richtig schön Spaß und Freude. Ich habe so richtig voll Power losgelegt. Die Zeit bis dahin habe ich gebraucht, um meine Hemmungen loszuwerden.

Das Spiel meines Mannes hat sich in dem Jahr auch verändert. Er hatte auch Hemmungen, richtig viele. Erst hat er ganz zart und leise probiert, und später hat er auch richtig losgelegt. Im Grunde das Gleiche wie bei mir. Nur sind meine Entwicklungen geblieben, und bei ihm lässt es jetzt nach. Aber wenn Sie das letzte Mal kommen, werden wir zusammen feststellen, wie er aus sich herausgeht, ich bin gespannt, wie er sich verhält. Aber das liegt auch viel an Ihnen, die Chemie muss stimmen.
In der Angehörigengruppe haben wir auch verschiedene, musikalische Aufgaben gemacht, z.B. Freude und Trauer zu spielen. Und in meiner letzten Stunde haben wir das mit den Zettelchen gemacht: Einer oder mehrere haben gespielt, und wir anderen sollten auf den Zettel schreiben, was man gefühlt hat, Freude, Trauer, Disharmonie oder sonst etwas. Und dann war noch etwas, wo Sie oder jemand anderes gegangen ist, und wenn man an einem Punkt war, musste man mit dem Spielen aufhören, ich weiß nicht mehr, wie das hieß. Das ging rundum und auch mit einem bestimmten Thema.
Sie haben das richtig schön für uns gemacht. Schön war, dass Sie das so schön geleitet haben und uns fremde Personen dazu gebracht haben, dass wir das alles zusammen so gemacht haben. Das war ja zuerst alles völliges Neuland für mich gewesen. Schon wie Sie das erste Mal angefangen haben, habe ich gedacht: Na, das soll was werden? Ob das was wird? Was meinte die Frau Auch damit? Na ja, mal gucken. Aber die anderen waren auch alle ein bißchen zurückhaltend und skeptisch gewesen.
Die große *Tischtrommel* war toll, das ist was Schönes. Vor allen Dingen, dass wir da alle so zusammen gespielt haben, zum Schluss hatten wir alle denselben Takt gehabt. Alles fremde Leute und trotzdem haben wir uns irgendwo getroffen, schön.
Durch die vielen Gespräche mit den anderen Angehörigen habe ich Tipps erhalten, die ich schon beherzigt habe. Er kann sich nicht ändern, aber ich habe mich geändert. Ich nehme ihn jetzt so wie er ist.

Der Musikteil hat bei mir nichts verändert im Verhältnis zu meinem Mann. Für mich selbst war es schön, und ich möchte es gerne weitermachen. Aber er hat kein Interesse mit mir allein zusammen Musik zu machen, ich kann ihn nicht motivieren. Mit dem *Metallophon* spielt er nach meiner Aufforderung nur zwei, drei Minuten und geht dann wieder hinaus. Allein spiele ich auch nichts. Schön wäre es, wenn er noch etwas behalten und lernen könnte, z.B. ein Instrument seiner Wahl, aber das geht ja nicht. Das Musizieren könnte ihn jetzt noch etwas lockern, dass er in dem Moment mehr aus sich herausgeht. Er würde auch gern zuhören. Auch mit jemandem zusammen etwas mitspielen, aber nur in dieser halben Stunde, hinterher ist das alles wieder vorbei. Wenn er es überhaupt noch will und nicht nur macht, weil wir es wollen. Ich kann ihn nicht motivieren, und wahrscheinlich hat er auch keine Lust, mit mir zu musizieren. Er geht auch kaum noch ans Radio oder hört eine CD. Wenn ich mal was anmache, soll ich es ausschalten.
Ohne Anregung macht er nichts mehr, sitzt nur auf dem Stuhl. Auf Nachfrage,

was er denkt, antwortet er: „Nichts“. Das Einzige ist *Mensch ärgere dich nicht*, was er vorschlägt. Das hat er früher nicht gemacht. Ansonsten liegt er auch stundenlang im Bett zu unterschiedlichen Tageszeiten und steht nur zum Essen auf. Fernsehen und Lesen will er auch nicht mehr. Wenn er nachmittags ins Bett geht, schläft er nicht gleich, sondern kommt alle drei Minuten zu mir heraus und fragt, ob das sein Schlafanzug sei, ob er richtig so angezogen sei usw.
Er kann auch nicht mehr telefonieren. Ansonsten ist er weniger aggressiv, die Medikation wurde auch umgestellt.

Ich habe mir vom Projekt im Endeffekt mehr von versprochen. Dass mein Mann noch mehr aus sich herausgeht und locker wird, dass da etwas auf längere Zeit hängenbleibt. Aber das ging nicht. Warum macht man etwas? Man möchte ja etwas erreichen, man erhofft sich ja etwas davon. So war es ja auch am Anfang gewesen, und ich habe mir gedacht, na ja, vielleicht wird mal ein bisschen was besser. Aber ich hatte mich mit dem Ganzen damals noch nicht so befasst und immer noch auf eine Hilfe für seine Erkrankung gehofft. Oder wenigstens einen Stillstand auf einer Ebene. Aber es ist rapide abgesunken. Diese Hoffnung habe ich nun nicht mehr. Ich weiß, dass es keine Besserung mehr geben wird, was auch immer noch unternommen wird. Das einzige, was man erreichen kann, ist, dass es ihm persönlich ein bißchen besser geht, und wenn es nur für eine Stunde ist.

Ich würde für meinen Mann auf alle Fälle wieder an dem Projekt teilnehmen, aber ich selbst habe ja auch profitiert. Ihm ging es in der Stunde gut, aber mir ist es ja auch gut gegangen in der Angehörigengruppe.
Dorthin zu fahren, war schon eine Belastung. Heute könnte ich das ohne Betreuung für ihn gar nicht mehr machen.
Dass Sie zu uns nach Hause kamen, war nicht belastend, ich habe mich immer gefreut: für mich und für meinen Mann auch, vor allem für ihn. Für mich war es eine Stunde Entspannung und Loslassen. Schade, dass die Gruppe zu Ende ist, es waren ja auch alles nette Leute.

Patientin P3: Frau Oestrich
Interviewpartner: Frau Nagel (Tochter)

