



Musiktherapie in einem ambulanten psychoonkologischen Kontext

*Eine Grounded Theory Untersuchung zur Auseinandersetzung mit
einer Krebserkrankung in der Einzelmusiktherapie*

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades „Doktorin der
Philosophie / Doktor der Philosophie (doctor philosophiae = Dr. phil.)“
im Fach Musiktherapie
an der
Hochschule für Musik und Theater Hamburg

vorgelegt von
Pia Preißler
aus Hamburg

Erstgutachter*in: *Prof. Dr. sc. mus. Eckhard Weymann*

Zweitgutachter*in: *Univ.-Prof. Dr. med. Dr. sc. mus. Thomas Stegemann*

Drittgutachter*in: *Dr. Frank Schulz-Kindermann*

Einreichung: Mai 2020

Verteidigt am 26.10.2020

Dank

Diese Untersuchung würde nicht, oder nicht in dieser Form vorliegen ohne eine Reihe von Unterstützer*innen. Ihnen allen gilt mein besonderer und großer Dank!

Ich danke an erster Stelle den Patient*innen, die sich auf eine musiktherapeutische Begleitung in der Ambulanz eingelassen und ihre Erfahrungen darin für den Forschungsprozess geteilt und zur Verfügung gestellt haben. Insbesondere möchte ich auch ihre zeitaufwändige Beteiligung im Prozess der *Kommunikativen Validierung* wertschätzen. Das Mitdenken und das positive Feedback auf die Unternehmung dieser Dissertation waren sehr inspirierend und motivierend. Auch danke ich meinen Kolleg*innen in der Ambulanz, die die Integration der Musiktherapie in diesen Behandlungskontext ermöglicht haben und mit Interesse den Forschungsprozess begleiteten. Dank gilt im Speziellen meiner Musiktherapiekollegin Ute Hennings, die mich in die Musiktherapie in der Onkologie maßgeblich eingearbeitet hat. Durch sie habe ich die Musiktherapie im Kontext der Psychoonkologie verstehen gelernt. In unserer stationären Zusammenarbeit wurde die Idee einer Integration eines musiktherapeutischen Angebotes in den ambulanten Versorgungskontext geboren und gemeinsam haben wir diese weiterentwickelt und umgesetzt. Die vielen reflektierenden Gespräche mit ihr sind hilfreich in die Untersuchung eingeflossen.

Dank geht an die Andreas-Tobias-Kind-Stiftung, die meine Dissertation über zwei Jahre großzügig gefördert hat. Auch hat sie im Vorfeld das Projekt zur Integration der Musiktherapie finanziell großzügig unterstützt. Ebenso geht mein Dank über großzügige finanzielle Unterstützung an ProExzellenzia, die mir mit einem Jahresstipendium eine intensive Forschungsphase ermöglicht hat.

Danken möchte ich dem Leitungsteam der Medizinischen Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg- Eppendorf (Prof. Martin Härter, Prof. Corinna Bergelt, Prof. Monika Bullinger (em.), Dr. Frank Schulz-Kindermann, Prof. Holger Schulz), die mir einen Forschungskontext und dementsprechende Ressourcen zur Verfügung gestellt haben. Dem Leiter der Ambulanz für Psychoonkologie, Dr. Frank Schulz-Kindermann sei hierbei im Speziellen ein Dank ausgesprochen. Er hat die Integration der Musiktherapie und das

Forschungsvorhaben von Beginn an aktiv unterstützt und ihr eine hohe Wertschätzung entgegengebracht.

Danken möchte ich auch den Kolleg*innen Institut für Medizinische Psychologie am UKE, die mich kollegial beraten haben, insbesondere Dr. Katharina Scheffold und PD Dr. Levente Kriston

Mein Dank gilt Prof. Eckhard Weymann für seine weise Begleitung meiner Arbeit. Die inspirierenden und motivierenden Gespräche haben mir geholfen, den Forschungsprozess eigenständig zu entwickeln, Hürden zu nehmen und herausfordernde Phasen zu bewerkstelligen.

Danken möchte ich meinen Kolleg*innen im Doktorand*innenkolloquium am Institut für Musiktherapie an der Hochschule für Musik und Theater Hamburg unter der Leitung von Prof. Eckhard Weymann (Inga Auch-Johannes, Irina Deuble, Martin Kolek, Lisa Prechtel, Anja Schäfer und Hee Deuk Shin). Mit ihnen konnte ich meinen Forschungsprozess teilen und inhaltlich entwickeln.

Weiter möchte ich Prof. Susanne Bauer, Prof. Lars Ole Bonde, Prof. Thomas Ostermann für ihre Beratungen danken.

Und natürlich geht mein Dank an meine Familie und meine Freund*innen, die mich immer wieder ermutigt und für schöne Ausgleichsmomente gesorgt haben.

Inhalt

Inhalt	1
Einleitung.....	5
1. Hintergrund.....	10
1.1 Psychoonkologie.....	10
1.2 Musiktherapie in der Psychoonkologie	14
1.3 Empirische Befunde aus qualitativen Untersuchungen zur ambulanten Musiktherapie mit onkologischen Patient*innen.....	20
1.4 Empirische Befunde aus quantitativen Untersuchungen zur ambulanten Musiktherapie mit onkologischen Patient*innen.....	25
2. Die Untersuchung	29
2.1 Fragestellungen	29
2.2 Wahl der Forschungsmethoden	30
2.2.1 Die Grounded Theory Methodologie	31
2.3 Das Untersuchungsdesign	39
3. Integration und Evaluation eines musiktherapeutischen Angebotes in einer Spezialambulanz für Psychoonkologie	42
3.1 Forschungs- und Erkenntnisvoraussetzungen.....	43
3.1.1 Vorbereitungen	43
3.1.2 Professioneller Hintergrund der Musiktherapeutinnen.....	44
3.1.3 Die Spezialambulanz für Psychoonkologie als Behandlungskontext	45
3.1.4 Die erste Konzeption der Musiktherapie	47
3.2 Der Integrationsprozess	48
3.2.1 „Schlüsselpunkt Team“ / Vorannahmen über Musiktherapie	48
3.2.2 „Schlüsselpunkt Erstgespräch“ / Vermittlung von Musiktherapie.....	51

3.2.3 „Schlüsselpunkt Screening“ / Entwicklung eines Musiktherapiescreenings.....	54
3.3 Die Evaluation des Integrationsprozesses.....	56
3.3.1 Einschätzungen zum Integrationsprozess nach einem Jahr.....	56
3.3.2 Erkenntnisse zur Musiktherapie in der Ambulanz nach einem Jahr	61
3.2.3 Erste Erfahrungen von Patient*innen und Angehörigen	69
3.4 Die Musiktherapiepatient*innen	69
4. Entwicklung einer Grounded Theory über den Auseinandersetzungsprozess mit einer Krebserkrankung in der Musiktherapie	71
4.1 Erkenntnisvoraussetzungen	71
4.1.1 Exkurs: Meine Annahmen über die ambulante Musiktherapie	72
4.2 Datenerhebung und Analyse.....	80
4.2.1 Exkurs: Doppelrolle Musiktherapeutin _ Forscherin im Erhebungs- und Analyseprozess	82
4.2.2 Interviews mit den Patient*innen.....	85
4.2.3 Musiktherapeutische Fallbeschreibungen	90
4.2.4 Der theoretische Samplingprozess.....	132
4.2.5 Der Kodierprozess	134
4.2.6 Entwicklung des theoretischen Modells	138
5. Das theoretische Modell	142
5.1 Modellgraphik und Modellbeschreibung	143
5.2 Der Prozess der Auseinandersetzung mit einer Krebserkrankung in einer ambulanten Musiktherapie im psychoonkologischen Behandlungskontext.....	146
5.2.1 Zusammenfassung der Theorie	205
5.3 Einbettung des Modells in die Literatur	209
6. Die quantitative Untersuchung	215
6.1 Datenerhebung und Auswertung.....	215
6.2 Ergebnisse der quantitativen Untersuchung.....	219
7. Zusammenfassung der Ergebnisse	225

7.1 Die Integration eines musiktherapeutischen Angebotes in den Behandlungskontext einer Spezialambulanz für Psychoonkologie	225
7.2 Eine Grounded Theory über den Prozess der Auseinandersetzung mit einer Krebserkrankung in einer ambulanten Musiktherapie im psychoonkologischen Behandlungskontext.....	226
7.3 Eine explorative Untersuchung eines möglichen Effektes der Musiktherapie auf Angst und Depressivität.....	228
8. Diskussion	230
8.1 Diskussion der qualitativen Untersuchung	230
8.1.2 Die Güte des Forschungsprozesses	231
8.1.3 Die Güte in Bezug auf das Forschungsprodukt.....	234
8.2 Diskussion der quantitativen Ergebnisse	238
8.3 Diskussion der Methodenintegration	242
9. Ausblick und Schluss.....	244
Literaturverzeichnis.....	247
Verzeichnis Tabelle und Graphiken	257
Anhang [1] – [219]	

Einleitung

In Deutschland werden jährlich rund 500.000 Krebserkrankungen neu diagnostiziert (Krebsinformationsdienst, 2020). Für viele der Betroffenen stellt die Diagnose einen schwerwiegenden Einschnitt in ihr bisheriges Leben dar. Die medizinische Behandlung mit ihren Nebenwirkungen, der Verlust von Lebensqualität und die Bedrohung durch ein mögliches Versterben an dieser Erkrankung überfordern oft die eigenen Bewältigungsstrategien und setzen die Patient*innen unter einen hohen Distress. Kuhnt et al. (2016) stellen eine 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen bei erwachsenen Krebspatient*innen von knapp 40 % fest.

Die Psychoonkologie ist eine Disziplin, deren Interventionen der psychosozialen Unterstützung von Krebspatient*innen und Angehörigen bei der Bewältigung der Behandlung und in der Auseinandersetzung mit der Krebserkrankung dienen. Eine übergreifende Ausrichtung ist der Erhalt oder die Wiederherstellung von Lebensqualität sowie eine Ressourcenorientierung. Interdisziplinäre Kooperation und ein multidisziplinäres Unterstützungsangebot sind zentrale Merkmale in der Psychoonkologie (Schulz-Kindermann, 2013). Sie ist im Gesundheitswesen durch eine S-3 Behandlungsleitlinie verankert (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014). Hier findet sich auch eine Kann-Empfehlung für die Musiktherapie als psychoonkologisches Versorgungsangebot. So ist die Musiktherapie strukturell verankert, die Versorgungsrealität zeigt jedoch, dass sie bisher nur im Bereich der Palliativmedizin etabliert werden konnte. Im akutstationären Behandlungskontext halten nur einzelne Kliniken ein musiktherapeutisches Angebot vor. Ambulante musiktherapeutische Angebote finden sich kaum. International gibt es eine wachsende Evidenz für Musiktherapie in der Onkologie. Die Evidenzlage für ambulante Musiktherapie in der Onkologie ist dabei jedoch gering (Köhler et al., 2019; Bradt, Dileo, Magill & Teague, 2016).

Im Vorfeld der Untersuchung zeigte sich so ein deutlicher Bedarf an einer Etablierung ambulanter musiktherapeutischer Versorgungsangebote und deren Evaluation.

Hinsichtlich dieses Bedarfes wurde die vorliegende Dissertation ab 2013 aus einem Forschungsprojekt zur Integration und Evaluation eines musiktherapeutischen Angebotes in der Spezialambulanz für Psychoonkologie am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE) heraus entwickelt. Zu diesem Zeitpunkt stellte die beteiligte Forschungsgruppe aus ihrer klinischen Perspektive einen Bedarf an ambulanter Musiktherapie für onkologische Patient*innen

fest, der im UKE noch nicht über ein entsprechendes Angebot abgedeckt war. Es zeigte sich eine Notwendigkeit, hier eine ambulante musiktherapeutische Versorgungsmöglichkeit zu konzipieren, aufzubauen und zu evaluieren, um Patient*innen über den stationären Aufenthalt hinweg bei der Bewältigung ihrer psychosozialen Belastungen unterstützen zu können.

Die Spezialambulanz für Psychoonkologie unter der Leitung von Dr. Schulz-Kindermann ist ein Behandlungskontext, in dem erwachsene Krebspatient*innen und ihre Angehörigen ambulante psychoonkologische Unterstützung finden. Hier konnte im Zusammenhang des Forschungsprojektes ein musiktherapeutisches Angebot integriert werden. Die Musiktherapie in der Spezialambulanz stellte damit ein neu zu entwickelndes Versorgungsformat dar und war naturgemäß bisher als solches noch nicht beforscht worden.

Die vorliegende Dissertation widmet sich dem Forschungsthema „Musiktherapie in einem ambulanten psychoonkologischen Kontext“. Als forschende Musiktherapeutin motivierte mich die Aussicht, ein tieferes Verständnis über das spezifische Potenzial musiktherapeutischer Interaktion im psychoonkologischen Kontext zu gewinnen und der Frage nachgehen zu können, wodurch und wie Musiktherapie für Krebspatient*innen hilfreich sein könnte. Für mich war die Möglichkeit, eine Feldforschung und damit eine praxisorientierte Forschung durchzuführen, sehr ansprechend. Interessant erschien mir auch die Verschränkung bzw. die gegenseitige Bedingtheit der Entwicklung und gleichzeitigen Beforschung der ambulanten Musiktherapie. Diese Mischung hatte einen partizipativen Ansatz inne, der mir sehr wichtig war: das Setting mit den Patient*innen aus der gemeinsamen Erfahrung heraus zu entwickeln und zu evaluieren.

Die Untersuchung sollte dem Erkenntnisgewinn und der Verstehensbildung ambulanter Musiktherapie in einem psychoonkologischen Behandlungsfeld dienen. Ziel war es, eine dichte und anschauliche Beschreibung zu erarbeiten und eine Theoriebildung über die musiktherapeutischen Erfahrungen, die Patient*innen in der Ambulanz als hilfreich für ihren Prozess der Auseinandersetzung erleben, anzuregen. Zusätzlich sollte eine mögliche Wirksamkeit des integrierten musiktherapeutischen Angebotes exploriert werden. Die Untersuchung sollte damit einen Beitrag zur Evidenzbasierung leisten. Als angewandte Forschung sollte auch die Implementierung in den Behandlungskontext unterstützt werden. Durch die im Forschungsprozess intensivierete Reflexion der Praxis wurde eine Qualitätsentwicklung für die Musiktherapie erwartet.

Für die Untersuchung wurde ein Mixed-Methods Design erarbeitet. Im Schwerpunkt wurde eine *Grounded Theory* über den Prozess der Auseinandersetzung, wie er sich in einer ambulanten Einzelmusiktherapie im psychoonkologischen Kontext zeigt, entwickelt. Parallel wurde Daten zur psychischen Belastung der Musiktherapiepatient*innen erhoben und explorativ vergleichend ausgewertet.

Die Untersuchung beginnt mit einer überblickhaften Erkundung des Fachgebietes der Psychoonkologie, dem das untersuchte ambulante musiktherapeutische Angebot zugehörig ist (1.1). Der Kenntnisstand zur Musiktherapie in der Psychoonkologie wird in Folge zusammengefasst (1.2). Abgeleitet von einer allgemeinen Definition von Musiktherapie werden Grundzüge der Musiktherapie in der Onkologie dargestellt. Diese werden in der Beschreibung von Konzepten ambulanter Musiktherapie auf das Forschungsthema fokussiert. Es schließen sich zwei Kapitel an, in denen ein Überblick zur Evidenzlage ambulanter Musiktherapie mit onkologisch erkrankten Patient*innen gegeben wird. Kapitel 1.3 stellt eine Zusammenschau der qualitativen Forschungsergebnisse dar. Eingeschlossen werden hier auch Untersuchungen zu gruppenmusiktherapeutischen Angeboten. Das Kapitel zur quantitativen Evidenz (1.4) wird mit der Evidenzlage zu Musiktherapie in der Onkologie – settingübergreifend - begonnen. Diese Ausweitung begründet sich in der kleinen Anzahl ambulanter Musiktherapiestudien. Diese werden im Anschluss etwas differenzierter betrachtet, wobei auch hier Studien im Gruppen-setting einbezogen werden.

Im zweiten Kapitel werden die Forschungsfragen aufgestellt und deren Entwicklung skizziert (2.1). Im Folgenden (2.2) werden die Forschungsmethoden vorgestellt, die zur Erkundung und Beantwortung der Forschungsfragen ausgemacht wurden. Dabei wird als Hauptmethode die *Grounded Theory* herausgestellt und in einem Unterkapitel ausführlicher beschrieben (2.2.1). Am Ende wird das Untersuchungsdesign als ein Mixed-Methods Design begründet und graphisch dargestellt (2.3).

Kapitel 3 und 4 geben den *Grounded Theory* Forschungsprozess wieder. Dabei wird in Kapitel 3 die erste Forschungsphase beschrieben, die sich auf das Forschungsprojekt zur Integration und Evaluation der Musiktherapie in die Spezialambulanz für Psychoonkologie am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf bezieht. Das Kapitel beginnt mit den Forschungs- und Erkenntnisvoraussetzungen. Hier werden die Vorbereitungen kurz geschildert (3.1.1) und der professionelle Hintergrund der Musiktherapeutinnen aufgezeigt (3.1.2). Im Unterkapitel 3.1.3

wird die Spezialambulanz für Psychoonkologie als Behandlungskontext erkundet und anschließend ein erster Entwurf für das zu integrierende musiktherapeutische Angebot vorgelegt (3.1.4). In Kapitel 3.2 leitet die Arbeit die/den Leser*in in den Integrationsprozess hinein. Die verschiedenen für das Gelingen des Integrationsprozesses wichtigen Schritte, hier mit *Schlüsselpunkten* gefasst, werden aufgezeigt und die hier jeweils durchgeführten qualitativen Erhebungen und Ergebnisse dargestellt (3.2.1; 3.2.2; 3.2.3). Der geschilderte Integrationsprozess wurde nach einem Jahr evaluiert (3.3). Die qualitativen Ergebnisse aus hierzu durchgeführten Interviews sind anschaulich ausgearbeitet (3.3.1). In den Interviews wurden auch erste inhaltliche Erkenntnisse zur ambulanten Musiktherapie analysiert, wie sie im Unterkapitel 3.3.2 beschrieben werden. Eine Erhebung der ersten musiktherapeutischen Erfahrungen von Patient*innen und Angehörigen wird im Unterkapitel 3.2.3 angedeutet. Durch die erfolgreiche Integration, die in diesem Kapitel beschrieben wird, konnten knapp 100 Patient*innen und Angehörige musiktherapeutisch behandelt werden. In Kapitel 3.4 wird nun eine deskriptive Beschreibung der Charakteristik der Musiktherapiepatient*innen vorgenommen.

Kapitel 4 leitet in die zweite Forschungsphase über, in der die *Grounded Theory* systematisch entwickelt wird. Zu Beginn werden die Erkenntnisvoraussetzungen, die sich in der ersten Forschungsphase gebildet hatten, zusammengefasst (4.1). Die für eine *Grounded Theory* Forschung wesentliche Explikation von Vorannahmen der Forscherin wird in einen Exkurs (4.1.1) aufgenommen. Hier werden Ergebnisse eines *RepGrid Interviews* dargestellt, ebenso wie die *RepGrid Methode* und der Erkundungsprozess selbst. Das Kapitel 4.2 zeigt die Datenerhebung und Analyse und deren inhaltliche und methodische Begründung und Entwicklung. Hier wird innerhalb eines Unterkapitels ein zweiter Exkurs eingefügt, der die der Untersuchung inhärente Rollenvermischung als Forscherin und Musiktherapeutin kritisch reflektiert und Lösungsversuche aufzeigt (4.2.1). Das Unterkapitel 4.2.2 stellt nun das erste Datenmaterial vor: die Interviews mit den Patient*innen. Interviewleitfaden, Interviewführung, Zeitpunkt und Länge der Interviews, Audiomitschnitt und Transkription, Aufklärung, Einverständnis und Ethikvotum werden hier transparent gemacht. Eine Übersicht über das interviewte Sample wird am Ende gegeben. Das zweite Datenmaterial, die musiktherapeutischen Fallbeschreibungen, wird im Unterkapitel 4.2.3 begründet und deren *Kommunikative Validierung* mit den Patient*innen beschrieben. Im Kapitel zum Theoretischen Samplingprozess (4.2.4) sind die notwendigen Modifizierungen transparent gemacht und hier wird die Samplingstrategie skizziert.

Es folgt die Beschreibung des Kodierprozesses (4.2.5), aufgeteilt nach dem *Offenen*, dem *Axi-alen* und dem *Selektiven Kodieren*, welches in die Modellbildung (4.2.6) führt. Hier findet sich auch eine Beschreibung der *Kommunikativen Validierung* des Modells mit den Patient*innen. Kapitel 5 präsentiert nun als Ergebnis die entwickelte *Grounded Theory* über den Prozess der Auseinandersetzung mit einer Krebserkrankung in einer ambulanten Musiktherapie im psychoonkologischen Kontext. Sie wird mithilfe eines theoretischen Modells ausgeführt. Es findet sich hier die graphische Darstellung des Modells, ein Überblick über die Modellkomponenten (5.1) und eine ausdifferenzierte, anschauliche Beschreibung der Kern- und Unterkategorien (5.2). Anschließend wird eine Zusammenfassung der Theorie vorgenommen (5.2.1). Das Modell wird dann in die Literatur eingebettet und mit bestehender Theorie verglichen (5.3). Der qualitative Untersuchungsteil ist hier abgeschlossen.

Im Kapitel 6 wird über die quantitative Untersuchung berichtet. Studiendesign, Methoden, Durchführung und Stichprobengewinnung werden beschrieben (6.1). Die Ergebnisse umfassen zum einen die soziodemographischen und medizinischen Patient*innencharakteristika, zum anderen beziehen sie sich auf eine mögliche Wirksamkeit der integrierten Musiktherapie auf die psychische Belastung (6.2).

Die Ergebnisse aus den verschiedenen Untersuchungsteilen werden in Kapitel 7 zusammengefasst (7.1; 7.2; 7.3).

Die anschließende Diskussion (8) richtet sich im Besonderen auf die die *Grounded Theory* Untersuchung (8.1), auf die Beurteilung der quantitativen Ergebnisse (8.2) und auf die Bewährung der Methodenintegration (8.3). Am Ende wird ein Ausblick auf mögliche Auswirkungen der *Grounded Theory* für die musiktherapeutische Praxis gegeben und Perspektiven für weitere Forschung werden aufgezeigt (9).

1. Hintergrund

In diesem Kapitel wird der Hintergrund für die Untersuchung der Arbeit zusammengefasst. Im Anschluss an die einführende Skizzierung der Psychoonkologie wird die Musiktherapie in diesem Kontext beleuchtet. Es schließen sich zwei Überblicke zur qualitativen und quantitativen Evidenzlage ambulanter Musiktherapie an.

1.1 Psychoonkologie

*Zur Situation von Krebspatient*innen*

Für 2020 wird die Zahl der neudiagnostizierten Krebserkrankungen in Deutschland auf rund 510.000 geschätzt. Krebs gehört damit zu den weltweit häufigsten Todesursachen. Allerdings haben sich die Überlebensaussichten in den letzten Jahren deutlich verbessert. Erkrankungs-raten und Überlebensprognosen variieren bei verschiedenen Tumorarten (Robert Koch Institut, 2019). Krebs hat eine multifaktorielle Genese mit bestimmten Risikofaktoren. Je nach Tumorart und Tumorstadium gibt es verschiedene onkologische Therapiemöglichkeiten, wie z.B. Operation, Chemotherapie, Strahlentherapie und Stammzelltransplantation. Weiter wird unterschieden zwischen kurativer und palliativer Behandlung (Krebsinformationsdienst, 2020). Für die Betroffenen bedeutet die Diagnose Krebs in den meisten Fällen einen schwerwiegenden Einschnitt in ihr bisheriges Leben. Die daraus resultierenden Belastungen können zu einer Minderung der Lebensqualität führen. Die akute medizinische Behandlung ist invasiv und erfordert oft mehrmalige, auch längere Krankenhausaufenthalte. Der akuten Behandlung folgt eine mehr- oder weniger engmaschige Nachsorge. Je nach Tumorart bekommen Patient*innen hier Erhaltungstherapien. Rezidive und Metastasierungen sind bei vielen Tumorarten ein inhärentes Risiko. In vielen Fällen der onkologischen Behandlungen treten Nebenwirkungen wie Probleme mit Haut oder Haaren, Übelkeit, Schmerzen, Erschöpfung, eine erhöhte Anfälligkeit für Infektionen oder Lymphödeme auf (Krebsinformationsdienst, 2020). Langzeitnebenwirkungen der Krebstherapien begleiten die Patient*innen nicht selten über Jahre hinweg.

Die psychosoziale Belastung hängt eng mit der körperlichen Belastung zusammen. Sie resultiert aus Veränderungen des eigenen Körper- und Selbstbildes, einer Veränderung der familiären und sozialen Rollen, dem Verlust von körperlicher Funktionsfähigkeit, Erfahrungen von Isolation, Ohnmacht und eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten durch Erkrankung und Behandlungsprozedere, einem Ressourcenverlust, kognitiven Einschränkungen, dem Verlust der Ausbildungs- oder Arbeitsfähigkeit und der Konfrontation mit dem Thema Tod und Sterben. Daraus können sich Belastungskonstellationen bilden, die zu einer akuten bis längerfristigen psychischen Überforderung führen. Mit dem Konzept des Distress können diese krebspezifischen Belastungen, die in einem Kontinuum von leichten bis schweren Einschränkungen des emotionalen Befindens bis hin zu Angst und Depression im Schweregrad einer psychischen Störung variieren, gefasst werden (Holland et al., 2010). In einer Untersuchung von Kuhnt et al. (2016) wurde eine 12 Monats – Prävalenz psychischer Störungen bei erwachsenen Krebspatient*innen von knapp 40% festgestellt. Dies umfasst unter anderem Angststörungen, affektive und somatoforme Störungen. Die Lebenszeitprävalenz liegt nach dieser Untersuchung sogar noch etwas höher. Solche Erhebungen sind wichtig, um den Betroffenen adäquate Hilfe zukommen lassen zu können, müssen aber in Bezug gesehen werden zu Komorbiditäten im Vorfeld der Diagnosestellung und sollten nicht im Sinne einer Psychopathologisierung von Krebspatient*innen missinterpretiert werden. Eine psychische Reaktion auf die Stressereignisse sollte als angemessen anerkannt werden und ist von den Betroffenen phasenweise aus eigener Resilienz heraus zu bewältigen (Schulz-Kindermann, 2013).

Insbesondere für Patient*innen mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung kann sich ein *Existenzielles Leiden* einstellen. Dieses wird als ein individueller Zustand beschrieben, der die eigene Integrität infrage stellt (Schulz-Kindermann, 2017). Bei Vehling und Kissane (2018) findet sich eine mögliche Operationalisierung des Konzeptes eines Existenziellen Distress in Progreddienzangst, Todesangst, Demoralisation, Hoffnungslosigkeit, Autonomie- und Würdeverlust, Wunsch nach einem beschleunigten Tod, Leid und tiefe Trauer, dem Gefühl, eine Last für andere zu sein, Einsamkeit, Sinn- und Hoffnungslosigkeit, Verbitterung über das Leben, Scham und Enttäuschung.

Psychoonkologische Unterstützung

Die Psychoonkologie befasst sich mit dem Erleben und Verhalten gegenüber der Krebserkrankung und deren Behandlung. Sie erkundet die sozialen Ressourcen und stellt den professionellen Unterstützungsbedarf fest. Die psychoonkologischen Unterstützungsangebote schließen immer auch die Angehörigen und das soziale Umfeld mit ein. Unter einer systemischen Perspektive fällt auch die inter- und multidisziplinäre Zusammenarbeit mit Kolleg*innen aus anderen Berufsgruppen, die die Krebspatient*innen und ihre Angehörigen behandeln, beraten und begleiten. Durch gegenseitige Informations- und Wissensvermittlung kann die Qualität der jeweils disziplin-spezifischen Begleitung erweitert werden. Die Mitarbeit an der Entwicklung und Verbesserung übergreifender und gut vernetzter Versorgungsstrukturen ist Teil des psychoonkologischen Auftrages. Die psychoonkologischen Interventionen dienen dem Ziel, psychische und soziale Probleme sowie Funktionsstörungen, die durch die Krebserkrankung entstanden sind, zu mindern oder zu lösen. Die Krankheitsverarbeitung soll unterstützt werden, soziale Ressourcen gestärkt werden, Teilhabe ermöglicht werden. Übergreifend soll eine Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden

(Leitlinienprogramm Onkologie, 2014, S. 24). Die psychoonkologischen Interventionen stimmen sich auf die psychosozialen Unterstützungsbedürfnisse von Krebspatient*innen ab, die subjektiv variieren. Eine Beschreibung der spezifischen psychoonkologischen Therapieinhalte findet sich bei Herschbach und Heußner (2008). Es geht um die Entwicklung von Akzeptanz, die Suche nach subjektiver Bedeutung der Erkrankung, die Unterstützung bei Symptomreduktion, die Etablierung des Gefühls von Selbstkontrolle, die Herstellung von Compliance, eine Verbesserung der Kommunikation mit Angehörigen und Ärzt*innen und übergreifend die Verbesserung der Lebensqualität. Als besondere Problemschwerpunkte werden (dysfunktionale) Progredienzangst, Depression, Suizidalität, Demoralisierung, Anpassungsstörungen, Fatigue, Schmerzen und Familie benannt. Die Autor*innen weisen auf die Besonderheit der Verleugnung als Schutz hin, die besonders gut wegen ihrer möglichen negativen Auswirkungen auf die Compliance, die Kommunikation und notwendige Handlungen im Blick gehalten werden muss (S. 20 f). Eine weitere Besonderheit bei Patient*innen, die an einer fortgeschrittenen Krebserkrankung leiden, ist das Phänomen der *Double awareness* (Colosimo, Nissim, Pos, Hales, Zimmermann & Rodin, 2018). Bei diesen Patient*innen kann die Fähigkeit beobachtet werden, sich gleichzeitig im Leben zu engagieren und sich auf den nahenden Tod vorzubereiten.

Dies wird als bedeutsam für die psychotherapeutische Arbeit mit dieser Zielgruppe eingeschätzt.

Schulz-Kindermann (2013) beschreibt eine spezifische therapeutische Haltung, die von Respekt und Würde für die individuelle Bewältigungsleistung der Patient*innen gekennzeichnet ist und die im Feld der Psychoonkologie angemessen erscheint:

...dass diese Haltung besonderen Respekt vor der Auseinandersetzung der Betroffenen mit Erkrankung und Behandlung zeigt und die individuelle Lebensgeschichte vor allem im Hinblick auf krankheitsassoziierte Ressourcen und Krisenerfahrungen berücksichtigt. Diese Anerkennung und Würdigung des individuellen Leids und Vermögens steht vor aller psychotherapeutischen „Intervention“. (S. 131)

Das Wahrnehmen der existenziellen Not bildet den Ausgangspunkt für weitere psychoonkologische Interventionen. Krebspatient*innen sind nicht primär psychisch beeinträchtigt und so formuliert Schulz-Kindermann (2013) als ein Prinzip der Arbeit: „... die Ressourcen unserer Patienten aufzudecken und zu fördern und sie dabei zu begleiten, mit eigenen Kräften durch die Behandlungs- und Krankheitserfahrung und zurück in eine neue Lebensperspektive zu gelangen“ (S. 148). Psychoonkologie ist demnach mehr als eine *Begleitung* zu sehen, ohne dass ein expliziter psychotherapeutischer Auftrag besteht. Psychotherapeutische Ansätze werden bei Bedarf mit einbezogen. Dabei wird es als sinnvoll erachtet, Interventionsformen aus verschiedenen Therapierichtungen zu integrieren, die alle auf dem Hintergrund einer wertschätzenden, authentischen, achtsamen und empathischen, also klientenzentrierten Grundhaltung basieren sollten (Schulz-Kindermann, 2013, S. 131). Bei Schulz-Kindermann (2013) werden Verhaltens- und hypnotherapeutische Interventionen, supportive und tiefenpsychologische Interventionen, krisen- und traumaorientierte Interventionen sowie systemische Perspektiven als hilfreich für die psychoonkologische Begleitung beschrieben (S. 142 f).

Im Bereich der Psychoonkologie sind spezifische Ansätze entstanden, wie zum Beispiel die Ressourcenorientierte Psychoonkologie (Diegelmann & Isermann, 2010) und die akzeptanzfördernde Psychoonkologie (Geuenich, 2012). Für bestimmte Zielgruppen wurden, bzw. werden spezielle Interventionsformen entwickelt. Insbesondere für schwer erkrankte Patient*innen können sinnorientierte Interventionen (Mehnert, Braack & Vehling, 2011) und existenzielle Therapieansätze, wie zum Beispiel *Managing Cancer and Living Meaningfully* (CALM) (Scheffold et al., 2017) hilfreich sein. Junge erwachsene krebserkrankte Patient*innen werden

über ein *Care for CAYA* -Programm (Salchow et al., 2020) angesprochen. Kinder krebserkrankter Eltern können durch ein familientherapeutisch ausgerichtetes Konzept (COSIP) (Romer, Bergelt & Möller, 2014) Hilfe finden. Es werden Einzel- und Gruppenangebote vorgehalten. Auch die künstlerischen Therapien sind in diese Diversität psychoonkologischer Begleitung aufgenommen.

In einer Reihe von Studien wird belegt, dass psychoonkologische Interventionen die psychische Belastung bei Krebs-Patient*innen wirksam reduzieren (Faller, Schuler, Richard, Heckl, Weis & Küffner, 2013). In Bezug auf die Wirksamkeit speziell der existenziellen Therapieansätze bei Patient*innen mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung fassen Vehling und Kisansane (2018) die Studienlage zusammen und berichten von positiven Effekte auf Lebensqualität, existenzielles Wohlbefinden, Angst und Depressivität. In einer Bestandsaufnahme schreibt Herschbach (2019), dass die Psychoonkologie inzwischen formal in vielen onkologischen Behandlungsstrukturen, insbesondere in zertifizierten Krebszentren, verankert ist. Seit 2014 gibt es eine S-3 Behandlungsleitlinie für die psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung erwachsener Krebspatienten (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014). Herschbach konstatiert jedoch, dass die Praxis der Psychoonkologie noch nicht den ideal angestrebten Zustand verwirklicht und es weiteren Integrations- und Entwicklungsbedarf gibt (S. 99).

1.2 Musiktherapie in der Psychoonkologie

In diesem Kapitel werden zu Beginn Grundzüge von Musiktherapie für den somatischen und speziell den onkologischen Behandlungskontext dargestellt. In Folge wird das ambulante Behandlungssetting mit seinen Ansätzen genauer ausgeführt.

Musiktherapie

Musiktherapie ist „der gezielte Einsatz von Musik im Rahmen der therapeutischen Beziehung zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung der Gesundheit“ (Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft, 2020). Bruscia (2014) führt weiter aus, dass sich in der Musiktherapie ein interaktiver therapeutischer Prozess entwickelt, in dem die musikalischen Erfahrungen und die therapeutische Beziehung eine Verbesserung der Gesundheit bewirken: „Music therapy is a reflexive process wherein the therapist helps the client to optimize the clients health using various facets of music experience and the relationships formed through them as the impetus

for change“ (S. 36). Die musikalischen Prozesse sind auf die Lebenssituation übertragbar und umgekehrt. Bruscia (2014) formuliert Merkmale, die Musiktherapie spezifisch machen: sie ist zentriert auf Klang, Schönheit/Ästhetik, Kreativität und Beziehung (S. 50 f).

Musiktherapie in der Medizin

Eine Musiktherapie, die sich an somatisch erkrankte Patient*innen und ein medizinisches Behandlungssetting richtet, spezifiziert Bruscia als *Medical Music Therapy* (Bruscia, 2014, S. 218). Hier sollen die somatischen Bedürfnisse der Patient*innen in einer besonderen Weise mitberücksichtigt werden und diejenigen Aspekte therapeutisch aufgegriffen und bearbeitet werden, die sich aus der Erkrankung und Behandlung ergeben (Bruscia, 2014, S. 218). Für ein musiktherapeutisches Angebot, welches innerhalb eines medizinischen Behandlungssettings stattfindet, stellen Schou und Bonde (2019) die Ablenkung von Schmerz und Angst, die Verbesserung der *Soundscape* und die Verbesserung der Stimmung als mögliche Kernthemen heraus. Die aufgrund der therapeutischen Beziehung in der Musiktherapie zu treffende Unterscheidung von Musikmedizin und Musiktherapie wird hier als wichtig benannt. Die Bezeichnung von musiktherapeutischen Angeboten als *Musikinterventionen*, sieht Bonde (2019) aufgrund der fehlenden Unterscheidbarkeit zu musikmedizinischen Anwendungen als problematisch an und fordert gute Beschreibungen der *musiktherapeutischen* Interventionen.

Musiktherapie in der Onkologie

Der oben skizzierte Ansatz der Musiktherapie in der Medizin ist adaptierbar für die Musiktherapie in der Onkologie. Musiktherapie wird hier in einem engen Bezug zu den krebspezifischen psychosozialen Belangen, die in der Regel eng mit dem somatischen Erleben verbunden sind, charakterisiert. Der ganzheitliche Ansatz in der Musiktherapie mit ihrem vielfältigen Methodenspektrum scheint für dieses Arbeitsfeld gut geeignet.

Die Musiktherapiepatient*innen in der Onkologie haben eine spezifische biopsychosoziale Belastungskonstellation. Diese setzt sich zusammen aus einer Veränderungen des eigenen Körper- und Selbstbildes, einer Veränderung der familiären und sozialen Rollen, einem Verlust von körperlicher Funktionsfähigkeit, Erfahrungen von Isolation, Ohnmacht und eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten durch Erkrankung und Behandlungsprozedere, Schmerzen, einem Ressourcenverlust, kognitiven Einschränkungen, einem Verlust der Ausbildungs-

oder Arbeitsfähigkeit und einer Konfrontation mit dem Thema Tod und Sterben. All dies führt zu Distress, Angst, Depressivität und dem Verlust von Lebensqualität (vgl. Kapitel 1.1).

In Berücksichtigung dieser spezifischen Belastungen haben O'Callaghan und Magill (2016) die Musiktherapie in ihrer Adaption auf die Onkologie folgend definiert: „In oncology, music therapy is the skilled and professionally informed use of music-based interventions within a therapeutic relationship to address biopsychosocial and/or spiritual concerns to alleviate discomfort, support coping, restore function, and improve life quality“ (S. 116). Als übergreifende Ziele für die Musiktherapie werden von den Autor*innen die Minderung von Leid, Verbesserung des Wohlbefindens und die Unterstützung in der Entwicklung von Bewältigungsstrategien benannt. Selbstbewusstsein soll gefördert werden und die Kommunikation zwischen den Patient*innen und ihren Angehörigen soll verbessert werden. Auch die Ablenkung von anstrengenden Behandlungserfahrungen ist hier mit aufgenommen. Die Musiktherapie soll Möglichkeiten schaffen, damit Patient*innen sich an positive Lebensereignisse mit Musik anbinden können. Musik soll helfen, bedeutsame Lebensereignisse zu reflektieren. Musik soll genutzt werden, um die Behandlung zu durchstehen und eine möglichst gute Lebensqualität zu erhalten. O'Callaghan und Magill (2016) fassen nach ihrer Literaturanalyse und ihren klinischen Erfahrungen folgende fünf Bereiche zusammen, in denen Musiktherapeut*innen besonders effektiv sein können:

- (a) In the enhancement of positive feelings of calmness, relaxation and personal well-being; (b) in offering safe cathartic expressions and transformations; (c) in facilitating the elaboration of existential and spiritual issues and improving sense of meaning; (d) in facilitating communication between patients, family members, and staff; and (e) improving overall quality of live. (S. 128)

Erweiternd beschreiben Köhler et al. (2019): „Als emotionsfokussierte Methode ermöglicht Musiktherapie eine kreative und teils nonverbale Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenssituation und zeigt positive Effekte sowohl auf das psychische Wohlbefinden von Krebspatienten als auch auf körperliche Symptome wie Schmerz“ (S. 1103). In Bezug zur Evidenzlage fassen die Autor*innen zusammen, dass Musiktherapie helfen kann, Gefühle wahrzunehmen, auszudrücken und zu regulieren. Sie kann zur Entspannung beitragen, Stress, Atemprobleme und Schmerzen lindern. Das folgende Fazit wird hier aus einem systematischen Review gezogen: „Insgesamt weist die Evidenzlage auf breite Einsatzmöglichkeiten von Musiktherapie entlang der (psycho-) onkologischen Behandlungskette hin“ (S. 1107). Als offener Punkt wird hier

allerdings genannt, dass bisher unklar bleibt, welche Patient*innen von Musiktherapie profitieren.

Es gibt auch immer wieder Überlegungen zu möglichen spezifischen Wirkfaktoren. In einer Expert*innenbefragung wurden spezifische Wirkfaktoren für künstlerische Therapien in der Onkologie ausgearbeitet (Gruber, Rose, Mannheim & Weis, 2011). Der ausdrucks- und handlungsorientierte Ansatz wird von den Autor*innen als bedeutsam herausgestellt.

Die Musiktherapie in der Onkologie integriert vielfältige Behandlungsweisen, die sich an die jeweiligen individuellen Bedürfnisse der Patient*innen anpassen. Köhler et al. (2019) sehen dazu folgendes in ihrem Fazit des systematischen Reviews: „Zum Einsatz kommen vor allem Techniken aus den Bereichen Entspannung und Imagination, Liedformen sowie die musikalische Improvisation mit spieltechnisch leicht handhabbarem Instrumentarium“ (S. 1107). Die Methoden und Techniken sind an sich nicht tumor- oder stadienspezifisch. Allerdings können sie in Bezug auf mögliche Ziele und Effekte an den verschiedenen Behandlungsphasen und -settings orientiert werden (Köhler et al., 2019; Hertrampf & Schönhals-Schlaudt, 2014).

Übergreifend kann zusammengefasst werden, dass Musiktherapie im Bereich der Onkologie in stationären und ambulanten Settings mit verschiedenen Konzeptualisierungen angeboten wird und Patient*innen in kurativer und palliativer Behandlung einschließt (Köhler et al., 2019; Arbeitsgemeinschaft der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten in der Onkologie, 2014).

In Deutschland bildet die S3-Behandlungsleitlinie für die psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung erwachsener Krebspatienten (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014) eine Behandlungsgrundlage in klinischen Settings. Musiktherapie ist hier als eine offene Empfehlung im Sinne einer Kann-Leistung aufgenommen und wird als psychoonkologisches Angebot verstanden. Musiktherapeut*innen, die im psychoonkologischen Kontext tätig sind, können sich in einer Weiterbildung zur Psychoonkologie (WPO/DKG) zusätzlich qualifizieren.

Da sich die vorliegende Untersuchung auf das Feld der *ambulanten* Musiktherapie richtet, werden die folgenden Ausführungen darauf fokussiert.

*Ambulante Musiktherapie mit onkologischen Patient*innen*

Patient*innen, die in eine ambulante Musiktherapie kommen, befinden sich in verschiedenen Erkrankungsphasen und -stadien, die sich bei mittel- oder längerfristigen Begleitungen auch verändern können. So gibt es hier ein weites Spektrum von Themen und Bedürfnissen, die den

Bogen spannen zwischen akuter Bewältigung der medizinischen Behandlung, Wiedereingliederung in den Lebensalltag, Entwicklung von Zukunftsperspektiven sowie Sterbe- und Trauerbegleitung. Der Schutz vor und die Abwehr von Gefühlen - im akutstationären und palliativmedizinischen Setting oft eine wichtige Strategie zur Stabilisierung – kann im ambulanten Setting weniger werden, so dass eine intensivere Auseinandersetzung möglich wird.

Ambulante Musiktherapie wird in verschiedene Settings angeboten. Es eignen sich sowohl Einzel- als auch Gruppenmusiktherapie. O’Callaghan und Magill (2016) schreiben in ihrem internationalen Überblick, dass sich ambulante Musiktherapie an stationäre Musiktherapie anschließt. Sie wird zum einen zuhause angeboten, hier entweder privat oder innerhalb eines ambulanten Versorgungsteams. Zum anderen ist Musiktherapie aber auch ein Angebot in medizinischen Ambulanzen. Die Autor*innen beschreiben z.B., wie Patient*innen während der Chemotherapie gemeinsam Musik hören oder zusammen Singen. Pothoulaki, MacDonald und Flowers (2012) beschreiben ein ambulantes Tageshospiz als Setting, in dem Musiktherapie stattfindet.

In Deutschland wird ambulante Musiktherapie im Rahmen klinisch ambulanter Nachsorge, in Hochschulambulanzen, Psychiatrischen Institutsambulanzen sowie in privater Praxis angeboten. Im klinischen Kontext gibt es sehr wenig musiktherapeutische Versorgungsangebote. In den Helios Dr. Horst-Schmidt Kliniken, Wiesbaden, wird Musiktherapie als künstlerische Psychotherapie konzipiert, die in die psychoonkologische Beratung, Begleitung und Psychotherapie eingebettet ist und über die gesamte Behandlungszeit, also auch als ambulantes Angebot, zur Verfügung steht (Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden, 2020). In den Campusambulanzen der SRH Hochschule Heidelberg können Krebspatient*innen eine ambulante Musiktherapie erhalten (SRH Hochschule Heidelberg, 2020). Im Zuge der vorliegenden Untersuchung konnte ein musiktherapeutisches Angebot in die Spezialambulanz für Psychoonkologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, die sich aus einer Hochschulambulanz und einer Psychiatrischen Institutsambulanz zusammensetzt, implementiert werden (Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, 2020).

Konzepte für die ambulante Versorgung

Für das ambulante *einzel*therapeutische Setting mit onkologischen Patient*innen haben Musiktherapeut*innen verschiedene Ansätze erarbeitet.

Wormit, Schneider, Müller und Bardenheuer (2007) beschreiben vier Behandlungsmodule, die anhand der Dimensionen von Lebensqualität entwickelt worden sind. Diese Dimensionen fassen körperliche Beschwerden (wie z.B. Schmerzen, Schlafstörungen, Fatigue), Angst, soziale Beziehungen und Alltagseinschränkungen. Es gibt ein Therapiemanual, welches sich an Behandlungsphasen (Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens/ Verringerung der psychosozialen Symptome/ Steigerung des allgemeinen Funktionsniveaus) orientiert. In jeder Phase wird ein jeweiliger Behandlungsfokus aufgestellt. Der Behandlungseffekt wird auf musiktherapeutische Wirkfaktoren bezogen: Aufmerksamkeits-, Emotion-, Verhaltens-, Kognitions- und Kommunikationsmodulation, die von Hillecke und Wilker (2007) ausgearbeitet wurden. Nach ihnen werden bestimmte aktive und rezeptive musiktherapeutische Techniken ausgewählt.

Meadows (2015) orientiert die Musiktherapie an therapeutischen Behandlungsniveaus. Das erste Niveau steht im Zeichen einer Verbesserung der Symptomkontrolle. Auf dem zweiten Niveau wird Musik und Imagination supportiv eingesetzt. Das dritte Niveau bietet den Rahmen für eine psychotherapeutisch ausgerichtete Arbeit mit Musik und Imagination, in der Copingprozesse gestaltet werden. Die Differenzierung zwischen den verschiedenen Behandlungsniveaus erfolgt im Hinblick auf die medizinische Behandlungsphase der Patient*innen, ihrer augenblicklichen körperlichen Verfassung und den vorhandenen Ressourcen.

Bonde (2005a, 2007) entwickelt eine *Grounded Theory* zum therapeutischen Prozess in der Arbeit mit der Methode *Guided Imagery and Music* (GIM) bei Patient*innen in der Rehabilitation. Er beschreibt hier zwei Schritte, die den therapeutischen Prozess bestimmen. In einem ersten Schritt erarbeiten sich die Patient*innen ein neues Verstehen von sich und ihrer Lebenssituation. Dieses neue intrapersonale Verstehen bereitet die Basis für die Aktivierung des Willens zur Veränderung. So können im Schritt zwei neue Copingstrategien und Einstellungen zur Zukunft erarbeitet werden (Bonde, 2005a, S. 223 f). Auf den Effekt dieses therapeutischen Prozesses bezogen schreibt er:

In summary, the positive outcome of the therapeutic process is primarily the establishment of psychological and intrapersonal prerequisites for new action (e.g. behavior change; different choices; new directions, etc.) in the external, interpersonal world. Some of these actions or strategies may already take shape during the therapy. (Bonde, 2007, S. 153)

Auch Wärja (2018) setzt ein musikimaginatives Verfahren ein. Sie hat eine kunstbasierte Einzel-Psychotherapie für Frauen mit einer gynäkologischen Tumorerkrankung entwickelt. Diese

basiert auf einem Therapieprotokoll, was an bestimmten Therapiephasen ausgerichtet ist. Hier wird multimodal gearbeitet. Patient*innen werden zum bildlichen Selbstaussdruck in Verbindung mit dem imaginativen Hören einer Musik aus dem supportiven Bereich (Wärja & Bonde, 2014) angeregt. Es wird ein leicht veränderten Wachbewusstseinszustand induziert, meist mit der Fokussierung auf einen angenehmen Ort in der Natur. Eine Auseinandersetzung mit dem körperlichen Erleben sowie die Etablierung von Sicherheit und Selbstvertrauen werden angestrebt.

Auch Rittner (2003) integriert andere Ansätze wie Körpertherapie und klinische Hypnotherapie. Sie richtet ihre musiktherapeutische Arbeit an dem Prinzip der Selbstkompetenz der Patient*innen aus. Atem und Stimme werden hier in besonderer Weise einbezogen.

Für das ambulante *gruppentherapeutische* Setting finden sich ausgearbeitete Konzepte bei Wärja (2018), Hertrampf (2017), Thompson, Grocke und Dileo (2017), Dimiceli-Mitran (2015) und Rykov (2008). Da sich die vorliegende Untersuchung auf das einzeltherapeutische Setting ausrichtet, werden die Konzepte hier nicht weiter beschrieben.

1.3 Empirische Befunde aus qualitativen Untersuchungen zur ambulanten Musiktherapie mit onkologischen Patient*innen

Für diesen Überblick wurden qualitative Untersuchungen gesichtet, die sich auf ambulante Musiktherapien beziehen. In der Auswahl wurde das Vorhandensein eines musiktherapeutischen Prozesses, der sich auf mehrere aufeinanderfolgende Stunden bezieht, als Kriterium gesetzt. Studien, die sich von vorneherein ausschließlich auf die Begleitung eines finalen Sterbeprozesses beziehen, wurden nicht einbezogen. Mit betrachtet wurden aber Untersuchungen zu Gruppentherapien, da vorerst angenommen wird, dass die meisten der dort berichteten musiktherapeutischen Erfahrungen übertragbar auf ein Einzelsetting sein können.

Gruppensetting

Hertrampf (2017, 2015) untersucht den Effekt einer Gruppentherapie mit *Musik und Imagination* (GrpMI) bei Frauen mit Brustkrebs oder gynäkologischen Tumoren in ambulanter kurativer und früher palliativer Behandlung. In einem *Mixed-Methods Design* wurden 28 Frauen

randomisiert und bekamen jeweils sechs wöchentliche Sitzungen. Die qualitativen Daten wurden aus semistrukturierten Interviews, transkribierten Videoaufzeichnungen und therapeutischen Notizen gewonnen und thematisch analysiert. Die hier herausgebildeten relevanten Themenbereiche sind Angst, Depressivität, Lebensqualität und Wohlbefinden, Gruppenerfahrung sowie Imagination. Hertrampf beschreibt, dass die Patient*innen Unterstützung finden in der Entwicklung von Coping-Strategien finden, Ressourcen und Kreativität (wieder-) entdecken, neue Perspektiven und Sinn finden, Hoffnung für die Zukunft entwickeln und sich spirituellen Aspekten öffnen. In den durchgeführten zwei Einzelfallstudien taucht weiter auf, dass die musiktherapeutische Gruppentherapie zu einem verbesserten Symptommanagement führt und eine Integration eines neuen Körper- und Selbstbildes bewirkt. Auch die Kommunikationsfähigkeit verbessert sich und Musik wird mehr in den Alltag einbezogen. Existenzielle Gefühle können sich ausdrücken. Eine Regulierung zwischen Abgrenzung und Aufbau von Beziehung wird entwickelt und über Metaphern kann die Erkrankung in eine innere hilfreiche Distanz gebracht werden. Das Lebensnarrativ kann imaginativ fortgeschrieben werden. Ruhe und Vitalisierung werden ausbalanciert.

Thompson et al. (2017) untersuchen in einer *Mixed-Methods* Studie ein gruppenmusiktherapeutisches Angebot. Dieses ist an der supportiv-expressiven Gruppentherapie orientiert und über sechs wöchentliche Sitzungen mit aktiven und rezeptiven Methoden angelegt. Die Gruppengröße betrug zwischen drei und sechs Teilnehmerinnen, die vornehmlich an Brustkrebs erkrankt waren. Insgesamt nahmen 18 Frauen an der Studie teil. Die qualitativen Daten wurden in *Fokusgruppen – Interviews* gewonnen und in einer phänomenologischen Analyse auf die Erfahrungen der Patient*innen hin analysiert. Diese sind:

Music was heard and appreciated differently/ The sessions allowed reflection/ Playing the chord harp was a voyage of discovery/ Songwriting was meaningful/ Listening to songs, singing, and song writing were very moving experiences/ Experiencing challenging moments/ Not enough time and there were too few people. (S. 329 f)

Pothoulaki et al. (2012) untersuchen in ihrer Studie die psychologischen Prozesse bei einer musiktherapeutischen Improvisation in einem Gruppensetting. Die Musiktherapie fand in kleinen Gruppen in einem Tageshospiz über sechs Wochen zweimal wöchentlich statt. Neun Teilnehmer*innen wurden danach in Interviews befragt. Als Themen wurden herausgearbeitet: „Playing the instruments/ Group interaction + dynamics/ Self-confidence/

Relaxation/ Stress relief/ The importance of the group/ Positive feelings and the musical experience/ Illness-forming a strong bond/ Free expression-communicating through music“ (S. 53).

Wärja (2018) untersucht in einer *Mixed-Methods* Studie *Kunst-Basierte Psychotherapie* bei Frauen mit gynäkologischen Tumoren. Hier vergleicht sie Einzeltherapie mit Gruppentherapie (vgl. nachfolgenden Abschnitt zum Einzelsetting).

In einer kleineren Evaluation ihres ambulanten Gruppenkonzeptes beschreibt Dimicelli-Mitran (2015), dass durch eine Gruppentherapie mit Musik und Imagination in einem Rehabilitationsprozess Patient*innen in den Bereichen Entspannung, Stressreduktion, Selbstberuhigung, Reframing, Selbstfürsorge, Kontakt mit anderen Krebsbetroffenen, Empowerment, Schlaf und Compliance unterstützt werden können.

Einzelsetting

Bonde (2005a, 2007) untersucht in einer *Mixed-Methods* Studie den Einfluss von zehn GIM (*Guided Imagery and Music*) - Sitzungen auf Stimmung und Lebensqualität von langzeitüberlebenden Frauen (n = 6) nach einer Brustkrebserkrankung. Im qualitativen Teil der Untersuchung entwickelt er eine *Grounded Theory* über die Erfahrungen von Patient*innen in einem GIM - Prozess (vgl. Kapitel 1.2). Diese Theorie beruht auf der Analyse von halbstrukturierten Interviews, in der Kernkategorien gebildet wurden, mit denen die subjektiven Erfahrungen der Patient*innen beschrieben werden. Es sind dies: „enhancing hope/ new perspectives/improved mood and QoL/improved understanding of self/ (new) love of music/ coming to terms with life and death/ opening towards spirituality“ (Bonde, 2005a, S. 223 f). Des Weiteren wird in dieser Untersuchung die Entwicklung von Imaginationen und Metaphern beschrieben. Krebspezifische Imaginationen sind in den musiktherapeutischen Prozessen der Patient*innen weniger dominant als Imaginationen, die übergreifendere existenzielle Aspekte betreffen. Es tauchen im Prozess Schlüsselimaginationen und Metaphern auf, die es den Patient*innen ermöglichen, sich mit dem Wesentlichen ihrer inneren und äußeren Realität auseinanderzusetzen (Bonde, 2007).

In einer Einzelfallstudie innerhalb der Gesamtuntersuchung analysiert Bonde (2005b), dass die GIM-Therapie zu einer Steigerung des Selbstbewusstsein führt, sich die Schmerztoleranz und die Toleranz gegenüber krebisbedingten Unsicherheiten erhöht, sich Akzeptanz entwickelt und es zu einer Lösung von Konflikten kommt. Die beschriebene Patientin kann Freude entwickeln und ihre Fantasie als Ressource entdecken und nutzen. Sie erlebt eine Selbstzentrierung im

Hier und Jetzt und stabilisiert sich. Hilfreich ist auch die Erfahrung, dass es in einer schwierigen Situation etwas Positives gibt.

Auch Wärja (2018) hat eine Form von Musik und Imagination in ihr Studiendesign integriert (vgl. Kapitel 1.2). Sie untersucht in einer *Mixed-Methods* Studie *Kunst-Basierte Psychotherapie* bei Frauen mit gynäkologischen Tumoren (n = 57) im Anschluss an ihrer medizinische Behandlung. In dieser Untersuchung wird Einzeltherapie (12 wöchentliche Sitzungen á 60 min; n = 18) mit Gruppentherapie (8 wöchentliche Sitzungen á 2,5 h; n = 39) verglichen. Die qualitativen Untersuchungsmethoden sind zum einen kunstbasiert, d.h. Bilder und Texte der Teilnehmerinnen zu ihrem Körpererleben wurden phänomenologisch beschrieben. Zum zweiten wurden die Erfahrungen der Therapeutin reflektiert und analysiert. Für Einzel und Gruppe übergreifend findet Wärja eine positive Auswirkung auf das körperliche Wohlbefinden, eine Minderung von Distress und eine Erhöhung von Lebensqualität und Selbstbewusstsein. Die Teilnehmerinnen schildern, dass sie sehr von der Möglichkeit profitieren, an krebsspezifischen Themen zu arbeiten. Die therapeutische Aufmerksamkeit ist hilfreich sowie die Auseinandersetzung mit Emotionen und deren Verbalisierung.

Wormit, Schneider, Müller und Bardenheuer (2007) führten innerhalb ihrer quantitativen Untersuchung über ambulante Einzelmusiktherapie bei Tumorpatient*innen eine Befragung durch, wie die Musiktherapie den Teilnehmer*innen geholfen hat. Die Studienteilnehmer*innen, die überwiegend weiblich und überwiegend an Brustkrebs erkrankt waren, hatten 20 wöchentliche Musiktherapiesitzungen bekommen, in denen aktiv und rezeptiv gearbeitet wurde (vgl. Kapitel 1.2). In die Befragung wurden 20 Teilnehmer*innen eingeschlossen. Zweidrittel geben an, dass sie ihre Gefühle und Stimmungen über Musik ausdrücken können, knapp über der Hälfte erleben ein verbessertes Wohlbefinden durch die Musiktherapie. Ein Drittel gibt an, dass die Mischung aus Gespräch und Musik hilfreich ist und ein Viertel kann nach der Musiktherapie wieder besser entspannen. In einem Fallbeispiel zur Veranschaulichung der Arbeit mit dem musiktherapeutischen Behandlungsmanual wird die Erfahrungen einer an Brustkrebs erkrankten Patientin dargestellt. Nach der ersten Phase der Ressourcenorientierung kann sie in einer Symptomimprovisation ihren Schmerz aktiv darstellen und in stützenden Improvisationen ihren Gefühlen von Wut über ihre Erkrankung Ausdruck verleihen und sie modulieren. In Realitätsimprovisationen gelingt ihr die Einübung von Kommunikationsstrategien in konflikthafter Beziehungsstrukturen, die durch ihre Erkrankungssituation entstanden waren.

In einer Einzelfallstudie beschreibt Miller (2016) eine Langzeitbegleitung einer Brustkrebspatientin. In fünf Therapiephasen mit insgesamt 35 Therapiestunden über einen Zeitraum von neun Jahren begleitet die Musiktherapeutin den Übergang von der kurativen in die palliative Phase. Es kommen verschiedene rezeptive und aktive Methoden zum Einsatz. Die Patientin kann im Aufbau ihrer Behandlungscompliance unterstützt werden, ihre Nadelphobie sowie Angst, Schmerz, Fatigue und die Nebenwirkungen besser bewältigen, in einen besseren Schlaf finden, mit ihren Gefühlen in Kontakt sein, ein Gefühl der Verbundenheit erfahren, das Gefühl eines erfüllten Lebens entwickeln und Ruhe und Zufriedenheit empfinden.

Auch Cadrin (2009) beschreibt in einer Einzelfallstudie einen musiktherapeutischen Prozess, der in eine finale palliative Begleitung mündet. Auch hier begleitet die Musiktherapeutin eine Brustkrebspatientin. Die 12 musiktherapeutischen Sitzungen erstrecken sich über acht Monate. In mehreren GIM (*Guided Imagery and Music*) Reisen kann die Patientin ihr Schamgefühl, an Krebs erkrankt zu sein, bearbeiten und findet einen Ausdruck ihrer Angst vor einer Metastasierung. Sie kann ihren Schmerz über ihr Schicksal zulassen, ein traumatisches Kindheitserlebnis betrauern und erfährt eine Versöhnung mit ihrer Familie. Im Verlauf gewinnt sie ein Gefühl der Kontrolle und der Möglichkeit zur Einflussnahme auf das medizinische Behandlungsprozedere zurück. Eine Auseinandersetzung mit dem Sterben wird möglich und sie findet zu einer beruhigenden Vorstellung, im Sterben auf Gott vertrauen zu können. In den Sitzungen gelingt der Ausdruck vielfältiger Gefühle. Schwere Gefühle wie Wut, Verzweiflung und Angst können in den Narrativen zu einem Ausgleich mit Empfindungen von Zuversicht, Vertrauen, Stärke, Mut, Dankbarkeit, Vergebung, Frieden und Freude kommen.

In einem Fallbericht (Preißler, 2014) wird die Begleitung einer hämatoonkologisch erkrankten Patientin beschrieben. Auch hier wurde GIM (*Guided Imagery and Music*) als musiktherapeutische Methode angewendet. Der Prozess umfasste 10 Sitzungen. Für die Patientin ist es in dieser Zeit möglich, durch die Imaginationen ihre Selbstwahrnehmung zu erweitern, ihr Selbstvertrauen zu stärken und wieder mehr Lebensfreude zu entwickeln. Eine *krebsspezifische* Imagination findet sich hier in der Imagination einer Eiche, deren Stamm offen wie eine Wunde ist und sich im Prozess schließt. Die Patientin identifiziert sich in dieser Imagination durch eine Umarmung mit der *heil* gewordenen Eiche, was eine tiefe Ruhe und Gelassenheit bewirkt.

Weitere Fallvignetten finden sich bei Preißler, Hennings, Weymann und Schulz-Kindermann (2016), Meadows (2015), Schönhals-Schlautd und Hertrampf (2014) und Rittner (2003).

1.4 Empirische Befunde aus quantitativen Untersuchungen zur ambulanten Musiktherapie mit onkologischen Patient*innen

In der Studiensichtung zur Musiktherapie mit onkologischen Patient*innen fällt auf, dass es wenige Untersuchungen gibt, die sich auf ein ambulantes psychoonkologisches Setting beziehen und die Wirksamkeit eines musiktherapeutisch unterstützten Prozesses der Auseinandersetzung mit der Erkrankung in den Fokus nehmen. Im Folgenden wird zuerst ein Überblick gegeben über den Stand der Wirksamkeit von Musiktherapie in der Onkologie (settingübergreifend), um dann den Blick auf den ambulanten Kontext zu richten. Dabei wurden Studien zum Gruppensetting mit aufgenommen und dabei die möglichen gruppentherapiespezifischen Effekte nicht weiter differenziert interpretiert. Aus dem dritten Teil über Studien, die ambulante Einzeltherapie untersuchen wird am Ende ein Fazit für diesen Ausschnitt gezogen, da er das Thema der vorliegenden Untersuchung trifft.

Musiktherapie in der Onkologie

In einer Literaturrecherche zur Erfassung des wissenschaftlichen Kenntnisstandes aller künstlerischen Therapien in der Onkologie wiesen Gruber und Kolleg*innen bereits 2011 auf eine deutliche Zunahme der Publikationen, insbesondere für die musiktherapeutische Forschung hin. Im gleichen Jahr wurde ein erstes Cochrane Review über Musikinterventionen zur Verbesserung psychologischer und psychischer Outcomes bei Krebspatient*innen veröffentlicht. Die Autor*innen legten 2016 ein Update dieses Reviews vor (Bradt et al., 2016). Hier wurden 23 musiktherapeutische und 29 musikmedizinische Studien eingeschlossen mit insgesamt 3731 Patient*innen. Die Autor*innen kommen zu dem Ergebnis, dass Musikinterventionen einen möglichen positiven Effekt auf Angst, Schmerz, Fatigue, Herzrate, Atmung und Blutdruck bei Krebspatient*innen haben könnten. Ein Effekt auf Depression bleibt wegen der niedrigen Evidenzqualität der betreffenden Studien unklar. Für die Musiktherapie wird ein möglicher Effekt auf Lebensqualität benannt. Wegen geringer Studienlage konnte keine Evidenz für einen Effekt von Musikinterventionen auf Stimmung, Distress, körperliche Funktionsfähigkeit, immunologische Funktionen, Coping, Resilienz oder Kommunikation gefunden werden. Die Autor*innen raten zu einer vorsichtigen Interpretation der Ergebnisse und weisen auf weiteren Forschungsbedarf hin.

In einem HTA-Bericht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (Stützlinger, Eisenmann, Laschkolnig, Mathis-Edenhofer, Pfabigan & Röhring, 2019) berichten die Autor*innen von Hinweisen und Anhaltspunkten aus 10 RCT -Studien, dass Musiktherapie einen kurzfristigen Nutzen auf Abgeschlagenheit, Stimmungsschwankungen, Angst, Depression, Stress, Anspannung und Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden haben könnte.

Aus ihrem systematischen Review kontrollierter Studien mit erwachsenen Krebspatient*innen ziehen Köhler et al. (2019) ein Fazit, dass die Musiktherapie in den verschiedenen Phasen der onkologischen Behandlung gut eingesetzt werden kann. Die Autor*innen finden Evidenz zur Reduzierung von Ängsten und Schmerzen sowie zur Verbesserung der Lebensqualität und spirituellem Wohlbefinden. Sie geben einen Überblick über die Evidenzlage in den jeweiligen Behandlungsphasen und den eingesetzten musiktherapeutischen Techniken.

*Ambulante Musiktherapie mit onkologischen Patient*innen*

Gruppensetting

Für das ambulante Gruppensetting findet sich bei Köhler et al. (2019) eine Musiktherapiestudie (RCT). Allen (2011) untersucht hier die Wirkung von Musik und Imagination in einem Prozess über 10 Sitzungen im Hinblick auf eine mögliche Verbesserung des Selbstkonzeptes bei langzeitüberlebenden Frauen mit Brustkrebs (n = 11). Im Verlauf zeigt sich im Vergleich zu einer verhaltenstherapeutischen Intervention eine Verbesserung des Identitätsgefühls, der Rollenverhältnisse und des Körper selbstbildes.

Neben den in den obigen Reviews einbezogenen Untersuchungen finden sich weitere zwei, für das ambulante Gruppensetting interessante, Studien. Hertrampf (2017) untersucht in einer *Mixed-Methods* Studie (RCT) den Einfluss von sechs wöchentlichen Sitzungen mit der Methode *Group Music and Imagery* (GrpMI) bei Frauen mit gynäkologischen Tumoren und Brustkrebs in kurativer und früher palliativer Behandlung (n = 28). Hier werden im Vergleich mit *Treatment as usual* oder *Progressiver Muskelentspannung* signifikante Ergebnisse im Hinblick auf eine Reduktion von Angst und Depressivität und einer Verbesserung von Lebensqualität und Wohlbefinden berichtet.

Thompson et al. (2017) untersuchen in einer nicht kontrollierten *Mixed-Methods* Studie ein gruppenmusiktherapeutisches Angebot. Dieses ist an einer supportiv-expressiven Gruppen-

therapie orientiert und über sechs wöchentliche Sitzungen mit aktiven und rezeptiven Methoden angelegt. Bei den vornehmlich an Brustkrebs erkrankten Teilnehmerinnen (n = 18) wird eine signifikante Verbesserung in der Verbesserung von Stimmung, Angst, Coping und Lebensqualität gefunden.

Einzelsetting

Der überwiegende Teil der in die oben genannten Reviews einbezogenen Studien zur Musiktherapie in der Onkologie bezieht sich auf das stationäre Setting. Im Cochrane Review (Bradt et al., 2016) finden sich immerhin noch *acht* musiktherapeutische Studien, die ambulante Patient*innen einschließen, bei Köhler et al. (2019) *eine* und im HTA-Bericht (Stützlinger et al., 2019) *keine* Untersuchung mit dieser Zielgruppe. Sieben der acht in das Cochrane Review eingeschlossenen ambulanten Musiktherapiestudien untersuchen Kurzzeitinterventionen von ein bis vier Sitzungen (Bradt et al., 2015; Ferrer, 2007; Gimeno, 2008 (in Bradt et al., 2016, S. 68); Hanser et al., 2006; Ratcliff, 2014; Romito, Lagattolla, Costanzo, Giotta & Mattioli, 2013; Stohrdahl, 2009). Bei fünf der Studien läuft die Musiktherapie begleitend zu einem ambulanten medizinischen Behandlungsprozedere (Bradt et al., 2015; Ferrer, 2005; Gimeno, 2008 (in Bradt et al., 2016, S. 68); Hanser et al., 2006; Romito et al., 2013) und bei zweien wird sie zum Abschluss eines stationären Aufenthaltes im Übergang nach Hause angeboten (Ratcliff, 2014; Stohrdahl, 2009). Nur eine der eingeschlossenen Studien (Burns, 2001) ist aufgrund des etwas längerfristig angelegten und prozessorientierten Ansatzes vergleichbar mit dem einzeltherapeutischen Setting, welches in der vorliegenden Arbeit untersucht wird. In ihr wird der Effekt der musiktherapeutischen Methode GIM (*Guided Imagery and Music*) bei Frauen mit Brustkrebs oder Ovarialkarzinom bei abgeschlossener oder pausierter Chemotherapie oder Bestrahlung untersucht (n = 8). Über einen Zeitraum von 10 Wochen kann sie für die Musiktherapiegruppe eine Verbesserung der Stimmung und eine Verbesserung der Lebensqualität nachweisen.

Es finden sich drei weitere Studien außerhalb der genannten Reviews, die für ambulante Einzelmusiktherapie als interessant eingeschätzt werden.

Bonde (2005a, 2007) untersucht in einer nicht kontrollierten *Mixed-Methods* Studie (vgl. Kapitel 1.2) den Einfluss von GIM (*Guided Imagery and Music*) auf Stimmung und Lebensqualität bei sechs langzeitüberlebenden Patientinnen mit Brustkrebs. Er kann in einem 10 Sitzungen

umfassenden Therapieverlauf einen signifikanten angstreduzierenden Effekt und eine Verbesserung des *Kohärenzsinn*s nachweisen. Für die Verbesserung der Lebensqualität und Minderung von Depression findet er allerdings keine Signifikanz.

Wormit et al. (2007) untersuchen in einer nicht kontrollierten Studie die Wirkung von 20 musiktherapeutischen Einzelsitzungen à 50 min auf der Basis eines Musiktherapiemanuals (vgl. Kapitel 1.2). Sie berichten eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität (n = 20) und stellen fest, dass insbesondere Patientinnen mit Mammakarzinom von der Musiktherapie profitieren.

Wärja (2018) untersucht die Effektivität von kunst-basierten psychotherapeutischen Ansätzen auf psychologischen Distress bei Frauen mit gynäkologischen Tumoren (n = 57) im Anschluss an ihre medizinische Behandlung. Sie verfolgt einen *Mixed-Methods* Ansatz und integriert eine Form von Musik und Imagination in ihr Behandlungskonzept (vgl. Kapitel 1.2). In dieser randomisierten Untersuchung wird Einzeltherapie (12 wöchentliche Sitzungen á 60 min; n = 18) mit Gruppentherapie (8 wöchentliche Sitzungen á 2,5 h; n = 39) verglichen. Wärja berichtet für beide Gruppen von einer signifikanten Verminderung von existenziellem Distress, einer signifikanten Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens und der Lebensqualität.

Zusammenfassung der quantitativen Befunde zur Wirksamkeit ambulanter Einzelmusiktherapie in der Onkologie

Aus diesem Überblick heraus lässt sich eine mögliche Wirksamkeit von ambulanter Einzelmusiktherapie im Hinblick auf eine Verbesserung der Lebensqualität (Burns, 2001; Wormit et al., 2007 ; Wärja, 2018), der Stimmung (Burns, 2001), des Kohärenzsinn (Bonde, 2005a, 2007), des körperlichen Wohlbefindens (Wärja, 2018) und eine Reduktion von Angst (Bonde, 2005a, 2007) sowie existenziellem Distress (Wärja, 2018) benennen.

2. Die Untersuchung

Der in Kapitel 1 gegebene Überblick zeigt, dass es trotz eines angenommen hohen Unterstützungsbedarfes kaum ambulante musiktherapeutische Angebote für Patient*innen mit einer Krebserkrankung gibt. Auch die qualitative und quantitative Evidenzlage für ambulante Musiktherapie in der Onkologie stellt sich als eher bescheiden dar.

Im Vorfeld der Untersuchung ließ sich ein deutlicher Bedarf an einer Etablierung eines ambulanten musiktherapeutischer Versorgungsangebotes und dessen Evaluation ausmachen. Darauf begründet sich die vorliegende Dissertation mit dem Untersuchungsthema „Musiktherapie in einem ambulanten psychoonkologischen Kontext“. Im Folgenden wird die Entwicklung der Fragestellungen, der Forschungsmethoden und des Forschungsdesigns berichtet.

2.1 Fragestellungen

Das Forschungsthema wurde in der vorliegenden Untersuchung anhand dreier Fragestellungen behandelt:

1. Wie lässt sich ein musiktherapeutisches Angebot in den Behandlungskontext einer Spezialambulanz für Psychoonkologie integrieren?
2. Welche spezifisch musiktherapeutischen Erfahrungen machen Patient*innen und was für eine Bedeutung haben diese für die Auseinandersetzung mit ihrer Krebserkrankung?
3. Zeigt sich eine Veränderung in Bezug auf Angst, Depressivität und Lebensqualität durch die musiktherapeutische Behandlung?

Die erste Fragestellung war leitend für die erste Forschungsphase, in der es um die Integration eines neuen musiktherapeutischen Angebotes in die Spezialambulanz für Psychoonkologie ging. Die zweite Fragestellung konkretisierte sich im Verlauf der Beantwortung der ersten. Sie wurde für die vorliegende Untersuchung zentral. Die dritte Fragestellung sollte der Exploration möglicher Effekte dienen. Damit sollte eine optionale Folgeuntersuchung zum Nachweis

einer Wirksamkeit ambulanter Musiktherapie vorbereitet werden. Eine quantitative Perspektive auf das Thema einzubeziehen, war auch im Hinblick auf die Einbettung der Untersuchung in den Kontext einer evidenzbasierten Medizin und Versorgungsforschung relevant.

2.2 Wahl der Forschungsmethoden

Fragestellung 1+2

Mit den ersten beiden Fragestellungen sollten Erkenntnisse über das subjektive Erleben einer Musiktherapie im ambulanten psychoonkologischen Kontext gewonnen werden. In der Wahl der geeigneten Forschungsmethode war der Aspekt des heuristischen Auffindens von Erkenntnissen und das induktive Entdecken von Neuem wesentlich. Dabei sollte es weniger um eine thematisch-inhaltliche Auswertung von Material gehen, sondern um eine interpretative, rekonstruierende und sinnverstehende Analyse von interaktiven Prozessen. Es sollte eine Theorie entwickelt werden über die musiktherapeutischen Erfahrungen, die Patient*innen in der Ambulanz als hilfreich für ihren Prozess der Auseinandersetzung erleben. Die *Grounded Theory* (Strauss & Corbin, 1996, Corbin & Strauss, 2015, 2008; Charmaz, 2014; Breuer, Muckel & Dieris, 2018) schien als Forschungsmethode dafür geeignet, insbesondere da sie für noch nicht oder kaum beforschte Kontexte entwickelt wurde. In ihr findet sich eine gute Passung zu den in der Einleitung beschriebenen Forschungszielen und der Forschungsmotivation. Darüber hinaus findet sich in ihren Ansätzen eine Nähe zur prozessorientierten Offenheit und den flexiblen Suchbewegungen, die in der zu untersuchenden ambulanten Musiktherapie charakteristisch sind. Auch hier geht es immer um die Konstruktionen subjektiver Wirklichkeiten. So hat diese Forschungsmethode eine Art vertrauter Analogie mit der untersuchten Praxis.

In der musiktherapeutischen Forschung wird die *Grounded Theory Methodologie* häufig als Forschungsansatz verwendet (Daveson, 2016). Daveson (2016) sieht als ein Potenzial dieses Ansatzes, dass Erfahrungen, Prozesse und Interaktionen, die in der Musiktherapie auftauchen, durch eine *Grounded Theory* gut repräsentiert werden können, da die Theorie induktiv aus den gelebten Erfahrungen der Beteiligten gewonnen wird (S.759). Sie weist darauf hin, dass die meisten Arbeiten eine modifizierte *Grounded Theory* entwickeln. In ihrem Überblick erfasst Daveson, dass *Grounded Theory* Untersuchungen in verschiedenen Untersuchungsfeldern vorliegen. Für den Bereich der Onkologie/Palliativmedizin nennt sie *eine* Studie (O'Callaghan & McDermott, 2004).

Die *Grounded Theory Methodologie* (GTM) wird im Kapitel 2.2.1 als Hauptforschungsmethode der Untersuchung vorgestellt. In diesen Untersuchungsweg wurden einzelne qualitative Erhebungen und Auswertungen integriert, die sich etwas vom Kodier- und Analyseprozess der GTM unterscheiden. Sie werden an den entsprechenden Stellen in Kapitel 3 und 4 skizziert. Die *RepGrid-Technik* zur Erkundung der Vorannahmen ist dabei in einem Exkurs ausführlicher erläutert.

Fragestellung 3

Die dritte Fragestellung wird mit einer quantitativen Erhebung und Analyse untersucht.

2.2.1 Die Grounded Theory Methodologie

Die *Grounded Theory* als Forschungsstil wurde von Barney Glaser und Anselm Strauss in den 60er Jahren des 19. Jahrhunderts im Kontext einer soziologischen Untersuchung über den Umgang mit Tod und Sterben im Krankenhaus entwickelt. Neu an dieser Art zu Forschen war es, dass die Forschenden nun selbst in das zu beforschende Feld gingen. Sie wollten es aus ihm heraus verstehen, statt einen Blick von außen darauf zu richten. Die Theorien sollten in der Wirklichkeit verankert werden. Im Folgenden fasse ich Grundzüge dieser Methodologie zusammen und beziehe mich dabei auf die Konzeptionen und Methoden, die von Strauss und Corbin (1996), Corbin und Strauss (2015, 2008), Charmaz (2014) und Breuer et al. (2018) beschrieben und weiterentwickelt wurden und auf deren Grundlage ich die vorliegende *Grounded Theory* Untersuchung durchgeführt habe.

Der Auftrag einer *Grounded Theory* Forschung liegt im Verstehen und Erklären von komplexen Zusammenhängen interaktiver Prozesse und der Entwicklung einer induktiv abgeleiteten, gegenstandsverankerten Theorie als einer neuen theoretischen Vorstellung über ein Phänomen. Die Wirklichkeit soll intersubjektiv verstanden werden. Dies geht über eine qualitative Beschreibung hinaus. Qualitative Beschreibungen sagen etwas über das Geschehen an sich, eine Theorie bietet Erklärungen an, warum das Geschehen auf eine bestimmte Art und Weise stattfindet. Eine *Grounded Theory* Untersuchung kann dazu dienen, neue Einsichten in alte Probleme zu gewinnen oder ganz neue Bereiche zu explorieren. Den Anfang einer *Grounded Theory* Untersuchung bildet dabei nicht eine Theorie, sondern das Untersuchungsfeld. Aus dem dort beobachteten Handeln und der Suche nach Sinn und Bedeutung dieses Handelns soll eine

„theoretische Darstellung der untersuchten Wirklichkeit“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 8) entstehen. Die Forschenden konstruieren eine Theorie, die sich im Feld, in den Daten gründet. Diese Theorie soll eine mittlere Reichweite bekommen.

Charmaz, eine Vertreterin der zweiten Generation der *Grounded Theory* Forscher*innen, grenzt sich von früheren Ansichten ab, in denen die Grundhaltung vertreten wurde, dass die Theorie sich aus den Daten heraus ergibt, aus ihnen emergiert und somit unabhängig von der/vom Forschenden ist. Sie sagt: „we are part of the world we study, the data we collect, and the analyses we produce. We construct our grounded theory through our past and present involvements and interactions with people, perspectives and research practices“ (Charmaz, 2014, S. 17). Charmaz anerkennt damit die – kontrollierte - Subjektivität des Forschenden und die Involviertheit in die Konstruktion und Interpretation von Daten. *Grounded Theories* werden von ihr als „constructions of reality“ (Charmaz, 2014, S. 17) gesehen und sie schreibt: „Research acts are not given; they are constructed“ (S. 13). Auch *die Reflexive Grounded Theory* (Breuer et al., 2018) verfolgt diese konstruktivistische Ausrichtung. Dem kreativen Denken - validiert an den Daten - wird in dieser Realitätskonstruktion ein hoher Stellenwert zuerkannt. Charmaz (2014) schreibt dazu: „The method fosters gaining both analytic control and momentum“ (S. 4). In den Daten gibt es Anzeichen, Formulierungen, die auf zugrunde liegende Konzepte hinweisen. Diese Konzepte liegen nicht auf der Oberfläche, sondern müssen im Prozess des Kodierens herausgearbeitet werden. „Der Forschende nimmt gewissermaßen die Rolle eines Geburtshelfers der Konzepte/Kategorien ein“ (Breuer et al., 2018, S. 8).

Einzelfälle werden intensiv exploriert, kleine Fallzahlen sind charakteristisch. „Es wird versucht, aus wenigen aber intensiv explorierten Fällen eine Vielzahl theoretischer Funken zu schlagen, konzeptuelle Ideen und Zusammenhangs-Annahmen zu generieren“ (Breuer et al., 2018, S. 8). Wesentlich zum Verstehen der Daten ist der Einbezug des Kontextes, vor dem sie Sinn ergeben. Der Hintergrund ist für die Interpretation der kontextabhängigen Handlungen und der Erzählungen darüber wesentlich. Bedingungen und Konsequenzen der Handlungen und Interaktionen müssen in die Bildung der Theorie mit einbezogen werden.

Grounded Theory ist eine rekonstruierende und interpretierende Methode. Die/der Forschende braucht dabei *Theoretische Sensitivität* als eine persönliche Fähigkeit. Sie wird als „Bewusstsein für die Feinheiten in der Bedeutung von Daten“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 25) umschrieben. Es geht um die Fähigkeit, durch Innensicht und Involviertheit ein Gespür dafür zu entwickeln, was auftauchen könnte, die relevanten Phänomene damit zu erkennen und in

einer verstehenden Abstrahierung den Daten Bedeutung zu verleihen. Die *Grounded Theory* Methode hat ein hermeneutisches Verstehenskonzept. Die auftauchenden Phänomene werden mit *Theoretischer Sensitivität* im Kontext der bisherigen Erkenntnisse verstanden, was zu einem neuen Hintergrund führt. *Theoretische Sensitivität* und Offenheit müssen dabei ver-schränkt werden (Breuer et al., 2018, S. 162). Es geht um eine reflektierte Offenheit.

Für die Selbstinvolviertheit der/des Forscher*in ist eine reflexive Bewusstheit der eigenen Vorannahmen wesentlich. Die Erkenntnisvoraussetzungen müssen beschrieben sein. Blumer (1969, zitiert nach Charmaz, 2014, S. 30) hat den Begriff der „Sensitizing concepts“ geprägt, mit dem das innere Konzept transparent wird, welches die/den Forschenden für das Feld sensibel macht und durch das ihr/sein Denken über das Feld geprägt wird. Diese Konzepte können als loser Rahmen für die Untersuchung gesehen werden, ohne dass die Untersuchung durch diese Konzepte beherrscht werden sollte. Charmaz (2014) gibt als Empfehlung: „Treat this concepts as points of departure for studying the empirical world while retaining the openness for exploring“ (S. 30). Sie bezeichnet Vorwissen auch als „vantage points“ (S. 31).

In der *Reflexiven Grounded Theory* (Breuer et al., 2018) liegt ein besonderer Schwerpunkt darauf, sich die subjektiven Einflüsse für den Erkenntnisgewinn über den gesamten Forschungsprozess zunutzbar zu machen. „Wir betrachten diese Dinge nicht als zu eliminierende methodische Fehler, wir versuchen vielmehr daraus epistemische Inspiration zu gewinnen“ (Breuer et al., S. 84). Die entstehende Theorie ist ein „auch durch das Erkenntnissubjekt geprägtes Produkt (eine Konstruktion), dem die gesellschaftlichen, kulturellen, lokalen, institutionellen, interaktiven und persönlichen Umstände der Hervorbringung eingeschrieben sind“ (Breuer et al., S. 84 f). Durch (selbst-)reflexive Momente wird die Verleitung einer Verzerrung in der Datensammlung und -analyse durch unbewusste Rollen- oder gar Machtverhältnisse im Feld minimiert.

In der Literatur werden vier zentrale Kriterien einer guten *Grounded Theory* benannt (Strauss & Corbin, 1996):

1. Übereinstimmung
2. Verständlichkeit
3. Allgemeingültigkeit
4. Kontrolle

Die entstehende *Grounded Theory* soll mit dem untersuchten Feld übereinstimmen, für die dort Handelnden – also auch für die untersuchten Personen - in diesem Feld verständlich und

sinnvoll sein sowie abstrakt genug sein, um sie auch auf andere ähnliche Kontexte anwenden zu können und sie auch gegebenenfalls mit anderen Theorien innerhalb des untersuchten Kontextes in Beziehung setzen zu können. Die Bedingungen, auf die sich die Theorie bezieht, müssen dabei transparent gemacht werden. Die Daten kontrollieren die entstehende Theorie. Es geht um das „Erstellen einer Theorie, die dem untersuchten Gegenstandsbereich gerecht wird und ihn erhellt“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 9).

Vorgehen im Forschungsprozess

Ob *Grounded Theory* als Forschungsmethodik angemessen und sinnvoll ist, wird durch die Art des Gegenstandsbereiches und durch die Fragestellung daran bestimmt. Das Hauptziel einer *Grounded Theory* ist die Entwicklung einer Theorie. Der Untersuchungsgegenstand ist dabei ein Feld, in dem voraussichtlich Phänomene auftauchen. Um diese auftauchenden Phänomene in der Tiefe erforschen zu können, braucht es Fragestellungen, die Flexibilität und Freiheit ermöglichen und gleichzeitig das Feld soweit eingrenzen, dass es bearbeitbar wird. Fragestellungen ergeben sich dadurch, dass noch nicht alle Konzepte für einen bestimmten Bereich gefunden bzw. beschrieben sind oder eben dadurch, dass der Bereich noch nie untersucht wurde. Sie richten sich also auf etwas bisher nicht Bekanntes und sie fokussieren eher auf Handlungen und Prozesse im Untersuchungsfeld als auf Themen und Strukturen. Im Forschungsverlauf kann sich eine Fragestellung immer mehr fokussieren, anfangs sollte sie möglichst weit und offen sein. Im Prozess des Kodierens kann eine Überarbeitung der Fragestellung oder Veränderung des Untersuchungsfeldes sinnvoll werden, wenn die Daten darauf hinweisen.

Wie in anderen qualitativen Verfahren sind in *Grounded Theory* Untersuchungen die am häufigsten verwendeten Daten Interviews und Beobachtungen. Diese Daten werden mit analytischen Techniken konzeptualisiert, was den Prozess des Kodierens von Daten meint. Dabei spielt der Vergleich von Daten eine wichtige Rolle und ermöglicht, dass ähnliche Daten zusammengefasst, mit einer konzeptuellen Bezeichnung versehen und in Beziehung zueinander gebracht werden. Im Verlauf werden Kategorien entwickelt, die jeweils in ihren Eigenschaften und Dimensionen inhaltlich ausgearbeitet werden. Im Vergleich der Kategorien untereinander kann sich idealerweise eine Kernkategorie als Essenz der Untersuchung herausbilden. Mit dem in Beziehung setzen der Kategorien und dem Herauskristallisieren der Kernkategorie beginnt die Theoriebildung. Die Kernkategorie als Schlüsselkategorie fasst am Ende das zentrale

theoretische Konzept zusammen. Breuer und Kolleg*innen (2018) diskutieren diese „*apriorische* Setzung“ (S. 286) und bemerken, dass es für manche theoretischen Modelle sinnvoller erscheint, mehrere Kernkategorien auszuarbeiten.

Der Forschungsprozess kann als eine „iterativ-rekursive Bewegungsfigur“ (Breuer et al. 2018, S. 9) verstanden werden. Es gibt ein Vor- und Zurück, was zu Fokussierung und Spezifizierungen im Verlauf führt. Datensammlung, Analyse und Theorie stehen in wechselseitiger Beziehung, es geht um ein Hin- und Herbewegen zwischen Daten und Analyse und um eine Interaktion mit den Daten und der sich findenden Theorie. „In the end, a well-crafted theory is a blend of detail and abstraction“ (Corbin & Strauss, 2015, S. 77).

Die Methoden der *Grounded Theory* sind flexibel, geben eine Richtung *und* lassen Offenheit zu.

Ein wichtiger Grundzug des Vorgehens im Forschungsprozess ist es, immer wieder zu prüfen, inwieweit die Erkenntnisse mit den Daten in Verbindung stehen. Das Vorgehen ist primär induktiv. Wenn es hilfreich erscheint, können aber auch deduktive Kategorien hinzugenommen werden. Wichtig dabei ist die Wahrnehmung einer kreativen Komponente, die einen Einfluss auf Prozesse der Induktion und Deduktion nimmt. Breuer et al. (2018) fassen dieses Phänomen als Abduktion (S. 8).

Ein *Grounded Theory* Projekt benennt am Beginn meistens keinen theoretischen Rahmen, da der Zweck der Untersuchung die Entwicklung einer Theorie ist. Am Ende der Untersuchung ist es angezeigt, die entwickelte Theorie mit bisherigen Theorien zu vergleichen.

Einsatz von Literatur

Das Hinzuziehen von Literatur erfolgt an unterschiedlichen Stellen. Zu Beginn wird in der Regel keine systematische Literaturrecherche vorgeschlagen, um sich nicht zu sehr auf bestimmte Konzepte über das Forschungsfeld festzulegen. Eine Sichtung von Literatur kann aber hilfreich sein, um das bestehende Vorwissen explizit zu machen, die theoretische Sensibilität anzuregen und Fragen aufzuwerfen. Im Verlauf der Analyse können aus der Literatur relevante Elemente aus bestehenden Theorien vergleichend hinzugezogen werden, wenn es der Ausarbeitung der Kategorien dient.

Die Erkenntnisse aus der Literatur müssen aber immer an den Daten validiert werden. Gerade bei Ergebnissen aus anderen kontextspezifischen Studien im Gegenstandsbereich ist es wichtig zu prüfen, ob deren Kontext auf den eigenen Kontext passt. Nach Untersuchungsende kann

ein Review der Literatur dazu führen, die entstandene Theorie einzuordnen und Bezüge zu finden zu anderen Theorien, die dann gegebenenfalls erweitert werden können.

Theoretisches Sampling

Sampling meint eine Auswahl von Datenquellen, Fällen, Ereignissen, Stichproben und anderem. Das *Theoretische Sampling* verfolgt diese Auswahl „auf der Basis von Konzepten, die eine bestätigte theoretische Relevanz für die sich entwickelnde Theorie besitzen“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 148). Eine bestätigte theoretische Relevanz meint, dass bestimmte Konzepte immer wieder auftauchen oder auch durch eine offensichtliche Abwesenheit auffallen. Zu diesen Konzepten werden im Verlauf weitere Daten ausgewählt, um sie vergleichend zu analysieren und etwas darin zu finden, mit dem die Kategorien der Konzepte in ihren Eigenschaften, Dimensionen und Bezügen vertiefend ausgearbeitet werden können. Hilfreich kann eine kontrastierende Fallauswahl sein, um im Vergleich der Fälle die Theorie entwickeln zu können. *Theoretisches Sampling* unterliegt einer guten Planung, braucht aber auch Flexibilität. Es findet ein Wechselprozess statt von Sampling und Analyse, wobei die Analyse die Datensammlung leitet. Die theoretischen Gedanken und Fragen, die sich aus ihr ergeben, sind leitend für die Auswahl des nächsten Falls. Für die Fallauswahl gilt: „Solche Fälle, Variationen und Kontraste werden gesucht, die das Wissen über Merkmale des Untersuchungsfeldes auf dem Hintergrund des bisherigen Bildes vom Gegenstand (voraussichtlich) erweitern, präzisieren und anreichern, absichern und verdichten oder auch infrage stellen können“ (Breuer et al., 2018, S. 156). Anfangs ist es eher ein weites Sampling, bei dem es gilt, offen für alle Möglichkeiten zu sein und so viele Kategorien wie möglich zu entdecken. Man kann dabei gezielt vorgehen (z.B. alle weiblichen Patient*innen), systematisch (z.B. alle Patient*innen, die zur Teilnahme bereit ist) oder zufällig auftauchende Daten verwenden. Im Verlauf wird das Sampling fokussierter, um Daten zu vergleichen, Unterschiede zu finden, Dimensionen zu entdecken, Beziehungen der Kategorien zu finden. Hier kann auch deduktiv vorgegangen werden, um nach etwas Bestimmtem zu suchen.

Ziel ist eine *Theoretische Sättigung*, die für jede Kategorie erreicht werden muss. Sie „gilt als dann erreicht, wenn weitere hinzugezogene und analysierte Fälle bzw. Daten keinen Beitrag mehr zu ihrer *konzeptuellen Erweiterung* bzw. *Veränderung* leisten, ...“ (Breuer et al., 2018, S. 361). Durch dieses Prinzip der *Theoretischen Sättigung* kann die Fallzahl im Vorherein nicht genau festgelegt werden.

Datensammlung

„All is data“ (Glaser, 2002, zitiert nach Charmaz, 2014, S. 29) – aber die Daten variieren in der Qualität oder der Relevanz. Die Datensammlung und Datenauswahl sollen dafür dienen, ein reiches Datenmaterial zu gewinnen. „Let the world appear anew through your data“ (Charmaz, 2014, S. 23). Das Material soll ermöglichen, die Dinge von innen heraus zu sehen. Mögliche gute Datenquellen sind Interviews, Gespräche und Feldbeobachtungen. Hier wird eine gute Adaption an das Feld als Voraussetzung gesehen, effektiv beobachten zu können.

Für Interviews kann ein aus den Vorannahmen entwickelter initialer Leitfaden verwendet werden, der im Verlauf durch die Ausrichtung auf *Theoretisches Sampling* und durch *Theoretische Sensitivität* immer wieder Veränderungen erfahren wird, auch innerhalb des Interviewens selbst. Die ersten Interviews und Feldnotizen sollten ausführlich transkribiert und analysiert werden, da diese die weiteren Erhebungen leiten. Zu einem späteren Zeitpunkt können Ausschnitte, die für die entstehende Theorie wichtig sind, selektiv transkribiert werden.

Die Datensammlung soll dem wirklichen und gründlichen Verstehen des Feldes dienen, und zwar aus der Perspektive der Teilnehmenden. Die/der Forscher*in muss sich der Begrenztheit des Ausschnittes aus der Wirklichkeit bewusst sein. Die Teilnehmenden sagen z.B. auch etwas *nicht*, sei es, weil sie es nicht sagen wollen oder es für selbstverständlich halten. Letztendlich wird die/der Forschende also nie die ganze subjektive Wahrheit der Teilnehmenden erfassen. Charmaz benennt in Anlehnung an Blumer als wichtiges Dictum: „respect your subjects“ (Charmaz, 2014, S. 33). Es geht darum, die Perspektive der Teilnehmenden durch den Austausch mit ihnen zu würdigen und sie als „Untersuchungspartner/innen“ (Breuer, 2010, S. 45) zu verstehen.

Analyse

Die Analyse ist der dynamische Denkprozess, der beim Kodieren der Daten stattfindet und in einem Memo festgehalten und entwickelt wird. Eine Analyse beinhaltet Interpretationen, die Daten werden mit einer Bedeutung konzeptualisiert.

Kodieren

Kodieren (Coding) heißt, ein Datensegment mit einem *Label* zu versehen, welches klarer macht, worum es in diesem Segment geht. Durch das Kodieren entstehen von Anfang an analytische Fragen an das Material. Man will die Bedeutung verstehen. Die Daten regen kreative

Denkprozesse an. „Coding is the pivotal link between collecting data and developing an emergent theory to explain these data“ (Charmaz, 2014, S. 113). Codes benennen die Konzepte, die in den Daten stecken. Aus den Codes entstehen durch weitere Abstraktionsprozesse Kategorien. Kategorien sind abstraktere Bezeichnungen für die Themen, die in den Codes aus den Daten zusammengefasst sind. Es sollen subsumierungsfähige Begriffe sein. Die Kategorien sollen einen mittleren Abstraktionsgrad haben und „noch nach dem Feld schmecken“ (mündliches Zitat von Franz Breuer in einem Workshop). Kodieren lässt sich als „ein gedankenvolles Ringen um Begriffe kennzeichnen, bei dem es gerade um das Transzendieren vertrauter Beschreibungs- und Theoriwelten, um das Generieren neuartiger Konzepte geht“ (Breuer et al., 2018, S. 54). Im Prozess des Kodierens werden die Daten in Bezug auf Prozesse und Handlungen, die ihn ihnen stecken, befragt. Man sucht nach abstrakten Ideen für ein Segment. Implizite Sichtweisen, Handlungen und Prozesse werden sichtbar gemacht: „...you begin to conceptualize what is happening in the data“ (Charmaz, 2014, S. 113). Codes entstehen in der Interaktion mit den Daten mit dem Ziel der bestmöglichen Passung. Zu Anfang ist Spontaneität sinnvoll. Die den Daten innewohnenden Prozesse sollen nicht zu schnell zu sehr festgelegt werden. Codes können im Verlauf umbenannt werden.

In der Literatur werden verschiedene Formen des Kodierens beschrieben. Breuer fasst als Gemeinsames zusammen, dass es eine frei gestaltete Anfangsphase gibt, in der erste theoretische Ideen offen exploriert werden. In der zweiten Phase geht es um eine Fokussierung und um eine präzisere Ausarbeitung der Ideen als Kategorien. In der dritten Phase werden die Kategorien dann strukturiert und in eine Modell-Logik gebracht. Begrifflich können diese Prozesse als *Offenes*, *Axiales* und *Selektives Kodieren* gefasst werden (vergleiche Zusammenführung bei Breuer et al., 2018, S. 255 f). Die/der Forscher*in wird im Prozess des *Axialen* und *Selektiven Kodierens* eine Logik entwickeln, in der die Kategorien aufeinander bezogen und in ein Theoriemodell gebracht werden können. Breuer et al. (2018) diskutieren das von Strauss und Corbin dazu vorgeschlagene *Paradigmatische Modell*. Mit seinen Komponenten *Bedingungen*, *Kontext*, *Strategien*, *Konsequenzen* sollte es aus ihrer Sicht nicht generalisiert werden. Nach der Idee der theoretischen Offenheit sollte sich die jeweilige Modelllogik als eigene Logik entwickeln dürfen (S. 255).

Memos und Diagramme

Memos sind Formen einer schriftlichen Aufzeichnung, die die Ergebnisse der Materialanalyse enthalten: „Memos stellen die schriftlichen Formen unseres abstrakten Denkens über die Daten dar“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 170). Kennzeichnend für Memos ist, dass sie sich über die Zeit hinweg entwickeln und aufbauend zueinander sein können. So kann auch ein Memo über ein Memo geschrieben werden. Wichtig sind eine assoziative Freiheit und Kreativität, ein möglichst freies und fließendes Schreiben, aus dem heraus im Verlauf eine Sammlung von analytischen Ideen entsteht. Memos können außerdem die Lücken im Forschungsprozess und offene Fragen aufzeigen. Inhaltlich sind Memos konzeptuell. Sie handeln eher nicht von Personen, Handlungen, Vorfällen oder Ereignissen an sich, sondern beziehen sich auf Konzepte, die Abstraktionen dieser Handlungen, Vorfälle, Ereignisse und Geschehnisse darstellen.

Diagramme sollen die Beziehungen und Dimensionen der Kategorien zueinander darstellen und veranschaulichen. Corbin und Strauss (2008) charakterisieren Memos und Diagramme als „working and living documents“ (S. 118). Es sind nicht nur Behältnisse für Gedanken, sondern in ihnen findet der lebendige Forschungsprozess und die Gedankenbildung statt. Memos und Diagramme beginnen eher rudimentär und entfalten Komplexität, Dichte, Klarheit und Angemessenheit über den Forschungsprozess.

Zusammenfassend schreibt Breuer (2018):

Die zugrundeliegende Idee ist: Durch den analytischen Parcours des R/GTM-Verfahrens [*Reflexive Grounded Theory*], die Konzept-/Kategorienbildung und die Modellierungsarbeit auf Basis der empirischen Fälle gelange ich approximativ zu einem finalen datenbegründeten Theoriegebilde, gewissermaßen zu einer gemeißelten, geschliffenen und polierten Skulptur, die sich im zyklisch-rekursiven Arbeitsprozess herausbildet, bewährt und stabilisiert. Neu hinzukommende Daten irritieren diese Struktur in ihren theoretischen Grundzügen ab einer gewissen Elaborations-Stufe nicht mehr, sie wird nicht mehr ins Wanken gebracht. (S. 361)

2.3 Das Untersuchungsdesign

Die vorliegende Untersuchung ist in einem *Mixed Methods Design* angelegt. Elemente aus qualitativen und quantitativen Forschungsansätzen werden kombiniert. Für den Kontext der Untersuchung und für die Exploration des Forschungsthemas erschien eine solche Kombina-

tion sinnvoll. Die Untersuchung sollte einen Beitrag leisten, um komplexe musiktherapeutische Phänomene besser zu verstehen *und* eine Effektivität ambulanter Musiktherapie nachweisen zu können, bzw. eine erste Tendenz zu explorieren. Beide Perspektiven wurden als wichtig für den Erkenntnisgewinn gewertet.

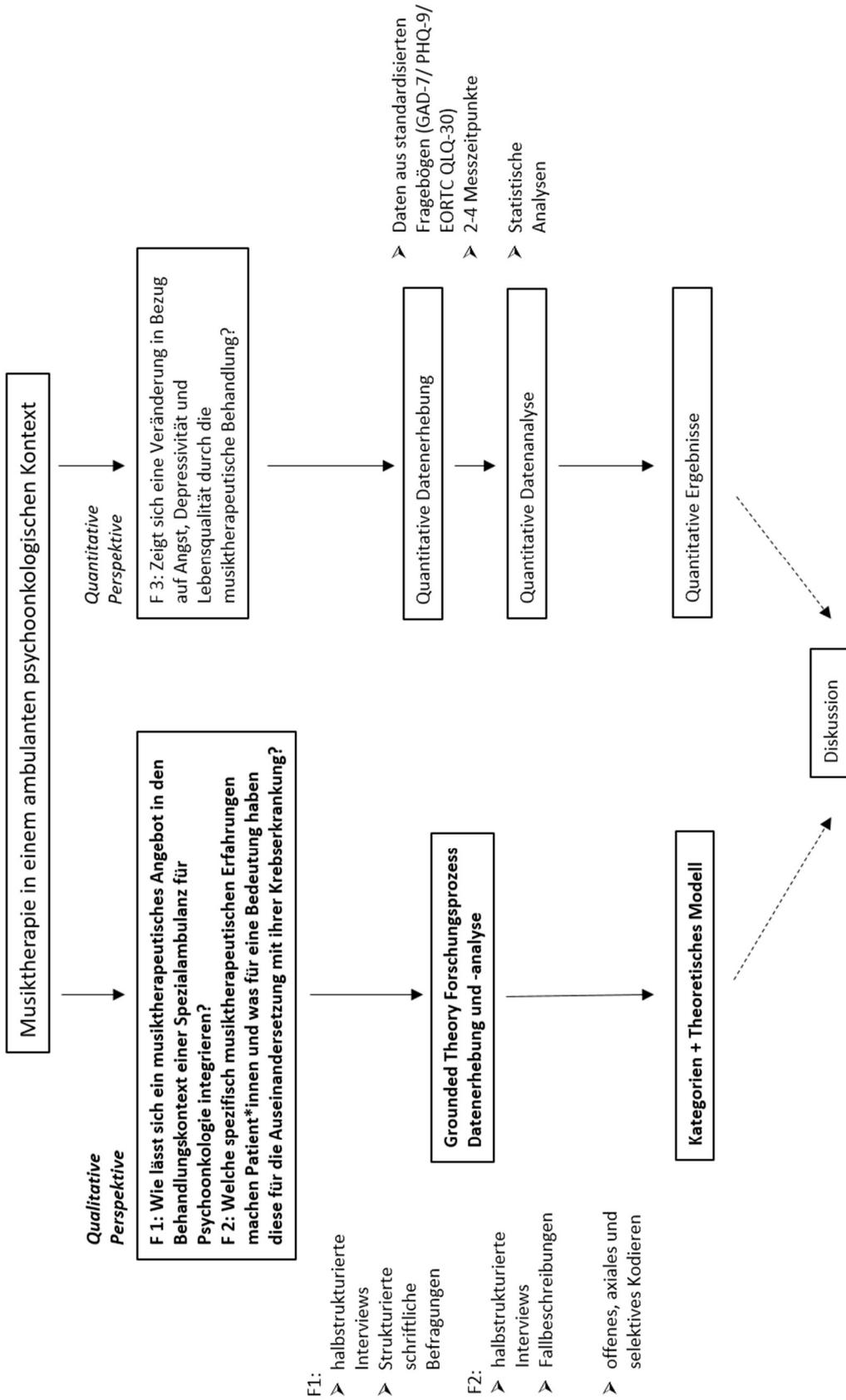
Für die musiktherapeutische Forschung wird ein Zuwachs von *Mixed Methods* Studien verzeichnet (Erkkilä, 2016). Erkkilä zeigt auf, dass ein solcher Forschungsansatz das Interesse der Musiktherapie trifft, nicht *nur* die Effekte zu erforschen, sondern auch die spezifischen oder übergreifenden Mechanismen der musiktherapeutischen Behandlung zu verstehen. Auch Bonde (2015) plädiert für eine *Mixed Methods* Forschung:

The use of mixed methods enables a wider exploration of complex concepts and makes it acceptable that self-reports only allow limited answers to complex questions. The combination of self-reports and qualitative interviews gives the participants the opportunity to formulate their critiques and ideas, and the researcher an opportunity to elaborate his/her own understanding of the issues and concepts operationalized in the questionnaires. (S. 8)

Für die ambulante Musiktherapie mit onkologischen Patient*innen finden sich vier *Mixed Methods* Studien (Bonde, 2005a, 2007; Hertrampf, 2017; Thompson et al., 2017; Wärja, 2018). Eine *Grounded Theory* in ein *Mixed Methods* Design einzubinden, ist bisher noch nicht umgesetzt worden und muss noch exploriert werden (Daveson, 2016). Bonde (2005a, 2007) hat allerdings die in seiner *Grounded Theory* Analyse entwickelten Kategorien mit quantitativen Daten in Verbindung gebracht.

In der vorliegenden Untersuchung wurde das Forschungsthema mit drei Fragestellungen untersucht. Die ersten beiden sind qualitative Fragestellungen, die dritte ist eine quantitative. Sie wurden in einem *Parallelen Design* (Kuckartz, 2014) miteinander in Verbindung gebracht. Dabei liegt der Schwerpunkt der Arbeit auf der qualitativen Untersuchung (*qual - quant*). In diesem Design laufen Datenerhebung und Analyse parallel in ihrer jeweiligen methodischen Ausrichtung.

Es wurde geplant, die entstehende *Grounded Theory* mit den quantitativen Ergebnissen zusammenzuführen. Dies musste aber eine offene Planung bleiben, da eine *Grounded Theory* naturgemäß im Verlauf des Forschungsprozesses erst entsteht. Im Vorfeld konnte nicht festgelegt werden, ob und wie diese Theorie oder Bestandteile von ihr am Ende mit den quantitativen Ergebnissen in Verbindung gebracht werden können.



Graphik 1 Untersuchungsdesign

3. Integration und Evaluation eines musiktherapeutischen Angebotes in einer Spezialambulanz für Psychoonkologie

Den Beginn der *Grounded Theory* Untersuchung bildete das Forschungsprojekts „Integration und Evaluation eines musiktherapeutischen Angebotes in die Spezialambulanz für Psychoonkologie am Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf (UKE)“ (April 2013 bis März 2015). Mit diesem Projekt wurde die Musiktherapie neu in das Behandlungsspektrum der Ambulanz aufgenommen. In diesem Projekt sollten verschiedene ineinander übergreifende Schritte konzipiert werden, um den Integrationsprozess bestmöglich zu unterstützen. Diese waren zum einen auf der Handlungsebene auf die Integration in den Ablauf der Ambulanz ausgerichtet, zum anderen ging es aber auch darum, eine Integration auf inhaltlicher, konzeptioneller Ebene zu bewirken. Dazu wurden die Schritte evaluiert, um eine Theoriebildung zu initiieren.

Diesen Zeitraum mit seinen Erhebungen und Evaluationen fasse ich innerhalb der *Grounded Theory* Untersuchung als Phase 1. Sie war geprägt durch die gemeinsame Reflexion im Forschungsteam und eine enge Verschränkung von Erhebung und Interaktion im Team der Ambulanz. Es war ein Herantasten an das Feld und an mögliche Fragestellungen, die sich in ihm stellten. Aus verschiedenen Perspektiven sollten die Kontextbedingungen für musiktherapeutisches Handeln im Feld der Ambulanz erkundet werden.

In Phase 1 wurde die erste meiner Fragestellungen untersucht:

- *Wie lässt sich ein musiktherapeutisches Angebot in den Behandlungskontext einer Spezialambulanz für Psychoonkologie integrieren?*

Innerhalb dieses Untersuchungsprozesses entwickelten sich erste Erkenntnisse und eine theoretische Sensibilisierung für die zweite Fragestellung:

- *Welche spezifisch musiktherapeutischen Erfahrungen machen Patient*innen und was für eine Bedeutung haben diese für die Auseinandersetzung mit ihrer Krebserkrankung?*

Diese Fragestellung wurde in der zweiten Untersuchungsphase genauer erkundet, die im Folgekapitel beschrieben wird.

Zum Verständnis der in Folge verwendeten forschungsmethodischen Begrifflichkeiten aus der *Grounded Theory* verweise ich hier auf Kapitel 2.2.1, in dem diese erläutert werden.

3.1 Forschungs- und Erkenntnisvoraussetzungen

3.1.1 Vorbereitungen

Die Idee, ein musiktherapeutisches Angebot in der Spezialambulanz für Psychoonkologie zu etablieren, reifte über mehrere Jahre. Durch ein Forschungsprojekt zu psychosozialen Interventionen für Patient*innen bei Knochenmarktransplantation, zu denen auch die Musiktherapie gehörte (Hasenbring et al., 1999), hatte sich im weiten Vorfeld des Projektes ein bleibender Kontakt zwischen dem Leiter der Spezialambulanz für Psychoonkologie und der dort arbeitenden Musiktherapeutin, U. Hennings, entwickelt. U. Hennings und ich hatten über mehrere Jahre im stationären Behandlungskontext des UKE zusammengearbeitet und die Idee eines ambulanten musiktherapeutischen Angebotes immer wieder aufgegriffen. Die Musiktherapie im Rahmen eines Forschungsprojektes in die Spezialambulanz für Psychoonkologie zu integrieren, war für uns eine Chance, die Möglichkeiten ambulanter Musiktherapie zu erkunden und Patient*innen hier eine zusätzliche musiktherapeutische Unterstützung zu schaffen.

Bildung einer Projektgruppe und finanzielle Förderung

Die Mitglieder der Gruppe waren neben mir meine Musiktherapiekollegin U. Hennings, der Leiter der Spezialambulanz Dr. F. Schulz-Kindermann und im Rahmen der Kooperation des UKE mit der Hochschule für Musik und Theater Hamburg (HfMT) Prof. Dr. E. Weymann vom Institut für Musiktherapie. Für ein Jahr nahm an der Projektgruppe auch A. Silina als Studierende des Masterstudiengangs Musiktherapie an der HfMT teil und schrieb ihre Masterarbeit über den beobachteten Integrationsprozess (Silina, 2014). Diese Zusammenarbeit wurde unter anderem durch einen Kooperationsvertrag in Lehre und Forschung zwischen dem UKE und der HfMT möglich.

Das Projekt wurde für eine Laufzeit von April 2013 bis März 2015 von der Andreas-Tobias-Kind Stiftung, Hamburg, gefördert. Gelder für die Anschaffung eines ersten Musiktherapieinstrumentariums konnten über den Freundeskreis der Ambulanz eingeworben werden und wurden zusätzlich durch eine Spende der Institutsleitung unterstützt.

3.1.2 Professioneller Hintergrund der Musiktherapeutinnen

Das Vorwissen von uns beiden im Projekt beteiligten Musiktherapeutinnen war geprägt durch unsere mehrjährigen Erfahrungen im stationären Setting. Wir befanden uns im kontinuierlichen Austausch und waren zu dieser Zeit auch beide aktiv im Arbeitskreis *Musiktherapie in der Onkologie* unseres Berufsverbandes (Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (DMtG)), in dem wir auch bei der Erstellung des Berufsbildes mitwirkten (Arbeitsgemeinschaft der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten in der Onkologie, 2014). Beide von uns hatten die Weiterbildung zur Psychoonkologie (WPO/DKG) absolviert.

Wir waren im Vorfeld in Forschungsprojekte involviert gewesen und konnten bereits auf Forschungsergebnisse über unsere musiktherapeutischen Interventionen zurückgreifen. So zeigte sich bei Patient*innen, die U. Hennings während einer allogenen Stammzelltransplantation musiktherapeutisch begleitete z.B. eine Verbesserung von Hoffnung und optimistischer Einstellung. Die Musiktherapie konnte ebenso wie ein psychologisches Verfahren sehr gut in den klinischen Alltag integriert werden und Patient*innen akzeptierten das Verfahren gut (Hasenbring et al., 1999). Bei Patient*innen mit einer autologen Stammzelltransplantation, die von mir musiktherapeutisch begleitet worden waren, war der positive Einfluss der Musiktherapie auf die Schmerzwahrnehmung bedeutsam und die qualitativ erhobene Zufriedenheit mit der Intervention (Tuinmann et al., 2016).

In einer Studie zu Themen und Bedürfnissen von Patient*innen in der Musiktherapie auf der Palliativstation, die ich als eine der Musiktherapeutinnen mit konzipiert und durchgeführt hatte, wurde deutlich, wie vielfältig diese sind und dass ein subjektiver Benefit durch die musiktherapeutische Behandlung entsteht. In dieser Untersuchung wurde auch explizit gemacht, dass aktive Methoden in diesem Setting zwar weniger zum Einsatz kommen aber nicht weniger wichtig sind als rezeptive Angebote (Preißler, Kordovan, Bokemeyer & Oechsle, 2016 a). Die stationäre Musiktherapie ist als eine aufsuchende Intervention zu charakterisieren. Wir haben dort erlebt, dass eine hohe Flexibilität gefordert wird, um die oft sehr geschwächten und von Nebenwirkungen eingeschränkten Patient*innen zu erreichen und dort einen geschützten therapeutischen Rahmen herzustellen. Der Fokus liegt auf dem Erhalt oder der Wiederherstellung von Lebensqualität. Dabei ist ein Austarieren von stabilisierender Abwehr und kontrollierbarer, gehaltener emotionaler Selbstwahrnehmung gefragt. Der Titel eines Beitrags

ges über Musiktherapie in der hämatoonkologischen Intensivmedizin „Soll ich hier Musik machen?“ (Hennings, 1999) bringt in seiner Prägnanz die Herausforderungen auf den Punkt. Für den stationären Bereich der Palliativmedizin habe ich den Charakter der dortigen Musiktherapie wie folgt skizziert:

Die Kunst des Hinspürens ist in unserem Arbeitsfeld eng verbunden mit der Kunst der Abwehr. Zur inneren Stabilisierung ist oft ein sehr stützendes und ressourcenorientiertes Vorgehen indiziert, welches methodisch ablenkt von Leiden und dadurch Kraft geben kann. Hier setze ich gezielt die Beschäftigung mit Musik zur Defokussierung ein. Ich lasse mir zum Beispiel von einem beglückenden Opernbesuch erzählen, singe Lieblingssongs oder gehe dem Wunsch nach, sich einfach nur zur Musik entspannen zu dürfen. Dabei halte ich meine Aufmerksamkeit offen für Zwischentöne. In diesem Spannungsfeld zwischen Hinspüren und Abwehren, zwischen bewusster Auseinandersetzung und Ablenkung, entstehen die Spielräume der Situation. (Preißler, 2010)

Zu Beginn des Projektes hatten wir in einem begrenzten Rahmen Vorerfahrungen in der ambulanten musiktherapeutischen Begleitung von onkologischen Patient*innen sammeln können. U. Hennings im Rahmen der ambulanten Nachsorge in der Klinik für Stammzelltransplantation am UKE und ich durch die Möglichkeit, zwei onkologische Patientinnen und eine Angehörige im Rahmen der Ambulanz als Ausbildungspatientinnen für eine Qualifizierung als GIM-Therapeutin (*Guided Imagery and Music*) zu behandeln (Preißler, 2014). Durch unsere Qualifizierung als Psychoonkolog*innen waren wir sensibilisiert für die speziellen Themen und Bedürfnisse onkologischer Patient*innen. Aufgrund unseres Ausbildungshintergrundes hatten wir eine phänomenologisch-tiefenpsychologische Grundausrichtung.