Zurzeit habe ich das Gefühl, dass mein Leben an mir vorbei rast. Das ist meine momentane Situation. Ansonsten fallen mir Momente in der Angehörigengruppe ein: Ich kann ja keine Noten lesen und spiele kein Instrument, habe also aktiv mit Musik eigentlich nichts am Hut. Ganz früher hatten wir ein Klavier, aber dann ist es irgendwann nicht mehr mit umgezogen. Wegen der dünnen Wände im Neubau hatten meine Eltern Angst vor Beschwerden der Nachbarn.
Die Situation in der Angehörigengruppe war für mich schon sehr außergewöhnlich. Besonders viel Spaß hatte ich einfach am Krach machen. Einmal kam aus der Gruppe, dass unsere Musik doch ziemlich unharmonisch sei, und wenn Sie mit uns musikalisch Harmonie zwar nicht vorgeschrieben, aber angeregt hatten, war es mir persönlich immer noch danach, einfach meinem Herzen Luft zu machen. Ich war an diesem Abend so stolz darauf, dass ich meine Gefühle so rauslassen konnte auf der *Steel Drum*. Diese Töne auf dem Instrument waren tief, auch laut, aber so beruhigend, befriedigend, ja, innerlich beruhigend. Nicht so gut zurecht kam ich mit all den Instrumenten mit Plättchen, die man schon aus der Schule kennt. Irgendwie habe ich da nichts hinbekommen, was mich glücklich gemacht hätte, sodass ich mich rund gefühlt hätte.
Auch ganz klasse fand ich diese Holzbank mit den verschiedenen Tönen, die *Big Bom*. Und gut gefallen haben mir Trommeln und der große *Gong*, und alles, was so nachhallt. Auch wenn ich einfach nur so draufgehauen hatte, klang es so nachsummend und **mir war, als ob ich im Bauch so rund würde und alles stimmig wäre.** Auch wenn ich mit der *Steel Drum* auch einmal laut wurde, gab es für mich durch das Nachschwingen insgesamt ein rundes und warmes Geräusch. Das war sehr angenehm.
Die Aufgaben in der Gruppe, z.B. bestimmte Stimmungen zu spielen oder etwas zu formulieren und aufzuschreiben und vielleicht wieder in Musik umzusetzen – das wollte ich erst nicht. Denn das ist etwas, was ich normalerweise in meinem Leben tue. Ich schreibe gerne und kann auch gut beispielsweise Tagebuch schreiben und meine Gefühle nieder schreiben, aber **ich wollte einmal ganz losgelöst sein.** Der Tiger durfte mal raus, und Sie wollen ihn wieder einfangen durch diese Aufgabe. Und das tat mir ein bisschen leid. **Ich habe endlich ´mal im Leben den Tiger rausgelassen!** Aber wenn ich mich darauf eingelassen habe, war das für mich auch spannend. Gesprochenes Wort und Musik zusammen finde ich faszinierend, das Größte! Und ich konnte das auch gut umsetzen. So war das gut, dass ich dadurch immer wieder auf die Gruppe gehört und da einen gewissen Gleichklang gesucht habe, aber zwischendurch musste ich da einfach raus aus diesem von mir selbst eingeengten Leben: Da ist die Arbeit, Arbeit, Arbeit immer wichtig, wichtig, wichtig, dazu die Sorgen, Sorgen, Sorgen. Und da konnte ich einfach draufhauen, und dann kam mit diesen Instrumenten einfach etwas

Wohliges ´rum. Ich hab noch nie in meinem Leben irgendwo drauf gehauen, und dann kam etwas Wohliges. Das war eine ganz besondere Belohnung.
Während der Stunden wurde ich sehr wach und hatte viel Kraft, und wenn ich dann nach Hause kam, war ich erst einmal müde und erschöpft. Dann habe ich etwas gegessen, es ging dann wieder besser. Und die Begeisterung und die Erinnerung an diese Gefühle sind jetzt noch satt und noch da, das fand ich schon sehr gut.
Auch der Gesprächsteil an diesen Abenden war mir immer wichtig: in erster Linie, um die anderen Menschen kennenzulernen, zu erfahren, was sie bewegt und wie sie mit der Situation umgehen. Aber auch um zu erfahren, wie es mir selbst geht. Denn ich rede schon offen über vieles, aber entscheide und mache das Meiste alleine, und manchmal gibt es auch Phasen, wo ich dann nicht mehr reden will. Aber in einem Umfeld mit Menschen, die alle in etwa dasselbe Thema haben, ist natürlich wesentlich ergiebiger darüber zu reden, und das hat mir dann schon gut getan, von mir aus zu sagen, was mich bewegt. Man hat mir die Zeit gegeben, etwas zu sagen, und das vermittelte mir ein Gefühl des Aufgehoben-Seins, denn ich musste mal nichts alleine managen. In der Familie habe ich da keine Unterstützung zum gelegentlichen Austausch, im Beruf ist das ähnlich, da ist niemand, der mir beim Denken oder Mich-Sortieren hilft. Nach meinem Gefühl hatte ich die Hilfe zum Mich-Sortieren immer, wenn wir länger miteinander gesprochen haben. Konkret erinnere ich mich an die Thematik der Seniorentagespflege, die ein Herr aus der Gruppe einbrachte, der in einer solchen Einrichtung arbeitet. Auf diese Anregung hin habe ich nun für meine Mutter eine Tagespflege für einmal in der Woche gefunden. Das würde ich gern noch auf zwei Tage erweitern. Ganz unproblematisch ist das nicht, sie war jetzt viermal da, aber manchmal will sie morgens nicht hin. Diesen Ansatz hätte ich ohne das Gruppengespräch nicht mehr in Angriff genommen.

Für den Umgang mit meiner Mutter sehe ich keine direkte Verbindung zu der Musik, aber da bin einfach zu sehr *zu*. Das wundert mich aber nicht, denn ich gehe ja selbst unter: Ich als Mensch gehe im Alltag, im Beruf, im Umgang mit meiner Mutter, im Allgemeinen selbst unter. Selbst wenn ich abends Bücher lese, die mir gut tun, z.B. psychologische, die mich daran erinnern, dass ich für mich als Mensch ja auch zu sorgen habe, selbst das geht dann wieder am nächsten Tag unter. Ganz selten denke ich noch am nächsten Morgen im Büro an mich und erinnere mich an eine Pause. Durch meine kürzlich erfahrene Diagnose beschäftige ich mich mehr mit mir. Die Musik, die ich mit Ihnen gemacht habe, war rein für mich, für meine Psyche und für mein Wohlbefinden.

Bei der häuslichen Musiktherapie kann ich mich nur darauf beziehen, was ich selbst erlebt habe. Ich war ja einmal da, wo ich dann aus dem Raum gegangen bin, das fand ich schon sehr faszinierend mitzubekommen, dass meine Mutter mitgemacht hat, dass sie diese eine Bewegung gemacht hat, was Sie mir später noch erzählt haben. Diese Bewegung, wo sie so zelebriert hat: "Ja, das muss man ganz sanft machen." Dieses Bild habe ich noch vor Augen. Wie sie mit der

Meeresrassel umgegangen ist und wie sie die gehalten hat und dann so anmutig ihre Bewegung auch war. Das fand ich sehr faszinierend. Das war ein neuer Aspekt an der Mutter, weil mein Vater zwar Klavier gespielt hat, aber ansonsten Musik, Musikinstrumente und Kunst nie ein Thema in der Familie gewesen sind. Das ist etwas, das ich so sehr vermisse: als Kind und auch als erwachsene Frau, dass ich da überhaupt nichts mitbekommen habe. Heute weiß ich das sehr zu schätzen und finde Kunst etwas Tolles. So etwas gab es bei uns nicht, und dann meine Mutter mit der *Meeresrassel* und dieser Bewegung zu sehen – vielleicht hat sie früher als Kind Gymnastikunterricht gehabt, wo man so *Tambourin* und Keulen geschwungen hat. Es war sehr schön, diese völlig andere und neue Seite meiner Mutter zu sehen. Dieser Anblick hat mich sehr berührt. Ich habe da wahrgenommen, dass es noch so vieles an meiner Mutter gibt, was ich noch gar nicht kenne. Was nie zwischen uns gelebt wurde oder nicht angekommen ist. So kann ich mich auch nicht erinnern, dass, wenn mein Vater Operettenmusik von der Schallplatte auflegte, meine Mutter einmal getanzt hätte. Mein Vater hat dazu nie getanzt. Es gibt aber ein Bild, auf dem meine Eltern tanzen. Es war für mich neu, meine Mutter in so einer Bewegung und kindhaft-anmutig zu sehen.