3.1.3 Die Spezialambulanz für Psychoonkologie als Behandlungskontext

Die Spezialambulanz für Psychoonkologie ist eine Hochschulambulanz und Psychiatrische Institutsambulanz im Institut und der Poliklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Hier finden erwachsene Krebspatient*innen und Angehörige von Krebspatient*innen eine psychoonkologische Unterstützung. Zusammen mit dem Ambulanzzentrum, in dem Richtlinienpsychotherapie angeboten wird, werden jährlich über 1000 Krebspatient*innen und Angehörige behandelt. Es finden insgesamt über 8000 Kontakte statt (Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, 2017).

Das Ambulanzteam besteht aus über 30 Mitarbeiter*innen. Die meisten haben kleinere Stellenanteile und viele sind auch in anderen Kliniken des UKE tätig. In Bezug auf die vertretenen Professionen sind die Mehrzahl der Kolleg*innen Psycholog*innen, zum Teil mit Approbation

zur Psychotherapie. Darüber hinaus arbeiten Ärzt*innen in der Ambulanz, eine Theologin, eine Kunsttherapeutin und zwei Musiktherapeut*innen. Die meisten der Kolleg*innen haben eine spezielle psychoonkologische Weiterbildung absolviert. Die Angebote der einzelnen Kolleg*innen orientieren sich an unterschiedlichen Psychotherapieschulen. Einen Schwerpunkt dabei bildet die Verhaltenstherapie. Weiter gibt es Kolleg*innen, die tiefenpsychologisch fundiert, gestalttherapeutisch, klientenzentriert, hypnotherapeutisch, traumatherapeutisch und nach der Existenziellen Psychotherapie arbeiten. Es finden überwiegend Einzeltherapien statt, aber auch Paargespräche, Familientherapien und Elternberatung. Darüber hinaus werden kontinuierlich Gruppenangebote entwickelt sowie Angebote für spezielle Patient*innengruppen, wie zum Beispiel schwerst Erkrankte, hochängstliche Patient*innen oder junge Patient*innen. Eine Behandlungsgrundlage für dieses inter- und multidisziplinäre Behandlungsspektrum bietet die S3-Leitlinie Psychoonkologie, in der auch die Musiktherapie als Kann-Empfehlung aufgenommen ist.

Die Ambulanz hält eine Kooperation mit einem Psychiater des Psychosozialen Zentrums, der eine spezielle Sprechstunde für onkologische Patient*innen anbietet.

Nach der Anmeldung in der Ambulanz erhalten die Patient*innen bzw. die anfragenden Angehörigen ein Fragebogenheft, mit dem sie auf ihre körperliche und psychosoziale Belastung hin gescreent werden. Weiter wird hier erhoben, welche Unterstützungsangebote sie sich wünschen. Sie erhalten daraufhin ein Erstgespräch bei einer/ einem speziell dafür geschulten Psycholog*in. In den wöchentlich stattfindenden Teamsitzungen stellt diese/dieser Psycholog*in die oder den Patient*in bzw. die oder den Angehörige/n den Kolleg*innen vor. In gemeinsamen Abwägungen in Bezug auf Passung und Kapazität wird dann eine/ein übernehmende/r Kolleg*in gefunden. Diese/ dieser nimmt Kontakt zu der/dem Patient*in bzw. der/dem Angehörigen auf und übernimmt die weitere psychoonkologische Unterstützungsplanung und Begleitung. Die Arbeit wird regelmäßig in einer Gruppensupervision in der Ambulanz supervidiert. Es gibt ein Kontingent von 12 Sitzungen á 50 min, die alle 2-4 Wochen angeboten werden können. Bei Bedarf kann eine Verlängerung besprochen werden. Das Setting ist bewusst flexibel gehalten, um die Begleitung an die jeweilige körperliche Verfassung und die medizinischen Behandlungsphasen anpassen zu können. Therapiepausen können mit den Patient*innen z.B. aufgrund einer Rehamaßnahme individuell vereinbart werden. Die Begleitungen finden in den Räumen der Ambulanz statt.

*Die Ambulanzpatient*innen*

Im Folgenden werden Informationen über Patient*innen und Angehörige aus dem Jahresbericht 2017 der Psychoonkologischen Ambulanz zusammengefasst (Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, 2017). In den dort berichteten Auswertungen des psychosozialen Screenings zur Aufnahme zeigt sich, dass die Patient*innen, die in der Ambulanz Unterstützung suchen, im Durchschnitt 51 Jahre alt sind, die hilfesuchenden Angehörigen 49 Jahre. 71% der Patient*innen sind weiblich, von den Angehörigen sind es 67%. Die Patient*innen haben unterschiedliche Diagnosen in einer breit gemischten Verteilung. Knapp 80% der Patient*innen sind bei Aufnahme auffällig durch Distress belastet, bei den Angehörigen sind es knapp 90%. Rund dreiviertel der Patient*innen und Angehörigen haben eine auffällige Belastung durch Depressivität und Angst, wobei die Angehörigen hierin jeweils etwas weniger belastet sind.

3.1.4 Die erste Konzeption der Musiktherapie

Die Musiktherapie wurde vorerst als Einzeltherapie in die Spezialambulanz für Psychoonkologie integriert. Das Setting der Spezialambulanz, das auch für die Musiktherapie gilt, wird im vorangegangenen Kapitel skizziert. Die Musiktherapie findet in den Räumlichkeiten der Spezialambulanz statt. Es gibt keinen eigenen Musiktherapieraum, sondern einer der allgemeinen Therapieräume wird jeweils musiktherapeutisch eingerichtet. Die Musiktherapie wurde zu Beginn in ihrer Konzeption bewusst offen gehalten, da wir sie durch das Forschungsprojekt in ein für die Musiktherapie *neues* Behandlungsfeld integrieren wollten. Im Rahmen des vorgegebenen Settings der Spezialambulanz wollten wir erkunden, welche therapeutischen Bedürfnisse ambulante Patient*innen in die Musiktherapie mitbringen und welches musiktherapeutische Vorgehen dafür hilfreich wäre. Die Konzeption sollte in diesem Forschungsprozess schrittweise erarbeitet werden.

Zu Beginn des Integrationsprojektes haben wir die Musiktherapie anhand allgemeiner kontextübergreifender Merkmale beschrieben. Wir haben sie als interaktiven und reflexiven Prozess charakterisiert, in dem auf Basis der therapeutischen Beziehung Musik in eine Beziehung zum inneren Erleben gebracht wird. Dieser Prozess sollte sich flexibel an den individuellen Patient*innen ausrichten. Das übergreifende Ziel sollte es sein, die Patient*innen bei der Auseinandersetzung mit ihrer Krebserkrankung zu unterstützen, psychische Belastung zu mindern und die Lebensqualität zu verbessern. Wir nahmen an, dass die ambulante Musiktherapie am

ehosten eine psychotherapeutische Ausrichtung bekommen sollte, wie sie Bonde (2019) wie folgt formuliert:

Psychotherapeutic music therapy, where music is used to help the client gain inside into their world, their needs and their life and where an active, psychodynamic approach will involve gaining awareness of issues, thoughts, feelings, attitudes and conflicts. The work can be non-verbal, all in the music, or a mix of non-verbal, musical experiences and verbal reflections. The therapeutic relationship must foster an alliance to support development and change. (S. 30)

Unser Grundansatz war phänomenologisch - tiefenpsychologisch orientiert, klientenzentriert und humanistisch. Wir hielten ein Spektrum musiktherapeutischer Methoden bereit: Freie Improvisation (offen und teilstrukturiert), *Musikgeleitete Imagination (MI)*, *Guided Imagery and Music (GIM)* und die *vibroakustische* Klangstuhlbehandlung. Als Struktur für die Sitzungen sahen wir einen Ablauf von Gespräch – Musik – Gespräch vor, der aber flexibel an die jeweiligen Bedürfnisse der Stunde angepasst werden sollte.

3.2 Der Integrationsprozess

Eine Kurzvorstellung der Musiktherapie im Team markierte den Anfangszeitpunkt des neuen musiktherapeutischen Angebotes (April 2013). Institutionell war die Musiktherapie damit in den Kontext der Ambulanz aufgenommen. Für die Integration der Musiktherapie in diesem Setting zeigten sich im Verlauf besonders zentrale „Schlüsselpunkte“: das Team, die Erstgespräche und das Screening. Diese wurden jeweils in Teiluntersuchungen (TU) erkundet. Im Sinne der *Grounded Theory* führten die daraus resultierenden Überlegungen zu den nächsten Integrations- und Untersuchungsschritten.

Die Daten der Teiluntersuchungen TU2, TU3 und TU4 wurden von A. Silina im Rahmen ihrer Masterarbeit erhoben und ausgewertet (Silina, 2014). In der vorliegenden Auswertung habe ich diese Daten in Bezug zu meinen Dissertationsfragestellungen unabhängig davon erneut ausgewertet.

3.2.1 „Schlüsselpunkt Team“ / Vorannahmen über Musiktherapie

Neben dem informellen professionell-persönlichen Beziehungsaufbau war es uns wichtig, zu wissen, mit welchen Vorannahmen zur Musiktherapie wir es im Team zu tun hatten. Den

Stand des Vorwissens zu erheben schien uns ein guter Ausgangspunkt. Aus diesen Überlegungen heraus konzipierten wir die erste Teiluntersuchung.

Befragung zu Vorannahmen über Musiktherapie (TU1)

Bei einer der ersten Teamsitzungen, an denen wir teilnahmen, baten wir unserer Teamkolleg*innen, mithilfe einer Übung aus dem *Kreativen Schreiben* ihre Vorannahmen über Musiktherapie zu reflektieren und transparent zu machen. Außerdem wollten wir mit dieser Befragung im Team eine erste Aufmerksamkeit für und ein inhaltliches Interesse an der Musiktherapie wecken. Unser Anspruch war es, das neue Angebot in Zusammenarbeit mit den anderen Akteur*innen im Feld zu entwickeln. Der Fragebogen, der die Grundlage für die Übung bildete und die Materialsammlung finden sich im Anhang A und B. Das durch die Fragebögen erhaltene Material wurde hier thematisch sortiert und zusammengefasst.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse spiegelten eine Vielseitigkeit der Vorannahmen wider. Das Entstehen fokussierter Aufmerksamkeit, die Entwicklung von Achtsamkeit und das sinnliche Erleben wurden einer Musiktherapie zugeschrieben. Wahrnehmung wurde als ein wichtiger Bereich der Musiktherapie genannt, in dem Patient*innen neue Erfahrungen machen können. Ein Schwerpunkt der Musiktherapie wurde dabei in der emotionalen Wahrnehmung gesehen mit den Möglichkeiten zu deren Ausdruck und Regulation bzw. Veränderung. Eine Unmittelbarkeit von Gefühlen wurde als kennzeichnend genannt und die Möglichkeit, anders oder auch intensiver Zugang zu den Gefühlen zu finden. Auch die Integration polaren Erlebens wurde der Musiktherapie zugeschrieben. Das Nonverbale wurde als Chance gesehen, in Kontakt zu den Emotionen zu treten. Auch das Erleben von Kontakt zu anderen, von Beziehung und von etwas Gemeinsamen wurde als ein mögliches Potential von Musik gefasst. Die Musiktherapie wurde insbesondere wegen des Experimentellen in ihr als befreiend gesehen, öffnend, erweiternd und zugleich vertiefend. Es gab die Einschätzungen, dass Patient*innen in der Musiktherapie Selbstwirksamkeit und Kontrollfähigkeit erleben, Ausdruck finden und ihren Selbstwert stärken können. Entspannung und Selbstberuhigung wurden genannt, auch im Zusammenhang mit einem Schutzraum, der in der Musiktherapie entsteht mit der Möglichkeit, sich von Problemen zu distanzieren. Musiktherapie wurde mit der Entfaltung und Wiederentdeckung von

Ressourcen, mit Lebendigkeit und Kreativität verbunden. Auch spirituelle Erfahrungen wurden hier für möglich gehalten.

Neben dieser Fülle von Annahmen zu möglichen Erfahrungen, die Patient*innen in der Musiktherapie machen würden, gab es eher wenige Ideen zur inhaltlichen Gestaltung der musiktherapeutischen Sitzungen. Auch die genannten Kriterien für eine Eignung für Musiktherapie waren eher unbestimmt und widersprüchlich. Die Musiktherapie wurde übergreifend als hilfreiche Ergänzung gesehen. Als Eignung werden einerseits „spezifische Bedürfnisse“ genannt, andererseits sei sie „wünschenswert für *alle* PatientInnen“. Es findet sich sowohl die Aussage, dass die Musiktherapie besonders geeignet sei für Patient*innen mit traumatischen Erfahrungen, als auch ein Zweifel, ob sie bei schweren psychischen Störungen eine Unterstützung sein könne. „Musikaffin“ wird als Indikationsmerkmal postuliert, zugleich aber mit dem Zusatz „nicht nur“ wieder aufgehoben.

Auffallend war die Spannbreite zwischen einer Idealisierungstendenz und einer skeptischen Haltung, auf die die Musiktherapeutinnen gefasst sein mussten. Es gab positive („wunderbare Arbeit“) und skeptische („esoterischer Kram“) Bewertungen sowie Bedenken, dass Musik auch Grenzen verletzen kann.

Fazit und weitere Überlegungen

Die Ergebnisse waren insgesamt ermutigend, da die Kolleg*innen der Musiktherapie viel zutrauten. Auch stellten wir fest, dass es in Teilen bereits eine bestehende Expertise gab, die sich aus einer interdisziplinären Zusammenarbeit einiger der Teamkolleg*innen im Vorfeld im stationären Kontext entwickelt hatte oder durch Wissen aus z.B. den Rehakliniken und den dort angebotenen musiktherapeutischen Gruppen resultierte. In den Vorannahmen tauchten aber auch Widersprüchlichkeiten auf, die auf fehlendes oder einseitiges Wissen über die Musiktherapie hinwiesen. Die Kolleg*innen äußerten immer wieder den Wunsch nach mehr Transparenz zur Methode. Dieser Wunsch entsprach uns, denn wir stuften Informationen und Fortbildungen zur Musiktherapie von Beginn an als wesentlich ein. Neben dem Aufbau eines gemeinsamen Wissens zur Musiktherapie galt es, auch eine gemeinsame interdisziplinäre Sprache zum Austausch zu entwickeln. Um dies voranzubringen, führten wir Musiktherapeutinnen zwei klinische Kolloquien zur Musiktherapie durch. Diese Kolloquien waren allerdings nur von wenigen Kolleg*innen besucht. Die Anwesenden erhielten Einblicke in musiktherapeutische Fallarbeit aus den ersten in der Ambulanz durchgeführten Musiktherapien und

konnten die ersten Kenntnisse über Musiktherapie vertiefen. Zahlreiche Zwischengespräche mit Kolleg*innen zu den ersten musiktherapeutischen Erfahrungen ergänzten die formalen Fortbildungswege. Auch die gemeinsame Teilnahme an der Supervision war eine Möglichkeit, anhand der Fälle aus der Musiktherapie Innensicht zur Musiktherapie herzustellen. Für die Musiktherapeutinnen hilfreich war das Angebot, in einem der Erstgespräche zu hospitieren, um einen Eindruck vom dortigen Vorgehen zu gewinnen. Interessant war der Blick auf die dort entstehenden Möglichkeiten bzw. Schwierigkeiten, in einer vorgegebenen begrenzten Zeit neben der Anamnese und den als Standard vorgegebenen Inhalten auch auf die neue musiktherapeutische Unterstützungsmöglichkeit aufmerksam zu machen.

Bei der Integration des neuen Verfahrens hatten auch die gemeinsamen psychoonkologischen Fortbildungen und Teamtage, die in der Ambulanz angeboten werden, einen Stellenwert. Zur Teambildung besonders beigetragen hat dabei eine Teamwoche bei Luise Reddemann.

Die Herausforderung in dieser Phase war es, bestehendes allgemeines Wissen über Musiktherapie und Erfahrungen aus dem stationären onkologischen Setting zu vermitteln. Es war jedoch dabei wichtig, dieses Wissen nicht festzulegen auf die Gültigkeit für der Ambulanz. Wir wollten die Musiktherapie offen halten, um die Erfahrungen, die das ambulante Setting modifizierend hinzuzugeben versprach, fortwährend in unser bisheriges Wissen integrieren zu können. Wir als Musiktherapeutinnen wollten im reflektierten Handeln herausfinden, was sich an musiktherapeutischem Potential in diesem ambulanten Setting öffnen würde. Dass wir etwas noch nicht wussten, bzw. gewissermaßen noch nicht wissen wollten, musste bewusst kommuniziert werden, ohne die Akteur*innen im Feld mit zu vielen Unklarheiten handlungsunfähig zu machen.

3.2.2 „Schlüsselpunkt Erstgespräch“ / Vermittlung von Musiktherapie

In der Ambulanz erhalten die Patient*innen zuerst ein Erstgespräch. Dieses wird von dafür geschulten Psycholog*innen geführt. Hier wird mit den Patient*innen gemeinsam überlegt, welches Angebot der Ambulanz für sie die geeignete Unterstützung sein könnte (vgl. Kapitel 3.1.3). Um den Patient*innen das Angebot von Musiktherapie vorschlagen und begründen zu können, sind Kenntnisse zum Verfahren, die über die Vorannahmen hinausgehen, von entscheidender Bedeutung. Eine gute Passung von Einschätzung der Eignung für Musiktherapie im Erstgespräch und dem, was die Patient*innen dann tatsächlich in der Musiktherapie als

Erfahrungsfeld vorfinden, ist anzustreben. Da es zu Beginn aufgrund des auch für uns Musiktherapeutinnen neuen Feldes nur begrenzt möglich war, die Musiktherapie deutlich zu skizzieren, stellte sich als Herausforderung für die Erstgesprächsführenden, ihr psychoonkologisches Fachwissen mit dem noch wenig ausgearbeiteten spezifischem Wissen zur ambulanten Musiktherapie zu verzahnen. Uns interessierte, ob und wie das den Kolleg*innen nach einem Jahr gelungen war und wir konzipierten eine zweite Teiluntersuchung.

Befragung der Erstgesprächsführenden zur Vermittlung von Musiktherapie (TU2)

In einer Online-Befragung wurden die Erstgesprächsführenden gebeten, sich zu folgenden Fragen zu äußern:

1. Nennen Sie bitte drei Gründe, warum Sie als Erstgesprächsführende Patienten in die Musiktherapie schicken könnten.
2. Was würden Sie einem Patienten über Musiktherapie erzählen (ein Satz)?
3. Musiktherapie wird bereits seit einem Jahr als therapeutische Verfahren in der Ambulanz angeboten. Wie gelingt Ihrer Meinung nach die Integration von Musiktherapie in die Psychoonkologische Ambulanz?
4. Welche Bedeutung hat Ihrer Meinung nach die Musiktherapie im Rahmen der Ambulanz?
5. Haben Sie Vorschläge oder Wünsche an die Musiktherapie?

Eine Zusammenstellung der Antworten findet sich im Anhang C.

Zusammenfassung der Ergebnisse:

Befragt nach den Gründen, warum die Erstgesprächsführende Patient*innen in die Musiktherapie schicken, wurde folgendes genannt: Patient*innen wurden in die Musiktherapie vermittelt, wenn sie von sich aus ein Interesse an Musiktherapie äußerten oder eher übergreifend von einer Affinität zu Musik berichteten. Mehr indirekte Kriterien waren der Eindruck, dass Patient*innen Unterstützung bräuchten in der Aktivierung und im Zulassen von Emotionen oder auch dass die Erfahrung einer erlebnisfokussierten Perspektive, die das reine Nachdenken ergänzt, hilfreich sein könnte. Weiter wurden Schwierigkeiten im verbalen Ausdruck von Gefühlen, Problemen und Konflikten genannt sowie das Zeigen einer Angstsymptomatik.

Mögliche konkrete Formulierungen für eine Erstgesprächssituation wurden von den Erstgesprächsführenden dazu wie folgt entwickelt:

- Die Musiktherapie wäre auch ein möglicher Ansatz der Unterstützung, der dazu dienen kann Zugang zu Ihrem inneren Erleben zu finden und auch eine Möglichkeit, mit Anspannung oder Ängsten umzugehen.
- Eine gute Möglichkeit, Gefühle auszudrücken oder wahrzunehmen.
- Viele Menschen berichten uns, dass ihnen im Umgang mit ihrer Krebserkrankung Musiktherapie hilft, weil es ihnen einen anderen Zugang als den rein vernunftmäßig/kopfmäßig sprachlichen ermöglicht, nämlich einen eher intuitiv erfahrungsgeleiteten, was manchmal das Wahrnehmen von Emotionen und Bedürfnissen leichter macht. Können Sie sich vorstellen, dass dies auch für Sie hilfreich sein könnte?
- Sie können voraussichtlich das, was Sie innerlich bewegt, gut mit diesem Verfahren zum Ausdruck bringen; gesprochen werden darf dabei natürlich auch.
- Musik kann den therapeutischen Prozess unterstützen und helfen, auf nonverbalem Wege an Belastungen /Emotionen zu gelangen und sie zu bewältigen.

Unter den Erstgesprächsführenden gab es die Einschätzung, dass Musiktherapie als Ergänzung des psychoonkologischen vielseitigen multidisziplinären Angebotsspektrums eine große Rolle spielt. Für Patient*innen würden sich die therapeutischen Möglichkeiten erweitern, teamintern gäbe es einen Nutzen durch Erfahrungsaustausch und -zuwachs. Unterschiedliche Einschätzungen wurden getroffen, ob die Musiktherapie als ergänzendes Angebot für spezifische Therapieziele verstanden werden sollte oder als ein übergreifend psychoonkologisches, welches alternative Zugänge und Interventionen nutzt. Es blieben allerdings noch Unklarheiten, was Musiktherapie genau sei, wie man sie Patient*innen noch besser erklären könnte und ob es eine spezifische Indikation geben würde. Als hilfreich wurde eingeschätzt, Rückmeldungen zu bekommen, wie die Musiktherapien, zu denen die Patient*innen vermittelt wurden, verlaufen sind. Es sollte reflektiert werden, ob sich die Zuweisung bewährt hat. Die Erstgesprächsführenden wünschten sich eine Vorstellung der bisherigen Erfahrungen in klinischen Kolloquien und sahen eine regelmäßige Teamteilnahme der Musiktherapeutinnen als wichtig an. Beidem konnte entsprochen werden.

Fazit und weitere Überlegungen

Deutlich hervor trat der Bedarf an einer Kurzinformation. Aus diesem Anliegen heraus haben wir im Projektteam einen Leitfaden Musiktherapie für das Erstgespräch (Anhang D) entwickelt, um in möglichst prägnanter Form sowohl allgemeines Grundwissen über Musiktherapie als auch die sich bewährenden Vorannahmen und darüber hinausgehenden ersten Erkenntnisse zur Musiktherapie hier in der Ambulanz zu bündeln und für die Gespräche mit den Patient*innen verfügbar zu machen.

3.2.3 „Schlüsselpunkt Screening“ / Entwicklung eines Musiktherapiescreenings

Im Aufnahmescreening der Ambulanz werden die Patient*innen auf die verschiedenen Unterstützungsangebote aufmerksam gemacht und können ihre Wünsche ankreuzen. Musiktherapie wurde hier als Item mit aufgenommen. Darüber hinaus hatten wir in der Projektgruppe die Einschätzung, dass ein differenzierteres Screening zur Musiktherapie von Nutzen für eine adäquate Vermittlung sein könnte. Dies war von Überlegungen geleitet, dass der alleinstehende Begriff *Musiktherapie* zu pauschal sein und bei manchen Patient*innen mit einseitigen Vorstellungen zur Musiktherapie assoziiert würde. Beispiele dafür wären Labels für Musiktherapie als *Trommelgruppe* oder *Wellness*, was beides für das spezifische Angebot in der Ambulanz nicht zuträfe.

Da diese Fragen auch die Kunsttherapie als Angebot in der Ambulanz betreffen, wurde mit der Kunsttherapeutin gemeinsam ein Zusatzscreening entworfen. Hier bekommen die Patient*innen nun zuerst eine Kurzinformation über diese beiden künstlerischen Therapien. In Folge sollen die Patient*innen einschätzen, inwieweit sie sich vorstellen können, in diesen beiden Angeboten ihr psychoonkologisches Anliegen in einer spezifischen Weise zu bearbeiten. Auch in die Katamnese wurden diese Items für eine Einschätzung der gemachten musiktherapeutischen Erfahrungen integriert. Im Anhang E findet sich das Zusatzscreening zur Musiktherapie, wie es in das Aufnahmescreening der Ambulanz mit aufgenommen wurde.

Dieses Musiktherapie – Screening haben wir im Forschungsteam konträr diskutiert. Wir sahen es einerseits als hilfreich an, um den weiten Begriff *Musiktherapie* mehr auf das hin zu differenzieren, was für die musiktherapeutische Arbeit in der Ambulanz als zentral eingeschätzt wurde. Andererseits zeigte sich die Schwierigkeit, wirklich gute und adäquate Formulierungen zu finden, die auf etwas Spezifisches hinweisen, ohne dadurch das übergreifende Unterstützungspotential zu sehr einzugrenzen. Bisher wurde keine Untersuchung mehr durchgeführt,

inwieweit dieses differenziertere Screening einer gelingenden Vermittlung von Patient*innen in die Musiktherapie dienlich ist. Als offene und weiter zu untersuchende Fragen bleiben, ob und wie es den Patient*innen selbst bei der Einschätzung ihrer Passung zur Musiktherapie hilft und ob und wie die Erstgesprächsführenden diese Zusatzeinschätzungen in ein Erstgespräch einbeziehen. Bisher beruhen die Items im Wesentlichen auf den zu Beginn stehenden Vorannahmen zur Musiktherapie. Eine Überarbeitung der Items aufgrund der weiteren Erkenntnisse steht aus.

Überlegungen zu einem Musiktherapiefragebogen

Zu unseren Überlegungen zu den geeigneten Screeningfragen kamen Fragen nach geeigneten Items, die die psychoonkologische Evaluation (durch die Standarderhebungen in der Ambulanz) mit einer das Spezifische der Musiktherapie treffenden Evaluationsmöglichkeit ergänzen könnten. Wir begannen, an der Entwicklung eines Musiktherapiefragebogens zu arbeiten. Als Basis für die Ausarbeitung der Items verwendeten wir die von Gruber und Kolleg*innen (2011) in einer Expert*innenbefragung aufgestellten spezifischen Wirkfaktoren künstlerischer Therapien in der Onkologie. Diese wurden mit den Erfahrungen von uns beiden Musiktherapeutinnen und des Ambulanzteams im Verlauf erweitert. In einer Forschungswerkstatt des Institutes für Musiktherapie der HfMT baten wir die anwesenden musiktherapeutischen Kolleg*innen, die von uns entworfenen Fragen aus ihrer Expertise heraus zu überprüfen, ein Feedback dazu zu geben und weitere mögliche geeignete Fragen zu formulieren. Dies war ein intensiver Auseinandersetzungsprozess, der aber Verlauf nicht zu einer Finalisierung eines Bogens führte. Die Formulierung von prägnanten eindeutigen Items war eine Herausforderung, für die mehr Zeit notwendig gewesen wäre. Auch hätte die weitere Klärung der Begrifflichkeiten *spezifischer Wirkfaktor*, *Moderatorvariable* und *Effekt* weiter vorangetrieben werden müssen, um Klarheit über das angestrebte Ziel der Erhebung zu gewinnen. Auch hier spielte der Zeitfaktor eine hinderliche Rolle. Dies galt ebenso für den Anspruch, als Ergebnis einen validierten Fragebogen vorstellen zu können. In der Projektgruppe entschieden wir uns, die Weiterarbeit daran zurückzustellen und vorerst zu beobachten, welche Konzepte sich im Feld über die Zeit für die Patient*innen bewähren würden. So ist das erreichte Ergebnis eine Fassung, die eine Suche nach passenden Formulierungen abbildet (Anhang F). Daraus wurde eine erste Listung angenommener Wirkung von Musiktherapie im psychoonkologischen Kontext angelegt, die sich ebenfalls im Anhang findet (Anhang G).

3.3 Die Evaluation des Integrationsprozesses

Um den Integrationsprozess qualitativ zu evaluieren, konzipierten wir eine dritte (Befragung zum Integrationsprozess nach einem Jahr) und eine vierte (Befragung zu Erkenntnissen zur Musiktherapie in der Ambulanz nach einem Jahr) Teiluntersuchung.

3.3.1 Einschätzungen zum Integrationsprozess nach einem Jahr

Befragung zum Integrationsprozess nach einem Jahr (TU3)

Ein Jahr nach der Implementierung wollten wir nun die Einschätzungen über den das neue Angebot aus verschiedenen Perspektiven zusammentragen, um daraus die nächsten für die weitere Integration notwendigen Schritte entwickeln zu können. Die Musiktherapiestudentin, die zu dieser Zeit in unserem Team mitarbeitete, interviewte dazu sowohl uns Musiktherapeutinnen (UH/PP) als auch den Ambulanzleiter (FSK). Von außerhalb unserer Forschungsgruppe wurde eine Teamkollegin (MB), die zugleich Teil der Institutsleitung war, interviewt. Die Interviewtranskripte finden sich im Anhang H. Diese Interviews dienten auch dazu, unsere eigenen Annahmen im Team (drei der vier Interviewten waren Mitglieder der Forschungsgruppe) reflektieren und transparent machen zu können und damit eine Offenheit im laufenden Forschungsprozess zu gewährleisten. Das Material wurde mithilfe der MAXQDA Software kodiert und thematisch strukturiert.

Ergebnisse

Die entwickelten thematischen Kategorien werden im Folgenden beschrieben und mit Zitaten aus den Interviews veranschaulicht. Zunächst wird der Auswertungsfokus den Integrationsprozess gelegt.

Unterstützung durch die Leitung

Als ein wichtiger Aspekt für eine gelingende Integration des neuen Angebotes zeigte sich eine engagierte Unterstützung durch die Leitung. In der Ambulanz war die Implementierung der Musiktherapie für die Leitung ein bereits lange bestehendes persönliches Anliegen:

„Die Vorgeschichte ist lang, es war auch mein persönliches Anliegen, weil ich schon sehr lange mit Musiktherapeuten zusammenarbeite. (...) Ich habe thematisch sehr viel mit Musiktherapie zu tun gehabt,

habe die Arbeit schätzen gelernt und befunden, dass Musiktherapie hier ein Teil der Ambulanz sein müsste. Seitdem ich die Ambulanz leite, war die Idee in meinem Hinterkopf.“ (FSK 9)

Es gab eine Wertschätzung gegenüber der Musiktherapie und auch bestimmte Erwartungen, dass die Musiktherapie das bestehende Behandlungsangebot sinnvoll ergänzen soll:

„Meine Erwartungen waren und sind auch immer noch, dass das Behandlungsspektrum und das Team sich erweitern, dass es gut als Verfahren zusätzlich zu bestehenden Begleitkonzepten passt.“ (FSK 15)

Nebst den sich stellenden Fragen zum Spezifischen wurde von einer grundsätzlichen Gleichheit der Verfahren ausgegangen:

„In unserer Ambulanz müssen wir sehen, für wen was geeignet ist und innovative Konzepte weiterentwickeln. Da ist die Musiktherapie genauso gut geeignet wie die anderen Verfahren.“ (FSK 59)

Die Etablierung als Standardverfahren wurde als langwieriger Prozess eingeschätzt:

„(...) wo man doch ein Auge drauf hat, dass Musiktherapie ein Standard in der Versorgung werden soll und zur normalen Versorgung gehören soll,- das ist schon ein langwieriges Projekt. Aber das betrifft nicht nur die Musiktherapie. Es betrifft auch die anderen Therapeuten. Wir müssen uns immer um zusätzliche Finanzierungsmöglichkeiten kümmern. Das ist ein ständiger Prozess, aus dem man nicht rauskommt.“ (FSK 41)

Die Musiktherapie schien sich also in Bezug auf Bemühungen um Finanzierbarkeit nicht wesentlich von den anderen Angeboten zu unterscheiden.

Eine bedeutsame Wirkung auf den Integrationsprozess könnte die Zusage gehabt haben, dass es eine langfristige Perspektive für die Musiktherapie in der Ambulanz gibt:

„So lange es die Ambulanz in der jetzigen Form und das Zentrum für psychosoziale Medizin sowie das Institut für medizinische Psychologie gibt und wir Psychoonkologie als Schwerpunkte haben, wird es hier die Musiktherapie geben. Sie gehört wie Kunsttherapie dazu.“ (FSK 33)

Offenheit und Skepsis im Behandlungsteam

Das Behandlungsteam wurde von den Musiktherapeutinnen als sehr positiv erlebt:

„Wir haben einfach großes Glück hier, es ist sicherlich eine kleine Oase. UH (Abs 88).

Ich finde die großartige Offenheit der Ambulanzmitarbeiter hervorragend, welche nie angezweifelt haben, dass wir seit dem Moment als wir vorgestellt wurden dazu gehörten.“ (UH 115)

Dies mutete fast euphorisch an und wurde etwas eingeschränkt durch die Aussage der Leitung, dass es durchaus auch eine Skepsis im Team gab:

„Eine gewisse Scheu mag es bei dem einen oder anderen geben, das liest man zwischen den Zeilen, das ist aber ähnlich, wie bei den Vorannahmen, die Patienten der Musiktherapie gegenüber äußern. Z.B.: Ich habe noch nie ein Musikinstrument gespielt, bin gar nicht musikalisch. Eine Spur von Skepsis, inwieweit es sich um ein seriöses therapeutisches Verfahren handelt oder ob man das Psychotherapie nennen kann schwingt manchmal mit.“ (FSK 18)

Die positive Aufnahme schien aber zu überwiegen:

„...da gibt es durchaus ein Spektrum. Die Mehrheit war von sehr angetan bis begeistert, sicherlich aus unterschiedlichen Gründen. Manche aus dem Grund, dass unser Behandlungsspektrum erweitert wird, manche, wie auch ich z. B kannten schon [die Musiktherapeutinnen] und wissen, dass es erfahrene Therapeutinnen sind. (...) Das ist natürlich eine Vorfreude über erfahrene Kolleginnen, die zu uns kommen.“ (FSK 17)

Durch die Offenheit, die die Musiktherapeutinnen gegenüber ihrer eigenen Arbeit zu Beginn in den Vordergrund stellten, schien diese Skepsis integriert werden zu können:

„Aber ich kann mir gut vorstellen, dass es positiv gewirkt hat, dass wir eben nicht vorgegeben haben, wie wir das machen, sondern uns vorsichtig ran getastet haben. Wir wollten erst genau hingucken und waren uns eben nicht so sicher, es in den Himmel zu loben.“ (PP 95)

Vorwissen über Musiktherapie

Neben der Offenheit für das ambulante Feld existierte bereits ein Vorwissen über Musiktherapie im stationären Kontext und Reha-Bereich.

„Das ist nicht etwas vollkommen Neues, was aus dem Boden wächst.“ (FSK 21)

Viele Patient*innen besuchten in ihrer Reha eine musiktherapeutische Gruppe und erzählten den Psychoonkolog*innen in der Ambulanz davon. Und es gab bei einer der Musiktherapeutinnen als Hintergrund eine langjährige bewährte Zusammenarbeit mit zwei Ambulanzkollegen im stationären Behandlungsteam des Klinikums.

Gelingende Kommunikation und Grenzen

Um das Verfahren im Gesamtteam mehr und mehr zu vermitteln, wurden gelingende Kommunikationsprozesse als notwendig erachtet. Frühzeitige Fortbildungen in Form von Kolloquien aber auch die eher informellere Vorstellung von Fällen wurden dabei als wichtige Schritte benannt:

„Ein Meilensteinchen ist, dass [eine der Musiktherapeutinnen] neulich auch inhaltlich in der Teamsupervision ein Fallbeispiel vorgestellt hat. Das ist wichtig, dass wir nicht nur darüber wissen, dass eine Musiktherapeutin eine Patientin übernommen hat und sie regelmäßig sieht, sondern auch etwas über Inhalte der Therapie erfahren. Das ist für alle Therapeuten nicht einfach, ein Fall vorzustellen und zu erklären, was genau da gemacht wurde und warum und wie die Interaktion gelaufen ist, welche Überlegungen es zur weiteren Planung der Therapie gibt, die Entwicklungen nachvollziehbar zu zeigen. So ins Detail zu gehen und das alles so präzise zu beschreiben fällt allen Therapeuten (mich eingeschlossen) nicht so leicht. Das müssen die Musiktherapeutinnen auch machen. Da gibt es erstmal eine gewisse etwas größere Distanz, weil die anderen Therapeuten das Verfahren und das Medium, mit dem gearbeitet wird, nicht so gut kennen. Wenn jetzt z.B. eine Musiktherapeutin beschreiben würde, dass sie in eine bestimmte höhere Tonart gegangen und bestimmte Seite auf dem Instrument angeschlagen hat, wären diese für die anderen nur Fremdwörter. Aber das sind ähnliche Fremdwörter, wenn ein anderer Therapeut sich sehr spezialisiert hat und z.B. schematherapeutische Fachbegriffe anwendet, werden die anderen auch nicht alles verstehen. Grundsätzlich finde ich den Unterschied nicht so groß, man kann es doch erklären, was damit gemeint ist.“ (FSK 31)

Es wurde deutlich, dass dieser Vermittlungsprozess des jeweils Spezifischen für jede Disziplin eine Herausforderung darstellt. Dazu gab es auch von den Kolleg*innen Vorstellungen:

„Verhaltenstherapeuten üben überwiegend kognitive Verhaltenstherapie aus und bilden die größte Gruppe hier in der Ambulanz. Da kommt es darauf an, wie diese Ansätze mit der Musik- oder Kunsttherapie, welche auch sehr vielschichtig sind, zusammenpassen. Trotz Vorträgen wissen wir nicht genug voneinander. Es wäre gut sich einen Tag zu nehmen und verschiedene Arbeitsweisen und Ansätze isoliert für unser Team zu besprechen, um zu sehen, wie man es besser nutzen kann.“ (MB 25)

Die Musiktherapeutinnen bemerkten, dass durch den zunehmenden Erfahrungsschatz die Vermittlung immer konkreter werden kann:

„Allmählich haben wir Therapiefälle und die ersten Patienten, die Musiktherapie in der Ambulanz abschließen. Wir können darüber reflektieren, was genau im Rahmen der Begleitung möglich war und unsere Erfahrungen mit den Kollegen teilen (...) Wir haben auch überlegt, mehr in die gemeinsame Supervision zu gehen, damit der Austausch dort regelmäßiger stattfinden kann. Das könnte sinnvoller sein als noch eine Fortbildung durchzuführen.“ (PP 75)

Die Musiktherapeutinnen würden dem fallbezogenen Austausch als wesentlichem und bevorzugtem Moment der Verstehensbildung gerne mehr Raum zukommen lassen. In der gemeinsamen Teamfortbildungswoche waren mit den Kolleg*innen zusammen unverwirklichte Pläne entstanden, sich in einer Gruppe zu treffen und die jeweils eigene Arbeit zu beschreiben. Zum einen wurde der Zeitfaktor als Hindernis dafür benannt. Zum anderen gab es jedoch auch die Einschätzung, dass ein Austausch institutionell zu wenig verankert sei und dies eher schwer

durch Einzelinitiativen veränderbar sein würde. Neben der Frustration darüber entwickelte sich so etwas wie eine humorvolle Akzeptanz:

„Ich merke an einem Punkt, nämlich dem Austausch von Kollegen untereinander, könnte es mit der Integration der Musiktherapie besser gehen. Aber es gibt eben noch keine Tradition, keine Kultur. Wenn ich mitkriege, dass die anderen sich auch nicht austauschen, dann integrieren wir uns eben dadurch, dass wir uns auch nicht austauschen (wir lachen).“ (PP 120)

Demgegenüber stand aber das immer wieder bestätigte Engagement und eine Haltung des Dranbleibens:

„Ich finde diese persönliche Ebene oder persönlich-kollegiale Ebene immer wieder überraschend gut. (...). Aber ich merke schon, dass ich immer wieder zu Teamsitzungen und gemeinsamer Supervision dazu kommen muss, das gilt aber für die anderen Kollegen genauso. Es ist wichtig dran zu bleiben.“ (PP 112)

Hilfreich für die Vermittlungsfähigkeit des sich neu findenden Angebotes waren aus Sicht der Musiktherapeutinnen auch der intensive Gedankenaustausch im Vorfeld und die kontinuierlichen Gespräche über den Integrationsprozess in der Forschungsgruppe.

Forschungsaspekt

Der Rahmen eines geförderten Forschungsprojektes wurde als gute Möglichkeit bewertet, die Musiktherapie in die Ambulanz zu integrieren. Dabei schien dies aber keine Bedingung gewesen zu sein, sondern ein gewünschter Zusatz:

„Obwohl wir es zu dem Zeitpunkt auch schon ohne Forschungsprojekt geschafft hätten. So wie [die Kunsttherapeutin] hier ohne Projekt oder ohne spezielle Mittel arbeitet (...), so war auch mein Plan hier die Musiktherapie zu verankern. Ich finde es natürlich im Rahmen eines Forschungsprojektes mit Begleitforschung noch schöner!“ (FSK 9)

Unterschieden wurde hier auch, dass die Musiktherapie mit ihrem Forschungsanliegen primär in die Ambulanz und nicht in die übergeordnete forschungsgeprägte Medizinpsychologie integriert werden sollte. Für diesen Rahmen wurde ihr und der begleitenden Forschungsaktivität eine wichtige Bedeutung gegeben:

„Fürs Institut insgesamt wird es eher randständig gesehen, weil es im Vergleich zur Finanzierung der anderen Projekte ein kleineres Volumen hat. (...) andererseits aus der Sicht der Ambulanz es einen echten Stellenwert hat. Wir haben in der Ambulanz selbst nicht so viel Forschung.“ (FSK 23)

Die Kooperation mit dem Institut für Musiktherapie an der Hochschule für Musik und Theater wurde für diesen Integrationsaspekt positiv gesehen, da sich daraus weitere Forschungsperspektiven ergeben könnten:

„Der Kontakt zur Hochschule für Musik und Theater ist sehr wichtig. Dafür gibt es eine Perspektive und ich wünsche mir, dass es mehr wird und breiter wird. Insofern ist es eine Art von Pilotprojekt mit der Hoffnung, dass sich noch ein größeres Projekt mit größerem Förderer anschließen könnte.“ (FSK 23)

Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es in der Ambulanz gute Bedingungen gab, um die Musiktherapie zu integrieren. Wesentlich war hier die langfristig aufgestellte Unterstützung durch die Leitung. Im Team gab es eine überwiegend offene Willkommenskultur, in der auch kritische Einschätzungen geäußert wurden und so in den weiteren Prozess aufgenommen werden konnten.

Es gab bereits ein positiv geprägtes Vorwissen zur Musiktherapie, auf das sich aufbauen ließ. Zumindest einige der Kolleg*innen hatten darüber hinaus den Wunsch und die Bereitschaft zum weiteren Austausch. Allerdings waren dann dessen reale Umsetzungsmöglichkeit aufgrund zeitlicher Ressourcen begrenzt.

3.3.2 Erkenntnisse zur Musiktherapie in der Ambulanz nach einem Jahr

Befragung zu Erkenntnissen zur Musiktherapie in der Ambulanz nach einem Jahr (TU4)

Der zweite Fokus in den Interviews lag auf den Erkenntnissen über die ambulante Musiktherapie, die nach diesem ersten Jahr der Integration entstanden waren. Im Folgenden werden die thematischen Kategorien dazu dargestellt.

Prägung durch stationäre musiktherapeutische Erfahrungen

In der Anfangszeit des Projektes waren wir beiden Musiktherapeutinnen noch relativ geprägt durch unsere stationären Vorerfahrungen.

Wir empfanden dort insbesondere den Aspekt der zeitlichen Begrenztheit als hinderlich für die Entfaltung eines spezifisch musiktherapeutischen Prozesses.

Für das ambulante Setting hegten wir die Hoffnung, die Musiktherapie mehr an den Patient*innen selbst als an den medizinisch vorgegebenen Kontextbedingungen ausrichten zu können.

Ein wichtiger Unterschied zum stationären Setting nahmen wir auch im Hinblick auf den Behandlungsauftrag der Patient*innen an:

„Ich finde, es ist im Vergleich zu stationären Patienten so deutlich anders. Dort ist es so, dass wir als aufsuchende Therapeuten zu den Patienten gehen, wenn sie es gar nicht erwarten und keinen Auftrag von sich aus gegeben haben. Sie sind zwar manchmal auch schnell in Kontakt, aber es ist eine geschlossenerere Tür. Wie P. es schon beschrieben hat: Die Ambulanzpatienten kommen mit dem eigenen Anliegen. Sie wissen zwar noch nicht, was genau passiert und was sie eigentlich erwartet, aber der Leidensdruck als Auftrag innerlich für sich was tun zu wollen, der ist im Vergleich zu stationären Patienten viel deutlicher.“ (UH 38)

Gleichzeitig zu dieser hohen Erwartung an den Auftrag der Patient*innen stellte sich bei uns zu Beginn aber auch eine zurückhaltende Vorsicht ein:

„Mir ging es zumindest so, dass ich nicht genau wusste, was sich in diesem ambulanten Setting entwickeln kann, weil ich nur eine Patientin als Vorerfahrung dort hatte. Diese Patientin war sehr aufgeschlossen und es hat sich vieles in der Therapie entwickelt, aber das wusste man nicht vorher und allgemein, deswegen war ich in der Ambulanz zuerst zurückhaltend.“ (PP 75)

Wir hatten als Ausgangspunkt unsere Feldkompetenz in der Versorgung stationärer onkologischer Patienten. In Anknüpfung und Kontrast dazu sollte sich die Musiktherapie in der Ambulanz entwickeln. Eine Idee war es auch, dass Patient*innen, die auf Station musiktherapeutische Unterstützung erhalten hatten, diese bei Bedarf in der Ambulanz fortsetzen könnten.

Suche nach dem Behandlungsauftrag

Wir Musiktherapeutinnen wollten für die Musiktherapie in der Ambulanz einem psychoonkologischen Behandlungsauftrag gerecht werden. Damit wollten wir auch eine Eingrenzung als Spezialverfahren mit Festlegung auf *eine* Behandlungsoption, wie z.B. ein Entspannungsangebot im Klangstuhl, vermeiden.

Stattdessen formulierten wir deutlich, dass die Themen und Bedürfnisse der Patient*innen in ihrer Breite musiktherapeutisch behandelt werden können:

„...es soll eine eigenständige psychoonkologische Musiktherapie sein.“ (UH 20)

Und:

„Sich in der Musiktherapie in den Klangstuhl zu setzen, war für mich zu wenig. Das entspricht nicht meiner Vorstellung von Musiktherapie und genügt dem Berufsanspruch nicht.“ (UH 20)

Der Bedarf der Ambulanzpatient*innen und ihre Themen und Bedürfnisse sollten an erster Stelle, das Behandlungsverfahren an zweiter Stelle kommen. Dies zeigt sich als ein fortwährender Spagat zwischen dem in den Vordergrund stellen des Unspezifischen in der Musiktherapie- hier als übergreifend psychoonkologisch verstanden - und dem aufmerksam machen auf das Spezifische des musiktherapeutischen Verfahrens.

Durch die Haltung übergreifend psychoonkologische Unterstützung anbieten zu wollen sowie dadurch, dass wir Musiktherapeutinnen zu Anfang viele freie Plätze hatten, berichteten wir auch aus ersten Therapieverläufen, in denen das spezifisch Musiktherapeutische nicht relevant wurde:

„Ich habe z.B. eine Patientin, die in diesen Raum reingeht und keinen einzigen Kommentar über die Musikinstrumente macht, es geht in der Therapie wirklich nur um das Gespräch. Sie landete wegen eines psychoonkologischen Themas bei mir.“ (UH 29)

Eine solche *verfahrenunspezifische* psychoonkologische Therapie galt es zu unterscheiden von einer Therapie, in der die Musik zwar nicht explizit vorkam, der Prozess aber als eine Musiktherapie eingeordnet werden konnte. Es gab zum Beispiel eine Patientin, die aufgrund einer bestehenden Traumatisierung keinen Explorationswunsch zeigte und kaum emotionale Schwingung zulassen konnte.

„In der Beziehung wird es ganz deutlich, dass sie ganz lange braucht, um überhaupt Vertrauen zu finden. Ich könnte ihr alles als Musiktherapeutin anbieten, aber sie muss noch den Weg davor gehen, auch damit sie die Kontrolle weiterhin behält. Es ist eine wirklich traumatisierte Patientin, die ganz große Vorsicht in der Beziehungsaufnahme entwickelt hat.“ (UH 35)

Musiktherapie zeigte sich hier im Sinne eines behutsamen therapeutischen Beziehungsaufbaus und einer vorbereitenden Annäherung an eine emotionale Auseinandersetzung, die sich in der musiktherapeutischen Atmosphäre andeutete.

Parallelbehandlung zwischen Synergie und Eingrenzung

Die Überlegungen zu einer psychoonkologischen Musiktherapie wurden auch gespeist von der Diskussion über mögliche Parallelbehandlungen mit weiteren Ambulanzkolleg*innen. Von Seiten der Musiktherapie gab es vor allem zu einer nicht optimal vernetzten Parallelbehandlung eine eher skeptische Haltung:

„Ich finde diese latente Parallelität als Dauerzustand seltsam. Das kann man probieren, aber ich möchte lieber eigenständig arbeiten und Verantwortung für den Prozess übernehmen.“ (PP 19)

Auch hatten wir in diesem Zusammenhang Befürchtungen, dass die noch bestehenden Unklarheiten bezüglich des therapeutischen Auftrages hinderlich und erschwerend für die musiktherapeutische Behandlung sein würden und sich somit negativ auf die Patient*innen auswirken könnten.

„Ich merkte ... dass die wichtigsten Themen für sie [die Patientin], wie die Beziehung und ihr Umgang mit der Krebserkrankung, mit Sicherheit in der anderen Therapie besprochen wurden. Die Themen tauchten doppelt auf, dadurch wurde mein Auftrag nicht klar und das Ganze erschwerte die Problematik oder Thematik, die die Patientin aus ihrem kulturellen Hintergrund mit sich brachte.“ (UH 20)

Es gab bei uns Musiktherapeutinnen die Sorge, in einer Parallelbehandlung auf einen bestimmten Fokus und eine Reduzierung der therapeutischen Verantwortung eingegrenzt zu werden. Durch die noch unklare spezifisch musiktherapeutische Positionierung schien uns die Möglichkeit eines sich gegenseitig unterstützenden und verbindenden Nebeneinanders noch nicht ausgereift.

Aus der Sicht einer Kollegin, die in einer anfänglichen Parallelbehandlung involviert war, wurde diese im Gegensatz dazu sehr positiv gesehen. Sie konnte zwar auch den Wunsch nach einem eigenen Prozess in der Musiktherapie verstehen, gab aber Parallelbehandlungen übergreifend einen hohen Wert bezüglich der synergetischen Effekte - allerdings auch mit der Notwendigkeit von guter Vernetzung:

„Ich finde auch gut, wenn man Patienten von vorneherein als Therapiegruppe betreuen würde, obwohl das sehr zeitaufwendig ist.“ (MB 18)

Und:

„Es wäre gut, wenn wir uns dafür etwas mehr Zeit nehmen würden. Wir beide, aber auch die anderen Kollegen könnten es mehr synergetisch nutzen und nicht so parallel die Therapien laufen lassen.“ (MB 5)

Eine solche Behandlung wäre dann als nutzbringend und im Sinne einer Ressource vorstellbar, wenn die spezifischen Qualitäten eines Verfahrens in gute Vernetzung gebracht werden. Bisher schienen aber auch in anderen gemeinsamen Konstellationen Konzipierungen dazu zu fehlen. Der Aspekt der Zeit tauchte immer wieder auf.

Suche nach einer musiktherapeutischen Passung und Indikation

Wir Musiktherapeutinnen hatten aufgrund der von uns benannten Vorstellung einer *Psychoonkologischen Musiktherapie* bei der Frage nach der musiktherapeutischen Indikation erst einmal die psychoonkologische Indikation als übergreifend herausgestellt. Reflektiert wurde, dass es unterschiedlich ist, inwiefern Patient*innen selbst gezielt etwas spezifisch Musiktherapeutisches für sich als induziert halten. Wir Musiktherapeutinnen hatten beobachtet, dass ein Teil der Patient*innen durchaus eine eigene Vorstellung darüber mitbrachte. Ein anderer Teil jedoch kam verfahrensunabhängig erst einmal nur mit dem übergreifenden Wunsch, durch die psychoonkologische Behandlung in der Ambulanz mit der Erkrankung besser zurechtzukommen, stellte also einen unspezifischen Auftrag.

Aus unseren ersten Therapieverläufen in der Ambulanz heraus konnten wir folgende Problembereiche benennen, mit denen wir bisher in der Musiktherapie zu tun gehabt hatten:

- Erschöpfung
- Depressivität
- Progredienzangst
- Zuspitzung familiäre Konflikte
- Sinnfrage
- Umgang mit begrenzter Lebenszeit
- Rollenveränderungen
- Mangelndes Verständnis von anderen
- Belastung durch Nebenwirkungen
- Überforderung

Im Sinne von Überlegungen zu einer möglichen Kontraindikation für Musiktherapie in der Ambulanz kristallisierte sich in einer der ersten Behandlungen heraus, dass Musiktherapie möglicherweise nicht hilfreich sein kann, wenn es bei den Patient*innen an Flexibilität, Explorationsbereitschaft und emotionaler Beweglichkeit grundlegend fehlt:

„Von der Seite der Patientin kommen bezüglich Musikinstrumente keine Explorationswünsche, obwohl Musiktherapie ihr gut tun könnte. Ich merke, dass sie so fest ist, dass Musik momentan gar nicht in ihr Programm rein passt.“ (UH 29)

Von den Leitungspersonen wurde die Frage nach einer Indikation auch eher offen gestellt:

„Können Sie sagen, was die Menschen sich bei einer anderen Erfahrung öffnen lässt? Die Sozialisation ist es offensichtlich nicht. Es scheint gleichgültig zu sein, ob man viel oder wenig mit Musik zu tun hatte. Das ist keine Voraussetzung.“ (MB 60-65)

Es wurde eine eher übergreifende Einschätzung vorgenommen:

„Meine Annahme ist, dass für bestimmte Patienten Musiktherapie besonders hilfreich ist.“ (FSK 15)

Als hinderlich für eine gelingende Indikationsstellung wurden gewisse Vorurteile benannt:

„Wir denken, dass die Patienten hierher kommen, weil sie reden wollen, aber es ist vielleicht nicht unbedingt so der Fall. Gerade bei den Patienten, bei denen man es nicht erwartet. Bei dieser Dame habe ich auch gar nicht gedacht, dass etwas Filigranes und gar nicht Pragmatisches weiter zu ihr passt. Sie ist so an das Arbeiten gewöhnt und powert da durch. Ich war total erstaunt. Was hatte ich für Vorurteile? Wenn man mit klassischer Musikplatte rumrennt, dann ist man für die Musiktherapie. Das ist aber total lächerlich.“ (MB 58)

Abgegrenzt zu dem Vorurteil „klassische Musik = Musiktherapie“ wurde aber eine Nähe/Affinität zu Musik prinzipiell als ein wichtiger Hinweis für die Passung Patient*in – Musiktherapie anerkannt. Weitere Ideen dazu waren:

- Positive Erfahrung mit einer Musikintervention/Musiktherapie in der Reha
- Patient*innen, die kein Redebedürfnis haben
- Erwartungen und Wünsche, die Patient*innen selbst äußern

Diese Vorstellungen zu einer Passung sollten verzahnt werden mit der psychoonkologischen Diagnostik in der Ambulanz.

Erste Erfahrungen zum Spezifischen in der Musiktherapie

Es wurde zu diesem Zeitpunkt auch deutlich, dass es eine Sammlung erster Erfahrungen und klinischer Beobachtungen mit Patient*innen brauchte, um die Frage nach der Indikation weiter beantworten zu können. Von uns Musiktherapeutinnen wurden die ersten musiktherapeutischen Erfahrungen folgend reflektiert:

- Das Wahrnehmen von Gefühlen wird angeregt
- Eine andere Form des Berührt-Werdens entsteht
- Die als positiv erlebten Klangerfahrungen sind im Alltag erinnerbar
- (Gefühls-) Polaritäten sind erlebbar und integrierbar
- Eine andere Erlebensebene/ein anderer Erfahrungsraum wird ermöglicht
- Eine Defokussierung weg von der Erkrankung gelingt
- Die (körperliche) Selbstwahrnehmung/ Resonanz mit sich/ Fühlen der eigenen Existenz wird gefördert
- Offenes und Zeitloses kann als positiv erlebt werden
- Entspannung findet statt (über Wahrnehmung, über musikinduzierte Bilder, über ein nichts tun Müssen)
- Es gibt eine über die Sprache hinausgehende Ausdrucksmöglichkeit

Aus der Erfahrung mit einer gemeinsam behandelten Patientin resultierten bei der mitbehandelnden Kollegin ebenfalls erste Einschätzungen, wie Patient*innen von der Musiktherapie profitieren können. Aufgetaucht waren als mögliche Erfahrungen, sich im *Hier und Jetzt* zu entspannen und sich zu öffnen, sich zu sortieren und neue Aspekte von sich entdecken können. Mit Hilfe des offenen methodischen Vorgehens in der Musiktherapie könnten Vorlieben und Abneigungen erkundet und benannt werden, um sich alltagsrelevant in stimmigen Entscheidungen zu üben. Auf der Metaebene wurde im Interview dabei folgendes Wissen zu Musiktherapie auf den Punkt gebracht:

- Die Musiktherapie bietet aktive und rezeptive Möglichkeiten, die man im therapeutischen Prozess nutzen kann.
- Über Musik kann man seinem Inneren nonverbal näherkommen
- Musik ist eine Möglichkeit, eigene Erfahrungen auszudrücken
- Komplexe Probleme können eventuell nichtsprachlich bearbeitet/gelöst werden
- Die Erfahrung bewirkt die Veränderung
- Es geht in der Musiktherapie nicht um ein Können
- In der Musiktherapie gibt es Kontemplatives
- Prozess und Inhalt werden von den Patient*innen mitgestaltet
Vermittelbarkeit von Musiktherapie

Die Anfangsphase war geprägt durch ein Ringen um einen stimmigen Behandlungsauftrag. Uns Musiktherapeutinnen war vieles selbst noch unklar. Es waren Versuche, sich in dem neuen ambulanten Feld zu verorten, ohne sich zu schnell auf etwas festzulegen. Die Offenheit des Feldes sollte genutzt werden, um der Musiktherapie einen Freiraum zu geben, etwas Spezifisches hier zu entwickeln. Die Erfahrungen mit den Patient*innen im Verlauf sollten zu einer Konzeptualisierung führen.