Wenn ich mit meiner Mutter über die Musiktherapie sprechen wollte, hat sie mir ausweichend geantwortet, was sie oft macht und demente Menschen wohl sehr gut können, um nicht zu zeigen, dass sie sich nicht erinnern können. Sie antwortete zwar mit: "Musik? Ja, ja!", aber ich war mir nicht sicher, ob sie sich erinnerte. Für meine Mutter ist Unterhaltung wichtig. Sie ist den ganzen Tag über am Reden, was auch in der Tagesklinik zu Beschwerden führt. Die Musiktherapie hat ihr weiterführend gut getan: nicht nur, weil sie beschäftigt war und einen Ansprechpartner hatte, sondern weil auch Bewegung mitenthalten war und nicht nur das Reden, sondern auch Bewegung. Damit haben Sie ihr vielleicht auch etwas widergespiegelt, was meine Mutter wiederum glücklich gemacht hat. Das ist ganz wichtig für sie, dass Sie gesungen haben und angesprochen, was sie gerade tut. Weil sie dann auch gesehen wird, fällt mir gerade auf. Ich gebe ihr, glaube ich, nicht immer das Gefühl, gesehen zu werden.

Der Termin der Angehörigengruppe war mir wegen meiner Arbeitszeit meist zu früh, aber das war nur einmal monatlich und musste gehen. Ein bisschen hatte ich Angst vor der möglichen Situation, mit jemandem allein zu musizieren, und einmal kam es ja auch dazu. Aber auf der anderen Seite hat es ja auch Spaß gemacht. **Man muss auch manchmal zu seinem Glück getrieben werden**. Sonst gab es nichts Unangenehmes im Forschungsprojekt, und ich würde meine Mutter auch wieder mitmachen lassen.

Im Alltag hat das Projekt nichts verändert, weil ich so belastet bin, aber ich habe wieder einmal erfahren, dass es Dinge gibt, die gelebt werden könnten und die bereichernd sein würden. So wie ich früher sonntags, wenn es mir nicht gut ging, in eine Bilderausstellung gegangen bin, die Bilder haben mir immer gut getan. Und so könnte es auch mit Musik sein, auch wenn ich nie ein Profi sein würde. Ich kann noch nicht einmal ein Liedchen vorsingen, weil ich keinen Ton halten kann, aber Musik ist doch bereichernd. Und ich könnte mir vorstellen, Spaß daran zu haben zu schauen, welche Musik zu welchem Gedicht passt. Es gibt Dinge, die

ich gar nicht sehe, lebe, die ich ausgrenze und nicht hinterfrage, die mich glücklich machen können und auch meiner Mutter gut tun.

Patient P4: Herr Bayer
Interviewpartner: Frau Berger (Tochter)

Die Musik in der Gruppe hat mir immer Spaß gemacht. Es war anfangs aufgrund meiner vollen Berufstätigkeit eine Belastung, immer abends in die Angehörigengruppe nach Frankfurt zu fahren. Einige Male hatte es schlimm geregnet, und die Fahrt war ein Horrortrip für mich. Aber wenn ich dann da war, fand ich es wieder ganz gut. Was die Angehörigen erzählt haben, hat mich auch interessiert und war immer hilfreich. Aber dadurch, dass die anderen mehr oder weniger aus Frankfurt waren und ich nicht hier in der Gegend Kontakt knüpfen konnte, hat es mir nicht soviel gebracht. Informationen und Erfahrungen schon, aber ich habe mir immer einen Betroffenen in meiner Nähe zum Austauschen gewünscht.
In der Musik bin ich Halbprofi, ich bin ausgebildete Querflötenlehrerin. Ich habe das nie richtig ausgeübt, aber früher Konzerte z.B. in der Kirche oder in der Band schon gespielt. Aber in letzter Zeit bin ich nicht mehr dazu gekommen. Jetzt singe ich hier als einziges Hobby im Chor in der Kirchengemeinde, aber das schaffe ich auch nicht immer. Musik zu machen hat mir schon gefehlt, in unserer Gruppe war das so ähnlich wie früher in der Band, da haben wir auch immer improvisiert. Das fand ich so schön, und es macht Spaß. Man kann sich so ein bisschen ausleben. Das fand ich am besten an der Gruppe.
Wie das mit der Musiktherapie mit meinem Vater gewesen ist, weiss ich nicht, zumindest hat er sich immer gefreut, wenn Sie da waren, wie Sie sagen. Die Organisation habe ich ja manchmal nicht richtig hingekriegt, es sind manchmal so viele Sachen, an die ich denken muss. Mir fällt es schwer, alles zu koordinieren. Die letzte Angehörigengruppe habe ich auch verpasst, ich wollte hin und hatte auch den Fragebogen schon bereitgelegt, den Termin dann aber doch vergessen.
Das ist, wenn ich arbeite, schon eine zusätzliche Belastung. Ich muss mich auch mit der Betreuungsperson , die vormittags bei meinem Vater ist, absprechen.
Wenn Sie kamen, war ich ja selten dabei. Meistens hat mein Vater nicht mehr gewusst, wenn Sie da waren. Es ist alles immer gleich wieder weg.
Auch eine Verhaltensveränderung an den Musiktherapietagen konnte ich nicht feststellen, ich bin ja auch nicht gleich nachmittags da.
An Tagen, wo ich da bin, kommt er ein- oder zweimal runter und klagt, dass er sich in der Welt nicht mehr zurechtfindet. Er beklagt den Tod seiner Frau und wenn er dann auch noch weint, ist das besonders schlimm für mich. Damit komme ich überhaupt nicht klar. Ich bin da eher ungeduldig und sage ihm, dass es doch schon vier Jahre her ist und ob er es sich nicht endlich einmal merken kann. Dass sie gestorben ist, ist der einzige Grund für ihn, dass er sich nicht mehr zurechtfindet. Ich kann da keine Therapie für ihn machen, aber er bräuchte es vielleicht. Denn ich weiss nicht genau, ob das nur das Gedächnis ist, ich glaube eher, dass er es nicht wahrhaben will. Er kann es innerlich nicht akzeptieren. Wenn er in Berlin bei meinem Bruder ist, fragt er weniger, hier aber jeden Tag.