Dabei verhinderte die offene und an manchen Stellen sehr zurückhaltende Vorgehensweise vorerst naturgemäß eine klare Vermittlung der Musiktherapie im Feld. Dies spiegelte sich auch in Aussagen der Leitung zu Anfang wider. Hier war die Musiktherapie zwar als eigenständige Therapierichtung vorstellbar. Allerdings mit der Beifügung, dass sie sich momentan noch in einem Definitionsprozess zu befinden schien. Es vermittelte sich der Eindruck, dass der Theorie-Praxis Bezug noch nicht genug ausgearbeitet war. Einzelne Aspekte wie die Ausdrucksorientierung und das Prinzip, dass durch bewusstes Erleben Veränderung bewirkt wird, waren bereits auszumachen, die zusammenführenden Grundlagen blieben aber noch undeutlich:

„Ich habe vor Musiktherapie großen Respekt und eine Ahnung davon, wie sie wirken und was sie auslösen könnte, aber kein großes Wissen.“ (MB 93)

„Ich habe schon gedacht, dass es eine sehr ausdrucksbezogene Therapieform ist. Die zugrundeliegende Logik, die Idee, mögliche Ziele und die Mechanismen, die dahinter stehen sind mir nicht ganz klar.“ (MB 72)

„Deswegen sehe ich das mit der Musiktherapie sehr positiv, weil ich glaube, dass es manchmal Dinge gibt, die erfahren werden können, dann ins Bewusstsein gelangen und ausgesprochen werden können oder auch nicht, aber trotzdem Veränderungen bewirken können. Das ist etwas, was ich verstanden habe und sehr schätze, obwohl ich nicht weiß, wie genau das in der Musiktherapie funktioniert. Insofern kommt es mir nicht so wie eine formalisierte Psychotherapie-Form vor, wo man infolge des diagnostischen Prozesses bestimmte therapeutische Mittel auswählt, folgendermaßen bewertet und am Schluss guckt, was herausgekommen ist.“ (MB 72)

An anderer Stelle wurde gesagt, dass die musiktherapeutischen Prozesse intersubjektiv nachvollziehbar gemacht werden müssten, wenn eine Formalisierung der Musiktherapie angestrebt werden möchte. Es wurde also deutlich gemacht, dass eine gute und genaue Beschreibung noch ausstand, bei welchen Patient*innen/ wie begründet/ mit welchem Ziel die Musiktherapeutinnen bestimmte therapeutische Mittel auswählen und was dabei an Benefit erreicht wird.

3.2.3 Erste Erfahrungen von Patient*innen und Angehörigen

Bisher hatten wir uns in der Projektgruppe auf die Expert*innenperspektive fokussiert. Diese wollten wir um die unserer ersten Patient*innen und der Angehörigen zu ergänzen, die eine Musiktherapie in der Ambulanz erlebt hatten. Die ersten Interviews dazu wurden im Rahmen der Masterarbeit durchgeführt und ausgewertet (Silina, 2014). Im Verlauf haben wir beiden Musiktherapeutinnen hin und wieder einzelne Patient*innen und Angehörige nach Abschluss ihrer Musiktherapie zu ihren Erfahrungen befragt. Diese Interviews wurden in dieser Phase noch nicht systematisch erhoben und ausgewertet. Es ging uns vornehmlich darum, mit den Patient*innen und Angehörigen in ein erstes Gespräch zu kommen und Ideen zu ihrer Perspektive zu entwickeln, um diese in Phase 2 dann zu fokussieren. Den eingesetzten Interviewleitfaden (Anhang I) entwickelten wir anhand unserer Reflexionen der Vorannahmen, der Wirkfaktoren und der ersten Therapieerfahrungen, die wir bis dahin gemacht hatten.

3.4 Die Musiktherapiepatient*innen

Durch die erfolgreiche Integration der Musiktherapie in die Ambulanz konnten bisher (Stand August 2019) 76 Patient*innen und 13 Angehörige behandelt werden. Die nachfolgende deskriptive Beschreibung basiert auf einer Analyse eines SPSS-Datensatzes, die September 2019 durchgeführt wurde. Dafür wurde auf die SPSS (Teil-) Datenbank in ihrer bis dato zuletzt aktualisierten Version (T0_Stand 08.08.2019) zugegriffen. Dieser Datensatz schloss Daten der Musiktherapiepatient*innen ab 2013 ein (vgl. Kapitel 6).

Zum Auswertungszeitpunkt lagen Daten von 76 Patient*innen, die eine Musiktherapie erhalten haben, vor. Die Angehörigen wurden nicht in den Datensatz mit eingeschlossen, die Ergebnisse beziehen sich also explizit auf Patient*innen, die an Krebs erkrankt waren.

Die Musiktherapiepatient*innen sind im Durchschnitt 54 Jahre alt, 80% sind weiblich. Das Niveau der Schulbildung bildet sich zu etwa gleichen Teilen in niedrigeren (Hauptschulabschluss, Mittlere Reife) und höheren (Fachhochschulabschluss und Abitur) Abschlüssen ab. Etwas über die Hälfte der Musiktherapiepatient*innen sind beruflich mit Lehre und Fachschule eher niedriger qualifiziert, ungefähr ein Drittel hat einen Hochschul- oder Universitätsabschluss. Die Krebsdiagnosen der Musiktherapiepatient*innen sind gemischt, alle Diagnosegruppen sind

vertreten. Es sind etwas mehr Patient*innen jeweils mit gastrointestinalen Tumoren, bei Brustkrebs, Kopf-Hals-Tumoren und hämatoonkologischen Erkrankungen.

Bei Aufnahme in die Ambulanz haben die Musiktherapiepatient*innen im Mittel einen Distresswert von 6.8 (möglich: 0 -10). 76.3 % sind auffällig durch Distress belastet (cut off > 5). Die Musiktherapiepatient*innen haben im Mittel einen Angstwert (GAD) von 10.2 (möglich: 0-21). Es zeigen 67.1 % eine auffällige Belastung durch Angst (cut off >7). Im Bereich der Depressivität (PHQ) haben die Musiktherapiepatient*innen im Mittel einen Wert von 11.0 (möglich: 0-27). 77.5 % sind hier auffällig durch Depressivität belastet (cut off >7).

Die Musiktherapiepatient*innen haben im Durchschnitt 12 Sitzungen, allerdings in einem Bereich von einer bis zu 37 Sitzungen. Dies weist auf deutlich unterschiedliche Bedarfe und Verläufe hin.

Eine Analyse des musiktherapeutischen Screenings ergibt, dass sich vor Beginn der Behandlung über zwei Drittel der Musiktherapiepatient*innen die Musiktherapie als mögliches Unterstützungsangebot in der Ambulanz vorstellen können, ein Drittel hat hier kein Votum abgegeben. 10% konnten sich vor Beginn nicht oder weniger gut vorstellen, mit Musik ihre Gedanken und Gefühle, für die sie im Moment keine Worte haben, zum Ausdruck zu bringen. Knapp zwei Drittel konnten sich gut oder sehr gut vorstellen, Belastendes in künstlerisch-kreativer Weise zu bearbeiten [Anmerkung: diese Screening wies viele Missings auf, so dass diese Aussagen 40 Patient*innen beruhen].

Fazit

Durch die in dieser Projektphase unternommenen Schritte konnte die Musiktherapie als neues Verfahren in die Ambulanz integriert werden. Die Forschungsgruppe hat vielfältiges Material zur Verstehensbildung über Musiktherapie im Kontext der Spezialambulanz erhoben und reflektiert.

Dieser Integrations- und Evaluationsprozess trug zu einer theoretischen Sensibilisierung für die Herausbildung der *Grounded Theory* in Phase 2 bei.

4. Entwicklung einer Grounded Theory über den Auseinandersetzungsprozess mit einer Krebserkrankung in der Musiktherapie

In der zweiten Forschungsphase wurde nun eine *Grounded Theory* für die, in Phase 1 in die Ambulanz integrierte, Musiktherapie entwickelt. Am Beginn dieses Kapitels werden die Erkenntnisvoraussetzungen, die sich in der ersten Forschungsphase herausgebildet haben, zusammengefasst und daraus die theoretische Begründung für den weiteren Forschungsverlauf abgeleitet. Das Kapitel beschreibt den Prozess der Bildung einer *Grounded Theory*, die im Folgekapitel 5 dann als Ergebnis dargestellt wird.

4.1 Erkenntnisvoraussetzungen

In dieser zweiten Phase führte ich das Projekt im Rahmen meiner Dissertation weiter. Ich war nun *Einzelforscherin*, konnte meinen Forschungsprozess aber weiterhin mit den Mitgliedern der Forschungsgruppe in circa zweimal pro Jahr stattfindenden Projekttreffen und in beratenden Zwischengesprächen rücksprechen und reflektieren.

Erkenntnisvoraussetzungen aus Phase 1

Phase 1 hat zu einer gelungenen Integration geführt. Es gab im Team überwiegend eine große Aufgeschlossenheit gegenüber der Musiktherapie. Einige wenige Kolleg*innen blieben aber auch skeptisch, inwieweit die Musiktherapie die vielseitigen psychoonkologischen Bedarfe abdecken könne oder nur ein Zusatzangebot sein sollte. Insgesamt erkannte das Team der Musiktherapie eine positive Rolle in der Erweiterung des Behandlungsspektrums zu. Auch von Seiten der Leitung zeigte sich eine hohe Wertschätzung und Unterstützung. Es gab eine Reihe von Annahmen über das neue musiktherapeutische Angebot, aber es blieben auch Unklarheiten und Unsicherheiten bezüglich des Verfahrens, des Behandlungsauftrages, einer spezifischen Indikation und einer guten Vermittelbarkeit an Patient*innen. Hier wurde die Notwendigkeit einer vertieften Beforschung und guten Beschreibung der Musiktherapie deutlich.

Das Forschungsteam hatte ein erstes Wissen über Besonderheiten von Musiktherapie in der Ambulanz explizit machen können. Wir gingen zum Ende der Phase 1 davon aus, dass die ambulante Musiktherapie Wahrnehmung und Ausdrücken von Gefühlen, Interaktion und Beziehungsfähigkeit, Selbstwirksamkeit, Handlungs- und Gestaltungsfähigkeit, Zentrierung, Orientierung, Resonanz, Körperwahrnehmung, neue Impulse und die Entwicklung von Ressourcen unterstützen kann. Es gab einige Vorstellungen zu Wirkfaktoren, die aber noch nicht bestätigt werden konnten.

Beim Eintritt in Phase 2 war für mich der Erfahrungshintergrund der stationären Musiktherapie aufgrund des zeitlichen Abstandes in den Hintergrund getreten und ich hatte bereits einige Musiktherapie in der Ambulanz erlebt. Das sich in mir bildende ambulante Erfahrungswissen floss somit in die weitere Entwicklung der *Grounded Theory* mit ein.

4.1.1 Exkurs: Meine Annahmen über die ambulante Musiktherapie

Dieser Exkurs legt eine besondere Aufmerksamkeit auf die Erhebung meiner Annahmen über mein Forschungsthema, wie es die *Grounded Theory Methodologie* einfordert und wie es insbesondere für meine Forschung in einer Doppelrolle relevant wird (vgl. Kapitel 4.2.1).

Zur Erhebung meiner Annahmen führte ein externer Supervisor (Prof. L. O. Bonde, DK) im Juli 2017 ein etwa einstündiges computerbasiertes *RepGrid Interview* mit mir per Skype durch. Es schlossen sich supervidierte Auswertungen an. Der Zeitpunkt der Erhebung hatte folgende Bezüge zum Forschungsprozess: zum einen lag er zeitlich schon mitten in ihm. Es konnten also nicht mehr die vor der Gesamtuntersuchung bestehenden Vorannahmen erhoben werden. Was aber für diesen Zeitpunkt sprach ist, dass er noch innerhalb der Interviewphase und noch vor dem intensiven Analyseprozess der Patient*inneninterviews lag. So konnte die Klärung der Vorannahmen und auch der bereits erworbenen Annahmen dazu beitragen, dass ich meine Subjektivität von der Subjektivität der Patient*innen bewusst differenzieren und mich für das Feld reflektiert sensibilisieren konnte.

Das durchgeführte *RepGrid Interview* fokussierte auf meine Annahmen darüber, ob und wie Musiktherapie für Patient*innen und Angehörige in der Ambulanz hilfreich sein könnte.

Die RepGrid Technik

Die *Repetory Grid Technique* (nach Kelly 1955, zusammengefasst aus Abrams, 2016) ermöglicht eine interaktive Datensammlung und Analyse von Erfahrungen und Wahrnehmungen. Sie steht in Bezug zur *Personal Construct Psychology*, die in den 1950ern von dem Psychotherapeuten George Kelly konzipiert wurde und geprägt ist vom Prinzip des *Konstruktiven Alternativismus*. Hier wird davon ausgegangen, dass unsere Lebenserfahrungen davon abhängig sind, wie wir einzelne Aspekte miteinander in Verbindung bringen. Zentral ist die Annahme, dass jede/r ihre/seine eigene Art und Weise hat, wie sie/er die Dinge voraussieht, interpretiert und ihnen Bedeutung gibt. Jede/jeder verinnerlicht bestimmte Konstrukte über das Leben und die Erfahrungen darin und schafft sich somit eine persönliche Realität. Jede Lebenserfahrung lässt sich einem inneren Konstrukt zuordnen. Um zu verstehen, wie jemand etwas versteht, fühlt, erfährt und einordnet, kann eine Herausarbeitung dieser Konstrukte und der Lebenserfahrungen, die daran angesiedelt sind, hilfreich sein.

Um die der individuellen Lebensrealität zugrundeliegenden Konstrukte zu erkennen, hat G. Kelly die *Repertory Grid Technique* entwickelt. In einem *RepGrid Interview* wird ein *Konstruktgitter (Grid)* über ein bestimmtes Thema aus der Lebensrealität herausgearbeitet und interpretiert. Ursprünglich als *Role Construct Repertory Test* von Kelly konzipiert, um Lebensaspekte und Verhaltensweisen von Klient*innen in therapeutischen Verläufen zu verstehen, fand diese Technik im Verlauf breitere Anwendungsfelder insbesondere auch für die qualitative Forschung. Abrams (2016) nennt für den musiktherapeutischen Bereich zehn Anwendungen dieser Untersuchungsform in Forschungsarbeiten mit unterschiedlichen Forschungsanliegen. Zum einen gibt es Untersuchungen, die durch eine *RepGrid Analyse* Erkenntnisse über ein Forschungsfeld gewinnen, indem sie die *Konstruktssysteme* der Teilnehmenden befor-schen. Zum anderen nutzen Forscher*innen selbstreflexive *RepGrid Analysen*, um z.B. die Vorannahmen über das Forschungsthema zu explizieren (Abrams, 2007).

In Vorbereitung eines solchen *RepGrid Interviews* werden mindestens sechs spezifische, zum gewählten Thema passende und aus der eigenen Erfahrung mit diesem Thema stammende Beispiele ausgewählt. Diese erfahrungsbezogenen Beispiele werden als *Elemente* bezeichnet, aus denen die *Konstrukte* herausgearbeitet werden. Dieses Vorgehen zeigt eine Nähe zur *Grounded Theory*, da die *Konstrukte* aus der Erfahrung im Feld heraus – *grounded* - entwickelt werden.

Im *RepGrid Interview* werden immer drei dieser *Elemente* per Zufallsauswahl vorgegeben. Aus diesen drei sucht sich die/der Befragte zwei heraus, die sich in einem Merkmal vom Dritten unterscheiden. Dieses Merkmal und sein Kontrast werden interaktiv herausgearbeitet und bilden das *Konstrukt*. Daran anschließend nimmt man sich die übrigen *Elemente* vor und schätzt für sie jeweils ein, wie sie sich auf der *Konstruktlinie* des *Konstruktes* (Merkmal --- Kontrast) ansiedeln lassen. Das Kriterium ist, welche inhaltliche Nähe sie zum einen oder anderen Pol haben.

Aus diesen einzelnen Konstrukten und der jeweiligen Zuordnung der *Elemente* auf deren *Konstruktlinien* wird eine *Matrix* der *Konstruktpole und -linien* erstellt. Computerunterstützte *RepGrid Analysen* ermöglichen, dass diese Rohdaten weiter bearbeitet und in einem *PrinGrid* veranschaulicht werden können.

Die veranschaulichten Ergebnisse müssen nun durch die Untersuchenden analysiert und in Bezug auf das Forschungsthema interpretiert werden. Die Analyse wird geleitet von der Frage, wie die einzelnen *Elemente* und *Konstrukte* im Verhältnis zu den anderen innerhalb der Gesamtkonstruktion stehen und was das in Bezug auf das zu untersuchende Thema bedeuten könnte.

Durchführung des RepGrid Interviews und dessen Analyse

Vorbereitung

Zur Vorbereitung des Interviews sollte ich circa zehn *Elemente* auswählen, die ich im Interview bezogen auf meinen Fokus des *Hilfreichen* der Musiktherapie mit onkologischen Ambulanzpatient*innen und Angehörigen vergleichen wollte. Es sollten *Elemente* für die Kategorien *hilfreich* (H), *nicht hilfreich* (NH) und *neutral* (N) für das Interview bereitliegen. Des Weiteren sollte ich eine circa eine Seite umfassende Beschreibung der einzelnen *Elemente* anfertigen und ihnen einen charakterisierenden und gegebenenfalls zugespitzten Titel geben. Als *Elemente* fasste ich bisherige Therapieerfahrungen mit Patient*innen und Angehörigen in der Ambulanz und entschied mich hier, diese in unterschiedlicher Form zu konzipieren. Mal schien mir eine Therapieszene charakteristisch genug, um das *Element* zu beschreiben, mal fasste ich etwas Prozesshaftes aus dem Gesamtverlauf zusammen, was ich als wesentlich ausmachen konnte. Die Auswahl der *Elemente* selbst war an sich schon ein aufschlussreicher Prozess. Es war ein guter Schritt, die bereits bestehende Fülle von Therapieprotokollen auf das Thema

fokussiert durchzusehen und das mir wichtig erscheinende herauszusuchen und explizit zu machen. Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Auswahl der *Elemente*.

Hilfreich	Kürzel	Titel	w/m	A/P	Alter (ca.)
1	H1	Musikberührung zulassen	w	P	60
2	H2	Spielen in Resonanz	w	P	45
3	H3	Lebendigkeit spüren	w	P	35
4	H4	Sich hörend begreifen	w	P	55
5	H5	Implizites Erkennen	w	P	25
6	H6	Gefühle fühlen	w	A	70

nicht hilfreich	Kürzel	Titel	w/m	A/P	Alter (ca.)
1	NH1	Die bedrängende Geige	w	P	65
2	NH2	Ablenkungszwang	w	P	55
3	NH3	Keinen Zugang finden	w	P	40

neutral	Kürzel	Titel	w/m	A/P	Alter (ca.)
1	N1	Ohne Musik genießen	w	P	65
2	N2	Kontrollierte Erfahrung	w	A	40
3	N3	Schöne Musik_Spielen	m	P	60

P = Patient*in
A = Angehörige/r

Tabelle 1 Auswahl der *Elemente*

Ergebnisse des RepGrid Interviews

Die Konstrukte

Im *RepGrid Interview* wurden die *Elemente* kontrastiert. Daraus wurden folgende sieben *Konstrukte* entwickelt:

berührt werden - kontrollieren

auf die Erkrankungssituation bezogen - eher übergreifend existentiell

Schönes suchen - Dissonanz erlauben

therapeutisch im Fluss sein - therapeutische Mühe

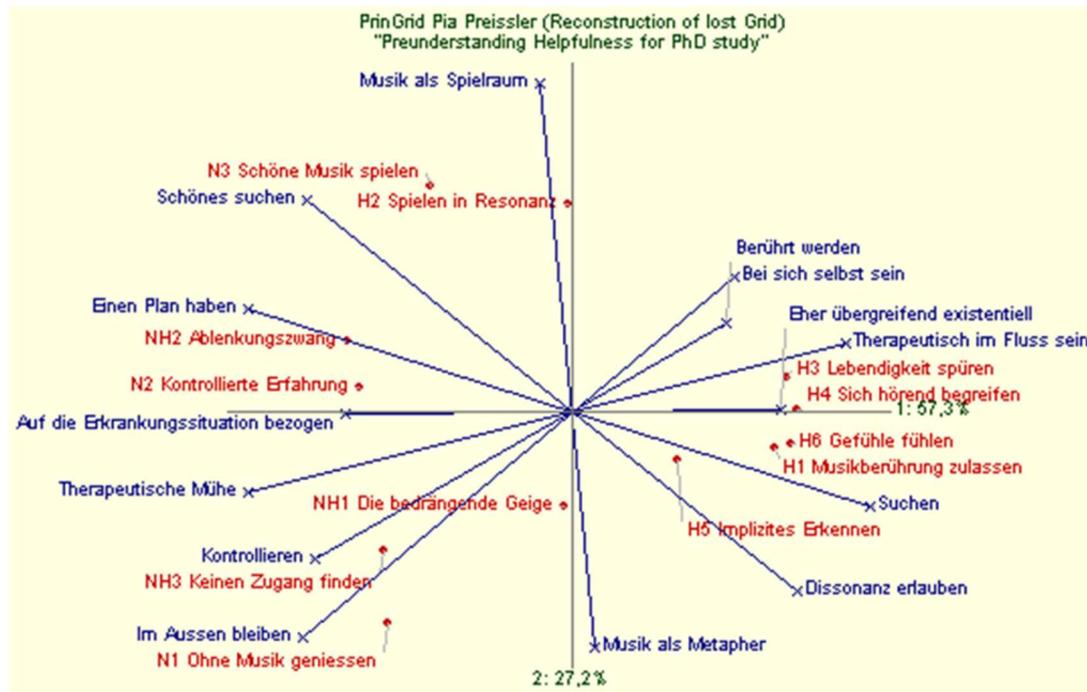
einen Plan haben - suchen

Musik als Metapher – Musik als Spielraum

Bei sich selbst sein – im Außen bleiben

Das PrinGrid

Nachfolgende Graphik zeigt das *PrinGrid*, welches daraus entstanden ist. Die *Elemente* sind in roter Schrift und ihre Zuordnung im *Konstruktgitter* erfolgt durch rote Punkte. Die *Konstruktlinien* mit ihren Polen zeigen sich in blau. [Anmerkung: das Computerprogramm ist direkt nach dem Interview abgestürzt. Das machte es notwendig, die Ergebnisse am Folgetag aus der Erinnerung zu rekonstruieren].



Graphik 2 PrinGrid 1

Anmerkung zum PrinGrid

Zu den Achsen

Einen Ansatz für die Interpretation bilden die *Konstruktlinien*, die sehr nah an den Achsen liegen. Anhand dieser *Konstrukte* können die Teilmengen der in den vier Quadranten zugeordneten *Elemente* miteinander vertikal und horizontal verglichen werden. Im *PrinGrid 1* wird die horizontale Achse durch die Linie des Konstruktes *auf die Erkrankungssituation bezogen* --- *eher übergreifend existentiell* festgelegt.

Bereits während des Interviews schien diese Kontrastierung nicht ganz stimmig, wurde aber vorerst als Behelf genommen. In der weiteren Reflexion nahm ich eine Umbenennung des *Konstruktes* vor in *offen für übergreifende Themen der Existenz* --- *eingegrenzt in der offenen Selbstwahrnehmung*.

Das *Konstrukt*, welches durch seine Nähe die vertikale Achse festlegt (*Musik als Spielraum* --- *Musik als Metapher*), braucht aufgrund der Begriffe, die an anderer Stelle theoretische Konzepte darstellen würden, hier eine kurze Erläuterung, wie ich sie im Interview spontan benannt habe: Mit *Musik als Spielraum* verband ich Prozesse, die eher dem impliziten Erleben und nicht Verbalisierten zugeordnet werden. Mit *Musik als Metapher* verband ich die Möglichkeit, dieses Erleben explizit machen zu können, also auch kognitive Prozesse im Sinne eines hilfreichen Bewusstwerdens zu unterstützen.

Zu den Quadranten

Jeder Quadrant des PrinGrids wurde nach dem benannt, was für die in ihm enthaltenen *Konstrukt*pole und *Elemente* übergreifend charakteristisch erschien.

Q1 = oben links

Musiktherapie als *gesuchte schöne Erfahrungen*

Q2 = oben rechts

(Selbst-) Erleben in der Musik

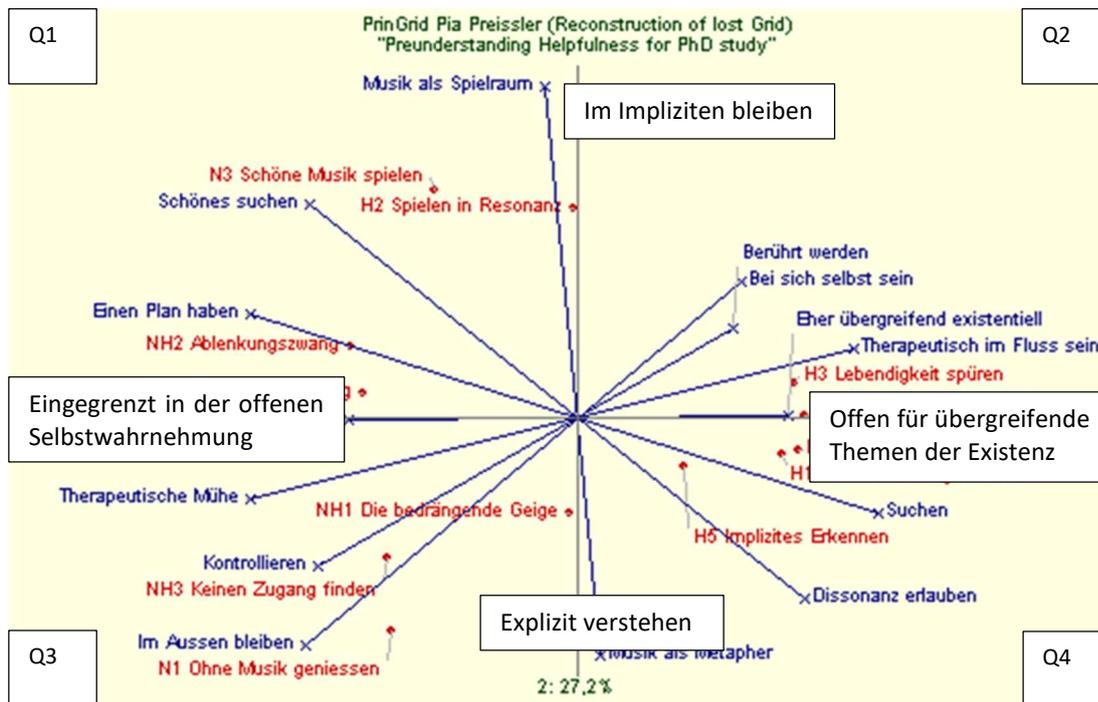
Q3 = unten links

Kontrolle verhindert musiktherapeutische Erfahrung

Q4 = unten rechts

Musiktherapie als offene Suchbewegung

Folgende Graphik zeigt die weitergeführte Version des *PrinGrid*.



Graphik 3 PrinGrid 2

Im interpretierenden Nachdenken über das *PrinGrid* habe ich meine Annahmen über das *Hilfreiche* in der Musiktherapie herausgearbeitet, die ich im Folgenden zusammenfasse.

Zusammenfassung meiner Annahmen über das Hilfreiche in der Musiktherapie

Musiktherapien, in denen übergreifende Themen der Existenz behandelt werden, erlebe ich als hilfreich. In solchen Therapien ereignet sich für mich ein fließender therapeutischer Prozess.

Musiktherapie kann hilfreich werden, wenn von den Patient*innen offene Suchbewegungen zugelassen werden und auch Dissonantes erlaubt wird. Um dieses Potential nutzen zu können brauchen Patient*innen eine gewisse Stabilität.

In der Musiktherapie kann es um ein hilfreiches (Selbst-) Erleben in der Musik gehen. Hier kann eine bestimmte Art von Berührtheit wahrgenommen werden. Diese kann mit körperlichem Erleben einhergehen. Dies könnte insbesondere dadurch Bedeutung bekommen, dass viele der Patient*innen in Bezug zu Erfahrungen der eigenen Existenz besonders vulnerabel bzw. bedürftig sind.

Patient*innen, die sich und/ oder das Gegenüber/ die Musik sehr stark kontrollieren, verhindern möglicherweise eine musiktherapeutische Erfahrung. Um hilfreich zu werden braucht die Musiktherapie eine Bereitschaft, sich von Musik emotional berühren/ erreichen zu lassen.

Es scheint einen bedeutsamen Unterschied zwischen einer *eingrenzenden Kontrolliertheit* und einer *kontrollierten Eingrenzung* von Seiten der Patient*innen zu geben. Eine *eingrenzende Kontrolliertheit* als Persönlichkeitseigenschaft könnte ein Indikator sein, dass eine Musiktherapie ihr hilfreiches Potential nicht entfaltet. In der *kontrollierten Eingrenzung* hingegen könnte eine Fähigkeit von Patient*innen liegen, sich in einer hoch belastenden Situation den Ausschnitt aus der Musiktherapie zuzumuten, der für sie als hilfreich erscheint.

Musiktherapie kann eine von Patienten *gesuchte schöne Erfahrung* sein. Solche Therapien können hilfreich sein, wenn sie verbunden werden können mit psychodynamischen Prozessen, die als *schön* erlebt werden. Sie können auch hilfreich sein, wenn z.B. bei akut hoch belasteten Patient*innen durch die Fokussierung auf positive Erlebensqualitäten eine Stabilisierung ermöglicht wird. Wenn vermeintlich Schönes aber einer Verhinderung notwendiger Auseinandersetzung dienen soll, werden diese Musiktherapien nicht hilfreich.

Die Musiktherapie richtet sich auf Implizites aus. Implizites *kann*, aber *muss* nicht explizit gemacht (= verbalisiert werden) werden, um hilfreich zu sein. Hilfreiche rationale Verarbeitungsprozesse können z.B. über Musikmetaphern angeregt werden.

Es wird Therapien geben, bei denen es unklar bleiben wird, was sie den Patient*innen genützt haben. Und es wird Therapien geben, die ich als nicht hilfreich erlebe.

Fazit

Dieser Prozess der Explizierung meiner Vorannahmen scheint mir sehr wichtig gewesen zu sein, um zu erkennen, mit welchem Vorwissen ich in die Interviewsituation mit den Patient*innen und in die Analyse der Interviews ging. Es wird deutlich, dass ich bereits einen bestimmten Standpunkt eingenommen hatte und bestimmte Erwartungen daran hatte, was hilfreich für die Patient*innen sein könnte. Dies aufgeschrieben zu haben bestärkte in mir die Neugier, wie die Patient*innen dies sehen. Für die Fragetechnik stellte sich nun die Herausforderung, nicht nach Bestätigung dieser Annahmen zu suchen, sondern insbesondere nach anderen Aspekten und Erfahrungen aus der Sicht der Patient*innen.

4.2 Datenerhebung und Analyse

*Theoretische Begründung für die Erhebung der Patient*innenperspektive*

Der Forschungsprozess in Phase 1 führte zu Erkenntnissen über den Kontext des musiktherapeutischen Angebotes und zu ersten Annahmen über die Musiktherapie. Diese Erkenntnisse waren jedoch primär aus einer reflektierten Expert*innenperspektive heraus entwickelt und blieben trotz der Generierung aus der Felderfahrung in einem gewissen Sinne abstrakt und allgemein musiktherapeutisch. Bei meinen Überlegungen, in welche Richtung ich in der zweiten Phase die Untersuchung vertiefen wollte und welche Datenerhebung im Sinne des theoretischen Samplings nun sinnvoll wäre, erschien es mir als wesentlich, die Patient*innenperspektive stärker mit einzubeziehen. Da meine Forschungsmotivation sehr geprägt war durch einen partizipativen Anspruch wollte ich dadurch die Erfahrungen der Hauptakteur*innen in der Musiktherapie ins Zentrum setzen. Das Erleben der Patient*innen sollte zu einem zentralen Element in der sich entwickelnden *Grounded Theory* werden.

Die Musiktherapie, wie wir sie in Phase 1 in das Setting der Ambulanz integriert hatten, richtet sich gleichermaßen an Krebspatient*innen und Angehörige von Krebspatient*innen. Darauf beruhte der ursprüngliche Plan, die Theorie für diese beiden Gruppen gleichermaßen zu entwickeln. In verschiedenen Feedbacks von anderen Forscher*innen zu Beginn wurde diese Vereinheitlichung kritisch gesehen, was mich in Folge bewogen hat, für die folgende Untersuchung die Gruppen für die Theoriebildung zu trennen und mich auf die Patient*innen zu fokussieren.

Aus diesen Überlegungen heraus strebte ich nun eine Theoriebildung an über den Auseinandersetzungsprozess mit einer Krebserkrankung, wie er sich in einem ambulanten psychologischen Kontext für die Patient*innen ausformt.

Daraus konkretisierte sich die zweite Fragestellung:

*Welche spezifisch musiktherapeutischen Erfahrungen machen Patient*innen und was für eine Bedeutung haben diese für die Auseinandersetzung mit ihrer Krebserkrankung?*

Datenmaterial

Mein primäres Datenmaterial waren Interviews mit Patient*innen. Die Perspektive der Musiktherapeutin stand als sekundäres Datenmaterial in Fallbeschreibungen zur Verfügung.

Im Verlauf gab es immer wieder auch Ideen, musiktherapiespezifisches Datenmaterial aus den assoziierten Prozessen mit einzubeziehen. Zum Beispiel wären Beschreibung der musiktherapeutischen Improvisationen oder die Analyse von Metaphern, die sich in einer Musikgeleiteten Imagination entwickelten, eine interessante und bereichernde Datenquelle gewesen. Denn nicht alle musiktherapeutischen Erfahrungen können aufgrund des impliziten Gehaltes von den Patient*innen in rückblickenden Interviews verbalisiert werden. Musikalische Erfahrungen sind letztendlich Momenterfahrungen - im Moment des Geschehens werden sie als stimmig erlebt, im Nachklang manchmal nicht mehr verstehbar und logisch nachvollziehbar. In den Entscheidungen für die Datenerhebung waren forschungspragmatische Überlegungen und eine Anpassung an den Kontext, in dem verbales Datenmaterial verwendet wird, begrenzend.

Modifizierung im theoretischen Sampling

Die Patient*innenperspektive zu erheben war Teil der übergreifenden theoretischen Samplingstrategie (s.o.). Denkbar wäre auch gewesen, die Erhebung der einzelnen Interviews jeweils nach theoretischen Gesichtspunkten in Abhängigkeit von den theoretischen Erkenntnissen des jeweils vorangegangenen Analyseprozesses zu gestalten. Dieses für den theoretischen Samplingprozess einer *Grounded Theory* angestrebte Wechselspiel von Erhebung und Analyse musste in dieser Untersuchung modifiziert werden. Im Vorhinein wurde die Erhebung von Daten durch Patient*inneninterviews nach Abschluss einer ambulanten Musiktherapie, die sich zum Teil über zwei bis drei Jahre erstreckt, als ein langer Prozess eingeschätzt. Mit der Datenerhebung musste folglich frühzeitig begonnen werden, d.h. bevor ich zeitliche Kapazitäten für die Analyse hatte.

Meine Strategie war es hier also, vorerst mit jeder/jedem Patient*in, die/der im Untersuchungszeitraum ihre/seinen Therapieabschluss hatte, ein Interview zu führen – unabhängig von theoretischen Überlegungen. Damit hatte ich eine Sammlung aufgebaut, innerhalb derer ich dann später in einen modifizierten theoretischen Samplingprozess eingestiegen bin. Die Daten waren also im Vorherein erhoben, die Auswahl konnte dann aber aus theoretischen Gesichtspunkten heraus erfolgen.

*Einbezug der Therapeut*innenperspektive*

Um den Auseinandersetzungsprozess mit einer Krebserkrankung, wie er sich in einer ambulanten Musiktherapie zeigt, zu erkunden, war das Erleben in der musiktherapeutischen Dyade das Untersuchungsfeld. Die Erfahrungen der Musiktherapeutin in ihrer Interaktion mit den Patient*innen sind Teil dieses dyadischen Feldwissens und sollten in die Theoriebildung mit einbezogen werden. Ich habe die Untersuchung so konzipiert, dass die zentrale, für die Theoriebildung leitende Perspektive die der Patient*innen ist. Die musiktherapeutische Perspektive sollte der vertiefenden Interpretation der von den Patient*innen beschriebenen musiktherapeutischen Erfahrungen dienen.

Diese Integration von Patient*innen- und Therapeut*innenperspektive war eine immer wieder zu reflektierende Herausforderung dieser Untersuchung, da ich als die Daten interpretierende Forscherin auch die Musiktherapeutin in einer Person war und ich die Theorieentwicklung dadurch nicht verzerren, sondern bereichern wollte. Diese Herausforderungen meiner Doppelrolle in der Erhebung und in der Interpretation der Daten ist in folgendem Exkurs reflektiert.

4.2.1 Exkurs: Doppelrolle Musiktherapeutin _ Forscherin im Erhebungs- und Analyseprozess

Im gesamten Forschungsprozess hatte ich eine Doppelrolle inne: ich war Forscherin über ein Feld, in das ich als eine der Akteur*innen eingebunden war. Eine durchgängige Außenperspektive als Forscherin war für mich also nicht einnehmbar. Es war wichtig, den ständigen Wechsel zwischen der Identifizierung als Feldteilnehmerin und der Objektivierung dessen, was ich darin untersuchen wollte, zu bewerkstelligen. Ich musste meine Rolle als Musiktherapeutin objektivieren und zur Rolle der Forscherin positionieren. Das Prinzip dieses Wechsels zwischen Involviertheit und Außensicht ist mir als Musiktherapeutin relativ vertraut. Ein zentraler Baustein der Ausbildung von Musiktherapeut*innen ist es zu lernen, eine objektivierende Instanz aufrecht zu erhalten, während man sich in einen gemeinsamen Improvisationsprozess (= Handlungsprozess) mit den Patient*innen begibt, in dem der/die Therapeut*in bewusst Teil der gemeinsamen Erfahrung, also zu einer der Akteur*innen wird. Es geht hier um die Kunst der „oszillierenden Aufmerksamkeit“ (Weymann, 2004, S. 44). Dieses Prinzip habe ich versucht, auf meine Forschungssituation zu übertragen.

Die Untersuchung in dieser Formation lässt sich am ehesten als gemeinsamer Erkundungsprozess wahrnehmen – orientiert an den Erfahrungen der Patient*innen.

Die Doppelrolle in der Interviewsituation

Durch meine Doppelrolle als Therapeutin und Forscherin war ich Teil der gemeinsamen Therapieerfahrung, zu der die/der Patient*in ihre/seine Perspektive im Interview erkunden wollte. Auch die Patient*innen hatten hier einen Rollenwechsel zu bewerkstelligen von der/dem Patient*in zu der/dem Forschungsteilnehmer*in. Sie sollten nun ihre persönliche therapeutische Erfahrung als wissenschaftliches Material reflektieren. Ich habe diese Doppelrollen mit den Patient*innen vor dem Interview thematisiert, um bewusst damit umgehen zu können. Die Therapien selbst waren mit einer therapeutischen Reflexion in der Abschlussstunde beendet worden. So wollte ich eine Trennung von Therapiesituation und Forschungssituation ermöglichen. Dass solche Trennbarkeiten nur mehr oder weniger gut gelingen können, ist mir dabei bewusst.

Die Begegnung im Interview war also eine Forschungssituation, die sich unter dem Einfluss von therapeutischen Interaktionserfahrungen ausformte. Es ging um ein gemeinsames forschendes Erkunden und Rekonstruieren der gemeinsam erlebten Therapie in Form eines dialogischen Interviews. Die Besonderheit an diesem Forschungssetting war es, dass ich mich miterinnern konnte. Allerdings aus einer anderen Perspektive, vor einem anderen - dem therapeutischen - Verstehenshintergrund. Im Interview lag der Fokus auf Patient*innenperspektive, also dem, was die Patient*innen als für sie bedeutsam einbrachten. Diesen Möglichkeitsraum habe ich zugleich durch Impulse und Fragen im Sinne der Forschungsfrage und der sich entwickelnden Theorie gestaltet und fokussiert. Angestrebt war, dass die Akteur*innen im Feld – Patient*in und Therapeutin – in einem interaktiven Erinnerungsvorgang das Datenmaterial entwickeln, in dem sich die Theorie im Verlauf gründen kann.

Es gibt in diesem Anspruch auf interaktive Offenlegung innerer Ansichten auch eine Besonderheit. Ich als Musiktherapeutin habe die Verantwortung, den erlebten therapeutischen Prozess zu schützen. Das bedeutet, dass ich, wenn ich in die Rolle der Forscherin gehe, die in der/ in dem Patient*in verinnerlichte Therapeutinnenrolle nicht gefährden darf, in dem ich meine Perspektive auf die Therapie zu sehr öffne und eigene Gedanken und Gefühle dazu zur Verfügung stelle. Ich muss sehr sensibel sein, wann meine Perspektive im Interview im Sinne des zu schützenden therapeutischen Prozesses der/dem Patient*in dient, sie/ihn auf weiterführende

Gedanken bringt. Im engeren Sinne gestalte ich die Interviewsituation also als eine aktive Unterstützung der Re-Konstruktion, die die/der Patient*in vornimmt. Die/der Patient*in wiederum schützt gegebenenfalls auch ihre/seine Erinnerungen, wenn sie/er diese als zu intim für eine Veröffentlichung empfindet. Das Dictum „respect your subjects“ (Blumer 1969, zitiert nach Charmaz, 2014, S. 33) welches für die Ausübung qualitativer Feldforschung generell gilt, ist mir in meiner Doppelrolle besonders wichtig. Ich möchte etwas herausfinden, jedoch den liierten therapeutischen Prozess nicht durch dessen Beforschung irritieren.

Im Interview hatte ich darauf zu achten, mein Wissen aus der miterlebten Situation der Entwicklung der Patient*innenperspektive hilfreich zur Verfügung zu stellen. An manchen Stellen konnte ich vielleicht gezielter nachfragen, als wenn ich eine Außenstehende gewesen wäre. Ich denke, dass wir rascher in Inhalte eintauchen konnten, ohne dass viele informelle Verständnisfragen geklärt werden mussten. Ich musste allerdings wachsam sein für Momente, in denen es leicht schien, der Illusion zu folgen, dass ich etwas verstanden hätte, nur weil ich ja auch beim Erzählten dabei gewesen war. Ich musste mich immer wieder so gut wie möglich fremd machen. Hier war das Stutzen, das Nachfragen, das sich etwas näher beschreiben lassen – auch wenn ich es aus dem musiktherapeutischen Verlauf heraus wusste - wesentlich. Dabei musste ich mich auch immer wieder mit der Verleitung zum Suggestiven auseinandersetzen. Ich musste meine Vorannahmen wahrnehmen und selbstreflexiv kontrollieren, damit ich keine Erkenntnisse aus meiner subjektiven Rekonstruktion der miterlebten Musiktherapie zu bestätigen suchte. Insbesondere in den ersten Interviews gibt es auch kritische Stellen in dieser Hinsicht, in denen ich den Patient*innen Interpretationen vorschlage. Die meisten der Patient*innen zeigten sich aber in der Lage, diese auch abzulehnen, wenn sie nicht für sie passten. Offensichtlich konnte ich diese suggestiven Tendenzen mit genügend Offenheit einbringen.

Ich habe meine Interviewführung im Doktorand*innenkolloquium reflektiert und ein übergreifend gutes Feedback bekommen. Die Kolleg*innen hatten den Eindruck, dass die Patient*innen in einen Erzählfluss kommen und das für sich Wesentliche einbringen können.

Die Doppelrolle im Analyseprozess

Die Codierung der Interviews erfolgte sehr dicht am Material. So konnte ich mein therapeutisches Hintergrundwissen aus den Musiktherapien in der thematischen Strukturierung des Materials relativ gut kontrollieren und die Themen darstellen, die die Patient*innen für sich als

relevant erlebt haben. In der Interpretation der Interviews allerdings zeigten sich jedoch auch Grenzen dieser Trennbarkeit von Material und Hintergrundwissen. In einem Workshop zur *Grounded Theory*, in der ich meine Untersuchung vorstellte, war die Rollenvermischung an diesem Punkt kritisch angemerkt worden. Es blieb die Frage offen, ob ich mich als mit dem Feld identifizierte ausreichend objektivieren könne, um genug theoretische Offenheit zu gewährleisten. Eine gründliche Selbstreflexion könne nur einen Teil der Vermischung erfassen. Ich stellte dieses Dilemma und meine Überlegungen, wie ich meine Rollen möglichst gut trennen könnte, um mich sozusagen von mir selbst zu distanzieren, in einem Laboratorium in der Werkstatt für musiktherapeutische Forschung, Augsburg (2019) zur Diskussion. Die Musiktherapieforschenden in ähnlichen Forschungssettings (Musiktherapeut*in befragt ihre/seine Arbeit selbst) gaben mir hier eher die Einschätzung, dass die Doppelrolle in der Ergründung des Themas und in der Theoriebildung hilfreich sein werde. Der Versuch einer Ausgrenzung würde eher den Erkenntnisgewinn einschränken.

Aus diesen Einschätzungen heraus habe ich mich für einen offensiven und möglichst transparenten Einbezug meines therapeutischen Hintergrundwissens entschieden. Dieser Weg erschien mir erkenntnisgewinnbringender als der Versuch, etwas Untrennbares zu trennen. Parallel zum Analyseprozess habe ich nun von den Interviewpatient*innen Fallbeschreibungen aus meiner therapeutischen Sicht heraus erarbeitet, die mein therapeutisches Wissen fassen und analysierbar machen.

4.2.2 Interviews mit den Patient*innen

Interviewleitfaden

Um die Erfahrungen der Patient*innen zu erkunden, wurden leitfadengestützte teilnarrative Interviews geführt. Der Leitfaden war in Phase 1 entwickelt worden (Anhang I). Da wir zu diesem Zeitpunkt davon ausgingen, dass wir über den Gesamtverlauf zwei Interviewführende sein würden, war uns eine Teilstrukturierung und damit eine Vergleichbarkeit wichtig. Der Leitfaden sollte zur Orientierung an Themen dienen, die uns im Vorfeld der Befragung für die Beantwortung der Fragestellung relevant schienen. Zugleich sollten die Interviews offen genug geführt werden, damit die Befragten Narrative entwickeln und zusätzliche weiterführende Aspekte einbringen konnten. Im Verlauf trat die Orientierung am Interviewleitfaden mehr und mehr in den Hintergrund, da sich in den Interviews, wie im Sinne der *Grounded*

Theory Methode, von sich aus erzählorientierte Gespräche entwickelten, die alle relevanten Themen inne hatten.

Interviewführung

Da zum Zeitpunkt des Beginns der Befragungen die zweite Musiktherapeutin noch aktiv im Forschungsteam beteiligt war, konzipierten wir die Interviewführung zuerst so, dass die Patient*innen von derjenigen Musiktherapeutin interviewt werden sollten, die nicht auch die Therapeutin im abgeschlossenen Therapieprozess gewesen war. Wir versprachen uns davon weniger Verzerrung der Gesprächsinhalte durch eine mögliche Loyalität der Patient*innen uns gegenüber. Nach einigen Interviews mit dieser Aufteilung musste diese Strategie aber aufgrund von reduzierten zeitlichen Kapazitäten der Kollegin aufgeben werden. Ich habe also ab diesem Zeitpunkt auch meine eigenen Therapiepatient*innen interviewt.

Rückblickend wird für diese Veränderung auch eine theoretische Begründung sichtbar. Ich spiele hier auf den Theoriebildungsprozess an, der sich in einer *Grounded Theory* Untersuchung schon während der Datenerhebung in der/dem Untersucher*in vollzieht. Da ich im Verlauf der zweiten Phase den Forschungsprozess nahezu allein innehatte, wurde es wichtig, dass ich selbst die Interviews führte und dabei eine Sensibilität gegenüber den für die Theorie relevant erscheinenden erzählten Phänomenen entwickeln konnte. So konnte ich gegebenenfalls auf etwas fokussieren, mehr oder weniger gezielt Fragen stellen und damit Aussagen vertiefen. Der latente Theoriebildungsprozess ermöglichte, neben den Fragen, die sich auf den Leitfaden beziehen, auch intuitive Fragen zu stellen und intuitiv einen Erzählstrang aufzugreifen oder liegenzulassen. Dies erforderte allerdings immer wieder auch eine Achtsamkeit, diese Intuition mit der/dem gerade befragten Patient*in abzugleichen, also sehr sensibel zu sein, ob sie/er die Frage ebenfalls relevant findet und aufgreift. Es war wichtig, die Fragen offen genug zu stellen, damit die/der Patient*in sie auch unbeantwortet lassen könnte. Es ging darum, eine Balance herzustellen zwischen meinem Wunsch, über etwas mehr erfahren zu wollen und einem mich offen leiten lassen zu etwas Neuem hin, was ich nicht erahnt hatte. Die Interviewführung sollte den Patient*innen ein Erzählen ermöglichen. Mir war dabei wichtig, Raum für implizites Erleben zu schaffen und den Patient*innen die Möglichkeit zu geben, dieses Erleben aus ihrer Perspektive reflektierend zu interpretieren.

Zeitpunkt und Länge der Interviews

Die Interviews wurden bis zu einem halben Jahr nach Abschluss der Musiktherapie durchgeführt. Der Zeitraum wurde so weit gefasst, um den Patient*innen eine Flexibilität anzubieten, die sie aufgrund ihrer Erkrankungssituation und entsprechenden Einschränkungen für eine Forschungsteilnahme benötigten. Sie wurden in der Regel im Musiktherapieraum der Ambulanz durchgeführt. Die Länge der Interviews war nicht genau festgelegt. Den Patient*innen wurden ein bis anderthalb Stunden angekündigt, in denen meist auch eine Sättigung erreicht wurde.

Audiomitschnitt und Transkription

Die Interviews wurden mit einem Aufnahmegerät mitgeschnitten. Neun der zwölf analysierten Interviews wurden von einer externen Kraft transkribiert. Drei der Interviews habe ich selbst transkribiert, zwei davon auszugsweise. Die Transkriptionsregeln wurden nach den Vorschlägen von Dresing & Pehl (2015) aufgestellt und finden sich im Anhang J. Die Interviewtranskripte finden sich im Anhang K.

Jede/r Patient*in hat als Kürzel IPX (InterviewPatient*in) bekommen.

Informed consent und Ethikvotum

Vor dem Interview wurde mit den Interviewpartner*innen die Patienteninformation besprochen und sie wurden gebeten, die Einwilligungserklärung sowie die Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung (Anhang L - N) zu unterzeichnen. Ein Ethikvotum wurde von der Ethikkommission der Psychotherapeutenkammer Hamburg erteilt (Antrag 04/2016-PTK-HH).

Übersicht über das Sample

Im Zeitraum Oktober 2015 bis Juni 2018 wurden 19 Interviews geführt. Von diesen sind 12 Patient*innen in die Analyse einbezogen worden. Folgende Tabelle gibt eine Übersicht über diese 12 Patient*innen. Von den 12 Patient*innen sind 10 weiblich. Der Altersdurchschnitt beträgt 55 Jahre, die jüngste Patientin ist 38, die älteste 67. Sie haben verschiedene Tumorarten, wobei knapp die Hälfte der Patient*innen (n= 5) an Brustkrebs erkrankt sind. Das Niveau der Schulbildung zeigt sich bei gut der Hälfte (58 %) als eher niedriger (Hauptschulabschluss, Mittlere Reife) und über die Hälfte sind mit Lehre und Fachschule eher niedriger qualifiziert (67 %). Die Sitzungsanzahl lag im Durchschnitt bei 19 Sitzungen in einem Bereich von 4 - 37

Sitzungen. Zwei der Patient*innen wurden durch eine Kollegin musiktherapeutisch behandelt und drei der Interviews von ihr geführt. Fallbeschreibungen liegen von acht der Patient*innen vor (siehe Kap. 4.2.3).

Tabelle 2 Übersicht über das Interviewsample

¹ UH = Musiktherapiekollegin / PP = die Untersucherin

Interview-patient*in	Geschlecht	Alter	Diagnose	Schulabschluss/ Berufliche Qualifizierung	Sitzungs- anzahl	Behandelnde Therapeutin ¹	Interview durch ¹	Fall- schreibung
IP1	m	39	Endokriner Tumor	Fachhochschulreife/ Fachhochschule	27	PP	UH	x
IP3	w	63	Lymphom	Hauptschulabschluss/ Lehre	10	PP	UH	
IP7	w	61	Brustkrebs	Hauptschulabschluss/ Lehre	8	UH	PP	
IP9	w	67	Urogenitaler Tumor	Hauptschulabschluss/ Lehre	18	PP	PP	x
IP11	m	60	Urogenitaler Tumor	Mittlere Reife/ Lehre	15	PP	PP	x
IP12	w	50	Brustkrebs	Fachhochschulreife/ Fachhochschule	21	PP	PP	x
IP13	w	54	Hämatologische Erkrankung	Fachhochschulreife/ Fachhochschule	29	PP	PP	x
IP14	w	38	Brustkrebs	Mittlere Reife/ Lehre	4	PP	UH	
IP15	w	44	Brustkrebs	Hauptschulabschluss/ Lehre	30	PP	PP	x
IP16	w	55	Brustkrebs	Abitur/Fachhochschule	13	PP	PP	x
IP18	w	62	Gastrointestinaler Tumor	Abitur/ Lehre	37	PP	PP	x
IP19	w	61	Lungenkrebs	Mittlere Reife/Fachschule	10	UH	PP	

4.2.3 Musiktherapeutische Fallbeschreibungen

Die musiktherapeutischen Fallbeschreibungen, die zu den interviewten Patient*innen angefertigt wurden, dienen drei Zielen. Zum einen sollten sie mein therapeutisches Hintergrundwissen transparent machen, so dass ich es in meiner Doppelrolle hilfreich in die Theoriebildung mit einbeziehen konnte (vgl. Kapitel 4.2.1). Dabei wurden sie als sekundäres Datenmaterial gehandhabt, dessen Analyse sich an der Perspektive der Patient*innen orientierte (vgl. Einleitung zu 4.2). Die Beschreibungen waren für mich ein Gefäß, in dem ich meine Erfahrungen und mein Wissen unabhängig von dem, was die Patient*innen erlebt hatten oder im Interview verbalisieren konnten, beziehungsweise wollten, unterbringen und sichtbar machen konnte. Ich fühlte mich dadurch freier, mich in der Analyse ganz auf die Perspektive der Patient*innen einzulassen. Zum zweiten habe ich im Prozess der Anfertigung der Fallbeschreibungen die Musiktherapien, auf denen die Theoriebildung beruht, intensiv reflektiert. Dies hat mich theoretisch sensibilisiert für die Interpretation der Interviewdaten. Zum dritten sollen die Fallbeschreibungen der Veranschaulichung der musiktherapeutischen Prozesse dienen, aus denen sich das theoretische Modell heraus entwickelt hat.

Die musiktherapeutischen Prozesse, auf denen die Fallbeschreibungen beruhen, sind in regelmäßiger Supervision reflektiert worden. Die Fallbeschreibungen sind Verdichtungen der therapeutischen Prozesse, wie ich sie als Musiktherapeutin über jede Stunde in meiner musiktherapeutischen Routinedokumentation in der Ambulanz dokumentiert habe. Jede Fallbeschreibung ist unter den Überschriften Psychoonkologische Situation und Unterstützungsanliegen für die Musiktherapie/ Der musiktherapeutische Prozess/ Zusammenfassung gegliedert.

Da meine Fragestellung nicht dahingehend war, ob und wie sich die Therapeut*innen- und Patient*innenperspektive voneinander unterscheiden, sondern wie ich die beiden Expertisen hilfreich ineinander integrieren könnte, habe ich die Fallbeschreibungen nach einer ersten Fertigstellung mit dem Interviewmaterial der jeweiligen Patient*innen verglichen und Aspekte von dort mit einbezogen, die meine Beschreibung erweiterten und vervollständigten. Außerdem sind sie durch die *Kommunikative Validierung* durch die Patient*innen (s.u.) noch um Sichtweisen der Patient*innen ergänzt worden. Sie sind also in ihrer finalen Fassung bereits zweiperspektivisch bzw. intersubjektiv.

Von den 12 Patient*innen, deren Interviews in die Analyse einbezogen wurden, habe ich acht Fallbeschreibungen angefertigt. Zwei der Interviewten waren Patient*innen meiner Kollegin.

Ich konnte so von ihnen keine Fallbeschreibung anfertigen. Von den restlichen 10, die ich selbst musiktherapeutisch begleitet hatte, haben acht die Musiktherapie als hilfreich erlebt. Zwei haben sie nicht als hilfreich erlebt. Eine davon hat die Therapie nach den ersten Stunden deshalb beendet. Die andere hat nach ein paar Stunden die musiktherapeutische Interaktion abgelehnt, aber die Begleitung auf Gesprächsebene weiter wahrgenommen. Ich habe beide Interviews in die Theoriebildung aufgenommen und so auch mögliche kritische Sichtweisen auf die Musiktherapie integriert. Ich habe jedoch keine Fallbeschreibungen für diese beiden Patient*innen angefertigt. Da ich allen Patient*innen eine *Kommunikative Validierung* der Fallbeschreibungen und damit eine Zustimmung zur Veröffentlichung anbieten wollte, hätte ich diesen beiden Patient*innen eine Fallbeschreibung vorlegen müssen, in denen ich ihre *Eignung* für die Musiktherapie kritisch reflektiert hätte darstellen müssen. Da ich nicht einschätzen konnte, wie die Patient*innen dies empfinden würden, habe ich mich für den Verzicht auf diese Fallbeschreibungen entschieden, auch wenn dies eine gewisse Limitierung bedeutet.

Kommunikative Validierung

Um die Fallbeschreibungen intersubjektiv abzusichern und die Patient*innen an der Darstellung ihrer musiktherapeutischen Prozesse zu beteiligen, habe ich eine *Kommunikative Validierung* angestrebt. Ich habe diejenigen acht Interviewpatient*innen, von deren Musiktherapie ich eine Fallbeschreibung angefertigt und in die Analyse mit aufgenommen habe, per Brief eingeladen, diese schriftlich zu validieren. Von den acht Patient*innen haben sich fünf auf diese Anfrage zurückgemeldet. Ein Brief kam zurück, da der Adressat unter der vorhandenen Anschrift nicht zu ermitteln war. Die Gründe der anderen sind unbekannt. Eine der fünf an einer Validierung interessierten Patient*innen musste ihre Bereitschaft zurückziehen, da sie akut unter Nebenwirkungen einer Chemotherapie litt. So habe ich vier Validierungen erhalten. Folgender Auszug aus dem Anschreiben zeigt die Intention, die den Patient*innen für die Validierung kommuniziert wurde:

Liebe/r (...),

hier schicke ich Ihnen wie besprochen die Fallbeschreibung zu Ihrer Musiktherapie mit der Bitte, diese zu lesen, zu reflektieren und mir ein schriftliches Feedback darauf zu geben. Damit werde ich meine therapeutische Sicht auf die Musiktherapie durch Ihre Perspektive als Patient*in überprüfen und ergänzen können.

Können Sie sich/Ihre Erfahrungen in der Beschreibung wiederfinden?

Fehlt aus Ihrer Sicht etwas? Was wäre für Sie wichtig zu ergänzen?

Gibt es etwas, was Sie nicht verstehen, nicht nachvollziehen können?

Übergreifend haben die Patient*innen positive Rückmeldungen auf diese Fallbeschreibungen gegeben. Sie haben zum Teil noch fehlende Informationen zur Erkrankungs- und beruflichen Situation sowie biographische Hintergründe ergänzt. Eine Patientin schrieb, dass die Fallbeschreibung den Therapieverlauf sehr treffend wiedergibt und die einzelnen Phasen detailliert beschrieben sind. Sie konnte sich gut in den Beschreibungen wiederfinden und sich die Therapie bewusst machen. Ein Patient gab die Rückmeldung, dass für ihn die nicht wertende Beschreibung positiv war. Ähnliches hat auch eine weitere Patientin berichtet, die sehr berührt beim Lesen war und diese Außenperspektive auf sich selbst überraschend gut annehmen konnte. Inhaltliche Veränderungswünsche gab es wenig. Folgendes Beispiel zeigt, wie ich eine meiner Fallbeschreibungen auf die Anmerkung der betreffenden Patientin hin verändert habe:

Ursprünglicher Text: „Sie [die Patientin] habe die Sicherheit in sich verloren. Sie wirkt sehr erschöpft und mutlos.“

Anmerkung der Patientin: *Mutlos habe ich mich nicht gefühlt; destabilisiert/verwirrt*

Überarbeitung in: „Sie [die Patientin] habe die Sicherheit in sich verloren. Sie wirkt sehr erschöpft, verwirrt und destabilisiert.“

Es folgen die acht Fallbeschreibungen. Sie sind wie die entsprechenden Interviews mit dem Kürzel IPX versehen. Die jeweilige hinter IP benennt die Position in der Reihenfolge der insgesamt geführten 19 Interviews. Die Fallbeschreibungen, die mit den Patient*innen validiert wurden, sind als solche mit *_validiert* gekennzeichnet. Es sind dies die Beschreibungen von IP1, 13, 16 und 18.

Erläuterungen zu den Instrumenten und Musiktherapiemethoden finden sich in Tabelle 3 am Ende der Fallbeschreibungen.

IP1_Fallbeschreibung Therapie_validiert

Psychoonkologische Situation und Unterstützungsanliegen für die Musiktherapie

IP 1 ist ein 40 - jähriger Patient. Er lebt in einer festen Partnerschaft und arbeitet Vollzeit im sozial-administrativen Bereich. Als Grunderkrankung hat er eine Tuberöse Sklerose (erbliches Fehlbildungssyndrom, kann gutartige und maligne Tumore auslösen; seltene Erkrankung), die bereits seit 3/01 genetisch gesichert ist, aber bisher nie Probleme bereitet hatte. Zum Zeitpunkt der Anmeldung (4/14) in der Ambulanz wird ein Neuroendokriner Tumor am Pankreaschwanz entdeckt, der sich seit mindestens fünf Jahren entwickelt haben soll, jedoch trotz Kontrolluntersuchungen nicht erkannt wurde. Er wird operativ entfernt. Im Verlauf gibt es einen unklaren Befund im Schulterbereich. Dessen Biopsie ergibt, dass es sich hier um einen gutartigen Tumor handelt. Nach einem Jahr Musiktherapie zeigt eine Kontrolluntersuchung Lebermetastasen, die unter medikamentöser Behandlung zurückgehen. Im engeren Familienkreis gibt es mehrere Mitglieder mit einer Krebserkrankung.

Der Patient meldet sich in der Spezialambulanz aufgrund großer Unsicherheiten im Umgang mit der Prognose. Er berichtet von einer körperlichen Erschöpfung und benennt ein Gefühl von Hilflosigkeit in seiner Erkrankungs- und Behandlungssituation. Er erlebe, dass die Kommunikation mit den Ärzten nicht gut gelinge, dass er sich „in der Luft hängend“ fühle, dass vieles unklar sei. Er benennt Schwierigkeiten, mit den Emotionen seines Umfeldes bezogen auf die Erkrankung umzugehen. Er berichtet auch von seinen Schwierigkeiten in der Beziehung zu seiner Partnerin.

Als therapeutische Aufträge entwickeln sich daraus, ein Gefühl von Sicherheit zu etablieren, Erfahrungen von Handlungs- und Gestaltungsfähigkeit zu machen, die Angst in den Griff zu bekommen und Entspannung zu ermöglichen. Emotionen sollen besser wahrnehmbar und kommunizierbar werden. Darüber soll die Beziehungsfähigkeit gestärkt werden.

Der Patient war in der Vorgeschichte schon psychotherapeutisch aufgrund von Depressionen behandelt worden. Er hat selbst eine Zusatzausbildung als Musiktherapeut absolviert und nebenberuflich eine Musiktherapiegruppe mit forensischen Patienten geleitet. Zum Zeitpunkt der Anmeldung in der Ambulanz wägt er eine Fortsetzung dieser eigenen therapeutischen Tätigkeit ab. Er meint, dass es für ihn spannend sei, hier nun wieder eine eigene musiktherapeutische Erfahrung zu machen.

Der musiktherapeutische Prozess

Die Musiktherapie findet über anderthalb Jahre statt (August 2014 bis Februar 2016) und umfasst 27 Sitzungen. Der Patient ist sehr aufgeschlossen und hat eine hohe Motivation, an sich zu arbeiten. Er wirkt im Kontakt oft etwas angestrengt, unsicher, beziehungsweise leicht verunsicherbar. Die Gespräche haken ab und an. Es scheint immer wieder schwierig, Gedanken kohärent zu formulieren und sich mit seinem Erleben verständlich zu machen. In seinen bisherigen Therapieerfahrungen sei ihm bewusst geworden, dass seine kindliche Beziehung zu seinem Vater problematisch gewesen war. Sein Vater scheint Emotionen nicht gezeigt und seine Zuwendung offensichtlich an Leistung geknüpft zu haben. Er reflektiert, dass dies bei ihm zu einer hohen Selbstwertproblematik geführt habe und er in sich das Gefühl trage, nicht gut genug zu sein und nichts wirklich richtig zu machen. Dies bewirke einen ständigen Druck, vermeintliche Anforderungen anderer erfüllen zu müssen.

Der Patient beschreibt in einer der ersten Stunden seine Grunderkrankung mit dem Risiko, maligne und benigne Tumore zu bekommen. Er benennt hierbei, dass ein Teil von ihm hoffe, dass der akute unklare Befund im Schulterbereich ein maligner Tumor sei. Er reflektiert diese Hoffnung als absurd und stellt sie in den Kontext seiner Depression. Dabei verurteilt er sich für seine depressive Sichtweise und nimmt als Metapher für sein depressives Erleben, dass er die Dinge Schwarz oder Weiß sehe. Für mich vermittelt sich, dass eine nichtbewertende Haltung und eine Akzeptanz dieser „depressiven Hoffnung“ hier eine Hilfe sein könnte. In mir entsteht der Wunsch, den Patienten in seinem Selbstwertgefühl zu stärken, ihm Spielräume zwischen Schwarz und Weiß aufzutun und damit auch seine sich andeutende Identifikation mit dem depressiven Selbstanteil durch Erfahrungen von Gestaltungsfähigkeit zu erweitern. Affektabstimmung von mir und Resonanz von der Musik scheinen mir wichtige Faktoren dabei zu sein. Ich greife die Metapher Schwarz-Weiß für ein Thema einer ersten Improvisation auf. Sie scheint mir geeignet, um im Spiel ihre Bedeutung und ihren Hintergrund gemeinsam zu erkunden. Der Patient wählt für diese Improvisation die BigBom und kommentiert dies damit, dass er einen Schutz vor sich brauche. Ich spiele die Schlitztrommel aufgrund der baulichen und klanglichen Ähnlichkeit dazu, mit der Idee, damit ein Gefühl von Sicherheit und Vertrautheit vermitteln zu können. In der Reflexion beschreibt der Patient seinen Versuch, für dieses Thema zwei Töne gleichzeitig zu spielen, was ihm aber nicht stimmig vorgekommen sei. Den Spannungszustand zwischen den beiden Polaritäten einfach aufzulösen, scheint nicht die Lö-

sung zu sein. Er habe dann einen Ton gefunden, der ihm guttat und er habe sich einen Rhythmus gesucht und diesen nicht mehr verlassen. Seiner negativen Bewertung dieser Strategie gebe ich eine positive Interpretation dazu und schätze wert, dass er gerade eine schwierige Lebenssituation zu meistern habe, und hier der Aufbau von Sicherheit in Form eines bleibenden Rhythmus sehr wichtig sein könne. Im Verlauf der Stunden biete ich des Öfteren solche wertschätzenden Umdeutungen und andere Perspektiven an und versuche ihm dadurch eine verlässlich positive Bestärkung zu geben.

Es zeigt sich, dass einer der Gründe für die Hoffnung auf Bösartigkeit des Tumors und die damit deutlich werdende Nähe zu latenten suizidalen Gedanken die Belastung ist, die durch ein - sein gesamtes Leben prägendes - Gefühl von Leistungsdruck entsteht. Eine Angst vor Abwertung und negativen Konsequenzen seines Verhaltens prägen sein Grundlebensgefühl. Hier möchte ich dem Patienten Erfahrungen von Leistungsfreiheit ermöglichen. Es geht um eine Suche nach und Stärkung des inneren Anteils, der sich leistungsfrei fühlen kann. Dieser soll erlebbar werden, damit die Notwendigkeit eines bösartigen Tumors als Lösungsversuch geringer wird und ein Gegengewicht bekommt. Ein Vorschlag dazu ist das Spielen einer möglichst leistungsfreien Improvisation. Bei dieser wie den anderen Improvisationsanleitungen überlasse ich dem Patienten die Auswahl der Instrumente, und zwar für sich und für mich. Vor dem Hintergrund der unklaren und damit nicht gut selbst zu gestaltenden Erkrankungs- und Behandlungssituation scheint es mir wichtig, ihm in dieser „Mikrosituation“ gezielt die Verantwortung zu geben. Es ist mir wichtig, dass er selbst herausfindet, was ihm entspricht und wie er sich begleitet wissen möchte. Ich erhoffe mir, dass er sich dabei selbst mehr vertrauen lernt, sich mehr zutraut, seinen individuellen Weg zu finden.

Für diese „leistungsfreie“ Improvisation wählt der Patient daraufhin ein für ihn neues Instrument, die Tambura. Es entsteht eine ruhige Musik und er beschreibt danach ein Gefühl von Entlastung und Entspannung. Zugleich habe er aber eine Unsicherheit in Bezug auf das Zusammenspiel wahrgenommen. Er beurteilt negativ, dass er nur auf sich geachtet und mich kaum wahrgenommen habe. In der Analogie, die sich im musikalischen Zusammenspiel als Beziehungsgeschehen zeigt, entfaltet sich das Thema, sich in Beziehungen mit dem Versuch, alles richtig zu machen, sehr unter Druck zu setzen.

Auch die Methode der Musikgeleiteten Imagination scheint mir für das Thema Leistungsfreiheit geeignet zu sein, da der imaginative Raum oft als ein Freiraum erlebt werden kann, innere Wahrnehmungen zu gestalten. In einer ersten Musikgeleiteten Imagination wähle ich das

zweite Cellokonzert in D-Dur von Joseph Haydn. Ich habe das Gefühl, dass ein Soloinstrument der Ich-Stärkung dienen könnte und dies im Zusammenspiel mit tragenden Streichern und klaren stützenden Bässen, auf denen sich die Melodie aufbaut. Es ist ein supportives Stück mit überschaubaren, vorhersehbaren musikalischen Bögen. Eingebettet in die anderen Instrumente kann sich beim Cello ein Timbre entfalten, welches das Potential einer Resonanz auf auch schmerzvolle Gefühle in sich hat. Der Patient imaginiert hier Wind und Wasser und damit verbunden ein angenehmes Getragensein in der Musik. In einer folgenden GIM Reise (*Guided Imagery and Music*) kann er gut in den Imaginationsprozess einsteigen. Hier imaginiert er verschiedene Rückzugsräume, in denen er Beruhigung findet, die Ressourcen darin entdeckt und sich energie- und kraftvoll erlebt. Er meint, dass da etwas wie ein Neuanfang gewesen sei.

Die in diesen Reisen erlebte Unabhängigkeit beschäftigt ihn weiter und wir nehmen das Thema in eine Improvisation. Er wählt die BigBom in meiner Begleitung durch die Hapi. In der Reflexion dieser Improvisation schildert er sein Erleben, dass er nicht allein verantwortlich sei für das Zusammenspiel. Er habe eine Freiheit empfunden, den Rhythmus verändern zu können, ohne dass gleich das ganze Zusammenspiel zusammenbreche oder durcheinandergerate. Die Notwendigkeit, Beziehungen kontrollieren und alles richtig machen zu müssen, scheint an Größe zu verlieren.

Das Aufgeben der Kontrollinstanz scheint für ihn jedoch kein leicht zu bewältigender Prozess und in der nächsten Stunde werden Widerstände spürbar. Sein Wunsch, noch einmal in eine GIM Reise zu gehen, lässt sich nicht erfüllen. Er bricht nach der ersten Musik die Reise ab, da er sich nicht einlassen könne. Ich vermute, dass die Angst vor einer Bewertung der inneren Dynamik, die in den Imaginationen durch die Lockerung der bewussten Kontrolle bei der Arbeit mit GIM zum Ausdruck kommen kann, heute zu groß ist. Eine andere Ursache scheint in der von ihm geschilderten momentan stressigen Alltagssituation zu liegen, aus der er heute nicht den Übergang in die innere Auseinandersetzung finde.

Das Hadern mit dem Abbruch der Imaginationsarbeit, mit dem Unvermögen sich einzulassen, stellt sich bis in die nächste Stunde sehr in den Vordergrund. Mit dem Vorschlag einer Improvisation möchte ich die sich festfahrenden Selbstvorwürfe, die ihn sehr angespannt wirken lassen, in eine Bewegung bringen. Mein Vorschlag, einfach etwas zu spielen, soll aus dem Denkkarussell hinausführen. Der Patient wählt die BigBom, da sie für ihn immer wie ein Schutz sei. Im Nachgespräch meint er bewertend, dass er ja wieder einen Rhythmus gesucht habe, als sei der Rhythmus ein Kontrollversuch und so ein negatives „Indiz“ für ihn. Ich bringe hier

den Interpretationsvorschlag ein, die Kontrollmöglichkeit durch einen Rhythmus auch als eine Fähigkeit sehen zu können. Es geht mir um verschiedene Sichtweisen auf Kontrollversuche, die in der Musiktherapie am Thema Rhythmus erfahrbar werden können. Um weiter am Thema zu bleiben, schlage ich eine Anschlussimprovisation ohne Rhythmus vor.

Hier gelingt es ihm, mehr zu experimentieren. Es ergibt sich ein Wechsel aus bewusstem Zusammenspiel und einem eher für sich Spielen. Im Verlauf nimmt der Patient die Oceandrum hinzu. Beim Hören der Aufnahme im Anschluss wirkt er erleichtert und erfreut. Durch den Klang der Oceandrum kommen wir ins Nachdenken über den Rhythmus des Meeres – ein Rhythmus, der stetig da ist, aber sich immer wieder etwas ändert. Wir arbeiten heraus, dass auch ein nicht ganz klarer Rhythmus ein Rhythmus sei und dass in einem Rhythmus ein Gefühl von Weite entstehen kann. Es vermittelt sich, dass Rhythmus nicht immer nur einengend sein muss, sondern eine sehr flexible Seite haben darf.

Dieser freiere Blick auf sich selbst kann sich in den Improvisationen im Verlauf weiterentwickeln. Der Patient lässt sich immer leichter auf ein Zusammenspiel ein und entspannt sich darin auch. Hilfreich dabei werden Improvisationsvorschläge wie das Spielen im Wechsel von Harmonie und Dissonanz. Ein Fokus liegt auf der Gestaltung von fließenden Übergängen von einer Polarität in die andere und einer Integration von beiden in eine gemeinsame Musik.

Insgesamt hat der Patient durch die Musiktherapie sein Grundvertrauen in sich stärken können. Er beschreibt eine Veränderung in seiner Beziehungsfähigkeit, die in der musikalischen Analogie des möglich werdenden fließenden Zusammenspiels und des Abbaus von Schutz durch die große Trommel erfahrbar wurde. Die tief verankerten Grundzweifel bedürfen aber einer intensivierten Fortführung der therapeutischen Arbeit, für die unser Setting nicht ausreicht. So haben wir eine Überleitung in eine ambulante Psychotherapie besprochen.

Zusammenfassung

Die Therapie war geprägt durch die selbstunsichere Persönlichkeit des Patienten. Durch diese Prägung war die emotionale Überforderung in Bezug auf die Bewältigung der Erkrankung sehr groß. Wichtig war in dieser Therapie der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung durch eine wertschätzende, würdigende und positiv bestärkende Haltung. So konnte ein Gefühl von Schutz und Sicherheit entstehen. Im gemeinsamen Improvisieren wurden affektive Abstimmungsprozesse möglich, die das Selbstempfinden stärkten, die negative Selbstfestlegung flexibilisierten und zu einem größeren Gefühl von Freiheit in der Bezogenheit zu

sich und dem Gegenüber führten. Über den Verlauf zeigte sich eine deutliche Entlastung, mehr Gelassenheit und Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit bei der Bewältigung der Erkrankung.

IP9_Fallbeschreibung Therapie

Psychoonkologische Situation und Unterstützungsanliegen für die Musiktherapie

Die 67-jährige Patientin war 1996 erstmals an einem Endometriumkarzinom erkrankt. Sechs Jahr später wurde ein Mammakarzinom diagnostiziert. Nach 13 Jahren Ruhe wurde im Frühjahr ein Harnleiterkarzinom festgestellt, was in die Blase metastasiert war. Sie hat durch die Krebserkrankungen viele Operationen gehabt. Akut ist sie unter präventiver ambulanter chemotherapeutischer Behandlung. In der Familie sind mehrere Mitglieder an Krebs erkrankt und einige daran verstorben. Es gibt einen Verdacht auf eine genetische Bedingtheit der multiplen Krebserkrankungen und sie ist momentan in der Testung dazu. Die Patientin hat eine große Familie und drei Kinder aus erster Ehe. Nach einer Scheidung war sie lange alleinerziehend und vor zwei Jahren hat sie wieder geheiratet. Sie ist sozial gut eingebunden, hat eine gute Freundinnengruppe und ist regulär berentet.

Die Patientin erzählt, dass sie ihre ersten Krebserkrankungen gut weggesteckt hat. Mit dieser neuen Diagnose kommt sie aber allein nicht mehr zurecht. Das Rezidivrisiko sei hoch und sie hat große Angst, wieder zu erkranken. Der Gedanke an eine mögliche weitere Operation ist schlimm für sie, insbesondere auch, weil sie sich bei der letzten Operation einen Keim geholt hat. Das Verhältnis zu ihrem Körper ist durch die vielen Operationen gestört und sie leidet unter einem Gefühl von Kontrollverlust. Auch hat sie große Sorgen, dass es ein genetisch bedingtes Krebsrisiko gibt, was sie dann auch gegebenenfalls an ihre Kinder vererbt haben könnte. Sie möchte mit ihrer Familie über diese Situation sprechen können und sie aber gleichzeitig damit nicht zu sehr belasten. Auch ihren Mann will sie mit ihren Schwierigkeiten eher verschonen. Sie haben ein gutes Verhältnis. Mit einer ihrer Töchter ist die Beziehung schon immer konflikthaft gewesen. Sie möchte sich gerne verantwortungsvoll um ihre Situation kümmern und sich auch den Themen einer Versorgung im Hospiz, des möglichen Versterbens und ihrer Beerdigung stellen. Das kann sie mit ihrer Familie nicht, das sei zu belastend und ängstigend. Sie hat eine hohe Grundanspannung, leidet unter Grübeln, vor allem nachts, da kämen die Gespenster. Im Gespräch wird ihre Stimme immer wieder leise und brüchig und sie

wirkt deutlich belastet und überfordert. Gleichzeitig bringt sie etwas Humorvolles mit und es wird eine hohe Resilienz wahrnehmbar.

Im Erstgespräch war die Option der Musiktherapie nicht angesprochen worden. Bei der Patient*innenübergabe im Team hatte ich beim Thema des gestörten Körperbezugs den Impuls, dieser Patientin Musiktherapie vorzuschlagen. Ich hatte gerade mit zwei anderen Patientinnen die Erfahrung gemacht hatte, dass das Spüren der Schwingungen bei dieser Problematik hilfreich sein kann. Die Patientin war am Telefon von der Idee angetan. Sie hat für sich in der Vergangenheit eine sehr hilfreiche Erfahrung mit Musik gemacht. Als es ihr einmal nicht gut ging, ist sie am Strand entlanggelaufen und hat laut Carmina Burana gehört. Sie meint, sie habe zur Musik gewütet und konnte ihre Gefühle herauslassen. Das habe ihr sehr gut getan.

Der musiktherapeutische Prozess

Die Musiktherapie fand über gutes Jahr statt (September 2015 – November 2016) und umfasste 18 Sitzungen.

Die Patientin berichtet zu Beginn der Musiktherapie, dass sie nachts nicht gut schlafen könne, weil sie viel am Grübeln sei. Sie fühlt sich nicht geerdet, irgendwie schwebend. Wir beginnen mit einem Spiel auf der BigBom, bei der sie ihren Körper über die Schwingungen der Bassklänge spüren kann und dadurch wieder ein Stückweit mehr bei sich ankommt. Für die Patientin ist diese Anbindung an das körperliche Erleben im *Hier und Jetzt* wesentlich, insbesondere, wenn sie sich in Ängsten oder anderen unguuten Gefühlen zu verlieren droht. Sie wisse von ihrer Kraft, sich selbst immer wieder auch berappeln zu können, kennt aber Situationen, in denen es ihr nicht gelingt. Eine solche Situation geschieht in einer der folgenden Sitzungen, als das Ergebnis des genetischen Tests vorliegt und klar wird, dass es eine Disposition gibt, die sie gegebenenfalls an ihre Kinder weitergegeben hat. Diese Klarheit bringt zwar nun auch eine Entlastung, aber sie ringt sehr mit Schuldgefühlen und kämpft mit den Tränen. In ihr ist die Angst, nicht mehr aus der Trauer herauszukommen, wenn sie sie jetzt zulässt. Wir sprechen eine Weile über die Situation, über die geplante Familienkonferenz und präventive Maßnahmen, die jetzt zu organisieren sind. Ihre Stimme ist dabei immer wieder brüchig. Als ich ihr vorschlage, eine Musik zu suchen, die ihr jetzt guttut, wirkt sie völlig hilflos und ist froh, dass ich ihr die Kantele gebe. Sie kann mit meiner Begleitung auf der Tambura in eine Klangwelt eintauchen, in der sie schöne Orte in der Natur imaginiert, Wiesen, Wälder, die Musik klingt für sie nach kleinen Wasserfällen. Das beruhigt sie sehr und sie fühlt sich durch die Musik

stabilisiert. Diese gute Erfahrung mit der Kantele können wir in einer Stunde im Verlauf erinnern, als wir im Gespräch über ihr Gefühl sind, eine falsche Entscheidung in der Behandlung getroffen zu haben. Es entwickelt sich beim Sprechen ein Gefühl von Panik in ihr, beschreibt ein inneres Zittern, sie wisse gar nicht, was jetzt sei, das sei sehr unangenehm. Sie wirkt wieder sehr hilflos. Ich schlage vor, die Kantele zu Hilfe zu nehmen und einfach ein paar Töne zu spielen mit meiner Begleitung auf der Tambura. Zu Beginn spielt sie zitterig, im Verlauf synchronisieren sich unsere Streichbewegungen. Sie spricht in die Musik hinein, dass es schön sei, was ich da mache, es tröste, es sei wie eine Wiegenbewegung, wie ein Kind zu wiegen. Sie ist sehr berührt davon und wirkt auch irritiert, wie wenn es etwas ganz Ungewohntes gewesen ist. Die Patientin erzählt aus ihrer Biografie, dass sie frühgeboren sei und es lange unklar gewesen sei, ob sie eine frühe Lungenentzündung überleben würde. Sie musste das erste halbes Lebensjahr im Krankenhaus verbringen - ohne Eltern, die beide mit den Geschwistern und der Arbeit beschäftigt waren. Ich verstehe dieses Spiel im Sinne einer übertragenen affektabgestimmten Mutter- Säuglings - Interaktion, in der eine nachnährende Qualität spürbar wurde.

Auch bei der Arbeit im Klangstuhl werden solche tiefgreifenden Erfahrungen möglich. Den Impuls, ihn einzubeziehen, gab ihr Wunsch, sich entspannen zu können. Sie lebe schon immer mit einer hohen Grundanspannung, was ihr aber nicht gut tue. Sie beschreibt ihre Erfahrung als ein breit werden, sie habe den ganzen Platz ausgefüllt und sei dabei sehr ruhig geworden. Sie hat einen für sie verlässlichen, stetigen, gleichbleibenden Klang wahrgenommen. Ihr kommen die Tränen als sie benennt, wie ungewohnt es sei, dass jemand etwas für sie tue und sei gar nichts dafür tun müsse. Sie habe gelernt, immer zu kämpfen und die Dinge allein zu bewältigen, wie als kleiner Säugling auch. Es sei schwer für sie, ein solch intensives Berührtwerden zuzulassen. Wir besprechen, dass sie hier in der Musiktherapie das Zulassen und Vertrautwerden mit solchen Momenten „einüben“ kann. Sie wirkt erleichtert und froh. In einer zweiten Klangstuhlerfahrung imaginiert sie zu Beginn ein Gefühl, nach vorne zu fallen. Dann aber konnte sie wahrnehmen, wie sie sich anlehnt und sich dabei entspannt. Zugleich konnte sie Abstand von ihren Gedanken bekommen. Die Bezugnahme zu den frühkindlichen Erfahrungen ist für sie einsichtig und hilfreich. Sie meint, dass sie in der Kindheit und Jugend einige ungute Erfahrungen gemacht habe, die sie verdrängt habe, was sie auch so halten wolle.

Ein anderer Themenbereich, den wir mit Musik gestalten, ist die konflikthafte Beziehung zu einer ihrer beiden Töchter. Sie fühlt sich ihr gegenüber immer wieder unterlegen und minderwertig und kann sich nicht abgrenzen. Die Patientin kann hier den symbolischen Charakter

eines Instrumentes nutzen, um dieses stellvertretend für ihre Tochter in eine gute Distanz zu sich zu bringen und den Abstand zu regulieren. Den Vorschlag, zu ihrer Tochter eine Musik hinzuspielen, kann sie nicht aufnehmen, das sei ihr emotional zu viel. Sie könne das Konflikt-hafte und die Aggression, die darin stecke, schlecht ertragen und suche immer nach Harmonie. In einer Improvisation auf den Djembes spielt findet sie in ein energiegelobtes, kräftiges Spiel. Mit diesem ist sie sehr zufrieden, es sei ihr gelungen, mit dem ganzen Körper zu spielen. Es hätte sogar noch lauter sein können.

Die Beziehungen in der Familie zu regeln und möglichst ins Reine zu bringen, ist ein großer Wunsch, gerade auch vor dem Hintergrund eines möglichen drohenden Todes durch die Erkrankung. Sie ist sehr froh, dass sie die Themen, die mit diesem möglichen Tod verbunden sind, hier einbringen kann. Die Familie selbst möchte sie dadurch nicht belasten. Ihre an Demenz erkrankte Mutter zum Beispiel möchte sie von der Nachricht über ihre Erkrankung verschonen, da sie bereits ihren Sohn durch Krebs verloren habe. Sie bespricht hier auch ihre Überlegungen, sich schon einmal Hospize anzuschauen und über einen stimmigen Ort, an dem sie beerdigt werden möchte.

Im Verlauf sind alle Kontrollen ohne Befund und sie stabilisiert sich gut. Sie kommt sehr vergnügt aus einem Urlaub zurück, erstaunt, wie fit sie gewesen sei. In einer Improvisation, die wir mit der Idee beginnen, diese positiven Gefühle mit einer Musik zum Klingen zu bringen, streicht sie schwungvoll auf der Kantele in den Raum hinein und gestaltet eine stimmige Hin- und Herbewegung zwischen lauten und leisen Klängen. Auch die Abschlussimprovisation ist sehr vielseitig, es entstehen zarte, helle und klare Tonfolgen und sie beendet ihr Spiel mit kreisenden Bewegungen – es sei im Moment rund.

Zusammenfassung

Für die Patientin waren Erfahrungen von Halt und Trost in der Musik sehr hilfreich. Sie hat sich immer wieder zentrieren können. Es war wichtig, die Berührung der Musik zulassen zu können. Daraus konnte die Einsicht entstehen, dass es in Ordnung ist, dass jemand etwas für sie tut und sie nicht immer allein kämpfen muss. Durch die Erweiterung der Selbstwahrnehmung wurde die Bezogenheit zu ihrer Tochter gestaltbarer. Unabhängig von der Musik war es ihr sehr wichtig, ein Gegenüber zu haben, mit dem sie Themen, wie z.B. ihre Beerdigung besprechen konnte, die für ihre Familie zu belastend gewesen wären.

IP11_Fallbeschreibung Therapie

Psychoonkologische Situation und Unterstützungsanliegen für die Musiktherapie

IP 11 ist ein anfang 60 - jähriger Patient, der Anfang 2015 die Erstdiagnose eines metastasierten Prostata-Karzinoms gestellt bekam. Er ist nach Operation und Bestrahlung nun in Antihormoneller Therapie, unter der die Verlaufskontrollen ohne neuen Befund sind. Im Zuge der Diagnosestellung hat er eine Erwerbsunfähigkeitsrente beantragt. Diese ist zwar genehmigt worden, er möchte aber derzeit dennoch eine Wiedereingliederung ins Arbeitsleben versuchen. Er lebt in langjähriger Partnerschaft und hat einen guten Freundeskreis.

Der Patient meldet sich in der Ambulanz im November 2015 an, weil er unter den Nach- und Nebenwirkungen der Bestrahlung und der noch laufenden Hormonbehandlung leide. Dies seien nächtliches Schwitzen und Stimmungsschwankungen. Er kommentiert das selbst humorvoll – es sei ein Jammern auf hohem Niveau. Anderen gehe es schlechter. Als ein Thema bringt er die anstehende Entscheidungsfindung ein, ob er aufgrund der Diagnose früher in Rente gehen möchte. Er sei an Musiktherapie interessiert, weil er gerne Musik möge und sich für Menschen interessiere, die Musik machen. Musikerbiografien würden ihn sehr faszinieren. Er könne aber nicht sagen, was er von der Musiktherapie erwarte oder was er sich darunter vorstelle. Der Patient wirkt wenig belastet und ein Leidensdruck ist zwar durch das, was er erzählt, einsichtig, aber im Kontakt kaum spürbar. Der musiktherapeutische Auftrag bleibt mir zu Beginn unklar.

Der musiktherapeutische Prozess

Die Musiktherapie erstreckt sich über ein Jahr (Dezember 2015 bis Dezember 2016) und umfasst 15 Sitzungen. Der Patient kommt häufig recht schwungvoll in die Stunden. Da die Verlaufskontrollen zu Anfang gut sind, kann die Hormonbehandlung vorerst abgesetzt werden. Die Sorge, durch das starke Schwitzen bei der Arbeit eingeschränkt zu sein, ist nicht mehr aktuell und dem Patienten gelingt die Wiedereingliederung gut. Das Thema einer möglichen vorzeitigen Berentung bleibt aber in unseren Gesprächen präsent. Dabei scheint es ihm um das Bestärktwerden in seiner Grundlebenshaltung zu gehen – sich keine Sorgen im Vorfeld machen, da sich die Dinge zur gegebenen Zeit lösen. Er ist sich im Klaren, auf jeden Fall eine Aufgabe zu brauchen und habe er schon ein paar Ideen. Es gäbe viele Dinge, die ihn interessieren und so komme er mit der Gestaltung von freier Zeit ganz gut zurecht. Falls seine Lebenszeit begrenzt sein sollte, wolle er sie auf jeden Fall nicht mehr nur mit Arbeit füllen. Als

Anliegen stellt sich in diesen Gesprächen heraus, dass er, solange er noch arbeite, jedoch anders an die Arbeit herangehen möchte. Es habe Zeiten gegeben, da habe er wie im Hamsterrad gearbeitet. Er wolle mehr auf sich selbst hören und etwas für sich tun. Was dieses „etwas“ sein könnte, bleibt vage. Eine Musiktherapie zu beginnen, scheint in diesem Kontext wie ein erster Schritt im etwas für sich tun.

Wir arbeiten heraus, dass es für ihn nicht anstünde, sein Leben komplett zu verändern, sondern eine etwas andere Sicht darauf zu werfen.

Wir verständigen uns, dass die Improvisationen eine Möglichkeit zum „Hinhören“ und zur Selbstwahrnehmung und sein könnten. In dem offenen Raum der Improvisationen sollen Ideen entstehen, was für ihn an Veränderungen anstehe. Der Patient exploriert neugierig Instrumente und Spielweisen. Er spielt meist schnell drauflos und beschreibt das Spiel insgesamt als frei und lebendig. Die Improvisationen würden seinem Lebensgefühl entsprechen, dass er Dinge selbst gestalten könne. Auch auf die stetige Veränderung in den Improvisationen kann er sich gut einlassen. In einer Stunde entwickelt sich dazu ein inneres Bild eines aufsteigenden Vogelschwarms. Das für ihn Bedeutsame an dieser Metapher sei, dass die Vögel einfach einem Impuls folgen, losfliegen, ohne Nutzen, das sei für ihn etwas sehr Schönes. Der Patient spielt immer sehr konzentriert und meint, dass er ganz eintauche. Ihm kommen dabei oft Musiker in den Sinn, die auch so verbunden mit der Musik seien. Es wirkt so, wie wenn er sich ein Stückweit mit diesen Musikern und der Sinnhaftigkeit ihres Tuns identifizieren kann. Auch mache ihm das Zusammenspiel mit mir Freude, es sei ein interessanter Fluss. Er betont, wie gut ihm das Harmonische, insbesondere der Klang der Tambura, tue. Dissonanzen, die ich probalber hineinspiele, nimmt er aber nicht als störend wahr.

Im Verlauf ergibt eine Kontrolluntersuchung, dass der PSA-Wert steigt. Der Patient gibt sich in dieser Stunde verbal recht gelassen und meint, dass er keine Angst vor dem Tod habe. In der Improvisation deutet sich die Belastung dann aber latent an. Wir spielen recht rasch und etwas unruhig, unklare dissonante Klänge wechseln sich mit deutlichen rhythmisch strukturierten Phasen. Ihm kommt als Imagination eine schwer arbeitende Maschine. Es gelingt nur ansatzweise, diese Metapher weiter in ihrer möglichen Bedeutung für die schwierige Lebenssituation zu erkunden. Mein Eindruck ist, dass der Patient die Musik nicht als analoge Ebene nutzen möchte, um sich mit dem Konflikthaften auseinanderzusetzen. Er benennt selbst, dass das Musikmachen der Freude und dem Wohlbefinden dienen soll. Für ihn sei ein musiktherapeu-

tisches Angebot eine Unterstützung, wenn es auf das Positive lenke und von negativen Gedanken ablenke. Er wolle nichts Bestimmtes in der Musik ausdrücken, sondern einfach etwas Neues erleben. Die aktive Beteiligung an dieser Form der Unterstützung und das gemeinsame Spiel benennt er als besonders hilfreich.

Die auf den Anstieg des PSA-Wertes folgende Bestrahlung und die Nebenwirkungen der neuen Medikation beschreibt der Patient als eher gering. Er habe aber nun die Entscheidung getroffen, die Rente jetzt doch einzureichen. Diesen Zeitpunkt selbst bestimmt zu haben, sei ihm wichtig. In einer Abschlussimprovisation markiert er deutlich einen solchen Schlusspunkt und so können wir uns lachend verabschieden.

Da sich der Patient noch eine weitere Unterstützung wünscht, kann er im Anschluss an die Musiktherapie an einer Therapiegruppe in der Ambulanz (Themenzentrierte Interaktion, 10 Termine) teilnehmen.

Zusammenfassung

Bei diesem Patienten ging es um eine Bestärkung des Gefühls, sein Leben selbst gestalten zu können. Die Musiktherapie bot einen Raum, in dem er den Wunsch, seine Lebensperspektive zu reflektieren und eigene Bedürfnisse zu erkunden, ernst nehmen und ihm nachkommen konnte. Der kreative und sich verändern wollende Selbstanteil wurde insbesondere in den offenen Improvisationen unterstützt. Dies war eine für den Umgang mit der Erkrankungssituation hilfreiche Ausgleichsbewegung zu den aus der Arbeitswelt verinnerlichten Mustern, routiniert und geplant zu funktionieren.

Andeutungsweise konnte sich in der Musik auch das Schwierige der Lebenssituation ausdrücken. Der Fokus auf die gemeinsame Spielfreude und der Genuss von Harmonie stellten sich für diesen Patienten allerdings als bedeutsamer heraus. Ganz einzutauchen in Musik als etwas, was Freude macht, ließ die Suche nach etwas, mit dem es sich lohnt, die verbleibende Lebenszeit zu füllen, lebendig werden.

IP12_Fallbeschreibung Therapie

Psychoonkologische Situation und Unterstützungsanliegen für die Musiktherapie

Die Patientin ist eine etwa 50-jährige Frau, die 1990 zum ersten Mal an Brustkrebs erkrankt war. Sie hat eine Ablatio hinter sich und wurde mit Chemo-, Strahlen-, antihormoneller und Antikörpertherapie behandelt. 2008 wurde ein Rezidiv diagnostiziert, aktuell zeigen sich Metastasen in Lunge und Knochen mit einem erhöhten Frakturrisiko in der Wirbelsäule. Die Patientin lebt in einer Partnerschaft und hat einen kleinen Bekanntenkreis. Zu Beginn der Musiktherapie ist sie noch krankgeschrieben, beantragt aber im Verlauf die Erwerbsunfähigkeitsrente.

Die Patientin wendet sich an die Ambulanz, weil sie sich sehr belastet fühle von ihrer Angst vor Verschlimmerung der Erkrankungssituation. Der letzte Winter, in dem die Metastasen festgestellt wurden, hänge ihr noch nach. Sie habe damals ständige Angst vor dem Fallen und vor Brüchen sowie große Schmerzen gehabt. Jetzt habe sie große Sorgen, dass so eine Situation wiederkommen könnte. Besonders schwierig sei es für sie, wenn sie anderen von ihrer Erkrankung erzählen müsse. Dann fange sie oft unkontrolliert an zu weinen, womit sie nicht gut umgehen könne. Mitgefühl sei an dieser Stelle schwer aushaltbar. Durch ihre Erkrankung fühle sie sich manchmal fast minderwertig und ausgeschlossen. Bisher habe sie viel Sport gemacht und sich darüber auch ein Stückweit definiert. So sei das jetzige Sportverbot sehr einschneidend. Auch seien ihre sozialen Beziehungen an die Sportgruppe geknüpft gewesen und sie habe Schwierigkeiten, neue Kontakte aufzubauen. Sie sei zwar gerne allein und fühle sich nicht einsam, merke aber, dass sie gerade jetzt Freund*innen brauche, die sie unterstützen könnten, um auch ihre Partnerin zu entlasten. Von ihren Eltern bekomme sie kaum Unterstützung. Das Verhältnis sei eher schwierig und die Eltern zeigten wenig Anteilnahme. Sie habe diese Thematik zwar schon einmal in einer Psychotherapie bearbeitet, empfinde aber noch immer Wut darüber, nicht von den Eltern gewürdigt zu werden. Das brauche viel Energie und sie möchte sich besser davon abgrenzen. Ihre Überzeugung sei es, dass Glück und Gelassenheit ihr Immunsystem stärken und den Krebs heilen könnten. Sie möchte die Vergangenheit nicht noch einmal aufrollen, sondern nach vorne schauen. Sie möchte Frieden finden mit der Erkrankung und Ruhe in die Situation bringen. Ihr Ziel sei es, etwas zu finden, was sie mit Leidenschaft tun könne. In ihre bisherige Arbeit möchte sie nicht zurück, sondern gerne etwas Neues lernen und selbstbestimmt arbeiten. Sie suche nach etwas Sinnvollem, was sie jetzt tun

könne und möchte ihre Zeit nutzen, um noch viel zu unternehmen. Das sei manchmal auch anstrengend und sie bemerke, dass sie sich mit dieser Ausrichtung auch unter Druck setze. Oft fehle ihr die Kraft und sie fürchte sich, von Nebenwirkungen und Schmerzen eingeschränkt zu werden. In der letzten Zeit habe sie sich viel mit TaiChi, Meditation und dem Daodejing beschäftigt und dort gute Lehrer*innen gefunden, die ihr körperlich und spirituell weiterhelfen. Zur Musiktherapie habe sie keine genaue Vorstellung. Im Erstgespräch war ihr Musiktherapie vorgeschlagen worden, weil sie von großen Schwierigkeiten mit dem Verbalisieren der Situation berichtete. Die Idee kam auf, dass Musik ihr Gefühl der Enge lösen könnte. Sie beschreibt als Zugang zu Musik, dass sie sich oft berührt fühle, wenn sie klassische Musik höre. Allerdings hat sie meinen Artikel über Musiktherapie mit palliativen Patient*innen gelesen. Das bewirke ein eher mulmiges Gefühl, da ich dort eine musiktherapeutische Begleitung bei Sterbeprozessen beschreibe. Sie möchte sich aber auf das Leben fokussieren. Wir können klären, dass sich die Musiktherapie an ihrem Anliegen ausrichten wird und sie den Fokus bestimmen und gestalten kann.

Der musiktherapeutische Prozess

Die Musiktherapie findet über 16 Monate statt (Juni 2016 bis Oktober 2017) und umfasst insgesamt 21 Sitzungen. Im Verlauf pausieren wir die Termine für drei Monate, da die Patientin auf eine Reha geht und an einer Gruppe (Themenzentrierte Interaktion) in unserer Ambulanz teilnimmt.

Die Patientin lässt sich zu Beginn etwas zögerlich auf den Einbezug der Musik ein. Das musiktherapeutische Geschehen als etwas anzunehmen, was man nicht unbedingt gleich verstehen oder erklären kann, die offene Suchbewegung, ist für sie, wie für viele Patient*innen, vorerst herausfordernd. Beim Explorieren der Instrumente entdeckt sie aber erste Bezüge und Assoziationen zu einzelnen Instrumenten. In einer ersten Improvisation auf den Djembes finden wir relativ gut in ein gemeinsames Spiel und sie äußert sich begeistert über die Leichtigkeit, mit der sie gespielt habe. Im Verlauf kann sie sich auf ein Spiel einlassen, was nicht über den Verstand gestaltet und bewertet wird, sondern davon lebt, dass sie ausprobiert und wahrnimmt, was aus dem Moment heraus geschieht. Sie benennt es als wichtig, dass sie für sich spiele, nichts Bestimmtes erfüllen müsse, und nicht etwas von außen in sie hineininterpretiert werde. Sie komme immer wieder auch an Grenzen ihrer Ausdrucksmöglichkeiten, weil sie sich

zu unvertraut fühle mit den für sie neuen Instrumenten. Sie habe eine Vorstellung von dem, was sie ausdrücken möchte und stoße auf Frustration, wenn ihr die Umsetzung nicht gelingt. Wenn sie aber in einen Spielfluss kommt, stellt sie des Öfteren erstaunt fest, dass sich etwas entwickelt, ein rhythmisches Pattern oder eine kleine Melodie. Sie meint, dass diese Erfahrung etwas sehr Schönes für sie sei. Es sei hilfreich zu hören, dass Töne aus ihr selbst herauskommen und also noch viel Lebendiges in ihr sei. Das erlebe sie als sehr aufbauend und sie könne daran ein Vertrauen in sich stärken. Insbesondere mit der schönen Melodie fühle sie sich eng verbunden und kann sich damit ein Stückweit identifizieren. In dieser Erfahrung stecke auch die Einsicht, dass es nicht viel brauche und die kleinen Dinge oft sehr gut tun. Dies bewirke ein Gefühl von Glück und Zufriedenheit im Augenblick und eine Stärkung der Zuversicht, ihren Weg gehen zu können. Sehr wesentlich sei es für sie, dass sie sich das Vorhandensein von Positivem nicht einreden müsse, sondern es in ihr durch die Musik spürbar werde. Die Patientin erzählt aber auch von einer Ambivalenz mit der Erlaubnis zum Glücklichein. Durch die positive Erfahrung des „für sich Spielens“, in der Glück erlebbar war, scheint für sie hier eine Veränderung angestoßen zu werden. Wir können herausarbeiten, dass es darum gehe, die Bewertung des Glücklicheins als etwas Egoistisches mit einer Zustimmung zur Selbstfürsorge als Grundlage der Hinwendung zur Welt zu verhandeln.

In einer der Stunden, in denen die Patientin von ihren schwierigen Erfahrungen des letzten Winters erzählt hatte, biete ich ihr den Klangstuhl an. Dies geschieht aus dem Impuls heraus, ihr die Möglichkeit zum Kontakt mit guten Gefühlen als Ausgleich zu geben. Sie erlebt die Klänge dann aber als nicht so intensiv wie gedacht, sondern eher als nichtssagend. *Das* allerdings benennt sie als zwischendurch auch mal ganz gut. Das Nicht-Fühlen scheint hier als Bedürfnis im Vordergrund zu stehen. Bei einem zweiten Einlassen auf den Klangstuhl in einer Folgestunde imaginiert sie dann zwar einen schönen Ort in der Natur und geht damit froh aus der Stunde, hält diese Erfahrungen im Nachhinein aber etwas auf Distanz. In der Reflexion benennt sie, dass für sie der Klangstuhl eigentlich zu intim sei und sie sich zu passiv in ihm fühle.

Das selbst Spielen gewinnt für sie mehr Bedeutung. Im Spielen gelingt es ihr, wahrzunehmen, wie es ihr geht und Gefühle zuzulassen, die sie im Gespräch eher übergeht. Sie bestätigt, dass es gut sei, auch unangenehme Gefühle zuzulassen, insbesondere weil sich die Gefühle während dem Spiel auch regulieren und die Stimmungslage besser werde. Sie bleibt trotz dieser Erfahrungen aber etwas unsicher, ob ihr diese Ebene zur Bewältigung der Gesamtsituation

ausreicht. Sie meint, dass sie durch die Musik einen Zugang zu sich bekomme, der sehr wichtig ist, aber kombiniert werden müsse mit der verbalen Auseinandersetzung mit der Erkrankungssituation. Sie brauche etwas zu dem hinzu, was aus ihr selbst herauskomme. Sie brauche etwas von außen an die Hand. Das könnten z.B. eine fachliche Perspektive und mögliche kognitive Umdeutungen sein. Gesprächsanteile bleiben hier also wesentlich.

Es gibt auch Stunden, in denen sie froh ist, in die Musik „flüchten“ zu können. Wenn sie über die schwere Situation nicht sprechen kann oder will und ein Schweigen die düstere Stimmung vertiefen würde, kann sie auf die Musik ausweichen, um sich erst einmal zu stabilisieren. Durch das Musikmachen kann sie sich aus der Fokussierung und damit der Festlegung auf das Kranksein herausholen.

Sie erlebt die Musiktherapie entgegen ihrer anfänglichen Befürchtung nicht als Beschwichtigung einer palliativen Situation, sondern äußert sich froh, dass sie sich aktiv mit ihren Lebens-themen auseinandersetzen könne. Eines dieser Lebensthemen ist die schwierige Beziehung zu ihren Eltern, die sie viel Energie koste. Sie empfinde eine Verantwortung für ihre Eltern und könne sich schlecht von Schuldzuweisungen und -gefühlen ihnen gegenüber abgrenzen. Die Kontakte zu den Eltern tuen ihr nicht gut und sie fühle sich zu wenig wertgeschätzt. Wir versuchen, eine stimmige Distanz auszuloten und Strategien zu entwickeln, wie sie diese wahren kann. Um diese familiäre Dynamik gestalten zu können, schlage ich ihr vor, Instrumente für die Eltern und sich zu suchen und anzupieln. Sie findet stimmige Tonqualitäten für die Eltern. Insbesondere das sich Hineinspielen in ihren Vater ermöglicht eine hilfreiche Verdeutlichung der Situation und ihren Gefühlen darin. Für sich wählt sie die Kantele, auf der sie ein kleines Motiv etabliert, was sie freudig erstaunt. Sie stellt fest, dass sowohl die Trommel (Vater) als auch die Kantele (sie selbst) gut für sich klingen und für sich stehen können. Sie äußert, dass sie im Spiel erkennen konnte, dass sie ja eigentlich einen guten Standpunkt habe. Auch fühle sie sich nun sensibilisierter für das, was ihr nicht guttut und bestärkt, ihr Bedürfnis nach Abgrenzung ernster zu nehmen. Wir entwickeln die Idee, das Kantele – Motiv als einen Anker zu nehmen, mit dem sie sich in zukünftigen schwierigen Situationen in ihrer Familie an ihre davon unabhängige Lebensfreude erinnern könne.

Ein zweites Thema, was wir aufgreifen ist die lange unklare Situation über ihre Erwerbsperspektive und die im Verlauf getroffene Entscheidung, die Rente zu beantragen. Der hohe bürokratische Aufwand belastet sie und auch hier verliert sie Energie. Sie lässt sich auf meinen Vorschlag ein, ihr Gefühl von Frustration in Musik umzusetzen. Sie beginnt auf perkussiven

Instrumenten mit einem chaotischen Hin – und Her und findet für sich dann aber eine Linie darin. Dieses Gefühl einer von ihr gestaltbaren Richtung möchte sie dann weiter vertiefen. Zuerst stolpert es etwas und es wirkt, als wolle sie eine bestimmte Vorstellung umsetzen. Als ich sie ermutige, ungezielt zu spielen und möglichst nichts zu wollen, entwickelt sich ein neuer Rhythmus, der ihr gut gefällt.

Diese gute Erfahrung mit dem nicht Zielgerichteten bekommt auch Bedeutung in Bezug auf den Umgang mit der nicht verlässlichen körperlichen Situation. Sie möchte der Welt so gerne etwas geben, könne aber nicht planen und wisse nicht, was ihr gelingen werde. Auch hier braucht sie die Fähigkeit, sich die Dinge ungeplant entwickeln zu lassen.

Einige Stunden arbeiten wir am Thema der Angst. Sie hat für sich bereits Strategien zur Selbstberuhigung gefunden, meint aber, dass diese bei akuten Schmerzen oder Ängsten nicht funktionieren. Sie kann sich auf meine Idee einlassen, in einer Musikgeleiteten Imaginationsreise ein positives inneres Beruhigungsbild zu entwickeln, was sie dann in einer schwierigen Situation abrufen könne. In einer ersten Musikgeleiteten Imaginationsreise, in der es um das Ausprobieren der Methode geht, imaginiert sie sich tanzend auf einer Wiese mit dem Gefühl, alle umarmen zu können. Es gelingt uns allerdings nicht, dieses Bild als Anker zu etablieren. Etwas daran ist für sie an dieser Methode nicht stimmig. Sie meint, sich nicht wirklich vorstellen zu können, dass die gute Stimmung der Musikimagination in einer Angstsituation abrufbar sei. Wir kommen stattdessen in der Reflexion ihrer Imagination auf Daodejing, mit dem sie sich viel beschäftigt. Sie erzählt von Vertonungen der Texte, die sie gerne höre und wir überlegen, ob dies eine hilfreiche Beruhigung in Angstsituationen sein könnte. Wir hören die Vertonungen in einer der nächsten Stunden gemeinsam an. Insbesondere die schwungvollen Phasen darin tun ihr gut und sie hat den Impuls, diese selbst auf Instrumenten zu umzusetzen und damit zu verstärken. Die Kantele scheint sich dafür gut zu eignen, sie meint, dass diese „ihren Geist öffne“.

Insgesamt gibt es ein Spannungsfeld zwischen einer der Patientin sehr vertrauten rationalen Herangehensweise und dem eher intuitiven Vorgehen in der Musiktherapie. Dies birgt immer auch Missverständnisse, formt sich aber als eine gemeinsame Suche aus, in der die Patientin Stärkung erlebt und Impulse für neue Gedanken bekommt. Das gemeinsame Spiel ist wird von ihr als eine unmittelbar fühlbare Unterstützung auf Augenhöhe wahrgenommen und wertgeschätzt.

Die Teilnahme an der Gruppentherapie im Verlauf scheint uns indiziert, da die Patientin gerne in einen intensiveren gemeinsamen Auseinandersetzungsprozess mit anderen Betroffenen kommen möchte. Auch geht sie zwischendurch in eine onkologische RehaMaßnahme. Im Anschluss hat sich die Patientin eine ambulante Kurzzeittherapie gesucht, um gezielt noch einmal an Abgrenzungsstrategien zu arbeiten.

Zusammenfassung

Für die Patientin war es eine wesentliche Erfahrung, sich durch die Musik wahrzunehmen, einen Zugang zu sich zu finden und zu erleben, dass sich etwas Schönes aus ihr heraus entwickelt. Das war für sie sehr aufbauend und die Zuversicht in das Leben stärkend. Es war für sie neu, nicht zielgerichtet und geplant an etwas heranzugehen, sondern aus einer offenen Haltung heraus etwas zu finden. In der Auseinandersetzung mit der Beziehung zu ihren Eltern gelang ihr mithilfe einer Melodie, die sie als etwas Freudiges in sich verankerte, eine etwas bessere Abgrenzung. Die Idee, konkrete Strategien mit Musik zur Angstbewältigung zu entwickeln, ließ sich nicht umsetzen. Die Gesprächsanteile waren für die Patientin ein wichtiger Bestandteil. Das Besondere der Musik war die die unmittelbar fühlbare Unterstützung.

IP13_ Fallbeschreibung Therapie_validiert

Psychoonkologische Situation und Unterstützungsanliegen für die Musiktherapie

Die Patientin ist eine mitte 50-jährige Frau, bei der im Mai 2014 eine Polycythaemia vera (eine seltene Erkrankung der blutbildenden Zellen) diagnostiziert wurde. Diese Erkrankung wird mit einer künstlich hergestellten Anämie so gut wie möglich behandelt. Sie leidet außerdem schon mehrere Jahre unter starker Migräne. Ihr Vater ist an einer Gerinnungsstörung gestorben, vermutlich hatte auch er eine Polycythaemia vera. Die Patientin arbeitet im sozialen Bereich mit Menschen mit Behinderung. Nach einer Scheidung lebt sie allein, ihre beiden Kinder sind bereits erwachsen. Sie hat wenig soziale Kontakte.

Die Patientin ist von einer schweren Form der Polycythaemia vera betroffen. Sie leidet unter einer Vielzahl von Symptomen wie Schwindel, Schüttelfrost, Missempfindungen, Durchblutungsstörungen, Schmerzen, Hör- und Sehstörungen. Sie hat Angst vor einem Schlaganfall, einem Herzinfarkt oder einer Erblindung. Problematisch ist dabei, dass die Symptome oft schwer greifbar, verstehbar und damit auch schwer kommunizierbar sind. Sie und auch die

Behandler*innen können die Symptome oft nicht genau von „normalen“ Symptomen, wie z.B. einem Infekt abgrenzen und damit einordnen. Der Körper ist insgesamt durcheinander und es ist schwer, etwas Linderndes für ein Symptom zu finden. Durch die künstliche Anämie ist die Patientin von dauernder Müdigkeit betroffen, gegen die sie nichts unternehmen kann. Die Patientin kann kein stimmiges Gefühl mehr zu ihrem Körper entwickeln und fühlt sich ihm gegenüber hilflos. Bis zur Diagnosestellung hatte sie die Symptome weitgehend ignoriert. Nun ist dabei zu realisieren, dass sie eine schwere Erkrankung hat, versucht aber gleichzeitig, sich nicht komplett mit der Krankheit zu identifizieren. Diese Einschränkungen der Lebensqualität führen sie in die Ambulanz. Auch hat sie Angst vor Vereinsamung und Sorge, ihr Selbstbewusstsein zu verlieren.

An einem musiktherapeutischen Angebot ist sie interessiert, weil sie Musik mag. Sie ist ein Mensch, der an dem etwas Außergewöhnlichen Interesse habe. Etwas „Normales“ langweile sie eher. Seit der Diagnose setzt sie sich auch mit dem möglichen Versterben auseinander und hat z.B. schon einen Baum für sich im Sterbewald gesucht.

Der musiktherapeutische Prozess

Die Musiktherapie fand über knapp drei Jahre statt (September 2014 bis Oktober 2017) und umfasste 29 Sitzungen. Im Verlauf pausierten wir die Musiktherapie für ein halbes Jahr, damit die Patientin an einer Gruppentherapie für Migränepatient*innen in der Schmerzambulanz im UKE teilnehmen konnte. Auch hatte sie im Verlauf einen Rehaaufenthalt.

Schon als Kind hat die Patientin den Wunsch gehabt, sich mit Musik zu beschäftigen, wurde aber in ihrem Elternhaus dabei nicht unterstützt. Es gab neben ihrem behinderten Bruder wenig Aufmerksamkeit für sie und sie hat oft gehört, dass gesunde Kinder keine Probleme hätten. Dies wirkt wie eine internalisierte Überzeugung in die Musiktherapie mit hinein. Die Patientin zeigt sich ambivalent in ihrem Wunsch nach Unterstützung, deren Annahme für sie schwierig erscheint. So wirkt sie zu Beginn etwas skeptisch, kann aber im Verlauf immer mehr Vertrauen fassen. Dabei lotet sie bewusst für sich aus, inwieweit sie sich auf die therapeutische Beziehung einlässt und wieviel sie mir von ihren Gefühlen zumuten möchte. Für sie ist es zu ungewohnt und gegebenenfalls bedrohlich, wenn sich jemand empathisch einfühlt. Sie fürchtet, das Gefühl der Verantwortung für sich damit zu verlieren. Ihre bisherige Strategie, ihre Gefühle emotional gut von sich zu distanzieren, birgt für sie nun die Gefahr, sich nicht mehr wahrzunehmen und dadurch nicht für sich zu sorgen. Bereits nach ein paar Stunden kann sie

wahrnehmen, dass sie besser für sich sorgen kann und führt dies auf meine therapeutische Interaktion zurück.

Sie erzählt, dass sie sich früher besser wahrnehmen konnte. Neben der schwer einzuordnenden Erkrankung waren dann doppelbödige Beziehungsbotschaften ihres Exmannes verstärkend für den Verlust einer guten Selbstwahrnehmung. Auch sind die Beziehungen zu ihren Kindern belastet und schwächen ihr Selbstwertgefühl. Zudem zeigt ihre Mutter kaum emotionale Anteilnahme an ihrer Situation.