Ich habe hier außer einem Zimmer nichts verändert und fand das gut. Manchmal denke ich, er bemerkt gar nicht kleine Veränderungen, dann wieder doch. Neulich hat er gefragt, wo er hier ist. Dann kommt er darauf, in welcher Stadt er ist und dass dies sein Haus ist. Aber er freut sich nicht darüber, sondern hat eine depressive Grundstimmung, die immer auftaucht, wenn er sich an meine Mutter erinnert. Und oft fängt er dann an zu heulen. Und wenn ich ihn trösten will, fängt er erst recht an zu heulen. Und wenn ich sage, er soll sich endlich damit abfinden, dann heult er vielleicht weniger, aber es ändert sich auch nichts. Deswegen denke ich, es könnte in einer anderen Umgebung besser sein, wo er sich zunächst anpassen muss. Das kann er ja noch ein bisschen. Mich nervt das sehr. Ich habe die Rolle meiner Mutter übernommen, aber meine Mutter ist ja auch gestorben, und was mache ich mit *meiner* Trauer? Das geht an ihm vorbei ,und er kann nicht darauf reagieren. Meine Trauer ist auch noch da, und ich muss sie mit Aktionismus überdecken. Fragen nach den Umständen ihres Todes stellt er auch nur noch selten. Ich habe das Gefühl, diese Demenz ist etwas, das ihn so abschottet. Er redet mit mir so gut wie gar nicht, höchstens ein bisschen, wenn andere Leute da sind. Auch mit meiner Mutter hat er nicht mehr geredet. Das ist so frustrierend: Ich frage etwas und bekomme keine Antwort. Wenn ich es ebenso mache, ist er sauer. Manchmal antworte ich auch nicht, wenn er so blödsinnige Fragen stellt. Zum Beispiel stelle ich ihm Schokolade hin, und er fragt, was das ist oder was er damit soll. Wenn ich gut drauf bin, erkläre ich es ihm, manchmal sage ich aber auch nichts. Das ist die einzige Kommunikation am Tag. Ansonsten fragt er, was er machen soll. Ich schlage ihm dann vor, sich in seinen Sessel im Wohnzimmer zu setzen, Zeitung zu lesen oder fern zu sehen.
Hoffnungen durch das Forschungsprojekt hatte ich eigentlich nicht gehabt, ich habe nur das Gefühl, ihn irgendwie beschäftigen zu müssen. Er sitzt einfach nur ´rum und macht gar nichts außer fernsehen. Deswegen hatte ich ihn auch schon zur Gymnastik angemeldet oder ich habe Scrabble oder anderes mit ihm gespielt. Das hat er lange mitgemacht, jetzt noch ein bisschen. Von sich aus macht er einfach gar nichts. Ich hatte auch schon selbst einmal probiert, mit ihm Kirchenlieder zu singen. Anfangs habe ich ihn auch noch in die Kirche mitgenommen. Nachdem er meinte, nicht singen zu können, habe ich ihn ermuntert, und dann haben wir Kirchenlieder gemeinsam gesungen. Dabei hat er aber so sehr geweint, dass ich das nicht für geeignet gehalten habe. In der Anfangszeit nach dem Tod meiner Mutter war er ohnehin ständig am Weinen gewesen, und ich war froh, dass das etwas nachgelassen hatte und er sich langsam wieder etwas gefangen hatte. Psychopharmaka hätte ich auch nicht so gern geben wollen. Das Kirchenliedersingen habe ich dann wegen seines Weinens nur ein-, zweimal gemacht. In die Kirche nehme ich ihn auch nicht mehr mit, weil er es entweder akkustisch nicht mehr versteht oder die Predigt inhaltlich nicht mehr begreift. Der Kirchgang dauert für ihn auch zu lange, sodass er unruhig wird. Früher hat er zwar in der Kirche nicht gesungen, aber immer den Text mitgelesen.

Ich wollte einfach, dass es ihm besser geht, dass er etwas aufgeheitert wird und dass jemand ihn als Person ernst nimmt. Denn das mache ich gar nicht so richtig: Ich muss soviel für ihn machen (Haushalt, Organisation, Papierkram), dass ich so

sehr belastet bin und froh bin, wenn es irgendwie läuft. Es gibt Leute, die sind weitaus pflegebedürftiger, aber ich bin froh, wenn der Tagesablauf ohne größere Probleme klappt. Um sich mich mit meinem Vater zu beschäftigen, dazu habe ich gar keine Nerven mehr. In den ersten eineinhalb Jahren, als ich nur zu Hause war, habe ich das vielleicht noch mehr gemacht, aber nach zwei Jahren musste ich mich nach Aufforderung des Arbeitsamtes mehr bewerben und habe gedacht, dass es vielleicht besser wäre, mehr zu arbeiten und hier einmal ´rauszukommen. Ich habe jemanden zur Beschäftigung, dass sie mit ihm ´rausgeht oder ´mal ein Spiel spielt. Das klappt eigentlich ganz gut, so richtig kontrollieren kann ich das allerdings nicht. Aber alles immer nur alleine machen, das geht einfach überhaupt nicht. **Ich wollte mit dem Projekt etwas für ihn speziell, auch weil ich Therapie nicht leisten kann.**

In der Angehörigengruppe war es hilfreich, das Gefühl zu haben, mit dem Problem nicht allein zu sein. Wenn ich ´mal innerlich ausraste, ärgere ich mich über meine eigenen Aggressionen, merke aber dann, dass es bei den anderen genauso ist und habe nicht mehr rein so schlechtes Gewissen. Im Vergleich mit den anderen habe ich gemerkt, dass mein Vater gar nicht so schwierig ist. So ist er beispielsweise nicht aggressiv, aber das ewig Depressive, das macht einen auch fertig. Die Berichte der anderen Teilnehmer haben mir Mut gegeben, dann doch noch weiterzumachen.
Bei der Verwandtschaft habe ich nicht viel Verständnis gefunden. Meine Schwägerin hat ihn gelegentlich genommen und erfahren, wie es ist, aber die anderen haben sich mehr oder weniger zurückgezogen und melden sich einfach nicht mehr. Auch meine Töchter, niemand wollte etwas mit der Pflege zu tun haben und haben es abgelehnt. Eine Tochter kommt noch alle paar Wochen, will mir aber jetzt noch nicht einmal helfen, ein Schränkchen von oben herunter zu tragen. In der Gruppe hatte man Leute, die das nicht abtun, sondern zuhören und einen ernst nehmen. Zum Glück habe ich Hilfe aus dem Freundeskreis und von Nachbarn oder einem Bekannten, den ich bezahlt habe. So richtige Hilfe hatte ich allerdings nie und bei fast allen dafür bezahlen müssen. Der Mann meiner Freundin hat mich bei handwerklichen Dingen sehr unterstützt und ist ein einsames Beispiel von Hilfsbereitschaft gegenüber 10 bis 20 Verwandten, die keinen Finger rühren. Ich kann es verstehen, dass sie mit ihren eigenen Schwierigkeiten beschäftigt sind, aber mein Bruder hätte Kapazitäten frei. Zwei haben mich einmal für eine Woche besucht und eine davon hat mich mit Kochen unterstützt, die andere ist wenigstens ´mal gekommen. Die fehlende Hilfe war mein größtes Problem. Besonders, dass meine Töchter gar nichts machen und noch nicht einmal auf ihren Großvater an einem Wochenende aufpassen. Ich will nicht den Kontakt zu meinen Kindern völlig verlieren oder einen Krach herbeiführen, aber manchmal ist mir schon danach zumute gewesen. Meine Eltern haben sie schließlich früher auch hier aufgenommen, als mich mein Mann verlassen hatte und ich mit den Kindern hierher gezogen war. Meine Mutter war da die aktive Kraft, mein Vater hat noch nie viel für jemanden gemacht, aber er hätte ja auch dagegen sein können. Ich verstehe das nicht so richtig, ist das der Zeitgeist?

Ich fand es im Musikteil der Angehörigengruppe lustig zu sehen, wie sich die verschiedenen Persönlichkeiten, die man durch das Gespräch schon ein bisschen gehört hat, dann in der Musik ausgedrückt haben, wie man sich einbringen konnte, so ein bisschen Interaktion.
Die Hauptsache war, dass das so Spaß gemacht, und einen aus der depressiven Stimmung geholt hat. Das war, glaube ich, bei allen so, das hat einen da ´rausgebracht. Wir konnten auch ´mal irgendwelche Stimmungen ausdrücken. Beim vorletzten Mal war es einmal etwas chaotisch, da habe ich Takt geschlagen, und da sind mir alle gefolgt, das fand ich irgendwie lustig und hat mir auch Spaß gemacht. Dann kann auch ´mal ein bisschen Power herauskommen und man kann einmal ganz andere Eigenschaften zeigen als das Bedrückte, das von Arbeit überhäuft Sein und gar nicht so zum Leben Kommen. Die Musik, das ist halt so etwas Lebendiges, Lebensfreude, die man einmal ´rauslassen konnte. Das hat sich gezeigt, dass ich einmal draufhauen konnte, das war bloß so ein Holzklotz, eigentlich gar nichts Richtiges, aber das hat so geknallt mit einem scharfen Rhythmus. Man kann aber mit allen Instrumenten etwas ausdrücken: Wenn ich Flöte gespielt habe, konnte ich ein bisschen lyrische Sachen ´reinbringen. Mit der Flöte kann man sich äußern wie beim Sprechen.
Ich habe auch Harfe gespielt, die ich noch nie in meinem Leben angefasst hatte. Ich bin ja Bläserin und fand es gut, dass sie sich so leicht spielen ließ, ich hatte gedacht, es wäre schwieriger. Ich habe relativ schnell die Tonleiter herausgefunden. Es ist ein zartes Instrument, auf dem man zarte Gefühle ausdrücken konnte. Das Ausprobieren hat mit immer schon Spaß gemacht, aber oft hatte ich erst einmal einen Punkt, an dem ich keinen Einfall hatte, was ich machen könnte. Aber im Laufe der Entwicklung des Spiels der anderen, da ist mir dann etwas eingefallen, das mich irgendwie angeregt und hat sich ganz locker entwickelt. Es hat mir auch gefallen, sich mit der Harfe richtig unterhalten zu können, denn die anderen haben darauf reagiert – bis auf den einen Teilnehmer, der sich am Klavier völlig unbeeindruckt ausgedrückt hat. Aber sonst hat die Gruppe immer reagiert, es gab Zwiegespräche und Entwicklung.
Unter den Teilnehmern hat es auf jeden Fall eine musikalische Entwicklung gegeben: Am Anfang waren die meisten noch ziemlich vorsichtig und hatten ja auch noch nie so ein Instrument gespielt, dann haben sie sich am Schluss viel mehr getraut als vorher. Auch überhaupt sich auszudrücken und in musikalischen Dialog zu gehen. Wir haben ja auch oft Runden gehabt, in denen wir hinterher sagen sollten, wie man sich beim Spielen gefühlt hat. Da haben viele etwas dazu gesagt und auch erklären können, was sie gemacht haben und was sie dabei gefühlt hatten, was am Anfang ja nicht so selbstverständlich und etwas schwierig gewesen war. Vor allem in einem Gruppenmechanismus zu spielen, hatten die meisten wahrscheinlich noch nie gemacht. Ich glaube, das hat den anderen genauso Spaß gemacht und ein bisschen Lebensfreude geweckt und ausgedrückt.
Nach den Angehörigenabenden war ich durch das Musizieren in lockerer Stimmung, es sei denn, ich hatte wie manchmal eine grauenhafte Rückfahrt.

Im Rückblick würde ich meinen Vater für dieses Projekt auf jeden Fall wieder anmelden. Ich finde Musiktherapie gut für ihn. Ich möchte das auch gern auf privater Basis weitermachen. Für meinen Vater ist Zuwendung das Wichtigste und dass er seine Gefühle so ein bisschen bearbeiten kann, was ich nicht mit ihm machen kann. Ich kann alles Mögliche, aber das kann ich nicht. Deswegen bin ich dankbar, wenn jemand anderes das mit ihm versucht, einfach ist es ja nicht mit seinen Einschränkungen.
Auf das Projekt hat mich eine Kunsttherapeutin gebracht, und ich hatte zuerst an Maltherapie für meinen Vater gedacht, woraus dann aber nichts geworden ist. Ich denke, kreative Mittel, Gefühle ausdrücken, das geht so über den Verstand hinaus und man kann es auch mit Demenz noch machen.

Patient P5: Frau Strauch
Interviewpartner: Herr Strauch (Sohn)

Im Moment habe ich das vorherrschende Gefühl des Abschiednehmens. Ich bin in eine Situation hineingekommen, die ich mir vor einem Jahr überhaupt nicht vorstellen konnte. Damit sind innerliche Wandlungsprozesse mit mir persönlich verbunden: So ein etwas anderes Verhältnis und Verständnis in Bezug auf die Familie, einmal als ganze Gruppe gesehen, und vor allem mit meiner Mutter.
Es sind immer so Etappenannäherungen. Einerseits eine bewusste, bejahende Annäherung und andererseits gleichzeitig stückweise ein Gefühl von Bedrohlichkeit. Ich frag´mich dann, wie ich mit dem oder jenem umgehen soll. Eine weichere Seite zeigen können und vielleicht auch müssen. Weil man nicht anders kann.
Für mich persönlich hat die Musiktherapie ein Stück weit einen neuen Zugang zu einer neuen Gefühlswelt ermöglicht, und das finde ich sehr schön. Das Schöne an der Musiktherapie ist, dass ich nicht unbedingt das Wort suchen muss. Ich kann sozusagen den Kopf ausschalten. Es sind dann wieder Gefühlswelten spürbar, die authentischer als über das Wort kommend sind. **Mit dem Wort kann man ja noch viel hinbiegen.**
In der Angehörigengruppe war das eigene Musizieren und das in der Gruppe für mich neu. Diese Form der Annäherung fand ich immer sehr schön. Ich war ja manchmal nicht da, was ich im Nachhinein sehr bedauerlich finde, aber nach Möglichkeit würde ich so gerne weitermachen. Musik interessiert mich ohnehin sehr und gefällt mir sehr, und dieses Experimentieren mit Tönen fand ich sehr schön. Und die vielen Instrumente dort, die man sich aussuchen konnte, obwohl ich mich immer nur auf zwei oder drei beschränkt habe. Klavier gefällt mir ohnehin, und ich werde sicherlich später ein Klavier kaufen. Und bestimmt auch ein *Bandoneon*. Mir fällt ein, dass ich ihre Äußerung so verstanden habe, dass man damit Sehnsucht ausdrücken kann. Ich fand die ganze Bandbreite des Tasten-Spielens, Ziehens, Quetschens sehr interessant, das sind so schöne, warme Klänge. Klavier und *Bandoneon* sind super, mit Schlagzeug habe ich ein Problem, aber die zwei Instrumente sind sehr schön.
Das Musizieren mit anderen zusammen war ein gemeinschaftliches Erleben.
Und ich fand gut, dass ich die anderen alle so stehen lassen konnte, wo sie sind und so, wir ich sie erfahren habe. Egal ob Mann oder Frau und egal, bei welchem Instrument sie standen. **Nie hatte ich das Gefühl, dass jemand in meine Gefühlswelt eingedrungen wäre und mein Gefühl so berührt hätte, dass es mir nicht gut ginge.** Anders habe ich das in der Kunsttherapie beim gemeinsamen Malen erlebt, wenn z.B. jemand einen Pinselstrich auf meine Seite gemacht hat. Da kann es zu sehr starken Zerwürfnissen kommen, im Moment des Malens und in der späteren Aufarbeitung. In der Musiktherapie hatte ich nie das Gefühl, dass mir etwas aufgezwungen wird, sondern ich hatte immer freie Entschei-