Zu den meisten Stunden kommt die Patientin symptombelastet und relativ erschöpft. Insbesondere die Migräneschmerzen oder die Nachwirkungen der mit Medikation unterdrückten Schmerzen beeinträchtigen sie sehr. Trotzdem schafft sie es, sich freundlich aufgeschlossen auf den Kontakt und die sich entwickelnden musiktherapeutischen Interaktionen einzulassen. Für sie ist die Einladung und die Ermunterung zum Spiel wichtig. Mit bedingt durch ihren Beruf ist sie sehr selbstreflektiert, was es ihr an manchen Stellen etwas schwer macht, in ein freies bewertungsfreies Spiel zu kommen, obwohl sie einen Hang zum Spielerischen hat. Für sie ist mein Mitspielen ein wichtiger Rahmen, in dem sie ihre Spielräume erweitern kann. Sie erlebt es immer wieder als positiv, dass ich mich im Spiel auf sie einlasse und zu ihr dazu spiele. In ihrem Alltag und Beruf kennt sie nur die andere Seite, dass sie immer auf andere eingeht und etwas gibt. Das Nehmen und das bei sich Sein ist ungewohnt und eine Herausforderung.

In einer der ersten Improvisationen gelingt es, uns über den gemeinsam erlebten Klang den bisher nicht gut ausdrückbaren Qualitäten ihres empfundenen Schmerzes anzunähern. Die Patientin beginnt auf der Schlitztrommel und der BigBom zu spielen. Zuerst ist sie enttäuscht von den Tönen, die nicht nachklingen. Dann bemerkt sie aber, dass diese dumpfe Qualität der Töne wie der Schmerz in ihr ist, der sich kontinuierlich bemerkbar macht. Darüber kommt sie zu einer weiteren Metapher: dem Gefühl, an einen Weidezaun zu fassen. Dieses Bild wird ihr in der Kommunikation mit den ärztlichen Behandler*innen hilfreich sein können. Es war für sie überraschend, diese Qualität erstmals benennen und sie mir als Gegenüber hörbar und verstehbar machen zu können. Wir können die Erleichterung über das gemeinsame sich dem Verstehen Annähern teilen. Das löst ein Stückweit ihre Trauer über das Alleinsein mit der Situation. Meine Versuche, zu verstehen, tun ihr gut. Andere Erfahrungen in der freien Improvisation sind das Finden von leisen, zarten Tönen, die ihr Ruhe und Frieden in der schwierigen Situation ermöglichen und das Spiel von Wellen, die kommen und gehen wie ihre Gefühle. Meist entwickelt sich ein aufeinander bezogenes Wechselspiel.

Auch die rezeptive Musiktherapie bekommt Bedeutung. In einer Musikgeleiteten Imagination zu Brahms, Sinfonie No3 imaginiert sie sich in einem Zug sitzend und schaut auf die vorbeiziehende Landschaft. Es ist angenehm, obwohl es nicht klar ist, wohin der Zug fährt. Vielleicht ist sie auf dem Weg zu ihrer Tochter. Bei all dem Nichtwissen und dem nichts tun Können ist das eigene Abteil, in dem sie eine gute Distanz zu allem hat und die Dinge an sich vorbeiziehen lassen kann, ein guter Ort und gibt ihr Hoffnung. In einer folgenden Musikgeleiteten Imagination zu Mozart, Bläuserserenade, hat sie die Empfindung, dass etwas - vielleicht ihre Tochter - zu ihr zurückkehrt. Sie wirkt sehr glücklich damit.

Das Hören klassischer Musik ist für sie etwas sehr Wertvolles. Sie erfüllt sich damit einen Wunsch, der für sie als Kind nie in Erfüllung ging. Zwischen den Musiktherapiestunden geht sie, wenn es ihr einigermaßen geht, in das ein oder andere Konzert. Beim imaginativen Hören in der Musiktherapie ist es insbesondere das Tragende, was sie berührt. Bei Mendelssohns Lieder ohne Worte nimmt sie eine Qualität wahr, die sie nicht bedrängt, sondern sie in sanften Wellen mitnimmt. Sie kann beim Hören Tränen fließen lassen. Bei Mozarts Vesper Laudate erlebt sie, wie die einzelne Stimme vom Chor aufgenommen wird, wie wenn jemand gehört und verstanden wird.

Ein wichtiges Thema, was die Therapie durchzieht ist die Arbeitssituation. Sie ist dort sehr gefordert durch die Bedürfnisse der behinderten Menschen und die Schichtarbeit. Die Kolleg*innen wissen nichts von ihrer Erkrankung. Sie möchte nicht davon erzählen, da sie dann befürchtet, nur noch als krank eingestuft und behandelt zu werden. Oft arbeitet sie, auch wenn es ihr körperlich nicht gut geht. Sie arbeitet gerne, hat einen hohen Anspruch an ihre Arbeit und zieht einen Großteil ihres Lebenssinns daraus. Aufgrund dieser Verbundenheit mit der Arbeit lehnt sie anfangs auch eine Reha ab, um nicht aussetzen zu müssen. Sie meint, wenn sie die Arbeit nicht mehr hätte, würde sie verwelken und ihr Selbstwert werde schrumpfen. Die Idee mehr Pausen einzubauen, ist für sie ambivalent, da sie in diesen Entspannungsphasen ihre Schmerzen besonders wahrnimmt. Im Verlauf lässt sie aber mehr und mehr Überlegungen zur Reduzierung der Arbeitszeit und der Einforderung ihrer Rechte durch den Schwerbehindertenstatus zu. Musikalisch verdichtet sich dieser Einstellungswechsel in einer Improvisation, die einem solchen Gespräch folgt. Hier wechselt sie bewusst von einem Instrument, was ihr viel zu laut war zu einem, auf dem sie für sie angenehme Töne spielen kann.

Es festigt sich der Wunsch, außerhalb der Arbeit etwas zu suchen, was sie erfüllt. Trotz ihrer belastenden Symptome entwickelt sie das Gefühl, wirklich leben zu wollen, „gierig“ nach dem

Leben zu sein. Diese Suche nach dem Leben schließt für sie die Beschäftigung mit dem Sterben nicht aus. Einen wichtigen Moment dazu gab es in einer Improvisation, in der sie für ihr Spiel ein Ende setzte und ich noch eine Weile weiterspielte. Für sie war dies eine Erfahrung, dass etwas noch eine Weile bleibt, auch wenn sie geht. Mit dem Sie wünscht sich einen solchen kleinen Nachklang, wenn sie stirbt.

Aufgrund der Migräne besprechen wir, dass eine Gruppentherapie in der Schmerzzambulanz für sie hilfreich sein könnte. Sie kann sich darauf einlassen, benennt aber deutlich ihren Wunsch, in die Musiktherapie zurückkommen zu können, weil die Beziehung zu mir ihr sehr viel bedeutet und sie hier das Vertrauen hat, sich öffnen zu können. Von der Gruppentherapie kommt sie recht enttäuscht wieder, sie habe nichts neues gelernt und auch nichts von sich eingebracht, aus Angst, der Gruppe mit den Problematiken durch ihre lebensbedrohliche Erkrankung zu viel zuzumuten. Erst in der Follow-up Sitzung traut sie sich dann, authentisch von sich zu berichten, was eine gute Erfahrung für sie ist. Der folgende Rehaaufenthalt war hingegen eine sehr gute Entscheidung. Der Austausch mit anderen Betroffenen tat ihr gut. Es war für sie gut zu erfahren, dass auch andere durch Erschöpfung und Müdigkeit belastet sind und mit dem Kranksein ringen. Hier trifft sie auch die Entscheidung, sich umzubewerben auf eine Stelle ohne Nachtschichten.

In einer der letzten Stunden erzählt die Patientin, dass sie, als sie in der Nacht auf das Wirken des Schmerzmittels wartete, die Idee hatte, mit den Händen auf dem Bett zu trommeln. Das war eine hilfreiche Ablenkung und ein Heraustreten aus der Passivität. Wir verstärken dieses Erlebnis in der Stunde und führen den von ihr gefunden Rhythmus in einem gemeinsamen Trommeln weiter.

In der Abschiedsreflexion kann die Patientin berichten, dass sie inzwischen mit ihrer Erkrankung umgehen kann. Diese steht nicht mehr wie eine Mauer vor ihr, sondern sie sieht Möglichkeiten, damit zu leben und den Blick auf das Machbare zu lenken. Es geht in Richtung Akzeptanz, dass Dinge werden und vergehen. Sie hat etwas mehr Gelassenheit den Symptomen gegenüber entwickelt. In einer Musikgeleiteten Imagination zu Rhosymedre zum Nachklinglassen der Therapie fühlt sie sich sehr berührt von der Musik und ihrer imaginativen Erfahrung. Entgegen ihrer Vorannahme konnte sie ganz in der Musik und dem Erleben sein, statt von außen draufzuschauen. Sie konnte sich im imaginativen Erleben so drehen, dass der seelische Schmerz für andere sichtbar war. Das war für sie eine neue gute Veränderung zu früher, als sie sich so drehte, dass niemand den Schmerz sehen konnte. Ihre Verletzlichkeit zeigen zu

können, fühlt sich für sie gut an und schließt für sie das trotzdem weiter stark und helfend sein nicht aus. Dass das jetzt so ist hat für sie viel mit der Resonanz zu tun, die sie hier von mir bekommen hat. Hier geht es noch einmal um Würdigung, dass sie dieses Vertrauen entwickeln und sich auf die Resonanzerfahrungen einlassen konnte und auch den Mut fasst, ihre Berührtheit darüber mitzuteilen.

In der Abschlussimprovisation zu den Möglichkeiten des Lebens spielt sie mit verschiedenen Instrumenten, sehr dynamisch, mal in Bezug zu mir, mal ganz für sich und findet ein entschiedenes Ende. Sie sagt, dass es für sie wie Wasser war, etwas konnte auftauchen, entstehen, bei einem Hindernis in eine andere Richtung weiterfließen, fortfließen. Sie konnte sich als Impulsgeberin fühlen und als Verursacherin einer Bewegung in Richtung etwas Neuem.

Zusammenfassung

In dieser Therapie ging es primär um das Zulassen und Annehmen von Resonanzerfahrungen. Die Vertrauensbildung innerhalb der therapeutischen Beziehung half der Patientin, sich mit ihrer Bedürftigkeit zu zeigen und aus der emotionalen Isolation herauszutreten. Der gemeinsame Versuch, ihr Befinden zu verstehen, war eine wichtige Erfahrung. Dafür waren die durch die Musik entwickelten Metaphern sehr hilfreich. Die Erfahrung, durch Musik in einer Bewegung bleiben zu können wurden zu etwas Ausgleichendem auf dem Weg zu einer Akzeptanz der Situation. Die musikalischen Abstimmungsprozesse führten in Richtung einer zufriedeneren Balance zwischen dem Wunsch, anderen etwas zu geben und der Einsicht, für sich sorgen zu wollen.

IP15_ Fallbeschreibung Therapie

Psychoonkologische Situation und Unterstützungsanliegen für die Musiktherapie

Die Patientin ist eine etwas 50-jährige Frau, die 2014 an Brustkrebs erkrankte. Sie konnte brusterhaltend operiert werden, bekam eine postoperative Strahlentherapie und steht jetzt unter Tamoxifenbehandlung. Ihre Eltern waren beide an Krebs erkrankt, der Vater an Bauchspeicheldrüsenkrebs und die Mutter auch an Brustkrebs. Beide sind an dieser Erkrankung gestorben. Die Patientin war verheiratet, lebt momentan allein, hat aber einen guten Freundeskreis. Sie ist arbeitslos und hat die Erwerbsunfähigkeitsrente beantragt.

Die Patientin beschreibt negative Gedanken und Grübeleien, unter denen sie leide. Oft habe sie das Gefühl, dass sie einfach nur überlebe und das Leben keinen Sinn mache. Wenn sie sterbe, werde sie keiner vermissen, es sei egal, ob sie da sei oder nicht. Von suizidalen Absichten kann sie sich jedoch glaubhaft distanzieren. Sie spricht allerdings von Vorahnungen, dass sie trotz der guten Prognose nicht alt werde und sie dasselbe Schicksal erleide wie ihre Eltern. Sie habe keine Angst vor dem Tod, aber Angst vor dem Sterben. Ihre Sorge sei, dass keiner da sei, der sie dann trösten werde. Die Krebserkrankung selbst sei für sie ein weiterer Baustein in ihrer Wahrnehmung, dass ihr sehr viel Schlechtes widerfahre. Akute negative Gedanken könne sie mit erlernten Techniken aus ihrer vorangegangenen ambulanten Psychotherapie und einem tagesklinischen Aufenthalt relativ gut stoppen. Sie sei sich nicht sicher, ob sie im Moment genug Kraft für die Arbeit an ihren inneren Themen habe und etwas verändern könne. Beruflich sehe sie für sich keine Perspektiven, da zu ihrer bestehenden Depression nun noch die Erschöpfung durch die Tamoxifenbehandlung käme. Sie traue sich keine Arbeit zu und wolle auch nicht mehr in ihrem Beruf arbeiten. Ihre finanzielle Situation sei eher schwierig. Das frustriere sie alles sehr und sie habe die Tendenz, sich zurückzuziehen. Eine psychiatrische Mitbehandlung lehnt sie ab, weil ihr das alles zuviel werde. Von ihrer Hausärztin bekommt sie Zitalopram, was sie im Verlauf absetzt, da sie sich nicht in Watte gepackt fühlen möchte.

Die Patientin benennt Gefühle von Einsamkeit und wünscht sich einen Partner und eine Familie. Sie meint aber, dass es ihr schwerfalle, eine Balance zwischen Nähe und Distanz zu verhandeln. Sie zögere, Beziehungen einzugehen, weil sie Angst vor einem möglichen Abschied habe. Durch die Krebserkrankung komme die unbewältigte Trauer über den Tod ihrer Eltern wieder hoch. Sie trage Schuldgefühle in sich, weil sie als Kind viel von der Mutter gefordert habe. Als Erwachsene habe sie versucht, das auszugleichen und viel für sie zu tun. Sie habe sich immer verantwortlich für ihre Mutter gefühlt und habe eine Wut auf ihren Vater entwickelt, der ihre Mutter nicht gut behandelt habe. Ihre Mutter habe sich für sie und ihren Vater aufgeopfert. Sie meint, dass sie wahrscheinlich deshalb Krebs bekommen habe. Seit ihrem 20sten Lebensjahr leide sie unter rezidivierenden depressiven Störungen, die erstmals ab 2012 in einer dreijährigen ambulanten Psychotherapie und einen tagesklinischen Aufenthalt wegen einer schweren depressiven Episode in der Psychosomatik behandelt wurden.

Als Unterstützungsangebot in unserer Ambulanz wünscht sie sich Musiktherapie, weil sie viel Musik höre, sich von Musik berührt fühle und sich mit Musik bewusst in andere Stimmungen

versetzen könne. Sie würde Musik bereits für sich nutzen, um Unangenehmes auszublenden, in ein angenehmes Tagträumen zu kommen und sich die Welt schön zu phantasieren. Sie könne bisher sich nicht vorstellen, mit den Instrumenten zu spielen, da sie um ihre Schwierigkeiten, sich zu zeigen, wisse. Sie fühle sich erfahrungsgemäß unwohl, wenn sie im Mittelpunkt stehe und habe dann das Gefühl, etwas richtig machen zu müssen. Was andere von ihr denken, beeinflusse sie sehr in ihrem Handeln. Sie sei ein zurückhaltender Mensch. Das schätze sie einerseits, möchte andererseits aber auch lernen, mehr aus sich herauszugehen und sich zeigen.

Als therapeutischer Auftrag entwickelt sich, ein Gefühl von innerer Stabilität und Selbstbewusstsein wieder zu finden, sich handlungs- und gestaltungsfähig erleben zu können, die Beziehungsfähigkeit zu verbessern, Nähe-Distanz zu regulieren und Rückzugstendenzen zu mindern. An existenziellen Themen, dem schuldhaften Aspekt in der subjektiven Krankheitstheorie und dem unverarbeiteten Schicksal ihrer Eltern arbeiten zu wollen, deutet die Patientin als Auftrag an, zeigt sich aber ambivalent, in wieweit sie sich damit auseinandersetzen möchte.

Der musiktherapeutische Prozess

Die Musiktherapie findet über fast zwei Jahr statt (Juli 2015 und Mai 2017) und umfasst 30 Sitzungen.

In der ersten Stunde kommt es nach einem ersten Gesprächseinstieg zu einem Punkt, an dem die Patientin nicht weiß, was sie wirklich erzählen soll. Entgegen ihrer ersten Vorbehalte gegenüber dem Musikmachen, äußert sie jetzt den Impuls, an die Instrumente zu gehen. Sie probiert ein wenig aus und findet auf der Schlitztrommel Töne, die ihr gefallen. Auch in der zweiten Stunde traut sie sich an die Instrumente. Nach einer etwas unsicheren Nachfrage, ob sie jetzt einfach so spielen dürfe, kommt sie auf der Sansula mit meiner Begleitung auf der Tambura in ein klangvolles, klares und ruhiges Zusammenspiel. Sie meint danach, sich noch nie so entspannt gefühlt zu haben. Sie sei ganz „drin“ gewesen und habe an nichts gedacht, auch nicht, ob sie richtig spiele oder was ich wohl darüber denke. Sie habe ihr übliches Muster, perfekt sein zu wollen, zurückstellen können. Das sei sehr entlastend gewesen. Die hohen hellen Töne habe sie als aufmunternd erlebt. In einer der nächsten Stunden sagt sie nach einer ähnlichen Improvisation lachend und begeistert: „Ich kann ja doch Musik machen!“ Dass ich mitspiele, auch ausprobieren, mich „verspiele“, scheint ihr Vorbild und Entlastung zu werden.

Im Verlauf etabliert die Patientin eine bestimmte rhythmische Spielweise und wählt meistens die Tambura oder die Kantele. Letztere beschreibt sie als ihr „kuscheliges Instrument“. Sie beschreibt das Spielen als Eintauchen, wie ein Flow. Sie könne den Kritiker in Schach halten und beim „Verspielen“ einfach weiterspielen, statt wie bisher dies negativ zu bewerten und abzubrechen.

Die Instrumente bieten ihr ein gutes Gegenüber. Als sie den Gong spielt, meint sie, dass sie diesem Instrument vertrauen könne, da er eine gute Resonanz gebe, die sie bei den Menschen so nicht erlebe. Sie fühle sich verstanden. Auch mein Mitspielen kann gute Erfahrungen von Bezogenheit ermöglichen. Selbst als sie mir als Begleitinstrument zu der von ihr gewählten Kantele die Bassstäbe gibt mit dem Kommentar, dass man mit diesen beiden unterschiedlichen Instrumenten ja bestimmt nicht zusammen spielen könne, kann sie die Erfahrung machen, dass eine gemeinsame Musik möglich wird. Auch ist sie überrascht, dass die tiefen Töne ihr Sicherheit gegeben haben. Sie habe sich darin sehr wohl gefühlt.

Mir fällt auf, dass sie sich in die Improvisationen fast „hineinzustürzen“ scheint und sehr lange mit geschlossenen Augen spielt. Ich habe als Mitspielende oft nicht das Gefühl, dass sie mich als Gegenüber wahrnimmt. Spielimpulse oder kleinere musikalische „Konfrontationen“ greift sie kaum auf, wie wenn sie mit ihrer das Zusammenspiel bestimmenden Spielweise die Beziehung ein Stückweit kontrollieren möchte und den Raum für sich braucht. Mein therapeutischer Impuls ist es, dies zu respektieren und ihr im Spiel eine sichere Basis für die Selbstexploration zu geben. Es scheint mir wie eine Übertragung einer frühen Mutter-Kind-Interaktion zu sein, in der die Patientin Erfahrungen von affektiv abgestimmter Resonanz erleben und darin ihr Kernselbstempfinden stärken kann. Die Unterstützung des Gefühls von Urheberschaft scheint mir hier besonderes zentral.

Wenn es ihr gelingt, im Spiel gut bei sich anzukommen und sich zu entspannen, kann sie diese unterstützende Bezogenheit bewusst wahrnehmen und als positiv reflektieren. So steht in den meisten Improvisationen das harmonische Zusammenspiel im Vordergrund, in dem sie sich ganz auf ihr Spiel konzentrieren kann. Wenn ich ihr anbiete, allein zu spielen, setzt sie dies eher unter Druck. Sie äußert im Nachklang eines solchen Spiels, sich zu sehr im Mittelpunkt gefühlt zu haben, was ihr sehr unangenehm gewesen sei. Wir verabreden, dass ich sie hin und wieder kurz allein spielen lasse, damit sie darin sicherer werden kann und in meinem wohlwollenden Zuhören gute Erfahrungen mit sich sammelt.

Die bewusste Auseinandersetzung mit *schwierigen* Themen, wie dem Sterben ihrer Mutter, findet eher auf einer rationalen Ebene statt. Um mehr Kontakt zu den Emotionen zu bekommen schlage ich ihr vor, ein Bild oder ein Symbol für ihre Mutter mitzubringen. Meine Idee ist, dazu eine Musik zu spielen und darüber in Kontakt mit den Gefühlen kommen zu können. Diese Idee wird von ihr aber als zu dicht und zu viel eingeschätzt und sie habe zu sehr Angst, in Tränen auszubrechen.

Für die Patientin wird das Musikmachen primär zu einem Raum, in dem sie sich aufgehoben und in ihrem Selbstwert bestärkt fühlen kann. Auch der Klangstuhl bietet ihr eine solche Erfahrung. Sie fühlt Wärme und imaginiert ein schönes Licht in sich, was nach außen strahlt. Wenn sie sich in den Stunden nicht bereit fühlt, sich schwierigen Themen zu stellen, und die Lebensfrustration zu hoch ist, nimmt sie die Musik als Möglichkeit, davon abzulenken. Der Klangstuhl bietet ihr hier zum Beispiel eine Gelegenheit, sich, wie sie sagt, „berieseln“ zu lassen - und darin aber etwas zu bekommen, was ihr guttut. Zwischendurch sagt sie, dass sie „nur Schönes“ in der Musik erleben möchte. Aus solchen Äußerungen klingt das Bedürfnis heraus, sich in dieser schwierigen Lebenssituation etwas Gutes zu tun.

Ein paar Mal ergreift sie aber auch die Möglichkeit, durch das Spiel gezielt Gefühle auszudrücken und zu modulieren. In einer der Stunden, in die sie gedrückter und aggressiver Stimmung kommt, möchte sie ihre Wut und ihren Zorn auf andere, die ihr nicht guttun, ausdrücken. Sie wählt dafür die BigBom, auf der sie lange und intensiv spielt. Danach wirkt sie erschöpft und meint, dass es anstrengend aber gut und entlastend gewesen sei. Sie habe sich sehr klar gefühlt und die körperliche Anspannung sei nun geringer. Auch ihre Wut auf das Schicksal ihrer Familie findet in einer der Stunden Ausdruck auf den Djembes. Sie ist froh, dass ich sie in dieser lauten Dynamik begleite.

Als ihre geliebte Katze verstirbt und sie sich in ihrem Gefühl bestätigt fühlt, dass ihr nur Schlechtes widerfahre, beginnt sie eine Improvisation mit der Idee, „irgendwo draufhauen“ zu wollen. Sie beginnt ein Spiel ohne Innehalten auf dem Metallophon. Im Verlauf verändert sich das Spiel, etwas Munteres, Leichtes kommt hinzu, es entstehen dynamische Wechsel. Am Schluss hat sie eine sich wiederholende Tonfolge gefunden, die ich mit einem stetigen Ton leise im Hintergrund begleite. Nach der Musik wirkt sie froh und meint, dass es eine Musik für ihre Katze gewesen sei. Sie habe sich nicht richtig verabschieden können und nun habe sie es nachholen können.

Die Patientin äußert im Verlauf immer wieder auch Zweifel, ob die Musiktherapie wie auch die vorher erlebten Psychotherapien etwas brächte. Kurzfristige Stimmungsänderungen wären da, aber ihre Grundproblematik, dass sie Schwierigkeiten mit dem Verlust von Menschen habe, würde sich nicht verändern. Auch ihr Selbstvertrauen schwanke immer wieder stark. Die Patientin wünscht sich im Anschluss an die Musiktherapie eine weitere ambulante Psychotherapie.

Was sie aus der Musiktherapie mitnehme, sei, dass ihr die Gespräche beim Sortieren helfen. Das Musikmachen gefalle ihr gut, insbesondere tue ihr das Harmonische gut. Wichtig sei zu erleben, dass sie sich traut, zu spielen und sich auf Unbekanntes einlassen kann. Sie habe Lust bekommen, auch zuhause ein Instrument zu spielen.

Zusammenfassung

Bei dieser Patientin ging es primär um die Unterstützung des Kernselbstempfindens. Dabei wurden in den gemeinsamen Improvisationen implizite Erfahrungen von affektiv abgestimmter Resonanz und Urheberschaft möglich. Die Patientin fühlte sich im Zusammenspiel sicher und konnte der Musik und mir vertrauen. Die Musik war für sie sowohl ein Rückzugs- als auch als gemeinsamer Gestaltungsraum. Die Patientin war positiv von ihrer Fähigkeit, Musik machen zu können, überrascht und konnte ihr Selbstwertgefühl stärken. Auch gelang es ihr immer wieder, negative Stimmungen in den bewussten Ausdruck zu nehmen und sie dadurch zu modulieren.

Die Therapie war insgesamt geprägt durch die schon im Vorfeld bestehende depressive Erkrankung der Patientin. Die Krebserkrankung und die durch sie angestoßenen Themen wirkten verstärkend.

In der Musiktherapie ist es in kleinem Maße gelungen, die verfestigte negative Überzeugung der Patientin zu flexibilisieren. Mit den von der Patientin bewusst angesteuerten schönen Erfahrungen im Musikmachen regulierte sie die Intensität ihrer inneren Auseinandersetzung mit der Erkrankung, den Schuldaspekten und existenziellen Fragen. Zugleich ermöglichte sie sich dadurch eine Wahrnehmung ihrer positiven Fähigkeiten und stellte einen Ausgleich her zu dem negativen Gedankenmuster.

IP16_Fallbeschreibung Therapie_ validiert

Psychoonkologische Situation und Unterstützungsanliegen für die Musiktherapie

Die Patientin ist eine mitte 50 - jährige verheiratete Frau. Sie hat keine Kinder und einen eher kleinen Bekanntenkreis. 2016 war sie an Brustkrebs erkrankt. Nach einer brusterhaltenden Operation bekam sie Chemo- und Strahlentherapie. Die Chemotherapie musste nach dem ersten Zyklus aufgrund schwerer Nebenwirkungen abgebrochen werden. Sie bekommt nun Tamoxifen (ein Medikament zur Senkung des Rezidivrisikos bei Brustkrebs) und hat als Nebenwirkungen darunter starke Hitzewallungen, Hautreizungen, Waden- und Beinkrämpfe, die zu Schlafstörungen führen. Im Verlauf wird die Medikation umgestellt, Missempfindungen an Händen und Füßen bleiben jedoch. Beruflich befindet sie sich in der Wiedereingliederung. Die Patientin ist aktiv um Informationen und Unterstützung bemüht.

Die Patientin erzählt zu Beginn von Schwierigkeiten mit der Abgrenzung von Aufgaben bei ihrer Arbeitsstelle. Sie habe bisher durch eine stellvertretende Leitungstätigkeit viel Verantwortung übernommen, merke jetzt aber, dass ihr aufgrund der Erkrankungssituation eine Reduzierung der Verantwortung und gegebenenfalls auch der Arbeitszeit guttäten. Problematisch dabei zeigt sich aber, dass sie die Hauptverdienerin in der Ehe sei und sie dadurch vor finanziellen Sorgen stehe. Für diese Themen nimmt sie parallel zur Musiktherapie eine Sozialberatung und eine Beratung bei der Schwerbehindertenbeauftragten in Anspruch. In Bezug auf die Beziehungssituation in ihrer Ehe berichtet sie von der Problematik, dass jeder eher autonom gelebt habe und es immer wieder Auseinandersetzungen gäbe, weil sie sehr verschiedene Ansichten über die Organisation des Zusammenlebens hätten. Die Erkrankung habe sie wieder etwas näher zusammengebracht und sie habe sich von ihrem Mann unterstützt gefühlt. Allerdings seien sie beide verunsichert durch das veränderte Körperbild. Die Patientin beschreibt, dass sie während der Behandlung gut funktioniert habe und jetzt den Wunsch bemerke, sich mit der Erkrankung auseinander zu setzen. Sie brauche Impulse für Sinn- und Lebensfragen und neue Perspektiven. Sie möchte mit ihren Gefühlen in Kontakt kommen, ihren Körper spüren, sich besser wahrnehmen und auch abgrenzen lernen. Auch spüre sie ein Bedürfnis nach Halt und Gelassenheit, insbesondere, wenn Zukunftsängste auftreten und sie Phasen von Verzweiflung und Trauer erlebe. Sie suche nach einem bewussteren Umgang mit Zeit und dem *Hier und Jetzt*.

Die Patientin hat keine Vorerfahrungen mit Musiktherapie. Sie spielt aber in einer Trommelgruppe und schildert, dass sie dort ganz bei sich sein und die Gedanken abschalten könne. Sie wisse noch nicht genau, was sie sich von der Musiktherapie wünsche, sei aber gespannt und neugierig darauf, sich in einer anderen Weise wahrzunehmen und entdecken zu können.

Der musiktherapeutische Prozess

Die Musiktherapie fand über ein gutes halbes Jahr statt (Juli 2017 bis Januar 2018) und umfasste 13 Sitzungen.

Die Patientin wirkt zu Beginn etwas unsicher, aufgeregt, zugleich aber aufgeschlossen und froh, hierher zu kommen. Ich gebe ihr viel Raum, um selbst behutsam herauszufinden, was sie in den Kontakt hineingeben möchte. Es gelingt ihr, Vertrauen aufzubauen, obwohl es ihr nicht so leichtfällt, Gefühle in Beziehung zuzulassen. Trotz dieser vorsichtigen Zurückhaltung erlebe ich ihr Spiel von anfang an als intensiv und berührend und ich kann mich gut in sie als Person und in ihren musikalischen Ausdruck einfinden.

Als zentrales Thema zeigt sich das Spüren und Äußern eigener Bedürfnisse, um sich selbst besser von anderen abgrenzen zu können. Dieses Thema ist biographisch verankert. Die Patientin wuchs mit einem alkoholabhängigen Vater auf, von dessen Erkrankung das außerfamiliäre Umfeld nichts wissen durfte. Krank sein war ein Tabu, die Sorge vor Stigmatisierung groß. Ihre Gefühle, die sie damals empfunden hatte, durften in ihrer Familie nicht geäußert werden oder fanden keine emotionale Resonanz. So war die Patientin als Kind sehr verunsichert worden, ob ihre Gefühle wahr oder richtig waren. Gleichzeitig wurde sie parentifiziert und hat früh Verantwortung für ihren Vater übernommen. In den Improvisationen und Reflexionen darüber nähert sie sich nun einem Wahrnehmen, Zulassen und in Kontakt bringen ihrer Gefühle an. Sie braucht viel Mut, sich darauf einzulassen. Es gelingt ihr, ihre Strategie, schnell draufloszuspielen und sich an bekannten Rhythmen festzuhalten, zu verändern. Sie beginnt, erst einmal inne zu halten und ihre Impulse im Augenblick wahrzunehmen. Sie ist sehr berührt, dass es ihr gelingt, sich auf das Jetzt einzulassen, sich die Dinge, die Musik, entwickeln zu lassen und sich darin gestaltungsfähig und kreativ zu erleben. Sie übernimmt Verantwortung für ihr Spiel. Neue Spielweisen, z.B. Fellstreichen, kann sie dabei sinnlich integrieren.

Eine neue Erfahrung ist es auch, sich in Trommelgesprächen (Patient*in und Therapeut*in improvisieren gemeinsam auf Trommeln, der Fokus liegt dabei auf der Analogie von Beziehungsgeschehen und musikalischem Spiel) in ein konflikthafte Zusammenspiel hinein zu trauen.

Durch das besser wahrnehmbare Selbstgefühl ist es ihr möglich, sich mir als Gegenüber klarer zuzuwenden, schwierige Gefühle - laute Trommelschläge - in Kontakt zu bringen, ohne eine dominante Rolle übernehmen zu müssen. Sie ist überrascht davon, dass ihre aggressiven Gefühle, die sie ausdrückt, einen lebendigen Austausch bewirken und in ein neues Gefühl des Miteinanders führen. Eine Weiterführung des Beziehungsthemas gelingt in einer Improvisation, in der ich bewusst die Tambura als Gegensatz zur von der Patientin gewählten Trommel spiele. Es ist eine gute Erfahrung, dass zwei so unterschiedliche Instrumente, zwei Charaktere, gut in Kontakt miteinander spielen können. Auch fühlt sie sich mit ihrer Trommel hier nicht festgelegt auf die Rolle der lauten Rhythmusgeberin, sondern kann sich die Freiheit nehmen, auch leichte Muster zu spielen.

Ein wichtiger Aspekt ist das körperliche Erleben in der Musik. Aufgrund der Tamoxifenbehandlung leidet sie unter starken Wadenkrämpfen. Beim Trommeln auf der BigBom bemerkt sie, dass sie die Schwingungen zuerst nur in den oberen Beinen spüren kann. Über eine angeleitete Imagination zur Verwurzelung der Füße in der Erde und dem daran anschließenden erneuten Spiel ist es ihr möglich, die Schwingung in den ganzen Beinen bis zu den Füßen zu spüren. Entgegen ihrer Anfangsidee, einen klaren Rhythmus zu finden, lässt sie es zu, dass sich einzelne Töne als für den Moment stimmiger erweisen. Diese Töne kann sie wie Schritte erleben. Nach diesem Einlassen auf die einzelnen Schritte führt sie ihr Spiel weiter in eine schnellere und zunehmend kraftvollere Musik. Sie ist sichtlich gerührt über die Verbundenheit, die sie mit ihrem Spiel erlebt und froh über das Wahrnehmen von Kraft und Lebendigkeit. Eine weitere Möglichkeit, ihren Körper in einer positiven Weise zu spüren bietet der Klangstuhl. Die Patientin braucht auch hier Mut, um sich auf ein Fürspiel einzulassen und eine Berührung der Klänge zu zulassen. Hier ist eine stützende und sicherheitsgebende Induktion wichtig. Die therapeutische Beziehung ist inzwischen auch so weit gewachsen, dass die Patientin hier Vertrauen hat. In der Stille nach den Klängen wirkt die Patientin sehr ergriffen. Sie erzählt im Nachgespräch, dass sie die Klänge besonders in ihren verletzten Bereichen der Brust gespürt habe. Dort stau sich oft die Lymphe und nun habe sie das Gefühl gehabt, dass alles in ihr zirkuliere, wie Wellen. Die Klänge seien in ihr gewesen, nicht außerhalb. Sie scheint das ihr Wohltuende internalisiert zu haben. Sie bemerkt ein tieferes Durchatmen. In einer weiteren Klangstuhlbehandlung, in dessen Vorgespräch der Wunsch aufkam, „sich richtig zu fühlen“, imaginiert sie gute Bilder aus der Kindheit. Ihr Vater habe sich ihr zugewendet, sie angelacht

und unterstützt. Sie konnte ihrer verinnerlichten Vaterrepräsentanz damit einen Veränderungsimpuls geben. Ihre Muster der Parentifizierung haben Lösungsakzente erhalten und der kindliche Anteil konnte durch ein Wahrnehmen elterlicher Liebe gestärkt werden. Direkt an diese Imagination schließt sich eine Erinnerung an ein Paragliding- Erlebnis an, in dem die Patientin sich schwebend erlebt, die Welt und ihr Dasein in Ruhe wahrnehmen kann.

Auch die Erkrankung kann nun im Verlauf in die Wahrnehmung genommen werden. Ich schlage ihr dazu vor, sich ein Symbol im Raum zu suchen, welches für die Erkrankung steht. Sie wählt eine versteinerte Koralle aus und eine Kastanie. Zur Versteinerung assoziiert sie, dass es ein harter Stein sei, der aber Ohren habe und höre. Sie bemerkt ein Fundament und eine Vielseitigkeit in der Oberfläche, Spuren und Furchen. Daran beginnt sie von einem Leberriß zu erzählen, den sie im jungen Erwachsenenalter erlitt. Durch das verinnerlichte Tabu, krank zu sein, sei diese Situation damals emotional fast nicht aushaltbar gewesen und sie habe große Angst gehabt. Anhand des Symbols kann sie das erste Mal davon erzählen, was eine große Entlastung bewirkt. Die Kastanie erinnert sie in Bezug zur Versteinerung an einen Lehrer, der sie als Kind in ihrer schwierigen Situation wahrgenommen habe und sie sehr unterstützt habe. Ich bitte sie, die beiden Symbole für sie stimmig zu platzieren und eine Musik in Resonanz dazu zu spielen. Sie wählt die BigBom und legt die Symbole darauf. Sie beginnt eher leise und wechselt nach einer Weile die (Schlegel-)haltung. Durch das neue Greifen kann sie mit dem Filz über das Holz, über die Töne streichen, wobei sie sich mit dem ganzen Körper mitbewegt. Sie beginnt dann mit den Schlegeln auch um die auf der Trommel platzierten Symbole herum zu streichen, wie wenn sie diese zu sich herholt. Nach dem Spiel wirkt sie wie aus einer leichten Trance erwacht, etwas irritiert und sichtlich bewegt. Sie versucht, in Worte zu fassen, dass es ihr gelungen sei, nicht zu planen, sondern etwas geschehen zu lassen. Sie sei mit dem Wechsel der Schlegelhaltung einem Impuls gefolgt, etwas anders zu machen. Sie habe die Krankheit und das Warme zu sich hereingeholt, ihnen einen Platz gegeben. Beim Erzählen kämpft sie mit den Tränen, die sie bisher zurückgedrängt hatte. Indem ich ihr stellvertretend die Erlaubnis zum Ausdruck ihrer Trauer gebe und ihr mein Verständnis und mein Interesse an ihren Gefühlen anbiete, kann sie ein wenig davon zulassen.

In der Folgestunde greift sie diese Erfahrung nochmals auf und bewertet sie als sehr wichtig. Sie habe sich getragen gefühlt und konnte Tränen zulassen, weil sie nicht allein war. Sie wirkt überrascht, meint, dass sie von sich ein Selbstbild habe, ganz starr zu sein und nun nehme sie

etwas Kreatives in sich wahr. Diesem Selbstanteil möchte sie in Zukunft mehr Raum in sich geben.

Der Aspekt der Integration taucht in weiteren Musiktherapiesitzungen auf. So beschreibt sie sich anfangs als ambivalent in Bezug auf die Bewertung der Erkrankungssituation. In einer Improvisation erspielt sie sich diese Ambivalenz mit dunklen und hellen Tönen. In deren Gehörtwerden als ein durch beide bedingtes Musikstück wird ihr deutlich, dass beide Seiten dazugehören und sie darin spielfähig bleibt. In einer Klangstuhlbehandlung gegen Ende der Musiktherapie und einer Musikgeleiteten Imagination zu einem sehr tragenden Musikstück beschreibt sie, dass sich etwas in ihr zusammengefügt, verbunden habe. Als Auswirkungen dieser Erfahrungen benennt sie, dass jetzt mehr für ihre Bedürfnisse Sorge, mehr Kontakt zu anderen aufnehme und die Musik mehr und mehr in ihr Leben hole.

Sie entschließt sich dazu, die Musiktherapie zu beenden. Es sei für sie momentan zu schwierig, zu den Zeiten, an denen ich ihr Stunden anbieten kann, von ihrer Arbeit fern zu bleiben. Als Anschlussunterstützung bekommt sie einen Platz in einer Gruppe (Themenzentrierte Interaktion) in unserer Ambulanz, die außerhalb ihrer Arbeitszeit stattfindet. Der Aspekt der Vernetzung mit anderen und der Kommunikation über sich und ihre Gefühle soll hier fokussiert werden.

Zusammenfassung

Für diese Patientin war das Wahrnehmen, Zulassen und in Kontakt bringen von Gefühlen innerhalb der therapeutischen Beziehung eine wesentliche Erfahrung, die viel Mut und Vertrauen benötigte. Über diese Stärkung des Selbstempfindens konnte sie zu einer gelasseneren Verantwortungsübernahme für sich selbst kommen, durch das Gefühl für die eigene Positionierung eine Abgrenzungsfähigkeit entwickeln und in ein neues Miteinander finden. Das Gefühl für sich selbst wurde gestärkt durch die Wahrnehmung des eigenen Körpers mithilfe der Musik, insbesondere der durch die Erkrankung verletzten Körperbereiche. Sie konnte sich im Spiel als kraftvoll und gestaltungsfähig erleben. Eine wichtige neue Erfahrung war es, dass sie sich auf eine Suchbewegung einlassen und eine emotionale Berührung durch die Klänge zulassen konnte. In einer Musikgeleiteten Imagination hat sie Zugang zu einer neuen, den kindlichen Selbstanteil unterstützenden Vaterimagination gefunden. Ihr früh verinnerlichtes Glaubensmuster, Krankheit als ein Tabu verschweigen zu müssen, konnte sie durch einen sinnlich-

symbolischen Ausdruck verändern. Sie spielte sich szenisch an ein Symbol für ihre Erkrankungssituation heran und schloss es in den Klang ein, was wie eine psychische Integration wirkte und eine Akzeptanz möglich machte. Damit konnte sie sich auch der Selbstfürsorge öffnen.

IP18_Fallbeschreibung Therapie_validiert

Psychoonkologische Situation und Unterstützungsanliegen für die Musiktherapie

Die Patientin ist eine 62-jährige, verheiratete Frau, die sozial gut in einen engen Freundeskreis eingebettet ist. Bis zur Diagnosestellung arbeitete sie im Kontext einer Universität, beantragte aber im Verlauf der Musiktherapie ihre Berentung. Sie kommt mit der Diagnose eines metastasierten Darmkrebses (ED 5/15) in die Ambulanz (6/15). Der Primärtumor, die Lebermetastase, sowie die befallenen Lymphknoten wurden operativ entfernt. Die Gebärmutter wurde in diesem Zuge ebenfalls entfernt, da eine auffällige Verknotung bemerkt worden war. Im Verlauf der Musiktherapie (Beginn 8/15) musste die Patientin wegen einer Darmverschlingung erneut ins Krankenhaus und eine dritte Operation im Bauchbereich wurde notwendig, gefolgt von einer vierten Operation zur Entfernung weiterer Lymphknoten. Eine begonnene Chemotherapie musste aufgrund zu starker Nebenwirkungen abgebrochen werden. Auf der körperlichen Ebene sind die sich chronifizierenden Diarrhoen für die Patientin besonders problematisch, da diese ihren Bewegungs- und Aktivitätsspielraum sehr einschränken. Sie hat viele Operationen in Folge durchstehen und danach immer wieder neu zu Kräften kommen müssen. Die Operationen ziehen Bewegungseinschränkungen nach sich. Es gibt viele Unsicherheiten in Bezug auf die Behandlungsplanung. So steigt der Tumormarker immer wieder an, ohne dass ein genauer Grund diagnostiziert werden kann. Die Patientin möchte gerne wieder arbeiten, fragt sich aber, wie das mit den Einschränkungen gehen wird. Die Patientin leidet unter psychovegetativer Erschöpfung und damit einhergehenden Stimmungsschwankungen bis hin zu depressiven Episoden. Auch ist ihr bisheriges Selbstkonzept einer gesunden, unabhängigen, aktiven und bewegungsfreudigen Frau irritiert und verunsichert worden.

Als therapeutische Aufträge entwickelten sich daraus, bisherige Ressourcen zu stärken, den Körper wieder positiv wahrzunehmen, Zuversicht zu finden, die Veränderungen im Selbstbild zu akzeptieren, sich damit wieder handlungs- und gestaltungsfähig erleben zu können und mit der Unsicherheit in der Prognose und Behandlungsplanung umgehen zu lernen.

Die Patientin hat keine Vorerfahrungen mit Musiktherapie, ist allerdings durchs Tanzen mit dem Ausdruck über ein künstlerisches Medium und dem Improvisieren vertraut. Aufgrund dieses Bezuges wurde im Erstgespräch eine musiktherapeutische Behandlung vorgeschlagen.

Der musiktherapeutische Prozess

Die Musiktherapie fand über zweieinhalb Jahre statt (August 2015 bis Januar 2018) und umfasste 31 Sitzungen.

Die Patientin kommt sehr aufgeschlossen und mit einer freudigen Neugier in die Musiktherapie. Sie findet schnell in ein therapeutisches Vertrauensverhältnis, lässt Fürsorge zu, wenn sie sehr erschöpft ist und gestaltet aktiv, sobald die Kräfte es zulassen.

In den ersten Stunden beschreibt die Patientin, dass sie sich durch den Erkrankungsverlauf innerlich wie von Wellen hin- und hergeworfen fühle. Sie habe die Sicherheit in sich verloren. Sie wirkt sehr erschöpft, verwirrt und destabilisiert. Mit einem ressourcenorientierenden Fokus greife ich ihre Meeresmetapher auf und bitte sie, sich imaginativ ein Schiff vorzustellen, was sie über die Wellen tragen kann. Ihr kommt ein bauchiges Ruderboot in den Sinn und sie betont, dass dies kein Surfbrett sein dürfe, denn sie sei ein Mensch, der Sicherheit brauche. Der Einbezug des Klangstuhls scheint mir an dieser Stelle geeignet, da ich mir erhoffe, dass seine Klangqualität ein Gefühl sicheren Aufgehobenseins ermöglichen wird. In die Induktion (Körper- und Atemwahrnehmung) integriere ich die von ihr eingebrachte Metapher des Ruderbootes als Angebot, dessen tragende Qualität imaginativ noch zu intensivieren. In der Reflexion beschreibt sie, dass sie die Klänge wie Wellen erlebt habe. Die Klänge waren also wie eine sinnlich wahrnehmbare affektive Abstimmung auf ihr geschildertes Erleben, wodurch sie sich verstanden fühlen konnte. Ein dabei wichtiger Aspekt ist, dass diese Wellen zum einen durch die harmonische Klangqualität und zum anderen durch die imaginierte Sicherheit des Bootes nicht bedrohlich für sie waren. Mitbewirkt durch das schützende Halbrund des Stuhls waren Resonanz und Halt unmittelbar erfahrbar.

Eine zweite wesentliche Erfahrung der Patientin im Klangstuhl war es, dass sie die Leere im Bauch, die durch die Gebärmutterentfernung entstanden war, jetzt als gefüllt mit Schwingungen erleben konnte. Diese positive Wahrnehmung ihres versehrten Körperbereiches macht sie sehr glücklich. Der Klangstuhl ermöglicht ihr ein Gefühl, umhüllt und ganz geborgen zu sein. Das multisensorische Erleben ist auch in den Folgestunden wichtig. Es ist die Zeit nach der Operation der Darmverschlingung, die sie während eines Urlaubes in Italien notfallmäßig

durchführen lassen musste. Sie wirkt zu diesem Zeitpunkt leicht dissoziiert, beschreibt, dass sie sich nicht fühle und ihre Fähigkeit, positiv zu denken, verloren habe. Sie sei rat- und fassungslos. So kenne sie sich nicht. Ich biete ihr erneut den Klangstuhl an, da er etwas ihr bereits Vertrautes ist und sie eine gute Erfahrung damit gemacht hat. Auch halte ich den Aspekt des Schutzraumes und des Versorgtwerdens mit wohltuenden Klängen für wichtig und fokussiere in der Induktion auf dieses Erleben. In der Reflexion benennt sie, dass sie sich imaginativ in einem Kokon wahrgenommen habe, in dem sie geschützt war. Allerdings war dies nur in der oberen Körperhälfte wahrnehmbar. Im Unterbauch, also im Bereich, der operiert wurde, sei ihr das Spüren der Schwingungen nicht möglich gewesen. Als ich ihr die Kantele gebe, die sie sich auf ihren Bauch legt und selbst darauf zupft, werden die Schwingungen dort spürbar. Die Erfahrung, in einem schmerzassoziierten Körperbereich wieder berührbar sein zu können und vor allem auch der Aspekt, sich selbst etwas Gutes tun zu können, machen sie zuversichtlich und glücklich.

Handlungsfähigkeit und Gestaltungsfähigkeit bleiben im Verlauf zentrale Linien. So auch in einer Stunde, in der die Patientin sehr gestresst hereinkommt. Viele Arzttermine lassen sie nicht zur Ruhe kommen und sie kann keinen Rhythmus im Alltag finden, der die Stuhlregulation begünstigen könnte. Meine Idee ist es hier, das Thema Rhythmus auf der musikalischen Ebene zu erkunden, es also in einer Analogie mithilfe einer Improvisation zu behandeln. Als Thema für die Improvisation schlage ich vor: „Rhythmus finden und verlieren“. Die Patientin wählt dazu die Oceandrum. Als Erfahrung tut sich auf, dass das Fließen der Oceandrum nicht 100% kontrollierbar aber in einem gewissen Rahmen steuerbar ist. Es entsteht so eine greifbare bzw. hörbare Metapher für ihre schlecht fassbare und schwer benennbare körperliche Situation. Zugleich vermittelt sich ein Gefühl von Gestaltbarkeit und Machbarkeit. Für eine Vertiefung des Themas in einer zweiten Improvisation entscheidet sie sich für ein *klassisches* Rhythmusinstrument – die BigBom. Sie kann sich gut mit diesem Instrument identifizieren und geht in ein kraftvolles Spiel, bei dem sie den ganzen Körper einsetzt. Auch in diesem Spiel vermittelt sich die Erfahrung von rhythmischer Gestaltbarkeit als eine wichtige Ausgleichserfahrung zu ihrer Erkrankungssituation. Es gibt einen Impuls für das Gefühl von Urheberschaft und Selbstkohärenz. Resonanz von den Instrumenten zurückzubekommen hilft ihr, sich und ihre Energie zu spüren und freudvoll auszudrücken.

In der letzten Phase der Therapie hat sich die Patientin deutlich stabilisiert. Der Eintritt in die Rente ist gemeistert und sie wirkt insgesamt zuversichtlich. Bei der Patientin taucht hier nun

noch einmal der Wunsch auf, in eine Musikgeleitete Imagination zu gehen. Mit dieser Methode hatte sie im Verlauf mehrere gute Erfahrungen gemacht. In der Anfangszeit, als sie so geschwächt und demoralisiert durch die vielen Operationen gewesen war, hatten ihr mithilfe der Musik wahrgenommene Imaginationen von Helligkeit und Leichtigkeit viel Kraft gegeben. Sie möchte sich nun mit dem Thema der bleibenden Unsicherheit in der Erkrankungssituation beschäftigen. Der Wunsch, sich diesem Thema zu stellen, ist für sie mit dem Bedürfnis verbunden, ihre Strategie im Umgang mit schwierigen Situationen zu erweitern. In diesem Wunsch gibt es einen Bezug zu ihrer Biografie. Sie habe ihren Vater mit 16 Jahren durch einen Suizid verloren und zu dieser Zeit viel Verantwortung für sich und ihre Mutter übernehmen müssen. Sie erzählt, damals die Strategie des „Stehaufmännchens“ entwickelt zu haben. Dies sei eine hilfreiche Strategie zum Weiterkämpfen gewesen, war aber immer auch geprägt durch die Tendenz, unangenehme Gefühle zu sehr zu verdrängen. Die Patientin scheint zu wenig frühe Erfahrungen mit emotional haltgebenden Bezugspersonen gemacht zu haben und so nicht genug Vertrauen entwickelt zu haben, dass schwierige Gefühle aushaltbar und regulierbar sind. Im Verlauf der Musiktherapie entsteht nun das Bedürfnis, sich auch den schwierigen Gefühlen zuwenden zu können. In einer GIM Reise mit einem Musikprogramm, was sowohl supportive als auch herausfordernden Musikstücke inne hat, wird es ihr möglich, sich in der Metapher eines Strudels, der sie mitreißt, ihrer Angst und Unsicherheit in der Erkrankungssituation zu stellen, die schwierigen Gefühle zuzulassen und sie als aushaltbar zu erleben. Sie kann imaginativ in einer Art Probehandeln aus dem Strudel wiederauftauchen und die Imagination in einen glitzernden See weiterführen. Es stellt sich für sie die Gewissheit ein, immer wieder in ein ruhiges Gewässer zu finden. Mit diesem ruhigen Gewässer verbindet sie ein freies und schwereloses Gefühl. Es entsteht ein Wissen um Geborgenheit, die der Strudel nicht einnehmen kann. Diese Reise bewirkt ein nachhaltiges Gefühl von Zuversicht. Aus den imaginativen Prozessen nimmt die Patientin Metaphern mit, in denen die Gefühle verortbar und reflektierbar sind und einen Akzeptanzprozess möglich machen.

Es gab in dieser Zeit auch ein Thema, welches nur unzureichend bearbeitet werden konnte. Die Patientin hatte sich gewünscht, durch die Musiktherapie Einfluss auf ihre Darmfunktion zu nehmen und dadurch gegebenenfalls die Diarrhoe besser regulieren zu können. Dazu wollte sie imaginativ einen Zugang zu ihrem Darm finden. Dies war bislang nicht gelungen.

Zusammenfassung

Für die Patientin war es in der Musiktherapie besonders wichtig, ihren gestaltungsfähigen Selbstanteil in einer Situation hoher körperlicher und psychischer Erschöpfung stärken zu können. Das Spüren des Körpers durch die Klänge und in den Spielbewegungen sowie die Möglichkeit, die innere Dynamik mit Hilfe der Instrumente auszudrücken und eine Resonanz darauf zu bekommen halfen ihr, sich in der neuen Lebenssituation verorten zu können und ihre Handlungsfähigkeit darin wieder wahrzunehmen. Zentral waren in diesem Prozess Erfahrungen von Geborgenheit in den Klängen, was sehr entlastend und stabilisierend wirkte. Die Patientin konnte sich im Verlauf auch den schwierigen Gefühlen in der Erkrankungssituation stellen, Angst und Unsicherheit als aushaltbar erleben und diese schweren Themen mit Erfahrungen von Leichtigkeit in ein gutes Verhältnis bringen.

Instrumente	
BigBom	Eine große kastenförmige Holztrommel mit sechs Klangzungen in einer pentatonischen Stimmung; die/der Patient*in kann sich darauf setzen und die Schwingungen des eigenen Spiels körperlich spüren.
Djembe	Eine Felltrommel aus Westafrika mit Holzkorpus
Hapi	Ein Handperkussionsinstrument aus Metall mit acht Klangzungen in einer pentatonischen Stimmung
Oceandrum	Eine beidseitig bespannte Rahmentrommel, in der viele kleine Metallkugeln bewegt werden.
Kantele	Ein pentatonisch gestimmtes, 12-saitiges Zupfinstrument
Klangstuhl	Ein massiver halbrunder Holzstuhl, der an den Seiten mit je 18 Saiten in einer Quintstimmung bespannt ist. Die/der Patient*in nimmt in ihm Platz. Die/der Therapeut*in steht hinter dem Stuhl und spielt circa 10 Minuten die Saiten abwechselnd in einer gleichmäßigen Bewegung, wodurch sich ein obertonreicher Klangteppich entwickelt. Die Schwingungen werden durch die Vibration des Holzes am Körper spürbar.
Schlitztrommel	Eine kleine kastenförmige Holztrommel mit acht Klangzungen in einer pentatonischen Stimmung
Tambura	Ein obertonreiches 28-saitiges Klanginstrument aus Holz in Quint/Oktavstimmung
Musiktherapie_Methoden	
GIM Guided Imagery and Music GIM Reise	Eine Methode, in der die/der Patient*in zu einem Musikprogramm offen oder themenfokussiert imaginiert und dabei verbal von der/dem Therapeut*in begleitet und in der Wahrnehmung unterstützt wird.
MI Musikgeleitete Imagination Musikgeleitete Imaginationsreise	Hören eines Musikstückes und offenes oder themenfokussiertes Imaginieren dazu

Tabelle 3 Erläuterungen zu den Instrumenten und Musiktherapiemethoden

4.2.4 Der theoretische Samplingprozess

Zum Zeitpunkt, an dem ich die Analysearbeit beginnen konnte, hatte ich eine Sammlung von 19 Interviews mit Patient*innen aufgebaut. Über eine initiale Textarbeit mit den Interviews habe ich mir insbesondere über die Gehalte der länger zurückliegenden Interviews, beziehungsweise der Interviews, die meine Kollegin geführt hatte, einen Überblick verschafft. Damit konnte ich in diesem *Pool* in einen Prozess des theoretischen Samplings einsteigen. Mein Vorgehen war Folgendes: Interviewanalyse - theoretische Begründung für die Auswahl eines nächsten Interviews aus der Sammlung – nächste vergleichende Interviewanalyse. Dies wurde bis zur theoretischen Sättigung fortgesetzt.

In der folgenden Graphik skizziere ich den Samplingprozess exemplarisch. In der jeweiligen theoretischen Kurzbegründung sind die Aspekte zusammenfassend genannt, die ich als Aufhänger für meine nächste Auswahl reflektiert habe. Dies soll der Nachvollziehbarkeit dienen. Als Einstiegsmaterial habe ich den Fall desjenigen Patienten gewählt, der als erster im Untersuchungszeitraum interviewt wurde (IP1).