dungsmöglichkeit. In einem bestimmten, vorgegebenen zeitlichen Rahmen zwar, aber die anderen habe ich nie als Einmischung oder als Aufoktroyierung empfunden. Eine starke Authentizität und Autonomie, das war sehr schön zu erleben. Das Musizieren war ein gemeinsames Erleben, bei dem jeder sein konnte wie er ist.
Leider hat dieser Abend nur einmal im Monat stattgefunden. Ich habe ja auch eine Zeit lang gefehlt, aber ich hätte mir ein Stattfinden ca. alle zwei Wochen gewünscht. Damit hätte ich mir mehr Möglichkeiten für mich eröffnet. Der Gedanke an das Sehnsüchtige beim *Bandoneon* holt mich gefühlsmäßig im Alltag gelgentlich wieder ein, so saß ich gestern Abend nach längerer Abwesenheit allein in meinem Zimmer und habe darüber nachgedacht, wo meine Reise eigentlich hingehen soll.

Die Musiktherapie war auch eine Ergänzung zu meiner Palliativausbildung, bei der ich mich intellektuell u.a. mit den Themen Abschiednehmen und Entschleunigung des Lebens beschäftigt habe. Dann war die Beschäftigung mit der Musiktherapie eine Entlastung, da sie einen anderen Zugang ermöglichte und ich mich recht wohl gefühlt habe.

Bei häufigeren Abenden hätte ich mir noch andere Instrumente angeschaut und ausprobiert. Eine solche Bandbreite an Instrumenten habe ich auf engem Raum so noch nie erlebt. Ich mag mehr verspielte und weiche Instrumente mit zarten Klangmöglichkeiten. Nach den Musikrunden hat jeder etwas zu seinem Spiel gesagt und seine eigene Geschichte miteingebracht. Es gab immer einen Leitsatz, ein Ergebnis, das ich aber gerade nicht abfragen kann. Wenn die Runde kleiner war und sich selten sieht, fehlte schon etwas und man weiß von den anderen einfach zu wenig. Aber in dem gemeinsamen Spiel, wo jeder etwas eigenes gespielt hat, war gar kein Unterschied zu spüren, ob wir viele oder wenige waren. Da war mehr Gemeinsamkeit zu spüren. Im Gruppengespräch aber, wenn man sich auf das Wort zurückzieht, kommen die eigenen Geschichten der anderen mosaikartig stärker zur Geltung. Im gemeinsamen Spiel, wo jeder etwas eigenes gespielt hat, war mehr Gemeinsamkeit zu erspüren. Wenn man sich dann auf das Wort zurückzieht, kommen dann die Geschichten der anderen natürlich mosaikartig eher zur Geltun. **Im gemeinsamen Spiel wird trotz der eigenen Geschichte eine gewisse Gemeinsamkeit erzeugt, die sich aber dann in der Sprache, in dem Gespräch auch ein Stück weit wieder auflöst.** Jeder kann je nach Befinden sein Terrain für sich erschließen oder erweitern. Es gab Situationen oder Gefühlswelten, in denen ich durch mein Spiel sehr nachdenklich oder emotional berührt war, und ich bin dankbar für die Möglichkeiten, die ich da für mich erschließen konnte.

Ich fand es seltsam, dass jeder zu einem Thema seinen Part spielt, es trotzdem eine Gemeinsamkeit gibt, und ich mich von keinem anderen Instrument bedroht gefühlt habe. Ich sehe witzigerweise die Instrumente eher als Menschen, und ich kann die Instrumente den Spielern zuordnen. Jedes Instrument hat gewisse Charaktereigenschaften. Es war ein gemeinsames Schwingen beim Musizieren

da. Ein Konglomerat, aber nicht im Verschwimmen oder im Kuddelmuddel, sondern jeder hat seinen Part gespielt. Im anschließenden Gespräch fand kein chirurgisches Auseinandernehmen statt, aber ein gewisses Reduzieren auf die Ebene Kopf, der mehr in Anspruch genommen wurde. Ich kann mit dem Kopf mehr zensieren als mit dem Instrument.
Das gemeinsame Erleben hatte auch etwas von Getragensein in der Gruppe. Es war ein Vertrauensfeld, Vertrauensverhältnis geschaffen worden.
Die Eingangsgespräche beim Reinkommen waren wie ein Warmlaufen mit Informationen über mein Befinden. Und es hat sich herausgestellt, was ich an diesem Abend machen möchte. Dann gab es ein gemeinsames Finden in einer gewissen Aufgabe für jeden Einzelnen. Aus dem gefundenen Thema jedes Einzelnen wurde sich für das passende Instrument entschieden. Die Gemeinsamkeit in der Musik war ein sehr schönes Getragensein. Das Spielen war für mich immer wunderbar. Die Gesprächsformen kenne ich schon (anderweitig) sehr gut, das Spielen hatte für mich nochmal eine andere Authentizität.
Schade, wenn die Gruppe nicht pünktlich kommt. Zerrissenes Eintrudeln kostet Zeit.
Tipps sind unheimlich wichtig.
Am ersten Abend war die Gruppe anders zusammengesetzt, und ich hatte den Eindruck, dass die Teilnehmer schon länger mit Ihnen zusammen gearbeitet haben. Nach meinem Gefühl war da mehr emotionaler Austausch möglich. Jetzt am Ende mit den Neuen war das noch eine andere Stufe, da ging es eher noch um praktische Tipps im Umgang mit dem Angehörigen daheim.
Schade, dass es keine Teilnehmerliste gibt, um spontan jemanden telefonisch um Rat fragen oder selbst weiterhelfen zu können. Vielleicht findet sich dann eine neue Gruppe. Der Austausch vor dem Musizieren ist sehr wichtig. Denn am Ende ist jeder nach dem Verabschieden seines eigenen Wegs gegangen. Manchmal gab es große Lücken, wenn jemand einmal nicht kommen konnte. Aber in dem gemeinsamen Musizieren ist das ja nie aufgefallen, das finde ich auch so toll!
Wenn man da so gesessen hat und sich vier Wochen oder länger nicht gesehen hatte, habe ich nie das Gefühl von Draussensein oder Isoliertsein gehabt. Man war in der Gruppe, wo man auch Musik macht, getragen von Vertrauen. Ich habe nie Angst gehabt und immer das gemacht, wozu ich Lust gehabt hatte, das fand ich auch gut.