Auswahl und Analyse	Theoretische Begründung des nächsten Datenmaterials
IP1	Da der erste Fall durch eine selbstunsichere Persönlichkeit des Patienten geprägt war, wollte ich als nächstes einen Fall analysieren, in dem diese Bedingung nicht prägend war.
IP18	In der Analyse dieser ersten beiden Patient*innen bin ich auf die Codes <i>(Un-)Sicherheit, Zulassen von (schwierigen) Gefühlen, Selbstaussdruck, symbolische Auseinandersetzung</i> und <i>sinnliche Wahrnehmung</i> gekommen. Ich habe im Vergleich dieser Patient*innen über Spezifisches und Unspezifisches in Bezug auf Musiktherapie mit Krebspatient*innen nachgedacht. Beide Patient*innen hatten relativ lange musiktherapeutische Verläufe. Ich wollte nun vergleichend eine Patient*in mit relativ wenig musiktherapeutischen Sitzungen wählen.
IP16	Die ersten drei analysierten Patient*innen sind in ihrem musiktherapeutischen Prozess in eine intensive und zum Teil auch herausfordernde Auseinandersetzung mit sich gegangen. Ich wusste aber aus meinen therapeutischen Erfahrungen von Patient*innen, bei denen ich die Intensität der Auseinandersetzung mit sich als geringer einschätzte und den Eindruck hatte, dass sie sich in der Musiktherapie auf Erfahrungen von Harmonie und Schönerem begrenzen. Ich wollte nun einen solchen Fall analysieren, um diese Art der Bewältigungsstrategie besser zu verstehen und mit den anderen zu vergleichen.
IP15	Bei dieser Patientin zeigte sich im Verlauf der Musiktherapie, dass die Komorbidität einer Depression, ähnlich wie bei IP1, sehr prägend für die Musiktherapie war. Unter diesem Eindruck habe ich bei ihr die Bedeutung von Schönerem in der Analyse des Interviews erkundet. Im Vergleich dazu fiel mir ein Patient

	(IP11) ein, der <i>keine</i> depressive Grunderkrankung hatte, aber auch auf Schönes fokussierte. Um den als bedeutsam erscheinenden Code <i>Schönes Erleben</i> noch weiter zu entwickeln, schien mir dieser Patient zum Vergleich geeignet für die nächste Analyse.
IP11	IP15 und IP11 haben beide auf das Wohlfühlen in der Musiktherapie fokussiert und haben die Musik auf den Aspekt begrenzt, Schönes wahrzunehmen und auszudrücken. Bei der Analyse bildete sich ein möglicher Unterschied heraus: sich in einer bestimmten Weise auf ‚Musik als psychotherapeutischem Handlungsraum‘ einlassen - oder die Musik als Ablenkung zu nutzen. In einem nächsten Interview wollte ich diesen Aspekt des <i>Musiktherapeutischen</i> weiter erkunden. Mir fiel eine Patientin ein, die über die musiktherapeutischen Stunden hinweg unentschieden blieb, inwiefern ihr die Musiktherapie therapeutisch hilfreich war. Außerdem war diese Patientin – ähnlich IP11, aber im Unterschied zu IP18 – rezeptiven Angeboten wie dem Klangstuhl gegenüber skeptisch. Ich erhoffte mir hier auch Erkenntnisse zur aktiven und rezeptiven Methodik.
IP12	In der Betrachtung der bis dato entwickelten Codes stellte ich noch einen Bedarf fest an Material, in dem etwas zu Gefühlen, Gefühlsregulation und Beruhigung herauszuarbeiten wäre. Auch das Thema des Zusammenwirkens von aktiver und rezeptiver Methodik sowie der Psychodynamik in musikalischen Erfahrungen interessierte mich weiter.
IP9	Vertiefen wollte ich nun noch die Codes, die das Thema Selbstbestimmung, Spielen und existenzielle Erfahrungen betrafen.
IP13	An dieser Stelle hatte ich eine vielseitige Auswahl an Codes analysiert und ein erstes Gefühl der theoretischen Sättigung trat ein. Im Anhang O findet sich der bis dato entwickelte Codebaum (Codebaum 3). Ich nahm nun die Interviews der beiden Patientinnen, die bei meiner Kollegin ihre musiktherapeutischen Erfahrungen gemacht hatten als Vergleich in die Analyse.
IP7 + 19	In der Analyse dieser beiden Patientinnen bestätigten sich die bisher erarbeiteten Codes, brachten aber keine neuen hinzu. Nun nahm ich die beiden Patientinnen zur Kontrastierung, die die Musiktherapie als nicht hilfreich erlebt hatten.
IP3 +14	Die Analyse brachte keinen neuen Codes. Sie lieferte aber wichtige Aspekte von möglichen Limitierungen, mit denen ich die Beschreibungen hilfreicher Erfahrungen in den Codememos anreichern konnte.

Graphik 4 Theoretisches Sampling

Mit diesen 12 Interviews schien mir die *Theoretische Sättigung* erreicht.

4.2.5 Der Kodierprozess

[Anmerkung: Für die weiteren Kapitel wird folgende Schreibweise verwendet:

Code(s)/ Codeideen/ Codierungen/ Codebaum/ Codememos/ Kodieren/ Kodiersitzung/ Kodierprozess]

Der Kodierprozess wurde computerunterstützt durchgeführt. Als Software wurde MAXQDA 2018 genutzt. Der Beginn des Analyseprozesses lag im August 2016. Als Einstiegsmaterial habe ich das erste Interview (IP1) gewählt, welches im Untersuchungszeitraum geführt wurde.

Das Offene Kodieren

In einem ersten Durchgang des *Offenen Kodierens* entstanden sehr viele und so auch unübersichtliche Codeideen. Die meisten waren noch sehr nah am Material. Ich musste meine Distanz zum Material erst finden. Anfangs schaute ich noch sehr aus meiner musiktherapeutischen Rolle auf das, was der Patient*in von seinem therapeutischen Prozess berichtete. Zum Teil hatte ich hier fast wörtliche Übertragungen in die Codes vorgenommen. Im Verlauf des Einarbeitens in das *Offene Kodieren* habe ich dann aber in die Rolle der Forscherin gefunden und konnte das Datenmaterial immer besser abstrahieren. Hilfreich war dazu auch meine Teilnahme an einem Methodenworkshop, der am Institut für Qualitative Sozialforschung in Berlin unter der Leitung von Prof. F. Breuer und R. Vock angeboten wurde. Hier konnte ich in eine gemeinsame Arbeit am Material mit einer multidisziplinären Gruppe von 16 mit *Grounded Theory* befassen Forschenden gehen. Die Gruppe hat in einer Kodiersitzung ein Segment aus meinem ersten Interview (IP1) gemeinsam analysiert. Den eine Seite umfassenden Interviewausschnitt hatte ich vorher ausgewählt, weil der Patient hier von einer musiktherapeutischen Szene und deren Bedeutung erzählt. Das Segment selbst wurde von der Workshopleitung vorgeschlagen, um an ihm das streng sequenzielle Kodieren durchzuführen. Der Beginn mit kleinen Sinneinheiten wurde als Einstieg in das *Offene Kodieren* empfohlen. Das Segment war folgender Absatz:

„Was mir jetzt grade in den (...) wir haben's ja auch natürlich jetzt beendet und auch nochmal so ein bisschen geguckt, was passiert ist.“ (IP1 41)

Im Verlauf des Gespräches wurde das Segment auf den zweiten Teil des Absatzes ausgeweitet:

„... und dass ich das so abgebaut hab diese (...) nachdem ich erst (...) ich weiß nicht, dieses Instrument gibt's ja auch in groß.“ (IP1 41)

Anhand der Sequenzen "grade, beendet, was passiert ist" und des auffälligen Wechsels der Verwendung der Personalpronomen „ich“ und „wir“ kam die Gruppe auf die Codes *Bilanzierung* und *Entscheidungsmächtigkeiten*. Weiter beschäftigte sich die Gruppe mit dem auffälligen *Drucksen*. Sie diskutierte, ob sich daraus eine Unsicherheit herausinterpretieren ließe, die dann gegebenenfalls zu einem wichtigen Merkmal einer Therapieprozessbilanzierung werden könnte. Zusammen mit weiteren Überlegungen zu den häufigen Abbrüchen im Erzählfluss kristallisierte sich der Code *Transponieren* heraus. Die Gruppe vermutete eine Relevanz dieses Codes für den Gegenstandsbereich der Musiktherapie, weil damit die Schwierigkeit gefasst werden konnte, Erfahrungen zu verbalisieren.

Mit den Impulsen aus dieser Kodiersitzung habe ich meine Codierungen überarbeitet. Ich habe darüber reflektiert, inwieweit die Codeideen der Gruppe bei mir für mein Forschungsthema Resonanz finden. Die Codeideen *Transponieren* und *Entscheidungsmächtigkeiten* schienen mir interessant und ich verfolgte sie weiter [Vorausschau: Die Codeidee *Transponieren* ist im Verlauf der Theoriebildung zur Kategorie *Musik und Sprache verbinden* geworden/ die Codeidee *Entscheidungsmächtigkeiten* ist in die Kategorie *Sich als Gestalter*in erleben* integriert worden].

Im Anschluss an den Workshop kodierte ich das gesamte erste Interview noch einmal neu und legte hier auch die ersten Codememos an. Der daran entwickelte Codebaum findet sich im Anhang O (Codebaum 1).

Im Verlauf des *Offenen Kodierens* des zweiten Interviews (IP18) habe ich in meinem Doktorand*innenkolloquium am Institut für Musiktherapie an der Hochschule für Musik und Theater Hamburg dafür eine Kodiersitzung durchgeführt. Ich hatte einen Ausschnitt aus dem Interview gewählt, in dem die Patientin von einer aus meiner therapeutischen Sicht wichtigen hilfreichen Erfahrung aus der Musiktherapie erzählt, einer GIM (Guided Music and Imagery) Reise, in der sie sich mit dem Thema der Unsicherheit in der Erkrankungssituation beschäftigt hatte (gewählter Ausschnitt: IP18 280-344). In dieser Kodiersitzung haben wir uns insbesondere über das Konstrukt Akzeptanz ausgetauscht, welches in dieser Textstelle greifbar wurde. Daraus habe ich einen Code *Akzeptanz* gebildet und die Gedanken sind in ein Codememo eingeflossen, welches im Anhang P (Codememo 1) exemplarisch abgebildet ist [Vorausschau: Der

Code *Akzeptanz* ist zur Kategorie *In eine akzeptierende Haltung* finden weiterentwickelt worden].

Jedes Interview wurde in Folge offen kodiert.

Das Axiale Kodieren

Die Prozesse des *Offenen Kodierens* verschränkten sich zunehmend mit dem *Axialen Kodieren*. Ich begann die Codes zu strukturieren und eine Ausarbeitung der Codes hinzu möglichen Kategorien zu beginnen. Ich habe die Codes aus den verschiedenen Interviews miteinander verglichen, Bezüge gesucht, ähnliche Codes zusammengefasst, bzw. ineinander integriert und dementsprechend die Codememos laufend überarbeitet. In dieser Phase habe ich in den Codememos Binnenstrukturen geschaffen, die für meinen Überblick hilfreich waren. Auch habe ich hier einen kritischen Blick entwickelt, ob ich die Memoinhalte in den Daten begründen kann und an welchen Stellen ich Hypothesen aufwerfe, die ich im Verlauf an weiteren Daten bestätigen müsste. Bei einzelnen Codes habe ich mit den Kolleg*innen aus dem Doktorand*innenkolloquium überprüft, ob ich in meinen Überlegungen in den Memos nah genug an den Daten geblieben bin.

Beispielhaft für diese Binnenstrukturierung und Materialanbindung findet sich im Anhang P (Codememo 2) ein Codememo zum Code *Etwas transponierend weiterbewegen*. Zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Memos hatte ich zwei Interviews *offen* und *axial* kodiert [Vorauschau: Im Zuge des weiteren Codierprozesses wurde dieser Code zur Kategorie *Musik und Sprache* weiterentwickelt].

Einführung eines Kodierparadigmas

Zu Beginn des *Axialen Kodierens* habe ich mich mit der Entwicklung eines *Kodierparadigmas*, also einer möglichen Logik in der Strukturierung meiner Codes, auseinandergesetzt. Um ein für meine Analyse geeignetes Paradigma zu finden, habe ich meine Kolleg*innen im Doktorand*innenkolloquium gebeten, das von Strauss und Corbin (1996) vorgeschlagene Paradigma: *Bedingungen / Kontext / Strategien / Konsequenzen* assoziativ mit für mein musiktherapeutisches Untersuchungsfeld relevanten Inhalten zu füllen. Nach diesen Eindrücken schien mir dieses Paradigma zuerst für meine Untersuchung brauchbar. Im konkreten Überarbeiten

meines Codesystems habe ich es aber im Hinblick auf meinen Kontext noch einmal verändert. So waren die ordnenden Bereiche nun: *Bedingungen/ Erfahrungsräume/ Kernphänomene/ Bewältigungsimpulse*. Unter *Erfahrungsräume* sollten die Codes aufgenommen werden, mit denen spezifisch musiktherapeutische Erfahrungen konzipiert wurden. In diesem Bereich habe ich zwei Unterbereiche gebildet. Der Unterbereich *Schlüsselerlebnisse* sollte Erzählinhalte der Patient*innen über die ihnen als besonders wichtig erscheinenden Erlebnisse zusammenfassen. Vorerst wollte ich hier die individuellen Erlebnisse sammeln und gegebenenfalls später mit etwas Übergreifendem abstrahieren. Dies galt auch für den zweiten Unterbereich *Ungeklärtes/Schwieriges*. Ich vermutete, dass dieser auch einen Bezug zum Bereich *Bedingungen* bekommen könnte, wenn ich mich später mit Überlegungen beschäftigen würde, warum sich bestimmte Erfahrungsräume öffnen und andere nicht. Im Bereich *Kernphänomene* wollte ich Codes aufnehmen, die mein besonderes Interesse weckten und sich gegebenenfalls zu zentralen Kategorien entwickeln würden. Im Bereich *Bedingungen* sollten die Vorstellungen, die Patient*innen über Musiktherapie mitbringen, konzipiert werden und die Passung, die sich aus ihrer Vorgeschichte und aus der onkologischen Belastungssituation heraus ergibt. Im Bereich *Bewältigungsimpulse* wollte ich die wahrnehmbaren Veränderungsprozesse konzipieren, die für die Bewältigung der Krebserkrankung als hilfreich einzuschätzen wären.

Im Anhang O (Codebaum 2) ist der Codebaum dargestellt, der in diesem *Kodierparadigma* aus den beiden ersten Interviews entstanden ist.

Im Verlauf des Kodierprozesses habe ich die Codes und die sich daraus festigenden Kategorien immer weiter überarbeitet und vorerst an dieser Strukturierung festgehalten. Nach der Kodierung von acht Interviews hatte ich dann in einem Forschungskolloquium die Gelegenheit, meine Ordnungsversuche zu überprüfen oder auch neu zu denken. In einem Doktorand*innenkolloquium, welches in Kooperation der HfMT, Hamburg, und der Universität der Künste (UdK), Berlin, stattfand, habe ich die Kolleg*innen gebeten, meine bis dato entwickelten Kategorien, die ich auf je eine Karte geschrieben hatte, durch Ordnung der Karten in einen theoretischen Bezug zueinander zu bringen. Im Anschluss an das Kolloquium habe ich noch eine Weile für mich mit dieser Methode weitergearbeitet und die Karten immer wieder neu geclustert. Dieses visuelle Hin- und Herbewegen hat mir neue Impulse für die Strukturierung der Kategorien gegeben und ich konnte besser verstehen, welche Strukturierung das Material wirklich braucht.

Beim Kodieren der letzten vier Interviews löste ich mich dann von dem oben beschriebenen *Kodierparadigma*. Nach Erreichen der theoretischen Sättigung, also dem vergleichenden Einbezug des Gesamtmaterials aus den 12 Interviews, hatte ich eine neue Strukturierung gefunden. Diese umfasste nun die Bereiche *Kontext/Passung/Subjektive Bewertung/ Psychosoziale Belastung/ Musiktherapeutischer Prozess/ Erfahrungsräume*.

Im Anhang O findet sich der zugehörige Codebaum (Codebaum 4).

4.2.6 Entwicklung des theoretischen Modells

Das Selektive Kodieren und die Modellbildung

Im Verlauf der Analyse der letzten Interviews habe ich mit der Erstellung von Diagrammen begonnen, um damit das theoretische Modell herauszubilden. In diesem Zeichenprozess begann auch das *Selektive Kodieren*, also die zusammenfassende Reduktion der Kategorien in ihrer Beziehung zueinander. Dies war ein kreativer Prozess, der aus der gesättigten Beschäftigung mit dem Material möglich wurde. Hier sortierte ich die Kategorien neu und bildete neue Schwerpunkte.

Im Anhang Q finden sich sechs in ihrer Entwicklung aufeinanderfolgende Entwürfe des Modells, die einen Eindruck in den Entwicklungsprozess geben. Die ersten drei sind jeweils in verschiedenen Gruppen kommunikativ validiert und im Zuge dessen weiter entwickelt worden.

*Die Kommunikative Validierung mit den Musiktherapiepatient*innen*

Um die Übereinstimmung des entwickelten Modells für das Untersuchungsfeld zu überprüfen und die Verständlichkeit und Sinnhaftigkeit der Theorie für die Patient*innen zu erkunden, habe ich die interviewten Patient*innen alle zu einer Kommunikativen Validierung eingeladen. Diese sollte bei einem gemeinsamen Treffen im Gespräch miteinander durchgeführt werden. Folgender Auszug gibt die Informationen dazu wieder, die ich den Patient*innen habe per Brief zukommen lassen.

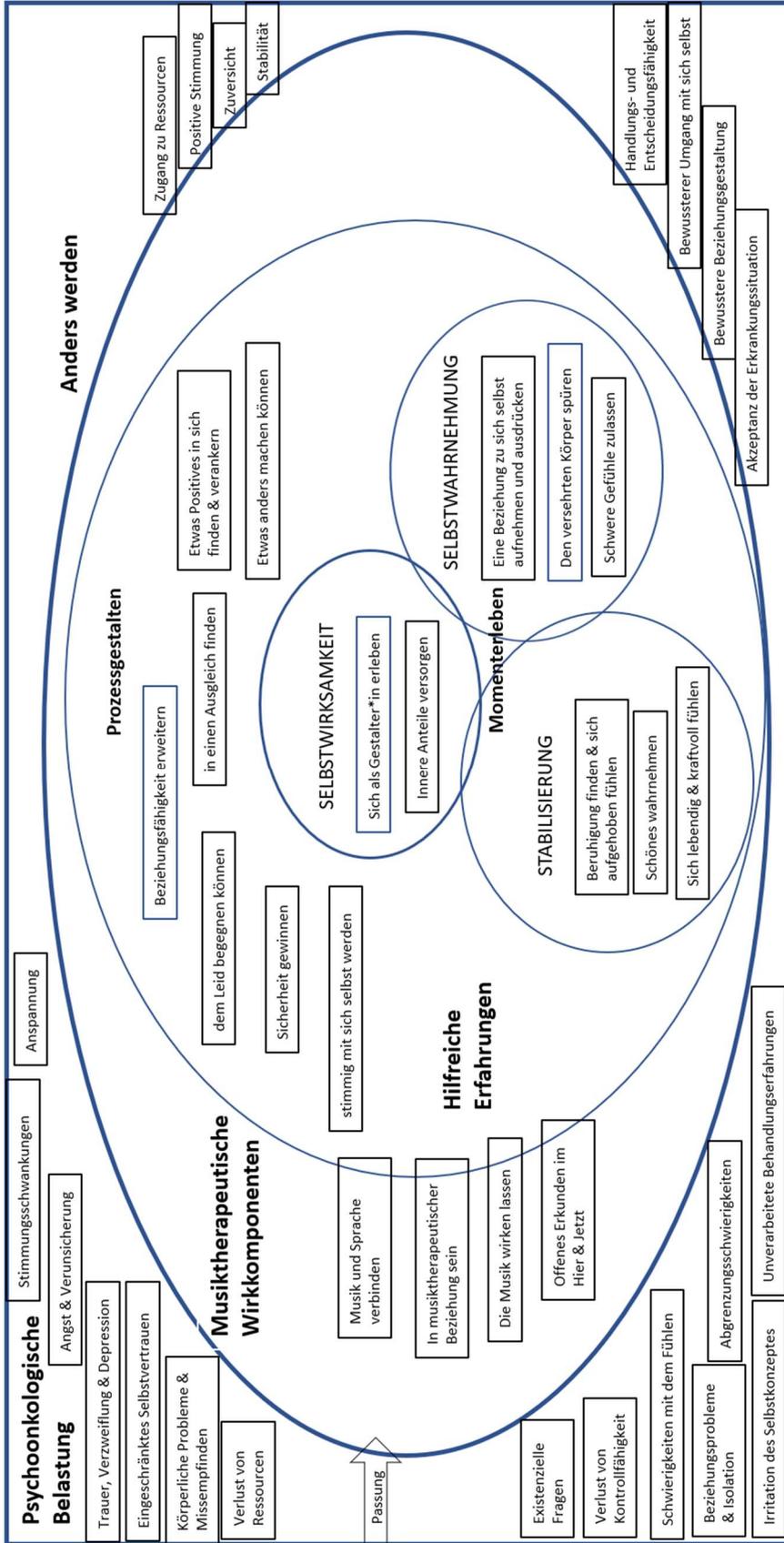
Liebe/r (...)

seit dem Interview über Ihre Erfahrungen in der Musiktherapie ist nun schon eine ganze Weile vergangen. In dieser Zeit habe ich 10 Interviews ausgewertet und daraus ein Modell über die Musiktherapie in der Ambulanz entwickelt. Dieses Modell würde ich nun gerne mit der Gruppe

der an den Interviews beteiligten PatientInnen besprechen und gegebenenfalls darauf hin überarbeiten. Damit möchte ich sicherstellen, dass Sie sich mit Ihren Erfahrungen darin wiederfinden. Im Forschungszusammenhang nennt man das eine *Kommunikative Validierung*, die mir sehr am Herzen liegt.

Zurückgemeldet haben sich die fünf Patient*innen, die auch für die *Kommunikative Validierung* der Fallbeschreibungen bereit waren. Von diesen konnten zwei aus gesundheitlichen Gründen (Chemotherapiephase; Reha-Aufenthalt) nicht an dem Gruppentreffen teilnehmen. Die Teilnehmenden an der anderthalbstündigen Gruppensitzung waren IP1, 16 und 18. Der in Graphik 5 gezeigte Modellentwurf wurde mit den Teilnehmenden kommuniziert.

Modell über den Auseinandersetzungsprozess mit einer Krebserkrankung in einer ambulanten Musiktherapie



Graphik 5 Modellentwurf zur Kommunikativen Validierung

Nach einer kurzen Einführung in den Modellentwurf habe ich die Teilnehmenden gebeten, mir Rückmeldungen zu folgenden Fragen zu geben:

Wie ist der Gesamteindruck für Sie?

Ist das Modell für Sie nachvollziehbar?

Welche Fragen tauchen auf?

Finden Sie sich/Ihre Musiktherapie darin wieder?

Was müsste aus Ihrer Sicht modifiziert/verändert/ergänzt werden?

Die Teilnehmenden waren sehr aufgeschlossen, auch den anderen gegenüber. Sie haben erst eine Weile gebraucht, um sich in die Komplexität des Modells einzudenken. Durch die konkrete exemplarische Einbindung von eigenen Erfahrung konnten ein paar der Kategorien aber *lebendig* werden. Darüber sind die Teilnehmenden dann mehr ins Gespräch gekommen.

Die Teilnehmenden hatten die inhaltlichen Kategorienbeschreibungen nicht vorliegen, weil dieses ausführliche Material den Rahmen gesprengt hätte. Ein Teil dessen, was die Patient*innen als im Modell fehlend benannt haben, hätte sich in diesen Beschreibungen wiederfinden können. Für die weitere Überarbeitung des Modells sehr wichtig waren einige Einschätzungen, die ich hier zusammenfasse. Die *Musiktherapeutischen Wirkkomponenten* standen in dem kommunizierten Modellentwurf zu sehr am Rand und außerhalb der *Hilfreichen Erfahrungen*. Den Teilnehmer*innen kam das Musiktherapiespezifische im Modell deutlich zu kurz. Sie betonten, dass die *Musiktherapeutischen Wirkkomponenten* grundlegend und an sich bereits hilfreich für die Bewältigung seien. Der Versuch der Aufteilung in *Momenterleben* und *Prozessgestalten* fand keine Resonanz. Es sei zu schwer, Prozesse zeitlich festzulegen. Ein Vorschlag war, eine Kategorie *Sich als Prozessgestalter*in erleben* zu bilden. Der Bereich *Anders werden* sorgte für Irritation. Die dort untergebrachten Kategorien waren im persönlichen Empfinden zu abstrakt und schlagwortartig. Die *Effekte*, die die Teilnehmenden darin erkennen konnten, waren für sie in dieser Ausstellung nicht relevant, beziehungsweise konnten sie diese in den innen stehenden Kategorien bereits wiederfinden. Die Patient*innen betonten, dass für sie die Erfahrungen an sich das Wertvolle und damit das *Effektive* gewesen seien.

An einigen der Kategorien haben wir begrifflich gearbeitet. Zum Beispiel wurde die Bezeichnung einer Kategorie mit *Beziehungsfähigkeit erweitern* als tendenziell defizitär empfunden, da sie als psychoonkologische Patient*innen nicht primär aufgrund von Beziehungsproblemen in die Ambulanz kämen. Besser schien die Bezeichnung *Kommunikation erweitern*.

Gegen Ende haben wir gemeinsame Überlegungen angestellt, wie die Erfahrungen aus dem aufzulösenden Bereich *Prozessgestalten* einen neuen Platz im Modell finden könnten.

Zum Ende des Treffens gaben die Teilnehmenden die Rückmeldung, dass das Modell mit den gemeinsam erarbeiteten Veränderungen, die Musiktherapie gut beschreibt. Das Treffen selbst sei interessant gewesen und sie konnten das Gespräch für sich auch noch einmal als Gelegenheit zur persönlichen Therapiereflexion nutzen.

Finale Erstellung des Modells

In weiteren Überarbeitungsprozessen habe ich einen finalen Modellentwurf entwickelt. Es haben sich hier vier Kernkategorien mit Unterkategorien herausgebildet. Im folgenden Ergebniskapitel wird die *Grounded Theory* anhand dieses Modells abgebildet und beschrieben.

5. Das theoretische Modell

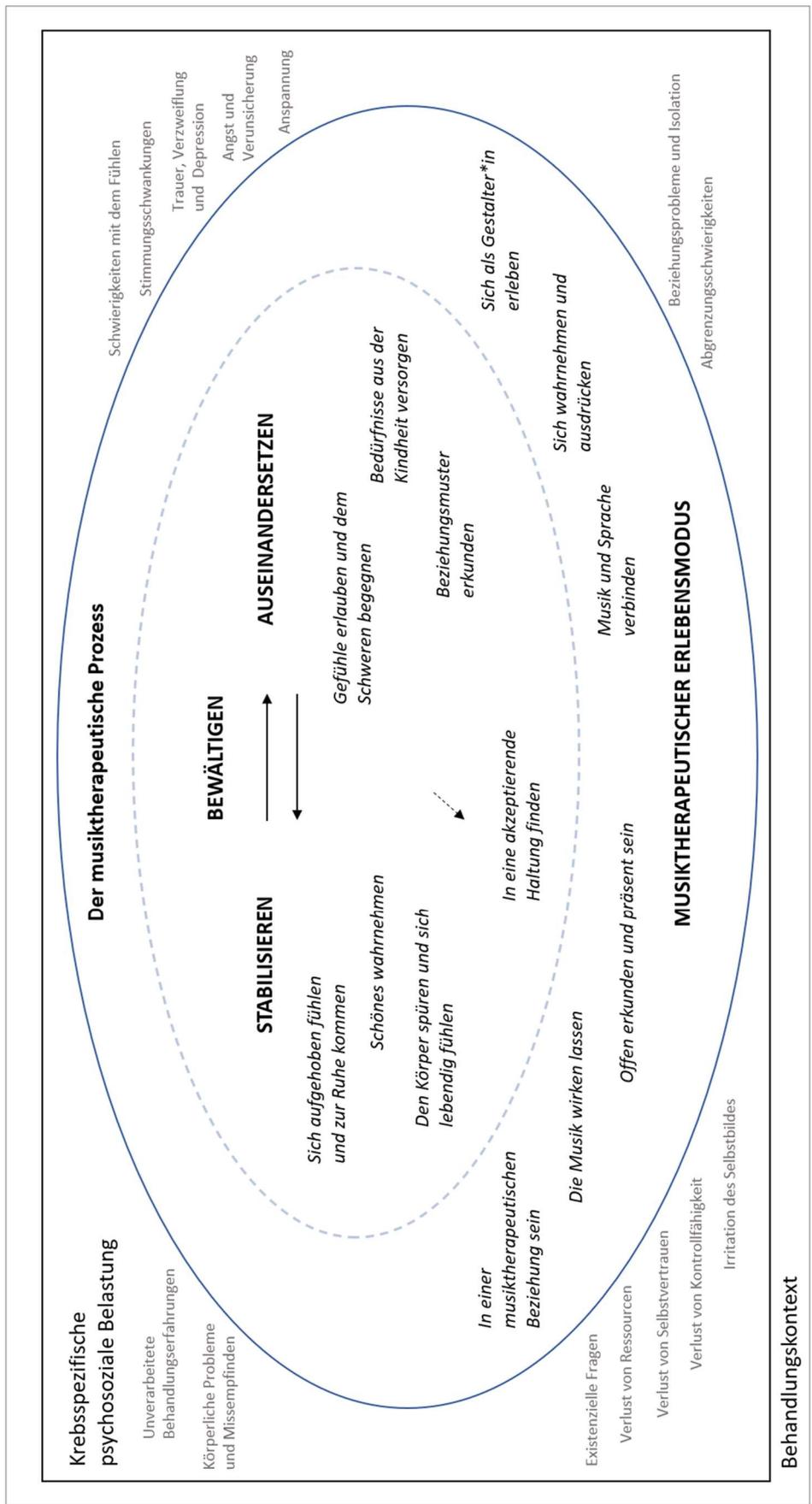
In der vorliegenden Arbeit wird eine *Grounded Theory* über den Prozess der Auseinandersetzung mit einer Krebserkrankung entworfen, wie er sich in einer ambulanten Musiktherapie im psychoonkologischen Behandlungskontext zeigt. Die Theorie wird mithilfe des hierfür entwickelten theoretischen Modells ausgeführt und beschrieben. Das Modell ist aus den subjektiven Erfahrungen der Musiktherapiepatient*innen entstanden. Sie haben in Interviews ihre Perspektive auf die Musiktherapie beschrieben. Diese Erfahrungen sind unter Einbezug des therapeutischen Hintergrundwissens interpretiert und abstrahiert worden. Der Auseinandersetzungsprozess der Patient*innen ist vor dem Hintergrund der krebsspezifischen psychosozialen Belastungen zu verstehen und findet im Behandlungskontext einer Spezialambulanz für Psychoonkologie statt. Damit wird eine bereichsbezogene Theorie vorgestellt.

5.1 Modellgraphik und Modellbeschreibung

Überblick über die Modellkomponenten und Kernkategorien

Graphik 6 zeigt das Theoretische Modell.

Das Modell setzt sich aus drei Hauptkomponenten zusammen (Behandlungskontext/ Krebs-spezifische psychosoziale Belastung/ Der musiktherapeutische Prozess): Der musiktherapeutische Prozess steht in einem bestimmten Behandlungskontext und wird bedingt durch den Hintergrund einer krebsspezifischen psychosozialen Belastung. Der musiktherapeutische Prozess wird anhand von vier KERNKATEGORIEN dargestellt (MUSIKTHERAPEUTISCHER ERLEBENS-MODUS, STABILISIEREN, AUSEINANDERSETZEN, BEWÄLTIGEN). Die Musiktherapiepatient*innen finden innerhalb des musiktherapeutischen Prozesses in einen spezifischen musiktherapeutischen Erlebensmodus, aus dem heraus sie Erfahrungen machen können, die für das Bewältigen der Erkrankungssituation hilfreich werden. Hier bilden sich zwei Erfahrungsbereiche heraus, die miteinander in Verbindung stehen. Patient*innen machen Erfahrungen, in denen sie sich stabilisieren und Erfahrungen, in denen sie sich mit sich auseinandersetzen.



Graphik 6 Das Theoretische Modell

Die Komponente Behandlungskontext

Der Behandlungskontext für die Musiktherapie ist die Spezialambulanz für Psychoonkologie. Sie ist im Institut für Medizinische Psychologie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf angesiedelt und dort als eines der interdisziplinären psychoonkologischen Angebote gut integriert. Erwachsene Krebspatient*innen und Angehörige von Krebspatient*innen mit unterschiedlichen Diagnosen und in kurativen und palliativen Therapiephasen finden in der Ambulanz eine psychoonkologische Unterstützung im Einzel- oder Gruppensetting. Im Einzelsetting bekommen sie ein Kontingent von 12 (+) 50-minütigen Sitzungen, die flexibel alle zwei bis vier Wochen vereinbart werden (vgl. auch Kapitel 3.1.3).

Die Komponente Krebspezifische psychosoziale Belastung

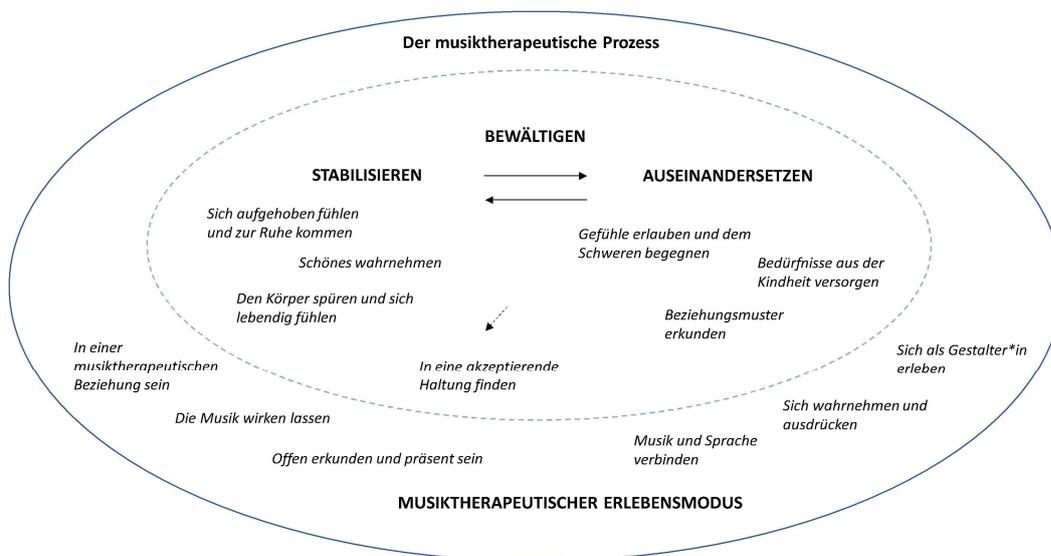
Die Patient*innen haben aufgrund ihrer Krebserkrankung vielschichtige Belastungen. Aus dem Interviewmaterial und dem Hintergrundwissen der Therapeutin können folgende Bereiche benannt werden: Schwierigkeiten mit dem Fühlen, Stimmungsschwankungen, Trauer, Verzweiflung und Depression, Angst und Verunsicherung, Anspannung, Verlust von Kontrollfähigkeit, nicht ausreichendes Selbstvertrauen und fehlende Ressourcen, Irritation des Selbstbildes, existenzielle Fragen, Abgrenzungsschwierigkeiten, Beziehungsprobleme und Isolation, körperliche Probleme und Missempfinden sowie unverarbeitete Behandlungserfahrungen. Diese psychosozialen Belastungen sind in diesem Modell nicht genauer ausgearbeitet und beschrieben.

Die Komponente Der musiktherapeutische Prozess

Die Auseinandersetzung findet in einem musiktherapeutischen Prozess statt. Dieser musiktherapeutische Prozess wird im Modell mithilfe der KERNKATEGORIEN konzipiert. Der MUSIKTHERAPEUTISCHE ERLEBENSMODUS und die darin angeregte BEWÄLTIGUNG werden durch mehrere *Unterkategorien* differenziert. Für die BEWÄLTIGUNG lassen sich die *Unterkategorien* zu zwei Bereichen zuordnen: STABILISIEREN und AUSEINANDERSETZEN. Die *Unterkategorien* bilden die Erfahrungen ab, die Patient*innen in der Musiktherapie machen. Die KERNKATEGORIEN und ihre *Unterkategorien* werden im Folgenden ausführlich beschrieben.

5.2 Der Prozess der Auseinandersetzung mit einer Krebserkrankung in einer ambulanten Musiktherapie im psychoonkologischen Behandlungskontext

Im Folgenden wird der Prozess der Auseinandersetzung mit einer Krebserkrankung mithilfe der für die Theoriebildung zentralen KERNKATEGORIEN und ihren *Unterkategorien* beschrieben.



Graphik 7 Modellausschnitt_Der musiktherapeutische Prozess

Die Erfahrungen in der Musiktherapie sind durch Kategorienbildung konzeptualisiert, datenbegründet theoretisiert und mit Zitaten aus dem Interviewmaterial und den Fallbeschreibungen veranschaulicht worden. Die Kategorien basieren dabei primär auf dem Interviewmaterial. Wenn es für die Theoriebildung hilfreich erschien, wurde therapeutisches Hintergrundwissen aus den von der Therapeutin angefertigten Fallbeschreibungen hinzugenommen. In die materialbasierten Beschreibungen der Kernkategorie MUSIKTHERAPEUTISCHER ERLEBENSMODUS werden einzelne Referenzen aus der Literatur einbezogen, um Aspekte verständlicher zu machen und ihren Bezug zu bestehender Theorie anzudeuten.

Hinweise für das Kapitel

Die Zitate aus den Patient*inneninterviews wurden eingerückt und in Anführungszeichen gesetzt. Sie sind mit IP (Interview - Patient*in) XY gekennzeichnet und mit dem entsprechenden Interviewabsatz versehen. Zitate aus den Fallbeschreibungen sind mit IPXY FB (Fall – Beschreibung) gekennzeichnet. Die Punkte in den runden Klammern der Zitate sind Hinweise auf Sprechpausen im Interview (vgl. Anhang J Transkriptionsregeln). Ebenfalls in runde Klammern gesetzt sind Fragen der Interviewerin (I: ...). Wenn ein Zitat gekürzt wurde, ist dies mit Punkten in eckiger Klammer transparent gemacht. Eckige Klammern werden auch verwendet, um Verständnisinformationen einzufügen. Die Interviewtranskripte finden sich in Anhang K.

Die *Unterkategorien* sind mit einer *kursiven* Schreibweise gekennzeichnet. Zur besseren Orientierung im Text werden sie zu Beginn der jeweiligen inhaltlichen Ausführung in einem Kasten hervorgehoben.

Kurze Erläuterungen zu den von den Patient*innen erwähnten Instrumenten und Musiktherapiemethoden finden sich in einer Tabelle am Ende des Kapitels 4.2.3.

Überblick über die im Folgenden ausgearbeiteten Kategorien:

MUSIKTHERAPEUTISCHER ERLEBENSMODUS

In einer musiktherapeutischen Beziehung sein

Die Musik wirken lassen

Offen erkunden und präsent sein

Musik und Sprache verbinden

Sich wahrnehmen und ausdrücken

*Sich als Gestalter*in erleben*

STABILISIEREN - AUSEINANDERSETZEN - BEWÄLTIGEN

STABILISIEREN

Sich aufgehoben fühlen und zur Ruhe kommen

Schönes wahrnehmen

Den Körper spüren und sich lebendig fühlen

AUSEINANDERSETZEN

Gefühle erlauben und dem Schweren begegnen

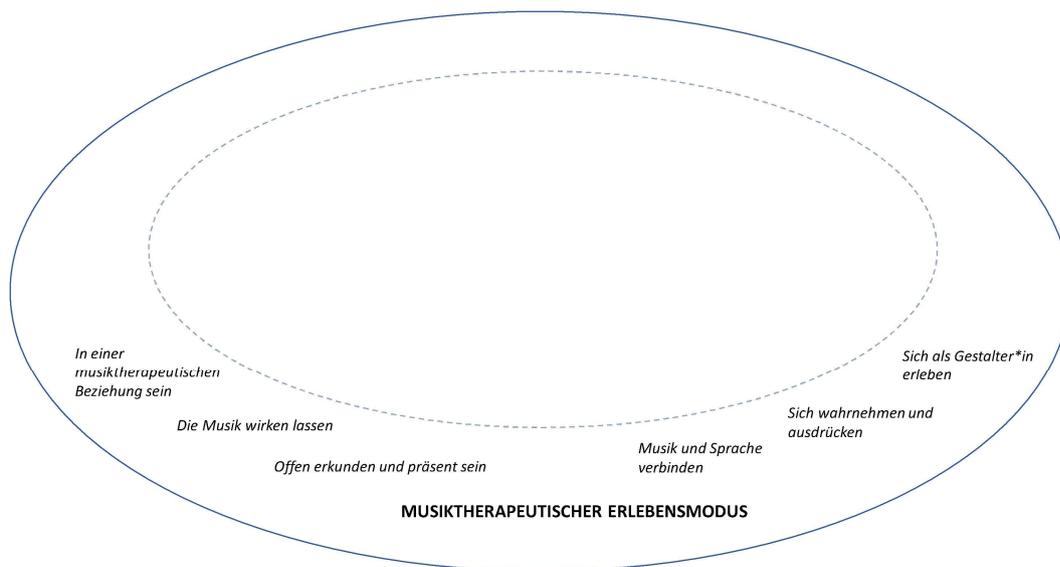
Bedürfnisse aus der Kindheit versorgen

Beziehungsmuster erkunden

BEWÄLTIGEN

In eine akzeptierende Haltung finden

MUSIKTHERAPEUTISCHER ERLEBENSMODUS



Graphik 8 Modellausschnitt_Musiktherapeutischer Erlebensmodus

In einer musiktherapeutischen Beziehung sein

Die Patient*innen erleben eine musiktherapeutische Haltung, die von Offenheit, Wertfreiheit, Wertschätzung und Selbstbestimmung geprägt ist. Eine solche Haltung ermöglicht eine Vertrauensbasis, auf der man sich zeigen und hörbar werden kann.

„Also ich finde schon, dass es ein sehr großes Geschenk ist, irgendwohin zu gehen und das Gefühl zu haben, man kann sein, man kann so sein, wie man möchte. Und man muss sich nicht, man muss nicht unbedingt eine Fassade aufrechterhalten, sondern man kann auch hinter die Fassade gucken lassen. Das finde ich schon ein sehr gutes, großes Geschenk, ja.“ (IP13 125)

Sie erleben eine spezifisch musiktherapeutische Bezogenheit. Diese gilt als etwas Zentrales in der Musiktherapie. Bruscia (2014) unterstreicht dazu: „It is within and through this relationship that the therapy process unfolds and the client makes the necessary changes“ (S. 233). Die Patient*innen beschreiben, dass die Beziehung *über* und *durch* die Musik aufgebaut wird. Die/der Therapeut*in lässt sich in und mit der Musik auf das Erleben der Patient*innen ein und begleitet dieses.

„Also so, dass sie [die Musiktherapeutin] sich einstellen konnte auf meinen Rhythmus, meine Länge, meinen Takt, also so. Und das hatte ja dann was mit meinen Gefühlen zu tun, so habe ich es zumindestens erlebt.“ (IP19 93)

Es ist eine etwas andere Form der Beziehung als die, die sich im Gespräch ergibt (vgl. *Musik und Sprache verbinden*).

„Ich war ja dann in diesem Klangstuhl, ja, und da so dieses also Schwingen, Mitschwingen, Einfühlen, angenommen sein, ja, solche Dinge, die glaube ich, hätte ich einfach im Gespräch nicht so erlebt.“ (IP19 13)

In der Beziehung über das Musikhören und Spielen als gemeinsame Handlung erleben die Patient*innen eine spezifische Verbundenheit.

„Ja, hier hatte ich mich verbunden gefühlt durch die Töne, die ich selbst erzeuge, durch dieses, ja, es ist ja so ein leichtes Trommeln, Anschlagen dieses Instrumentes, was dann auch mal leiser, lauter wurde. Dann war ich in einer Verbindung mit Ihnen wieder, weil Sie das auch mit begleitet haben oder zwischen-durch auch mal so einen Ton gesetzt hatten [...]“ (IP16 52)

Dieses Gefühl von Verbundenheit kann zu einer hohen empathischen Nähe führen. Durch die von Patient*in und Therapeut*in in der Musik - im *Hier und Jetzt* - geteilte musikalische Erfahrung können sich die Patient*innen in einer besonderen Weise verstanden fühlen. Bruscia (2014) beschreibt diese empathische Substanz des gemeinsamen Musikmachens wie folgt:

Music is a medium par excellence for empathy When we sing the same song together, we live in the same melody, we share the same tonal center, we articulate the same lyrics, we move ahead according to the same rhythm – moment by moment, sound by sound, through an ongoing awareness of the other, and through continuing efforts to stay together and therefore become one within the experience. (S. 77 f)

Die Patient*innen erleben die Musik als *Beziehungskunst*: „Music is a relational art; it is a form of interpersonal and sociocultural communication“ (Bruscia, 2014, S. 151).

Durch die Basismethoden in der Improvisation (mirroring, matching, empathic improvisation, grounding, dialogue and accompaniment (Wigram, 2004)) wird eine solche *Beziehungsmusik* als *therapeutische* Beziehung gestaltet, in der die Patient*innen eine unmittelbare Verbundenheit wahrnehmen. Die von Stern konzipierten *Vitalitätsaffekte*, die eine grundlegende Bedingung menschlichen emotionalen Erlebens und damit unserer Beziehungserfahrungen darstellen und in einer engen Verbindung zu dynamischen Formen von Musik unmittelbar erlebbar sind (Stern, 2007a), werden in diesen musiktherapeutischen Improvisationen geteilt (Hannibal, 2019; Trondalen, 2016; Schumacher, 2004). Durch diese Prozesse affektiver Abstimmung und die Erfahrung synchroner Momente (Schumacher, Calvet & Reimer, 2013) wird das Gefühl von Bezogenheit gestärkt. Weiter kommt es zu Erfahrungen von *Inter-Attentionalität*,

Inter-Intentionalität und *Inter-Affektivität*, die bei Stern (2007a) als Grundmerkmale eines *intersubjektiven Selbstempfindens* konzipiert werden. Auch das *Kernselbstempfinden* mit den Komponenten der *Urheberschaft*, *Selbst-Kohärenz*, *Selbst-Affektivität* und *Selbst-Geschichtlichkeit* (Stern, 2007a) erfährt eine Stärkung. Hier spielt der Aspekt der von den Patient*innen als positiv wahrgenommenen mitspielenden und mithörenden Gegenwart der/des Therapeut*in eine wesentliche Rolle, da sich das Selbstempfinden immer in Bezogenheit ausbildet. So entfaltet sich im Zusammenwirken von Musik und Therapeut*in eine spezifische musikbasierte Beziehungsqualität und eine emotionale Kommunikation, in der die Gefühlswelt zum Ausdruck kommen kann. Insbesondere wenn es um den Ausdruck von Gefühlen geht, die als schwierig erlebt werden und die sich die Patient*innen allein nicht auszudrücken trauen oder es sich nicht erlauben, kann die musiktherapiespezifische emotionale Unterstützung im gemeinsamen Spiel hilfreich werden.

„In einer der Stunden, in die sie [die Patientin] in gedrückter und aggressiver Stimmung kommt, möchte sie ihre Wut und ihren Zorn auf andere, die ihr nicht guttun, ausdrücken. Sie wählt dafür die BigBom, auf der sie lange und intensiv spielt. Danach wirkt sie erschöpft und meint, dass es anstrengend aber gut und entlastend gewesen sei. Sie habe sich sehr klar gefühlt und die körperliche Anspannung sei nun geringer. [...] Sie ist froh, dass ich sie in dieser lauten Dynamik begleite.“ (IP15 FB)

In der Kategorie *Gefühle erlauben und dem Schweren begegnen* sind die Bedingungen für das Fühlen schwerer Gefühle weiter ausgeführt.

In der musikalischen Interaktion können Patient*innen erleben, dass ihr Gefühl, das Unangenehme und das Laute, aushaltbar und mitspielbar ist und sie damit nicht allein bleiben müssen. Die Sorge, andere zu belasten, kann kleiner werden.

„[...] es hat mir sehr gutgetan, dass ich halt keine Angst haben musste, dass Sie von meiner Angst mit weggerissen werden oder [unv.] und dann irgendwie traurig sind oder so, sondern dass ich das alles so sagen konnte und machen konnte, was in dem Augenblick möglich war.“ (IP13 121)

Es zeigt sich, dass der Einsatz von Musik dabei zeitlich und affektiv gut abgestimmt werden muss. Insbesondere die selbstunsicheren Patient*innen berichten, dass eine behutsame Annäherung an Emotionales bedeutsam ist. Hier braucht es Zeit, um ein Vertrauen aufzubauen, so dass die affektive Nähe zugelassen werden kann und sich Patient*innen in einen hörbaren Selbsta Ausdruck hineintrauen.

„[...] mit dem Thema Instrument [...] hätte sie [die Therapeutin] gewartet, abgewartet auf den richtigen Moment, [...] und das war auch meine innere Haltung, also das hat sie sehr gut wahrgenommen, dass

ich gedacht hab, weil ich ja nicht wusste, was auf mich zu kam, also auch eine gewisse Skepsis mich begleitete oder ja, Skepsis, vielleicht Unsicherheit eher. [...] als es dann so war und ich gefragt wurde "meinen Sie, Sie können sich drauf einlassen oder wir wollen jetzt mal in diese Richtung", das fand ich ja, erstens sehr angenehm, sehr einfühlsam, mich beobachtend und dann aber auch, „ja, jetzt ist aber so der richtige Zeitpunkt für wir können es mal wagen und sind Sie soweit“. Das hat mir also gut gefallen. [...].“ (IP19 11)

Auch die Musik selbst kann von den Patient*innen in einer therapeutischen Beziehungsqualität wahrgenommen werden. Die Musik, die oft als *Co-Therapeutin* (Bonde, 2004) bezeichnet wird, bietet eine verstehende Resonanz.

„Beim imaginativen Hören in der Musiktherapie ist es insbesondere das Tragende, was sie berührt. Bei Felix Mendelssohns Lieder ohne Worte nimmt sie eine Qualität wahr, die sie nicht bedränge, sondern sie in sanften Wellen mitnehme. Sie kann beim Hören Tränen fließen lassen. Beim Hören von Mozarts Laudate Dominum erlebt sie als für sich bedeutsam, wie die Solostimme vom Chor aufgenommen werde – wie wenn jemand gehört und verstanden werde.“ (IP13 FB)

Hier wird die *Musik als Haltgeberin* erlebt und erfüllt eine der therapeutischen Funktionen, die bei Frohne-Hagemann und Pleß-Adamczyk (2005) beschrieben werden. Diese therapeutischen Funktionen werden innerhalb der Beziehungstriade wirksam. Die haltgebende Funktion wird unter der Kategorie *Sich aufgehoben fühlen und zur Ruhe kommen* näher beschrieben. Insbesondere bei Patient*innen, die aufgrund der Erkrankung in eine Isolation geraten sind, ist das Haltgebende eine sehr wichtige Erfahrung und kann das Gefühl aufheben, die Situation ganz allein meistern zu müssen.

„Ja, man macht was zusammen, man ist nicht so allein. Das gibt so ein bisschen die Illusion, jetzt hat man zusammen mal so eine Session und macht sowas zusammen, man ist nicht der Patient, der sich hier auszieht, sondern ja, ein gemeinsames Projekt, das ist angenehm und man wird unterstützt. Es fühlt sich auch nach Unterstützung an, so ganz unmittelbar, das muss man ja gar nicht aussprechen und das ist eigentlich, ja, so fühlt sich das an, dann geht es schneller, also ist es gut, ja. [...] Ja, man kann schneller was spüren, dass man was zusammen macht, diese Unterstützung, als wenn Sie irgendwie sagen "ja, das kann ich verstehen" oder so.“ (IP12 56-58)

Im Zusammenspiel kann eine begleitete Selbstbestimmtheit erlebt werden.

„Dass ich, ja, ein ganzes Stück bestimmen kann, wie ich diese Musik eben spiele und dass Sie mich da im Hintergrund unterstützen, also Sie machen dann ja auch Musik mit mir und begleiten das so. Und das war dann eben auf der Ebene immer was Tragendes oder für mich auch eine Art Kommunikation, die ich da erlebt habe in dieser Form des Spielens.“ (IP16 36)

Das gemeinsame Spiel wird meist als Bereicherung erlebt. Es entstehen mehr Variationen und der eigene Aus- und Eindruck wird erweitert.

„[...] dass ich das auch spannend fand, wenn wir zusammen gespielt haben, also mit noch einem anderen Instrument und dazu, das war auch einfach nochmal anders, in Kontakt zu sein mit jemand anders oder mit einem anderen Instrument. [...] ja, eben nicht nur auf mich selbst zu achten, sondern da ist noch was und da kommen nochmal andere Möglichkeiten und andere Varianten rein so in dem, in dem Zusammenspiel.“ (IP18 915-925)

Das Zusammenspiel kann insbesondere für Patient*innen mit einer selbstunsicheren Persönlichkeit sehr hilfreich werden. Die/der Therapeut*in *muss* auch spielen, sie ist mit dem Spielen beschäftigt und wird ebenso hörbar. So kann man sich als Patient*in aus dem Zentrum der gegebenenfalls als unangenehm empfundenen Aufmerksamkeit herausbegeben.

„Was bringt das, wenn jemand mitspielt? Naja, man (.) ist nicht so im Mittelpunkt, das ist ja für mich auch immer ganz wichtig, dass ich das nicht mag (.).“ (IP15 271)

Die Möglichkeit, gemeinsam zu spielen, birgt für Patient*innen, die sich selbst sehr unter Druck setzen, sich negativ bewerten und dadurch eine soziale Ängstlichkeit aufgebaut haben, eine sehr wesentliche Erfahrung, die zu mehr Sicherheit und Selbstvertrauen führt.

„[...] das [die BigBom] hatte ich mir hingestellt und das war immer so wie ähm (..) wie so ne Mauer, also auch vom Ton her natürlich irgendwie so ganz kräftig und (.) ähm, stand das dann vor mir und das hab ich irgendwann sein lassen [...], ich war nicht mehr so ängstlich, glaub ich [...]“ (IP1 43)

Es kann im Verlauf ein fließendes Zusammenspiel entstehen.

„(I: [...] wie haben Sie das erlebt, dieses Zusammenspiel?) (...) ja, also eigentlich positiv, oder entlastend sozusagen, also das war so ein Punkt, wo ich dann gemerkt habe, ja, das, es fließt einfach, ohne dass ich da vorher so viel darüber Gedanken zu machen oder ständig irgendwie drüber nachzudenken, war das jetzt gut gespielt, richtig gespielt oder war das jetzt zu laut [...].“ (IP1 154)

In der musikalisch gestalteten Beziehung können auch psychodynamische Phänomene auftreten und wirksam werden. Aspekte einer tiefenpsychologisch orientierten Musiktherapie (Nygaard Pedersen, 2019; Timmermann, 2004) zeigen sich verschiedenen musiktherapeutischen Erfahrungen. Hier übertragen sich Beziehungserfahrungen, die ins Bewusstsein geholt und in Kontakt gebracht werden. Wenn möglich erfahren sie eine Modifizierung im *Hier und Jetzt* der musiktherapeutischen Bezogenheit. In *Gegenwartsmomenten* (Stern, 2007b) können Impulse für eine Veränderung gesetzt werden. Es können auch frühe, präverbale Beziehungs-

erfahrungen auftauchen. Dies ist in der Kategorie *Bedürfnisse aus der Kindheit versorgen* weiter beschrieben. Manche dieser Übertragungserfahrungen bleiben auf einer impliziten musikalischen Erfahrungs- und Wirkebene.

„Mir [der Musiktherapeutin] fällt auf, dass sie [die Patientin] sich in die Improvisationen fast „hineinzustürzen“ scheint und sehr lange mit geschlossenen Augen spielt. Ich habe als Mitspielende oft nicht das Gefühl, dass sie mich als Gegenüber wahrnimmt. Spielimpulse oder kleinere musikalische „Konfrontationen“ greift sie kaum auf, wie wenn sie mit ihrer das Zusammenspiel bestimmenden Spielweise die Beziehung ein Stückweit kontrollieren möchte und den Raum für sich braucht. Mein therapeutischer Impuls ist es, dies zu respektieren und ihr im Spiel eine sichere Basis für die Selbstexploration zu geben. Es scheint mir wie eine Übertragung einer frühen Mutter-Kind-Interaktion zu sein, in der die Patientin Erfahrungen von affektiv abgestimmter Resonanz erleben und darin ihr Kernselbstempfinden stärken kann. Die Unterstützung des Gefühls von Urheberschaft scheint mir hier besonders zentral.“ (IP15 FB)

Das Erleben dieser Qualitäten der musiktherapeutischen Beziehung hat für Patient*innen verschiedene Relevanz. Je nach Komorbidität und Persönlichkeitsstruktur bekommen stimmige Beziehungserfahrungen eine mehr oder weniger große Bedeutung für die Bewältigung der Erkrankung. Für manche Patient*innen sind sie wie eine haltgebende Basis für alle anderen Erfahrungen. Für andere ist das Gemeinsame gar nicht so wesentlich, weil sie an dieser Stelle keine Bedürftigkeit haben. Für sie kann das Mitspielen eher wie eine Inspirationsquelle sein. Es gibt auch einzelne Patient*innen, bei denen die affektive Abstimmung fehlschlägt. Sie können die musiktherapeutische Beziehung nicht annehmen und fühlen sich mit der Musik und der Herausforderung des Selbstaudrucks alleingelassen.

„(I: Wie war es das erste Mal, als Sie in den Musiktherapieraum kamen?) Hab mich umgeschaut, erklärt bekommen, was das alles ist. [...] und dann sollt ich Xylophon spielen, egal was, Hauptsache, ich gab Töne von mir; das hab ich dann gemacht und wurde dann unterstützt von der Therapeutin. Und die fand alles ganz toll und ich fand alles ganz widerlich. Weil, das keinen Rhythmus hatte für mich, ich weiß es nicht, ich fand das alles fürchterlich, mein Xylophon [...] irgendwie passte das alles für mich nicht zusammen.“ (IP3 11-14)

Patient*innen, die hohe *Bezogenheitsdefizite* haben, bräuchten ein höherfrequentes musiktherapeutisches Setting, um die notwendige Beziehungsfähigkeit als Grundlage der weiteren therapeutischen Arbeit aufbauen zu können.

Die Musik wirken lassen

Die Patient*innen erleben in der Musiktherapie eine Wirkung von Musik. Sie beschreiben, dass sie durch die Musik zu einer *ganzheitlichen, multimodalen* Selbstwahrnehmung gelangen.

Die Vibrationen von Musik sind körperlich spürbar und intensivieren darüber das Selbsterleben.

„Das waren Töne, die sich irgendwie in Wellen, irgendwie in so Wellen in meinen Körper gekommen sind, so war das Gefühl.“ (IP16 72)

„Diese Wellen oder auch hier dieses, einfach dieses Geräusch, dieses laute: ahhh, so wie so ein duuuuw, das geht so einmal so durch.“ (IP18 627-629)

In der Kategorie *Den Körper spüren und sich lebendig fühlen* ist dieser Körperbezug weiter ausgeführt.

Durch Musik ist es für die Patient*innen möglich, mit sich selbst in Beziehung zu treten und bei sich anzukommen.

„Sie [die Patientin] fühle sich nicht geerdet, irgendwie schwebend. Wir beginnen mit einem Spiel auf der BigBom, bei der sie ihren Körper über die Schwingungen der Bassklänge spüren kann und dadurch wieder ein Stückweit mehr bei sich ankommt.“ (IP9 FB)

Eine wichtige Funktion der Musik ist ihre Fähigkeit, Stress zu reduzieren und Entspannung zu bewirken (Stegemann, 2013). Patient*innen erleben, dass das Hören von Musik, aber insbesondere auch das Spüren von Vibration, zu einer Beruhigung der Gedanken und damit des vegetativen Nervensystems führen kann.