Am Anfang fragte meine Mutter immer, wer das sei und was sie wollte. Meine Erklärungen, um was es geht oder gehen könnte, wurden nicht richtig verstanden. Dann habe ich gesagt, dass sie doch immer gern Musik macht, Klavier spielt und singt.
Früher hat sie mich sehr genervt, wenn sie mich zum Tanzen auffordern wollte, weil mein Vater nicht tanzen konnte. Ich wollte das nie, das war mir viel zu eng. Es hat mich auch genervt, wenn meine Mutter während des Kochens oft gesungen hat. Musik war für sie ein wichtiger Bestandteil. Nach dem Tod des Ehemanns hat sie sich das Klavier gekauft. Im Krieg hat sie sich nach russischen Tiefflliegerangriffen, nachdem sie sich von Haus zu Haus heim gerettet hatte, ans

Klavier gesetzt und einfach gespielt. Meine Mutter hat mir das so vermittelt, dass ich Instrumente immer ein Stück weit als Lebensrettung gesehen habe. Ihr Erlebtes und die Musik waren wie ein Hinabtauchen in Sicherheit und Geborgenheit. Das anfängliche Abwehren der Musiktherapie lag daran, dass sie Sie nicht kannte. Sie hat den Menschen gesehen, der in ihr Haus sozusagen eindringt. Ich habe ihr immer versucht zu sagen, dass da jemand ist, der ihr etwas Gutes tun und mir ihr gemeinsam ein paar Stunden erleben will. Sie hat sich immer mehr geöffnet. Ich habe mich immer fern gehalten und wollte immer, dass die Stunden nur Ihnen Beiden gehören. Wenn ich von oben Klavierspielen gehört habe, habe ich mich gefreut.
Wenn meine Mutter sich außerhalb der Musiktherapie ans Klavier gesetzt hat und ein bisschen herumgeklimpert hat, habe ich mich auch sehr gefreut. Die Abstände beim Klavierspielen wurden immer größer. Aber wenn Sie da waren, hat sie sich manchmal ans Klavier gesetzt und irgendetwas geklimpert, das war schön. Manchmal habe ich ein anderes Notenblatt gesehen. Meine Mutter kann ja nur nach Noten spielen.
Die Ankündigung der Musiktherapiestunde war ihr manchmal lästig und zuviel. Aber wenn Sie dann da waren und ich abends kam, erinnerte sie sich an Ihren gestrigen Besuch. Was sie gemacht hatte, wusste sie nicht mehr genau, aber sie erwähnte das gemeinsame Spiel. Ich habe gemerkt, dass sie das freut. Aber am Anfang waren da relativ starke Widerstände.
Die Hausbesuche habe ich auch als Entlastung für mich empfunden.
Dort, wo sich meine Mutter ein Stück weit geöffnet hat, habe ich das Gefühl einer persönlichen Entlastung gehabt. Ich, weiß, dass meine Mutter in der einen Stunde, in der Sie nur für sie da sind, in eine für sie irgendwie hilfreiche Umgebung eingetaucht ist, wenn das gelingt. Das finde ich sehr beruhigend. Ich weiß, in den ein, zwei Stunden darf sie unverfälscht sein. Ich finde das sehr schön. Ich habe ihr gesagt, dass nicht jeder eine solche Möglichkeit bekommt, da muss man auch dankbar sein. Ich kann mir vorstellen, dass sie Sie ein Stück weit vermisst und werde sie fragen. Jetzt geht es ihr nicht so gut und würde ihr wohl alles zu viel sein. Ich glaube, dass das eine Jahr mit Ihnen einfach gut und nützlich für sie war: diese emotionale Öffnung.
Früher hat sie mit preussischer Strenge das emotionale Familiengeschehen finanziell gesteuert und bestimmt, wer was und wieviel bekommt. Diese Kontrolle hat mich immer genervt. Jetzt regele ich die Finanzen für den Pflegebedarf meiner Mutter und sage ihr nicht mehr alles. Etwas verändert sich: Meine Mutter wird fragiler und macht uns die Endlichkeit des Lebens bewusst, und ich bekomme andere Zugänge zu ihr. Es geht darum, wie wir uns mit Endlichkeit des Lebens annähern und uns mit ihr anfreunden können. Ich versuche, auch meine Geschwister zu beteiligen durch Gespräche und Wochen- und Monatspläne. Das entlastet mich und verändert die Geschwisterbeziehungen. Ich möchte mögliche Konflikte über das Erbe vermeiden und Dinge vorher regeln. Durch die Musiktherapie habe ich einen anderen Zugang zu mir selbst und zu meiner Mutter gefunden. **Ich erlebe meine Mutter weicher, weicher noch als vor einem Jahr.**

Ich fühle mich jetzt etwas traurig. Ich habe ein Gefühl von Dankbarkeit. Für eine persönliche Annäherung und dass eine Annäherung in der Familie stattgefunden hat. Ich habe ein Gefühl von Abschiednehmen und Nähe.

Patient P6: Herr Stetter
Interviewpartner: Herr Stetter (Sohn)

Das Projekt war eine interessante Erfahrung. Zum Zeitpunkt der Anmeldung kannten wir Kinder weder den Hintergrund noch den Ablauf genau. Musik war in unserer Familie wichtig, und wir haben deshalb unsere Eltern angemeldet. Sie sollten vielleicht irgendwie motiviert werden.
Interessant war Ihr erster Besuch, bei dem Sie die *Ocean Drum*, die ich noch nie gesehen hatte, dabei gehabt hatten. Sie hatten das Instrument meinen Eltern einfach einmal zum Probieren gegeben, sie hatten noch nie im Leben so etwas Fremdartiges in der Hand gehabt. Das war interessant, wie sie darauf reagierten.
Mein Vater hat diese Stunden sehr genossen, nur Zeit für sich zu haben und dass es mal nur um ihn geht.

Insgesamt hat sich durch die Musiktherapie eher nichts geändert.
Wenn wir zum Beispiel Musik anmachen und verstärkt klassische Musik mit ihm hören, wir können nichts Positives oder Negatives feststellen, es ist einfach neutral. Wenn wir kommen und Musik auflegen, sind normalerweise mehr Leute als gewohnt da, und wenn Gespräche im Vordergrund waren, dann haben wir den Eindruck, die Musik im Hintergrund ist ein Störfaktor. Wir haben auch Platten aufgelegt mit Musik von früher, z.B. sonntags zum Frühstück, Schlager oder Opernauszüge. Das hat sich mein Vater angehört, aber keine Begeisterung oder einen Wiedererkennungseffekt gezeigt. Auch keine Mimik, ob es ihm gefällt.

Am selben Tag nach ihren Besuchen hatte ich immer den Eindruck, dass es etwas Positives für ihn war. Eine schöne, positive Stunde. Es hat ihm gefallen und gut getan und ihn zufrieden gemacht. Wenn ich Sie im Vorfeld angekündigt hatte und dass sie zusammen Musik machen, da hatte ich schon den Eindruck, dass er sich erinnert hat. Er zeigte dann einen freudigen Gesichtsausdruck.

Beim ersten Angehörigentreffen wusste ich nicht, was mich da erwartet. Die Gespräche am Anfang über die häusliche Situation bei den Teilnehmern fand ich einen guten Einstieg.
Dass wir zusammen musizieren werden, war meiner Schwester und mir schon klar gewesen, aber wir haben eher an Noten und an Singen gedacht. So professioneller, wie man es aus dem Chor gewohnt ist, war unsere Erwartung. Es war ungewohnt, so viele Instrumente zu sehen. Die Aufgabe zu Beginn, gucken Sie sich mal um und suchen Sie sich ein Instrument aus oder probieren Sie ´mal aus, das habe ich noch nie gemacht. Das war schon eine interessante Erfahrung, einfach mal was ausprobieren zu können. Und dass jeder sich dann ein Instrument nimmt und vor sich hinspielt und sich dann irgendwie ein Klang oder eine Melodie ergibt aus den verschiedenen Instrumenten. Das war auch jedes Mal

unterschiedlich, manchmal fand ich es "tierisch nervtötend" und "richtig ätzend", was vielleicht an meiner Tagesform gelegen hat, ob ich mich auf das Ausprobieren einlassen kann oder auch nicht…ob der Tag stressig war oder ob ich hierhin noch hetzen musste. Der Klang hat sich irgendwann angeglichen, irgendwann gab es eine Melodie, die ich gar nicht so schlecht fand. Bis dahin ging mir das Disharmonische tierisch auf den Nerv, bis es dann schön war und was an verschiedenen Klängen herausgekommen ist. Ich habe dann trotzdem mitgemacht, am Ende war es ja schön. Aber manchmal war es schon Arbeit oder eine gewisse Überwindung. Am Ende der jeweiligen Abende war immer etwas Positives da. Ich bin manchmal ohne Lust gekommen, aber gegangen immer mit einem positivem Erlebnis. **Der Tag war so abgewaschen worden.** Das war gut, egal, wie und "schräg und krumm" die Musikstücke gewesen waren. Das letzte Mal war es vollkommen okay, das fand ich schön. Und es hat Spaß gemacht.
Die unterschiedlichen Instrumente hatten sich am Ende gefunden. Bei den Interpretationen der Musik und der eigenen Gefühle habe ich mich konzentriert und mich an das Klangerlebnis erinnert, das war immer ein positives Erlebnis.
Anfangs war die Musik immer "Katzenmusik zum Davonlaufen", und im Verlauf des Stücks haben sich die Instrumente angeglichen. Am Ende war es irgendwie doch harmonisch. Das Interpretieren der einzelnen Instrumente war interessant.
Die Aufgabe, Empfindungen oder eine Thematik herausarbeiten zu sollen, war interessant. Das anschließende Interpretieren mit Worten fand ich dann immer spannend. Jeder hatte probiert, die gestellte Aufgabe mit seinem Instrument umzusetzen. Dabei hat jeder auf den anderen gehört, damit es klanglich und im Takt angleicht zusammen passt. Auch zu hören, was die anderen empfunden haben. Und ob es funktioniert hat, die Vorgabe umzusetzen: subjektive Einstellung, z.B. super gelungen, aber ein anderer sieht das ganz anders. Das war extrem neu für mich. Im Zusammenhang mit dem Medium Musik war es für mich neu, mich mit den eigenen und den Empfindungen anderer auseinanderzusetzen. Aus dem früheren Gitarrenunterricht oder der Chorarbeit kenne ich das, sich mit Empfindungen auseinanderzusetzen, wenn ein richtiges Stück erarbeitet wurde, aber dann waren die Empfindungen vorgegeben und man hat nach Noten musiziert. Aber das freie Spielen oder das Ausprobieren, wie eines der Instrumente klingt, war eine ganz neue Erfahrung.
Ich mag besonders das *Cello*, allein wie es aussieht, und auch den Ton finde ich wunderschön. Ich hatte als Kind eine Geige schon einmal in der Hand gehabt, aber schnell wieder weggelegt, es war ja auch ein anderer Anspruch: Ich wollte einen schönen Ton spielen und hatte das nicht geschafft.
Positiv war, überhaupt einmal über die häusliche Situation zu reden. Drüber nachzudenken und es zu formulieren, wie die Situation eigentlich ist, was ist gut, was nicht, was funktioniert gar nicht. Sonst funktioniert man selbst nur und versucht, Privatleben und Eltern, alles unter einen Hut zu bringen. Man macht einfach, dass alles klappt. Jetzt konnte man mal darüber nachdenken und genauer wahrnehmen, z.B. wie reagieren die Eltern, wenn ich komme? Wenn ich mir mehr Zeit für die Eltern nehme, dann habe ich die Möglichkeit, ihre Reaktionen mehr zu beobachten. Die Eltern können sich umgekehrt auch mehr

auf mich einlassen. Auch von anderen und deren Situation zu erfahren, von unterschiedlichen Menschen mit sehr ähnlichen Problemen, war sehr, sehr hilfreich. Im Bekanntenkreis diskutiert man so ein wenig erfreuliches Thema nicht. So war das einfach mal ein Ort, wo man sich austauschen konnte – eine tolle Erfahrung.
Anregungen und Hinweise auf weitere Hilfen oder Förderung war super, denn mit manchen Themen steht man ja alleine da.
Die Erfahrungen der anderen mitbekommen und mitnehmen und selber darüber sprechen, das gibt einen Input von anderen. Dadurch kann ich die Zeit mit den Eltern besser nutzen, nicht gestresst und zwischendurch sondern bewusst dorthin gehen. Die Angehörigengruppe hat für mich diese Auswirkung auf den Umgang gehabt.

Die Atmosphäre in der Angehörigengruppe fand ich erstaunlich, denn es waren ja alles Leute, die sich vorher noch nie gesehen hatten. **Man konnte über dieses Thema ganz offen sprechen, als ob man sich schon ewig kennt.** Das ist teilweise ein schon intimes Thema und ich hätte eine gewisse Hemmschwelle erwartet. Die war überhaupt nicht da und man konnte offen sprechen, und es wurde auch ganz offen gesprochen. Das fand ich toll, es war eine tolle Erfahrung, mit quasi wildfremdem Menschen über dieses Thema zu sprechen, vielleicht hat es das auch so einfach gemacht.

Durch das Projekt hat sich das eigene Empfinden positiv verändert.
Im Umgang mit meinem Vater hat sich durch die Musiktherapie nichts geändert.
Positive Effekte für ihn waren eine Momentaufnahme, nichts Nachhaltiges. Keine Verbesserung der Stimmung oder der Kommunikationsfähigkeit. Beim Musik-auflegen auch kein z.B. Wiedererkennungseffekt oder eine Äußserung, das Stück schon immer mal wieder zu hören gewünscht zu haben. Auch zum Geigespielen war er nicht wieder zu bewegen.
In der Kurzzeitpflege wurde auch gesungen, meine Eltern haben dort sehr gerne und gut gesungen. Bei uns funktioniert das nicht. Auch Musik im Fernsehen scheint ohne Emotionen so abzuspulen. Vielleicht machen wir da etwas falsch, denn hier Zuhause herrscht doch eine gewisse Vertrautheit, und Musik war in der Familie immer wichtig.