„[...] die Schwingung ist sehr angenehm. [...] Ja, ich würde das mal mit dem, sicherlich nicht immer, aber ich würde das gerne mit dem Wort beruhigend umschreiben, was mich beruhigt hat. [...] Was die Gedanken runtergebracht hat und damit auch meinen Kreislauf.“ (IP7 105-109)

Ein Instrument kann in seinem Charakter zu einem Vorbild für einen entspannten Zustand werden. Durch das Spiel mit ihm lässt sich eine *ruhige Bewegtheit* gestalten.

„Ja, aber auch mein Körper oder auch diese Ocean Drum reagiert ja auf kleinste Bewegungen oder Zuckungen oder wie auch immer, und die so zu halten, dass eben sich keine Kugel bewegt [...] Dieses ganz langsame Fließende hat sowas völlig Entspanntes, finde ich.“ (IP18 699-675)

Patient*innen können Musik als einen Reiz wahrnehmen, der sie ganz einnimmt.

„... ja, dass ich da wirklich eintauchen konnte so in so Musik und nur für mich und das war schon sehr einprägsam, äh war schon ein Erlebnis einfach so, ja.“ (IP9 11)

Sie können sich ganz auf die Musik konzentrieren. Es ist eine Versunkenheit möglich, in dem das Nachdenken in den Hintergrund tritt.

„Das fand ich sehr angenehm, dass mir diese oberen klaren Töne so den Kopf freigemacht haben.“ (IP18 840 – 841)

Musik als eine auditive Stimulation ermöglicht den Patient*innen eine Absorbierung der Aufmerksamkeit und somit eine Ablenkung von Angst, Schmerz und unangenehmen Empfindungen. Hillecke und Wilker (2007) konzipieren dies als *Aufmerksamkeitsmodulation* und als einen Wirkfaktor in der Musiktherapie. Die anxiolytische und stresslösende Wirkung von Musik wird insbesondere in der *medicofunktionalen* Musik genutzt (Spintge, 2015).

Durch das Potenzial von Musik, auf die an der emotionalen Verarbeitung beteiligten Hirnstrukturen modulierenden Einfluss zu nehmen, kann sie stimmungsverändernd wirken (Koelsch, 2014). Viele der Patient*innen beschreiben eine solche Stimmungsverbesserung in der Musiktherapie.

„Ja, die Musik hat eben geholfen, dass ich das positiver und schöner gesehen habe wieder, mein Leben, also für die Zeit.“ (IP15 25)

Musik bietet vielfältige kreative Stimuli und regt kognitive Funktionen an (Loui & Guetta, 2018). Die Patient*innen fühlen sich durch die Musik abgeholt, gefordert, angeregt und auf andere Gedanken und Ideen gebracht.

„...aus dem kleinen Universum, in dem man sich dann mehr oder weniger bewegt, was nicht unbedingt nur positiv besetzt ist. Da auch nochmal so ein bisschen heraus zu kommen. Oder ein bisschen mehr, mehr Farbe ins Spiel zu bringen. So etwas in der Art.“ (IP11 173)

Bei manchen Patient*innen stellt sich in Verbindung mit bestimmten Klängen ein bestimmtes räumliches Erleben ein, welches dann mit Erinnerungen an bestimmte bedeutsame Orte verbunden wird.

„[...] mit dem Ton an sich Räume zu sehen in der Phantasie. Also umso tiefer der Ton ist, umso voller der Ton ist, sind für mich das große Hallen.“ (IP7 135)

Dieses Potenzial von Musik, Imaginationen hervorzurufen, kann Patient*innen zu einem präsent wahrnehmbaren inneren Erleben führen (vgl. *Sich wahrnehmen und ausdrücken*).

„Ja, hm. (.) Ja, das war ja die erste Stunde und das war so wirklich dieser steinige Weg (...), ja, das ist so dieses (...), dieses Musik, das wirklich hervorholt“ (IP18 105-107)

Beim Musikhören und -machen tauchen Erinnerungen auf. Schöne Erinnerungen werden wach, lebendig und verstärkt durch Klänge. Dies können auch Erfahrungen aus dem Alltag sein, die flüchtig waren und beim Musikhören oder Musikhören erinnert werden. Ein Erlebnis taucht wieder auf, wird noch einmal intensiviert durch die Musik erlebbar, fühlbar und dadurch bleibender verfügbar.

„[...] das ist ja eine Sache so durch den Park zu gehen, das wahrzunehmen und das schön zu finden und dann ist es auch wieder weg. Aber dann hier nochmal durch die Musik das hervorzurufen und dann auch noch zu Papier zu bringen [Patientin hat im Anschluss an ihre Musikgeleitete Imagination ein Resonanzbild dazu gemalt], also war das nochmal von der Intensität dieses guten Gefühls nochmal so verstärkt, ja? Wenn ich sonst so durch den Park gegangen wäre, hätte ich das wahrgenommen, aber dann wäre es auch wieder wahrscheinlich wie so vieles, auch wenn man es schön findet, geht es vorbei oder, nicht so? Durch dieses hier nochmal Erleben, Nacherleben, Nachfühlen oder sowas, ist das so ganz präsent geblieben, so. Und das ist eigentlich ein schönes Gefühl dazu.“ (IP18 67-79)

Beim Musikhören werden neuronale Netzwerke aktiviert, die nicht-musikalische Erinnerungen freigeben (Jäncke, 2018). Patient*innen erfahren, dass auch sehr frühe Erinnerungen über die Musik ausgelöst werden.

„Und die Musik geht tiefer, die geht in Emotionen, die ich, da kommen Emotionen hoch, die kann ich nicht im, im Reden, nicht in Worte fassen, das geht in Musik, das geht auch mit selbst, mit hören, auch passiv hören und es geht aber auch, wenn ich es selbst mache so. (I: Das heißt, tiefer, was, was meinen Sie mit tiefer?) Äh, also ich hab das Gefühl, wenn man das Gehirn in Schubladen da aufteilen, da werden Schubladen aufgemacht, die ich sonst nicht aufkriege, so. (I: Ja. Und was sind das für Schubladen?) Das ist so ganz tief, von ganz, ganz, ganz früher, wo ich denke, was war da, was ich dann noch nicht mal benennen kann, aber da kommen so Gefühle hoch, die von (.) von, von ganz früher.“ (IP9 15-19)

Manche Patient*innen wünschen sich, die Gefühle, die sie in einem verbalen Kontakt unter Kontrolle halten und in ihrem Ausdruck hemmen, in der Musik aus dieser Zurückhaltung zu lösen und zu fühlen.

„... ja, dass ich es eben dann nicht mehr geschafft habe, mich zurückzunehmen und da zu blockieren auch emotional. Das fand ich gut. Ich glaube das wäre ohne die Unterstützung, weiß ich jetzt nicht, das kann ich natürlich nicht sagen, das ist ja eine Vermutung, ohne die Unterstützung der Klanginstrumente vielleicht nicht so gelungen, nur im therapeutischen Gespräch, also nur im Gespräch.“ (IP19 23)

Es kann zu einer unmittelbaren und sehr direkten emotionalen Berührung kommen.

„Und bei der ersten Sitzung hat sie das anklingen lassen. Und das waren für mich einfach Klänge, ich konnte mich nicht mehr dagegen wehren und hab, ich sage es mal salopp geheult wie ein Schlosshund.“ (IP7 19)

Emotionsmodulation wird als ein Wirkfaktor in der Musiktherapie beschrieben (Hillecke & Wilker, 2007). Die Autor*innen zeigen hier weiter auf, dass eine emotionale Flexibilisierung durch die musikalische Flexibilisierung möglich wird, was zu einem Abbau emotionaler Hemmung führt und dadurch psychische Belastung mindert.

Für die Patient*innen wird das Zulassen von Gefühlen durch die Gewissheit möglich, die Intensität der Erfahrung gemeinsam mit der/dem Therapeut*in eingrenzen zu können (vgl. *In einer musiktherapeutischen Beziehung sein und Gefühle erlauben und dem Schweren begegnen*). Die selbstbestimmbare Mitgestaltung und die haltende Funktion der Musik sind dabei wesentlich.

Patient*innen schätzen die Musiktherapie als ein Raum für tiefe Gefühle. Sie können sich den Gefühlen in der Musik hingeben. Dies ist ein besonderer Zugang, der im Gespräch so nicht erlebbar wäre (vgl. *Musik und Sprache verbinden*).

„Also ich kann natürlich auch in Worten sagen, ich fühle mich traurig oder so, das (.) oder irgendwelche Rückschlüsse ziehen auf die Kindheit oder so, das schon (.), aber hier ist nochmal ein wirklich, ja, wie soll ich das sagen (.), ein Erleben, ein direktes Erleben von einem Gefühl auch. Das ist sehr viel direkter, die Wahrnehmung, irgendwie.“ (IP16 110)

Es gibt jedoch auch Patient*innen, die sich wünschen, ihre starke emotionale Kontrolle durch Musik aufgeben zu können und denen dies nicht gelingt. *Wenn* das Fühlen aber gelingt, wird es tief in der Erinnerung verankert.

„[...] also das war so ein ganz tiefes Empfinden so, auch in Erinnerung nochmal.“ (IP18 22-23)

Über diese in der Musiktherapie erfahrbare Wirkung von Musik hinaus, kann die Musik für Patient*innen zu einer Ressource werden, die das Leben vollständiger macht.

„Und ich nehme auch seitdem ich diese Musiktherapie gehabt habe, bewusster Musik wahr irgendwie. Also ich möchte, dass das viel mehr Raum hat in meinem Leben, weil es mir immer wieder hilft. [...] Also ich merke, wieviel Halt mir Musik geben kann. [...] Und ich merke auch, wieviel mir fehlt, wenn ich so ohne Musik irgendwie lebe (lachend), da fehlt was. Da fühle ich mich gar nicht so ganz irgendwie.“ (IP16 86)

Patient*innen beschreiben das Erleben von Musik in ihrer Wirkung auf den Körper und auf kognitive Prozesse. Diese Wirkung wird auf der Basis der therapeutischen Beziehung in den Dienst des Auseinandersetzungsprozesses gestellt. Insofern unterscheidet sie sich von *musikmedizinischen* Ansätzen.

Offen erkunden und präsent sein

Für die meisten Patient*innen ist die Musiktherapie ein Verfahren, das sie noch nicht kennen. Sie bietet einen Raum des Möglichen. In einer oft hoffnungslos erscheinenden Lage wird etwas Neues gebraucht. Die Musiktherapie als neuer Erfahrungsraum, in dem das Gewohnte

und Bewährte in den Hintergrund treten darf, ermöglicht, dass sich neue und andere Erfahrungen mit sich selbst ergeben, jenseits der Eingrenzung und diagnostischen Festlegung auf eine/einen Krebspatient*in.

„[...] dieser Ausflug auf dieses eher unbekanntes Gebiet dazu führt, dass man dann auch erstmal wieder weg kommt von seinem alten Gedankengebilde, das dann irgendwann mal geheißen hat hier Krebs und nicht mehr heilbar.“ (IP11 86)

Die anfängliche Unkenntnis über Musiktherapie kann ähnlich der Ratlosigkeit, wie die Krebserkrankung bewältigt werden könnte, erlebt werden. Patient*innen kommen oft mit der Vorstellung, es gäbe die eine *richtige* Bewältigungsstrategie. Manche setzen sich zum Beispiel sehr unter Druck, immer eine Haltung des Kämpfens und des positiven Denkens aufrecht erhalten zu müssen. Die Musiktherapie kann von solchen nicht hilfreichen Strategien entlasten und beim Finden einer individuell stimmigen Bewältigungshaltung unterstützen. Sie bietet einen offenen Erkundungsprozess, ein öffnendes Hinhören zur individuellen Situation und Verfassung. Sie strebt gute Erfahrungen mit dem nicht Planbaren an. Basierend auf einem Grundverständnis über die psychoonkologischen Unterstützungswünsche entwickeln sich aus den Erfahrungen mit Musik und der therapeutischen Beziehung die spezifischeren Bedürfnisse und Ziele und die Art und Weise, wie sie behandelt werden. Das offene Erkunden, auf das sich die Patient*innen einlassen, kann auch als „experience-oriented“ (Bruscia, 2014, S. 179) bezeichnet werden. Bruscia (2014) schreibt dazu: „The music experience and relationships then become a creative problem-solving process wherein client and therapist explore alternatives and possible solutions to the therapeutic issue or problem, while also bringing the client's resources into play“ (S.180). Solche Stunden können als „free-flowing sessions“ (S. 48) beschrieben werden, in denen die/der Therapeut*in den Bedürfnissen, die sich von Moment zu Moment ergeben, folgt.

Die Offenheit einer solchen Arbeit kann durch semi- oder hochstrukturierte Angebote eingrenzbarer und in gewissem Maße kontrollierbarer werden. Eine Möglichkeit der Fokussierung in der Offenheit ist der Einsatz von Musik nach ihrem *Erlebenspotenzial*. Den Patient*innen wird eine mehr oder weniger konkrete Erlebensmöglichkeit angeboten. Die/der Patient*in kann sich dadurch mit möglichen für ihren/seinen Prozess relevanten Bedeutunggehalten der *musiktherapeutischen Komponenten* in Beziehung bringen, ihr/sein inneres Erleben darin wiederfinden und ausformen (Hegi, 1997). Musikstücke können nach ihrem *Imaginati-*

onspozenzial ausgesucht werden. Wärja und Bonde (2014) haben dazu eine Taxonomie entwickelt, mit der die zum Einsatz kommende Musik in ihrer Qualität von supportiv bis herausfordernd eingeschätzt werden kann.

Das offene Erkunden kann als eine spielerische Verfassung erlebt werden. Die musikalische Interaktion, das Musikspiel, zeigt sich für die Patient*innen als Erfahrungsraum, in dem sie etwas zulassen und machen können, ohne steuern oder einen Zweck erfüllen zu müssen.

„Ja, diese Art von Spielerei, die ich mit mir machen konnte hier. Dass ich Töne machen konnte, ja, ich kann es im Augenblick nicht anders sagen, als dass es eine Art von Spielerei mit mir selber war. Und das fand ich sehr schön, also fand ich eine neue Art zu spielen (schmunzelt). Und das in meinem Alter (lachend).“ (IP13 77)

Durch die Orientierung an der Momenterfahrung holt die Musiktherapie Patient*innen dort ab, wo sie sind. Patient*innen und die/der Therapeut*in machen sich auf eine gemeinsame Suche. Sie erkunden, statt festgelegte Melodien und Rhythmen zu übernehmen. Die Patient*innen müssen nichts Bestimmtes tun und es entsteht ein Gefühl von Freiheit (IP1 in der Kommunikativen Validierung). Die Offenheit kann als entlastend erlebt werden, wenn Patient*innen nicht mehr weiterwissen oder wenn feste Vorstellungen über eine gelingende Bewältigung der Erkrankung unter Druck setzen. Die Patient*innen können sich auf das Wahrnehmen der eigenen Gefühle und Bedürfnisse im Augenblick fokussieren. Für manche ist dies anders als gewohnt. Sie müssen sich bewusst von ihrer bisherigen Haltung, die Dinge vorher zu planen, lösen und die kognitive Kontrolle anteilig aufgeben.

„Ja, weil ich sonst immer so bin, dass ich häufig sehr strukturiert, sehr geplant irgendwie bin. Und ähm, das wollte ich dann nicht nur, sondern ich wollte ja als Ziel auch meine Gefühle mehr wahrnehmen können und auch irgendwo meinen Schmerz zulassen können oder das, [...] was ich erfahren habe in der Krebskrankheit mehr zulassen können. Deswegen dachte ich, wenn ich jetzt das wahrnehme, wie fühle ich mich jetzt, dass ich irgendwo auf dem Weg bin, stimmiger mit mir zu werden, irgendwie so, das als ein Ziel empfunden hab. [...] Also ich habe mich in der Zeit mehr damit befasst, was ist jetzt wirklich wichtig für mich? Was brauche ich vielleicht irgendwie in der Zeit? [...] Also ich hab vorher, bevor die Stunde anfing, meistens noch nicht genau gewusst, welches Instrument wird das heute sein irgendwie? [...] Das hat sich dann entwickelt.“ (IP16 12 + 20)

Dabei gibt es keine festgelegten Interpretationen und kein Deutungsschema dessen, was entsteht.

„Ja, so eine Selbstsouveränität, erstmal, dass es gar nicht darum geht, was ich da jetzt draufhämmere, dass es eigentlich mehr für mich ist und nicht, dass jeder irgendeine wilden Sachen rausinterpretiert. [...] Ja, also einfach zu gucken und zu probieren [...] was passiert.“ (IP12 28)

Musiktherapie ist ein *Möglichkeitsraum*, in dem sich die Patient*innen individuell ausdrücken können. Insbesondere die Improvisation bietet die Gelegenheit, etwas auszuprobieren und etwas von sich zu entdecken. Das kann als sehr spannend erlebt werden, Freude machen, Kreativität anregen und inspirieren. Patient*innen bemerken, dass sie durch die Musik wieder neugierig auf sich selbst werden.

„Und ich fand das sehr spannend, was teilweise dabei rausgekommen ist. Also wirklich, wie gesagt, dass ich da sehr überrascht teilweise selber war von mir.“ (IP13 73)

Es geht auch um die Loslösung von Konzepten, die manche Patient*innen über die Musik oder über sich selbst haben und die ihnen den Blick verstellen. Damit werden neue, stimmige Erfahrungen mit sich selbst möglich.

„[...] gucken, was im Augenblick meine Seele wirklich haben will, was für Töne es macht, es war was ganz anderes, als was ich es mir eigentlich vorgestellt hatte. Das fand ich gut, weil das war ein anderer Zugang [...] Und so ist es teilweise mit der Musik auch gewesen, dass ich das Gefühl hatte, da ist die Vorstellung meinetwegen, ich bin ganz traurig, also muss ich ganz dunkle Töne, ganz langsame Töne. Aber da ist dann doch eine lustige Melodie dabei, also so dieses Gucken, was wirklich rauskommt.“ (IP13 31 + 35)

Aus einem Anfangsimpuls, der in Musik offen weitergeführt wird, kann sich auch ein dahinterliegendes Thema heraus entwickeln.

„Als ihre geliebte Katze verstirbt und sie sich in ihrem Gefühl bestätigt fühlt, dass ihr nur Schlechtes wiederfähre, beginnt sie [die Patientin] eine Improvisation mit der Idee, „irgendwo draufhauen“ zu wollen. Sie beginnt ein Spiel ohne Innehalten auf dem Metallophon. Im Verlauf verändert sich das Spiel, etwas Munteres, Leichtes kommt hinzu, es entstehen dynamische Wechsel. Am Schluss hat sie eine sich wiederholende Tonfolge gefunden, die ich mit einem stetigen Ton leise im Hintergrund begleite. Nach der Musik wirkt sie froh und meint, dass es eine Musik für ihre Katze gewesen sei. Sie habe sich nicht richtig verabschieden können und nun habe sie es nachholen können.“ (IP15 FB)

Im offenen Erkunden kann sich etwas im *Hier und Jetzt* ereignen. Darüber kann ein Vertrauen gestärkt werden, dass Ideen und Lösungen auftauchen, die die Patient*innen bisher nicht sehen konnte. Wenn sie sich auf den Augenblick einlassen, etwas zulassen, entstehen Erfahrungen, die nicht planbar sind. Oft geschieht dies unmittelbar und überraschend.

„[...] wo kommt das her, warum kommt eine fröhliche oder liebevolle Melodie, so eine harmonische, wie kommt das denn jetzt?“ (IP12 180)

In den Improvisationen entstehen „Punkte[n] der Mehrdeutigkeit“ (Weymann, 2004, S. 17). Hier geht es um ein „Umspielen einer Schwebeverfassung“ (Weymann, 2006, S. 188), in der kreative Lösungen entstehen können. In der Herausforderung des Offenen und Neuen kann sich die intersubjektive Bezogenheit verdichten und *Gegenwartsmomente* werden möglich. Diese konzipiert Stern (2007b) als affektiv hoch aufgeladene Momente, die eine emergente Eigenschaft für den seelischen Prozess entfalten und zu Veränderungen im Erleben führen können.

Das Prinzip der Offenheit kann für manche Patient*innen aber auch mit ihrem Wunsch in Konflikt kommen, etwas Bestimmtes wahrnehmen und ein konkretes Erleben herbeiführen zu wollen.

„Es gab in dieser Zeit auch ein Thema, welches nur unzureichend bearbeitet werden konnte. Die Patientin hatte sich gewünscht, durch die Musiktherapie Einfluss auf ihre Darmfunktion zu nehmen und dadurch gegebenenfalls die Diarrhoe besser regulieren zu können. Dazu wollte sie imaginativ einen Zugang zu ihrem Darm finden. Dies war bislang nicht gelungen.“ (IP18 FB)

Ebenso kann die Erwartung, dass etwas aufbricht und die Musik etwas auslöst, auf das Erleben hemmend wirken.

Es gibt auch Patient*innen, die von sich aus die Offenheit etwas eingrenzen. Sie nutzen die Möglichkeit, die Musik zu *funktionalisieren*. Sie können zum Beispiel die Musik auf ihr Potenzial, schöne Stimmungen hervorzubringen, begrenzen. Dies kann mit der Auswahl harmonischer Instrumente bewirkt werden, die mit Wohlbefinden verknüpft sind. Die Suche nach Schöнем in der Musiktherapie ist in der Kategorie *Schönes wahrnehmen* ausführlicher beschrieben. Oder Patient*innen greifen auf bekannte Instrumente zurück und suchen sich eine Strukturierung durch vertraute Klänge.

„Die Patientin hat früher viele Reisen nach Asien unternommen. Die Klangschalen im Musiktherapie-raum erinnern sie an die dortigen schönen Erlebnisse und holen beim Anschlagen angenehme Gefühle hervor. Sie nimmt die Klangschalen immer wieder auf die Frage der Therapeutin, was sie sich vorstellen könnte zu spielen. Eine Interpretation wäre, dass die Offenheit der Frage zu einer Unsicherheit führt, die ein schneller Griff zu etwas Bekanntem in Schach hält. Die Patientin sichert sich selbst und verhindert damit aber neue Erfahrungen. Eine andere Interpretation wäre, dass die Patientin das offene Angebot mehr oder weniger bewusst nutzt, um für sich zu sorgen und sich immer wieder die für ihre Stabilisierung notwendigen vertrauten Klänge zu spielen.“ (IP7 Notizen aus einer Supervision)

Wenn die akute Belastung sehr hoch ist, kann es auch schwerfallen, sich auf den Augenblick einzulassen und sich zu öffnen. Dies muss bei Krebspatient*innen mit besonderen Sorgfalt

gehandhabt werden. Es muss immer für eine Grundstabilität gesorgt sein als Basis für das offene Erkunden. Der Grad der Offenheit muss gestaltbar sein. Für Patient*innen, die es gewohnt sind, Probleme kognitiv zu lösen, kann das offene Erkunden zu Beginn herausfordernd sein. Hier ist es hilfreich, Zeit zu haben, um damit vertraut zu werden. Erfahrungen, die in der Kategorie *Sich aufgehoben fühlen und zur Ruhe kommen* beschrieben sind, können hier eine Basis bilden.

*„[...] also man muss ein bisschen glaube ich wirklich sich drauf einlassen. So gut es einem auch tut, wenn man eigentlich nicht so richtig alles über den Verstand machen will oder auch nicht kann und nicht sprechen kann, muss man sich drauf einlassen. Der Verstand ist eigentlich immer so der Erste und das ging dann glaube ich gleich beim zweiten Mal ging es dann besser. Wenn man also so die erste Runde so musiziert hatten. Weil, es ist schon ein bisschen komisch, man fängt an so Töne zu machen und dann sitzt da jemand, der versucht, da mit einzusteigen erst und dann „Oh Gott, was versuche ich denn jetzt?“ Oder irgendwie so, am Anfang, wo man so denkt, was musst du denn jetzt machen, wie soll das jetzt laufen. Das brauchte schon für mich jetzt so ein, zwei Sitzungen oder so. Und dann war es aber besser.“
(IP12 26)*

Auch das *Aufgehobensein* in der therapeutischen Beziehung ist in dieser Offenheit wichtig. Es gibt allerdings auch einzelne Patient*innen, die dieser Schritt in die unterstützte Offenheit überfordert und die in eine Abwehrhaltung gehen. Insbesondere stark kontrollierende Persönlichkeiten lassen sich schwer auf eine offene Suchbewegung ein. Wenn das Kontrollbedürfnis mit einem negativen Selbstbild und starker negativer Selbstbewertung einhergeht, kann das offene Erkunden kontraindiziert sein.

„(I: Was erinnern Sie von der Musiktherapie, was haben Sie gespielt?) Xylophon, weil ich die Töne kannte, dann haben wir das mal mit Trommeln versucht, das fand ich ja ganz fürchterlich. (I: Wie war das denn?) Fürchterlich! (I: Was passierte da mit Ihnen?) Gar nichts, am besten so [klopft mit den Fingerknöcheln auf den Tisch] mit dem Knochen ja, da kriegt ich paar verschiedene Töne raus (I: Hatten Sie eine bestimmte Vorstellung, was rauskommen soll?) Ja, wenn ich eine Trommel hör, hör ich da schon andere Töne als sie bei mir gekommen sind. (I: Was machte das mit Ihnen?) Ist doof [...] ich glaub das ist etwas, wenn ich weiß, ich kann es nicht, mag es auch gut angehen, dass ich's nicht will; das hab ich Frau P. [der Therapeutin] auch gesagt, es mag sein, dass der Kopf dann auch immer sagt, du willst das nicht und dann mach ich's nicht. Versuch es gar nicht. Jalousie runter, Ende, aus.“ (IP3 35-44)

„Ich hab nicht gewusst, dass ich anfangen muss, dass ich den Takt vorgebe und insofern war ich sehr überrascht, weil ich zwar gerne mitmach, aber etwas, was ich absolut nicht kann [...] bin ein Mitläufer in der Musik [...], ich fand das als vollkommen falsch für mich, diese Therapie [...].“ (IP3 16)

Hier muss Musiktherapie gegebenenfalls in eine kognitiv ausgerichtete, hochstrukturierte Therapieform übergeführt werden, um diese Patient*innen gut unterstützen zu können.

Musik und Sprache verbinden

Viele wichtige Erfahrungen in der Musiktherapie sind auf einer impliziten, nonverbalen Ebene zu verorten. Gleichwohl hat das Sprechen für die Patient*innen eine Bedeutung. Über etwas Sprechen ist etwas Vertrautes und das sich Mitteilen ein grundlegendes Bedürfnis. Die Patient*innen möchten etwas über sich und ihre Belastungssituation erzählen. Die Musiktherapie auf Musik zu beschränken wäre für die meisten Patient*innen schwer vorstellbar.

„Es ist sehr, sehr wichtig, dass so etwas, also jetzt nicht nur auf die Musik geschoben wird oder mit Musik gearbeitet wird, sondern dass klärend oder hilfestellend auch das Gespräch dabei ist, und zwar mit einem wichtigen Stellenwert. Das wird für jeden einen anderen Stellenwert haben, für mich war es sehr wichtig.“ (IP7 197)

Manche Themen wollen ausgesprochen werden und fordern es, in ein *sprechendes* gemeinsames Nachdenken zu kommen. So können Patient*innen zu einer Position oder einer Entscheidung finden. Sie suchen nach gedanklichen Anregungen nach der Möglichkeit, verschiedene Perspektiven zu reflektieren.

„[...] das war, es hat mich ja extrem beschäftigt, es war so für mich gut, dass ich das besprechen konnte und zwar auch dieses, was mich sehr beschäftigt hat auch zu Anfang, das war dieser Tod, diese Sterblichkeit, diese ja, wie will ich beerdigt werden, und wie will ich das machen, das war das, was ich mit meiner Familie nicht besprechen konnte, da wollte ich, das ist mir noch sehr präsent, dass ich das hier dass ich das hier erzählen konnte, was ich, wie ich mir das vorstelle auch, ja, selbst, Grabstein oder wie, wie das alles ablaufen soll [...].“ (IP9 290-293)

Gespräche werden von den Patient*innen mit bewusstem Aufarbeiten von nicht Bewältigtem verbunden. Sie machen den Problemkontext klar. So kann es Stunden in der Musiktherapie geben, in denen nur oder zumindest in weiten Teilen gesprochen wird. In dem zeitlich begrenzten Setting gilt es, die Prioritäten zu finden und Musik und Gespräch zu stimmigen Anteilen einzubeziehen.

„[...] weil es ist ja für mich erstmal, ich muss immer ein Stück, ich glaube ich muss immer ein Stück so reinwachsen, so ankommen sozusagen in der Stunde und äh (.) ja, dann war erstmal Gespräch, da haben wir geguckt, was bewegt mich jetzt oder ist es noch was, was ich sowieso noch aufarbeiten wollte, also den Teil gab es ja auch immer, ja schon, also habe ich manchmal gedacht, das muss ich jetzt nochmal ansprechen oder so, das gab es natürlich auch immer. (.) Ja und dann habe ich manchmal das Gefühl

"oh, das darf jetzt nicht zu kurz kommen" ich möchte unbedingt noch irgendwas noch mit Musik machen." (IP16 138)

Eine gute Mischung aus Musik und Gespräch wird auch in einer Befragung von Wormit und Kolleg*innen (2007) bei ambulanten Musiktherapiepatient*innen als hilfreich benannt. Dass Musik in einen verbalen reflektorischen Prozess eingebunden wird, findet sich in den meisten musiktherapeutischen Ansätzen. Bezogen auf das Verhältnis von Musik und Sprache in der Musiktherapie beschreibt Bruscia (2014) vier mögliche Stufen auf dem Kontinuum von exklusiv musikalischer und exklusiv sprachlicher Behandlung. In den Beschreibungen der Patient*innen, die für dieses Modell analysiert wurden, zeigt sich eine Mischung von Stufe 3 („The therapeutic issue is accessed, worked through an/or resolved equally in music and words, either alternately or simultaneously, with music used for its unique advantages and words used to enhance insight“) und Stufe 4 („The therapeutic issue is accessed, worked through, and/or resolved primarily in verbal discourse, with music used to facilitate or enrich the process“) (S. 233).

Musik und Gespräch werden von vielen der Patient*innen als zwei getrennte Dinge wahrgenommen. Das Gespräch wird dann eher als Raum für Belastendes in Anspruch genommen und die Musik eher als wohltuender Rückzugsort. Diese Trennung macht es möglich, sich mithilfe von Musik in eine gute Distanz von der Belastung zu begeben. Von einigen Patient*innen wird die Musik am Ende der Stunde einbezogen, um nach einem intensiven Gespräch für etwas Beruhigendes zu sorgen, einen guten Abschluss zu finden und die Gesprächsinhalte zu integrieren.

„Ja meistens, zum Schluss war es dann immer nochmal und wenn es nur zehn Minuten waren mit Musik und das war dann noch, [...], die Musik, dann war ich so, als wenn ich da abschalten konnte und mit der Musik noch so ausklingen lassen.“ (IP9 159)

Wenn diese Trennung von Musik und Gespräch und die *Funktionalisierung* von Musik allerdings von den Patient*innen sehr forciert wird, verändert sich das musiktherapeutische Angebot gegebenenfalls in Richtung einer *Gesprächstherapie mit Musik* in einer entspannungsfördernden und stimmungshebenden Funktion.

Wenn Musik und Gespräch aber in eine bewusste Integration gebracht werden können, entwickelt sich der Auseinandersetzungsprozess im Zusammenspiel der beiden Ebenen.

„Oder die Frage war ja häufig auch, [...] „was würde jetzt [musikalisch] passen, so mit diesem Gefühl?“ Es hat sich manchmal aus dem Gespräch dann entwickelt. Das war auch ganz wichtig, dass das zusammenkam, also Gespräch und die Musik. Das muss für mich beides sein. Und dann hat sich das daraus ein Stück entwickelt.“ (IP16 14)

Ein Gefühl, über das gesprochen wird, wird direkter und intensiver erlebbar, wenn die Patient*innen es mit Musik ausdrücken und ihm so nachspüren können (vgl. *Sich wahrnehmen und ausdrücken*). Wenn unklare, unbenennbare Gefühle angesprochen werden, hilft die *Verklanglichung*, etwas davon verbal zu greifen.

„Das Instrument ist die Brücke, weil oft hätte ich glaube ich Schwierigkeiten, etwas in Worte zu fassen und wenn es aber durch Spielen jetzt irgendwelche Gefühle sind, die kann ich dann vielleicht besser benennen oder erklären oder.. Ist das klar irgendwie so dieses? (...) (lachend) hm (...). Na, zum Beispiel, wenn ich diese Ocean Drum genommen hab und mich dann da ausgelassen hab und dann hinterher reflektiert habe, was war da, was hat mich veranlasst jetzt, das genau so zu nehmen, so. Das dann hat es glaube ich für mich einfacher gemacht, daran zu kommen, das in Worte zu fassen, so.“ (IP18 986-996)

Die Patient*innen können nicht so einfach über schwierige Gefühle hinweggehen, wie es beim Gespräch manchmal passiert (IP1 *Kommunikative Validierung*). Im Gespräch ist das Erleben und Verhalten in bestimmten Situationen erklärbar und reflektierbar. Wenn Patient*innen sich dann aber in diese *verstandene* Situation mithilfe einer Improvisation hineinbegeben, wird es möglich, das, was sich darin abspielt, auch zu fühlen. Die eigene Betroffenheit wird spürbar, die Gefühle nicht länger ignorierbar. Das kann als ein wichtiger Baustein für Akzeptanz und Verhaltensmodifikation gewertet werden. In der Kategorie *In eine akzeptierende Haltung finden* werden weitere Bedingung für Akzeptanz ausgeführt.

„Nein, in der Musik habe ich gemerkt, meine Güte, das ist überhaupt nicht fokussiert, [...] es kommt einfach kein Rhythmus rein, es ist so echt chaotisch irgendwie so, und das war der Zustand ja auch, genau. [...] wenn man das so macht, dann ist man ja, schon ziemlich im Hier und Jetzt, was ich auch sehr gut finde. [...] es ist halt ja, so eine Jetzt-Erfahrung in dem Moment, wenn man sich darauf einlässt. (I: Und was bedeutet jetzt die Erfahrung für Sie?) Ja, dass man da nicht irgendwie abdriftet [...], sondern da muss man halt schon direkt jetzt merken, das ist einfach nur chaotisch und durcheinander, ja [...], ist auch nicht schön, aber ist auch hilfreich, zu akzeptieren, dass man manche Sachen eben nicht abkann oder die einen eben auch dann durcheinander machen, weil wie schon gesagt, oft ist es ja so, dass man das dann negiert oder zumindestens runterspielt und sagt "naja, jetzt bin ich gerade ein bisschen aufgeregt, aber phh, sollen die doch da machen", aber dann zu spüren, man ist doch ganz schön aufgewühlt oder durcheinander, das lässt einen dann auch ein bisschen vorsichtiger umgehen.“ (IP12 146-150)

Das musikalische Erleben wiederum kann Gefühle auslösen, die für die Patient*innen daraufhin reflektierbar werden. Über die musikalischen Parameter können sie über ihr inneres Erleben in ein Gespräch kommen.

„Wenn sie aber in einen Spielfluss kommt, stellt sie des Öfteren erstaunt fest, dass sich etwas entwickelt, ein rhythmisches Pattern oder eine kleine Melodie. Sie meint, dass diese Erfahrung etwas sehr Schönes für sie sei. Es sei hilfreich zu hören, dass Töne aus ihr selbst herauskommen und also noch viel Lebendiges in ihr sei. Das erlebe sie als sehr aufbauend und sie könne daran ein Vertrauen in sich stärken. Insbesondere mit der schönen Melodie fühle sie sich eng verbunden und kann sich damit ein Stückweit identifizieren.“ (IP12 FB)

Es ist jedoch oft unvertraut, Gespräch und Musik aufeinander zu beziehen. Sowohl etwas Verbales in Musik zu *übersetzen* als auch Musik in Sprache zu artikulieren, hat seine Grenzen und ist nicht immer einfach.

„Also es klappt ja auch nicht immer dann. [...] Ja, manchmal denke ich, es passt so gar nicht, was da rauskommt.“ (IP12 222)

Die Patient*innen müssen erst einmal vertraut werden mit den musikalischen Möglichkeiten und sich auf eine Suche nach Worten einstellen. Manchmal bleibt es aber schwer, das Erleben verständlich zu machen.

„Ja, es war, einmal die Klänge ähnlich waren und dass ich damit irgendwie eine Räumlichkeit assoziiert habe [...] es waren Erinnerungen auch an einen riesigen Gong, an Musikelemente bei dieser Zeremonie, die dann einfach wieder wach wurden. Das ist unheimlich schwer das auszudrücken.“ (IP7 37)

Wenn in einer Musik frühkindliche, also präverbale Emotionen, hervorgerufen werden, können diese naturgemäß nur begrenzt verbalisiert werden.

„Ich konnte, mit der Musik kann ich Sachen ausdrücken, die ich nicht in Worte fassen kann, das weiß ich schon seit langem, dass ich (atmet tiefer ein) durch Musik, das geht irgendwie tiefer, manche Sachen kann ich einfach nicht in Worte fassen. Da fehlen mir die Worte oder es geht nicht. Und die Musik geht tiefer, die geht (atmet tiefer ein) in Emotionen, die ich, da kommen Emotionen hoch, die kann ich nicht im, im Reden, nicht in Worte fassen, das geht in Musik [...].“ (IP9 15)

Um den Bedeutungsgehalt bewusst zu machen, braucht es Unterstützung bei der Verbalisierung. Hier wird die gemeinsame Suche nach Worten und der Austausch über das in der Musik Erlebte als hilfreich beschrieben. Allein würden die Patient*innen vieles von dem, was auf der musikalischen Ebene geschieht, nicht so gut reflektieren können.

„Wir haben ja hinterher auch drüber gesprochen, wie das jetzt war und was das bedeutet hat auch nochmal. Das schon. Wenn ich meinetwegen zuhause ganz alleine die Musik gemacht hätte, ja, dann

hätte sich das vielleicht nicht so klären können irgendwie, so habe ich ja ein Gegenüber, also da können Sie mir nochmal was zu sagen und auch wie Sie das dann wahrgenommen haben. Und das auch für mich, ob ich das dann auch so empfunden habe, also das ist ja eine ganz wichtige Rückmeldung auch immer. Wie haben Sie mich da erlebt dann? Das haben Sie ja auch dann immer gesagt. Das hätte ich so alleine nicht mit der Musik irgendwie.“ (IP16 102)

Dieses Bemühen um Verstehen im Aufeinandertreffen von Musik und Sprache zeigt sich als etwas der Musiktherapie Inhärentes. Es trifft die *um Verstehen ringende* Qualität des Auseinandersetzungsprozesses mit einer Krebserkrankung, in dem die Patient*innen ihr Erleben in Sprache fassen möchten. Auseinandersetzungsprozesse können durch die Verbindung von Musik und Sprache vollständiger werden.

Sich wahrnehmen und ausdrücken

Die Patient*innen erleben, dass sie durch die Musik etwas von sich wahrnehmen und ausdrücken können.

„Ich überlege, ob ich das in Worte fassen kann (...). Es war, ich hab häufiger das Gefühl gehabt, dass meine Seele dann halt auch Töne von sich geben kann (lacht etwas) und dass man das halt versucht, mit Instrumenten auszudrücken, das war für mich wichtig und das war, (...) dieses Bild, dass ein Mensch halt einen Ton darstellt... .“ (IP13 23)

Zu dem *Etwas*, was in Musik ausgedrückt wird, schreibt Bruscia (2014):

It can be a sensorimotor expression that expresses the physical self and emotions contained therein, or it can be a highly representational or abstract expression of feelings that cannot be expressed in words, as well as suppressed or unconscious emotions that are out the improviser's awareness. (S. 144)

In Bezug auf den Ausdruck körperlich-emotionalen Empfindens beschreiben die Patient*innen, dass das Musizieren der Ableitung von Spannung dienen kann. Sie schildern, dass sie eine Anspannung, die z.B. durch unangenehme Gefühle entstanden ist, loswerden können.

„Ja, wenn ich, ich weiß noch, dass ich diese hier [die Oceandrum] richtig gerüttelt habe und richtig Krach gemacht habe und da habe ich das Gefühl, das habe ich gut gebraucht.“ (IP18 609-611)

Es kann im Moment des Ausdrückens etwas sehr Lustvolles und Befriedigendes entstehen, insbesondere wenn es um den Ausdruck von Lautem und Kraftvollem geht.

„Dieses Bild [ein Resonanzbild, was die Patientin zu einer selbst gespielten Musik gemalt hat] hat Volumen irgendwie, in Farbe und Form irgendwie [...] das hat richtig zufrieden gemacht.“ (IP18 772-776)

In Bezug auf das Verstehen des musikalischen Ausdrucks als *Konstruktion* und/oder *Repräsentation inneren Erlebens* (Bonde, 2019a) werden der Musik nicht-musikalische Bedeutungen zugeschrieben. Mithilfe von Analogien und Metaphern kann die Musik als Ausdruck menschlichen Erlebens und Verhaltens und psychischer Prozesse verstanden werden (Bonde, 2019b; Smeijsters, 2012). Bonde hat in seiner Untersuchung zu *musikimaginativen* Prozessen von Krebspatient*innen die Bedeutung von *musikinduzierten* Metaphern herausgearbeitet (Bonde, 2007, 2005a). Mit Bezug zum Philosophen Ricoeur schildert er, wie Metaphern bei der Entwicklung von kognitiven Bewältigungsstrategien helfen können. Metaphern vereinen geistige, emotionale und körperliche Erfahrungen. „From a psychological perspective, metaphor gives us an opportunity to (re)create and (re)interpret our life world by adapting meaning from one area of life and transferring it to another“ (Bonde, 2019b, S. 141).

Die Morphologischen Musiktherapie versteht das Leben als *einen* seelischen Prozess (Weymann, 2001). Im musikalischen Ausdruck kann sich die Lebensmethode eines Menschen zeigen (Weymann, 2004), wie es eine Patient*in aus einer musikgeleiteten Imagination heraus beschreibt:

„... das war so wirklich dieser steinige Weg (...), ja, das ist so dieses (...), [dass] diese Musik [in einer Musikgeleiteten Imagination] das wirklich hervorholt, einerseits, erinnere ich noch diese Leichtigkeit mit dieser Primaballerina, die über diese Bretter schwingt und schwebt und dreht [...].“ (IP18 105-110)

Patient*innen erleben, dass durch einen symbolischen und metaphorischen Ausdruck schwierige Themen in eine objektivierbare Distanz gebracht werden können und damit integrierbar werden.

„... so in diesem Bild mit diesem hellen Blätterdach war ja auch eine Phase, wo ich da um einen Teich gegangen bin und auf so einem Holzponton gesessen habe am See und irgendwo habe ich einen dunklen Fleck gemalt [die Patientin erzählt von einem Resonanzbild, das sie im Anschluss an ihre Imaginationsreise gemalt hat]. Da habe ich ja lange überlegt, weil, er war nicht so richtig zu fassen für mich, was war das jetzt für ein dunkler Fleck? Und das war, meine ich, eben insgesamt, ich hab erst gedacht, dieser dunkle Fleck war noch dieses Italien-Trauma sozusagen bezogen auf meine Krankheit. Dann könnte ich aber auch sagen, es ist so ein dunkler Fleck, wo ich alles Schwere so reingepackt habe, also überhaupt alles Schwere. Das ist eigentlich eine ganz schöne Vorstellung, dass ich so die Schwere so kompakt, irgendwo ist sie da, aber ich hab sie so umkreist oder so.“ (IP18 238 – 251)

Die verschiedenen musikalischen Parameter können in einer Ähnlichkeit zum Innerpsychischen verstanden werden. „Musik ist eine Wahrnehmungs- und Erlebnismöglichkeit, in der sich der Lebensprozess und seine Dynamik in vielfältigen Analogien und spürbaren Mustern

abbildet. Worte wie Stimmung, Harmonie, Resonanz usw. bezeichnen musikalische Phänomene und sind gleichzeitig Schlüsselbegriffe intra- und interpsychischen Lebens“ (Timmermann, 2004, S. 32).

In der Musik kann sich etwas Wahrnehmbares herausbilden, was die Patient*innen in Bezug zu sich setzen kann. Sie erleben, dass es nicht um eine Beschäftigung mit musikalischen Parametern geht, sondern dass diese eine individuelle Bedeutung bekommen.

„Das was also quasi in diesem ganzen Chaos, was dazwischen war, auch zwischen den Tönen, sich so eine Ordnung auch schafft und was Positives in mir, was Freudiges, es war also eine sehr freudige Melodie. Und das war wie so eine kleine Insel halt. Ob es nun ein Anker ist oder aus einem raus, also doch was da ist oder doch noch in den ganzen schwarzen oder tiefen Ängsten doch noch was Positives steckt, wenn man so will, genau, ja.“ (IP12 32-34)

In einem Überblick zu Bruscias metaphorischen Interpretationen musikalischer Elemente, findet sich das Element *Melodie* als mögliche Metapher für das Selbst (Bonde 2019b, S. 140). Im symbolischen und metaphorischen Charakter des musikalischen Ausdrucks können sich auch unbewusste Anteile mit ausdrücken und die Patient*innen können einen Zugang zu diesen Bereichen in sich bekommen. Im Unterschied zum logischen, sprachlichen Ausdruck findet hier auch Mehrschichtiges, Mehrdeutiges und Widersprüchliches Raum. Schwierige Themen, die sonst eher verdrängt werden, können darüber erst einmal in symbolischer Form auftauchen. Bruscia (2014) beschreibt, dass hierin auch eine Freiheit liegt, etwas Schwieriges ausdrücken und in Kontakt bringen zu können, es aber gleichzeitig nicht ganz offenlegen zu müssen (S. 144). Insbesondere in Ansätzen der *Tiefenpsychologisch-Orientierten Musiktherapie* (Nygaard Pedersen, 2019; Timmermann, 2004) wird der musikalische Ausdruck symbolisch gedeutet und der Ausdruck von Unbewusstem und Verdrängten unterstützt.

Verdrängtes im Ausdruck wahrnehmen zu können, wird von Patient*innen als hilfreich bewertet. Sie können sich besser spüren und verstehen.

„Und da habe ich glaube ich extrem viel verdrängt, ich glaube, und das (atmet ein) dass da was rauskommt, ist eigentlich, finde ich aber auch wiederum gut, dass ich da was merke oder nochmal spüren kann.“ (IP9 73)

Die Öffnung für Unbewusstes muss aber auch mit dem Bedürfnis nach Kontrolle abgewogen werden. Zentral ist hier ein Vertrauen in die therapeutische Beziehung.

„(I: Dass es auch Bilder in Ihnen ausgelöst hat? Wie haben Sie diese Bilder erlebt?) (...) puh, ähm, (...) gut und schlecht würde ich jetzt mal sagen, also es war nicht nur schön, sondern auch manche Sachen, die ich eben lieber weggedrückt hätte.“ (IP1 82-83)

Für manche Patient*innen ist es auch nicht möglich, in der Musiktherapie in Kontakt mit ihren unbewussten Anteilen zu kommen.

„[...] aber es ist jetzt nie so gewesen, dass jetzt irgendwas bei mir im Inneren angekommen ist, dass sich was gelöst hätte [...]. Ich glaube, wenn ich mir etwas gewünscht hätte, ich glaub das wär tatsächlich so gewesen, dass mich die Musik, nicht nur dass ich das höre, sondern dass ich das körperlich dann auch wahrnehme, dass da sich irgendwas löst, dass mir dann die Tränen kommen, dass ich irgendwas rauslasse, was raus muss, weil in der Reha ist es halt so interpretiert worden, dass da was drin ist in mir und was gehört werden möchte und was unterdrückt wird von mir.“ (IP14 11-13)

Patient*innen können auch gezielt etwas aus ihrem inneren Erleben auf eine Musik übertragen. Wenn es zum Beispiel um ungreifbare Gefühle oder unbeschreibbare Schmerzen geht, kann es hilfreich werden, das Unsagbare in einem Klang auszudrücken oder zumindest eine klangliche Annäherung zu schaffen. Aus dieser Suche kann sich eine metaphorische Form entwickeln, über die dann zumindest etwas begreifbarer und kommunizierbarer wird.

„Wir haben auf jeden Fall auch die Angst behandelt [...]. Auf jeden Fall, daran erinnere ich mich noch ganz genau, also ich erinnere mich soweit daran, dass ich das Gefühl hab, die Angst übermannt mich, also wie eine Welle und dass wir das glaube ich auch mit den Musikinstrumenten halt versuchen nachzubilden. [Anm. d. Verf: sie nimmt an dieser Stelle Bezug zur Oceandrum, einem Instrument, welches das Wellenhafte ausdrückbar und dynamisch beeinflussbar machen kann] (I: Mal die Angst zu spielen, ja?) Ja, genau, dieses (...) ich weiß nicht, ob ich das Wort Angst benutzt hab, aber es war auf jeden Fall dieses Gefühl von, da kommt etwas auf mich zu und ich muss damit umgehen und ich weiß aber noch nicht, wie ich das mache [...].“ (IP13 157-159)

Auch Beziehungserfahrungen aus dem Lebenskontext können sich in den musikalischen Szenen zwischen Patient*in und Therapeut*in ausdrücken (vgl. *In einer musiktherapeutischen Beziehung sein*).

„Ja genau, das [die BigBom] hatte ich mir hingestellt und das war immer so wie ähm (...) wie so ne Mauer, also auch vom Ton her natürlich irgendwie so ganz kräftig und (...) ähm, stand das dann (wie ein kurzes Lachen) vor mir und das hab ich irgendwann sein lassen und da zum einen und das hing mir so ähm (...), ich war nicht mehr so ängstlich, glaub ich [...].“ (IP1 43)

Diese Veränderungen, die innerhalb der Musik und der musikalischen Interaktion zwischen Patient*in und Therapeut*in wahrnehmbar werden, werden in der Musiktherapie als verbunden mit außermusikalischen Veränderungen verstanden: „..., musical changes can be used as a tool, medium or outcome for nonmusical changes, and vice versa“ (Bruscia, 2014, S. 189). Es entsteht ein Wechselspiel von Aus- und Eindruck, bei dem sich die Patient*innen sich ihrer selbst bewusst werden können. Im Ausdruck kann es zu einer tiefen emotionalen Berührung kommen (vgl. *Gefühle erlauben und dem Schweren begegnen*). In der Musik erlebt sie eine Resonanz, ein Feedback.

„...ich weiß noch, dass ich diese hier [Ocean-Drum] richtig gerüttelt habe und richtig Krach gemacht habe und da habe ich das Gefühl, das habe ich gut gebraucht, [...] ich hab das Gefühl, ich brauch da so richtig Resonanz oder so (zieht die Luft ein), das tut gut. [...] Resonanz auf natürlich meine innere oder ne, meine Energie, die ich habe, die in mir ist oder die so, dass ich die rausbringen oder übertragen möchte und dann auch wieder von dem Instrument zurückhaben will.“ (IP18 609-625)

Etwas auf den Instrumenten zum Ausdruck zu bringen heißt, sich einen Eindruck zu ermöglichen. Die Patient*innen erleben sich dadurch viel direkter. „We sound ourselves and then we hear ourselves sounding“ (Bruscia, 2014, S. 83). Bruscia beschreibt ein zweifaches Feedback, eines vom eigenen Ausdruck ausgehend und ein externes durch die/den Therapeut*in:

In fact, one of the main reasons why client and therapist make music together is to enable the client not only to hear herself, but also to hear how others in the external world perceive and react to what she is expressing. The therapist can do this by musically mirroring what the client is doing musically or by reacting and responding to it musically or in another modality. (Bruscia, 2014, S. 83)

Eine Erkenntnis über sich wird erfahrbar und die Patient*innen können sich selbst glauben.

„[...] also das war dazwischen irgendwie düster und da war diese kleine Melodie, [...]. Das war sowas wie: da ist ja noch ganz viel Freude und Positives und das schafft Vertrauen, das kam ja von mir, aus mir selber raus. [...] und das hörte sich total toll an und das war total positiv. [...] das gibt ein gutes Gefühl. Dass was Schönes immer noch ist, ja. Weil ich hab das, ja, stimmt, ich hab das für mich wirklich so interpretiert, ich will nicht sagen, als Substanz von mir, aber da ist noch ganz viel Potential, was noch leben will, dem es gut geht und was Freude hat. Und das wirklich, genau, das ist vielleicht tatsächlich so ein Punkt an der Musiktherapie, also ja, der außerordentlich ist, den man vielleicht wirklich so beschreiben kann. Also das, das stimmt, das ist wirklich so, ja, weil man geht da raus und denkt, cool, man hat ja noch, und das ist vor allen Dingen eine Sache, die man nicht glauben muss. Das ist ja der Unterschied, jetzt können Sie mir ja irgendwas erzählen und in dem Moment hört sich das ganz toll an und Sie wollen mich aufbauen und dann muss ich das glauben. (I: Wenn ich Ihnen erzähle, Sie können doch was, oder?) Ja, soviel Potenzial und Freude, dann glaube ich Ihnen das auch unbedingt und renne dann nach Hause

und muss dann immer Ihre Worte wiederholen und mir das einreden oder so. Und letztendlich muss ich mir das dann glauben und sagen "ja, die wird es wohl wissen". Aber das ist ja dann eine Erfahrung, das hat man erfahren, das muss ich ja dann nicht glauben.“ (IP12 164-176)

Das Bedürfnis, sich selbst durch Musik auszudrücken, ist für die meisten Patient*innen primär mit dem Ausdruck von Gefühlen assoziiert. Die eigenen Gefühlsqualitäten, die *Vitalitätsaf-fekte* (Stern, 2007a) sind durch dynamische musikalische Formen wahrnehmbar und spielbar. Man findet einen Zugang zu sich.

„Das stimmt, also Gespräche sind natürlich Klarheit über bestimmte Probleme einfach und man kann es nochmal anders benennen auch. Also die Musik ist auch viel das fühlen irgendwie. Es ist ein körperlicher Zugang, ein emotionaler Zugang für mich.“ (IP16 90)

Patient*innen erleben, dass der musikalische Ausdruck über den verbalen hinausgeht. Im Gespräch wird ein Gefühl eher benannt. In der Musik kann ein Gefühl vertieft wahrgenommen werden (vgl. *Musik und Sprache verbinden*). Die Patient*innen können den Gefühlsausdruck hören, ihm nachspüren, eine bestätigende Resonanz bekommen und das Gefühl konkreter werden lassen. Der musikalische Ausdruck ist aber durch diese mögliche emotionale Dichte auch herausfordernder als der verbale.

„Ja, ich muss das Gefühl, ich muss es direkter ausdrücken dann durch irgendwie Töne oder durch ein Instrument. Und beim Sprechen ist es manchmal so, da kann ich das erstmal alles auf einer ganz sachlichen Ebene auch häufig abhandeln so, so Probleme. Also, wenn ich das benannt habe ein Gefühl oder wie es mir ging oder auch gerade in diesem Moment geht, dann ist das für mich noch eine Vertiefung, wenn ich es irgendwie ausdrücken kann auch, über diese Töne, über ein Instrument oder wenn ich es richtig nachspüren kann, indem ich da einfach sitze und das höre so. Das ist so eine Bestätigung eines Gefühls auch oder ein intensives Wahrnehmen auch von allem, ein Gefühl nochmal. [...] ein direktes Erleben von einem Gefühl auch. Das ist sehr viel direkter die Wahrnehmung irgendwie. (.) Und ich muss es nun mal ganz anders zulassen auch [...].“ (IP16 92 + 98 + 110)

Manche Patient*innen suchen gezielt nach Ausdrucksmöglichkeiten für ihre vielfältigen, komplexen und auch schwierigen Gefühle. Andere begrenzen den Ausdruck auf positive Gefühle und Stimmungen. Die Patient*innen können sich vornehmen, etwas Bestimmtes auszudrücken. Oder der Ausdruck ergibt sich in der offenen Suchbewegung (vgl. *Offen erkunden und präsent sein*). Es ist möglich, die eigene Belastungssituation durch das Zulassen dessen, was sich ausdrückt und hörbar wird, zu erkunden. Dies kann eine entlastende Wirkung haben.

„[...] Weil ich finde, es ist unglaublich befreiend. Und wenn ich sie [die Gefühle] in den Situationen nicht zutage kommen lasse, fühle ich mich ja belastet, [...] Und die Erfahrung heißt ja, wenn ich über Musik

*versuche, einen Zugang zu finden, mal zu hören, was ist es denn dann, was kommt denn dann da hoch.“
(IP19 197)*

Für die Patient*innen ist es wichtig, selbst zu bestimmen, ob und was sie von sich ausdrücken möchten. Das Potenzial von Musik, etwas zum Ausdruck zu bringen, muss auch zu einem gewissen Grad schützbar sein.

„[...] da ich ja, nun auch (bff), nicht das Gefühl hatte, hier irgendwie überfordert zu werden, das wäre ja nun wieder etwas anderes, wenn man, wenn man dann irgendwie richtig versucht wird, in die Zange zu nehmen, oder hier irgendwie so ein Seelenstriptease zu veranstalten. Das hätte ich dann natürlich auch nicht mehr gemacht. Weil, weil da weiß ich auch nicht, wohin das führen soll“ (IP11 19).

Die Auswahlmöglichkeit der Instrumente erlaubt den Patient*innen eine individuelle Gestaltung ihrer Ausdrucksbedürfnisse. Dieser musikalische Ausdruck ist nicht gebunden an musikalische *Klischees*. Man kann sich für sich stimmig ausdrücken.

„Ja, die [die Kantele] war so, ja, eigentlich, ich hab ja gedacht, ich würde viel mehr auf diesen Klanghölzern, oder trommeln, aber mit den Trommeln, das war eher was für viel mit Aggression, aber ich glaube soviel Aggression rauslassen, das fällt mir schwer, kann ich nicht so gut. [...] (I: Aber es war ein Wunsch am Anfang das zu tun, oder?) Ja, das war ja mal, aber das war nachher, nachher war es eher so, dass die Kantele war dann nachher mal irgendwie, so, dass es dann da mehr, da habe ich ja auch laut und leise ging da ja auch, also.“ (IP9 163-166)

Die Patient*innen können sich hören, sich darin selbst zuwenden und *für* sich sein. In der Musik können sie etwas finden, was ihnen einen stimmigen Ausdruck ihrer Bedürfnisse ermöglicht.

„Das sind so die beiden Instrumente, wo ich das Gefühl hatte, das passt und das ist stimmig und das ist jetzt einfach nur schön.“ (IP15 69)

Die Möglichkeit, sich ausdrücken zu können, wird von den meisten Patient*innen als etwas Schönes erlebt. Sie werden in einer positiven Weise von sich selbst beeindruckt. Auch das Musikmachen an sich kann eine gute Basis für den Ausdruck von Selbstbewusstsein schaffen. Die einfach zu handhabenden Instrumente können durch ihre harmonische Stimmung schnell in ein Spiel führen.

„Ich kann ja doch Musik machen!“ (IP15 FB)

Sich zum Ausdruck bringen kann aber auch herausfordernd sein. Eigene Ansprüche an sich selbst kommen hinzu, insbesondere, wenn es ein Gegenüber gibt, man gehört wird und Sorge vor einer Bewertung hat.

„Also habe mich schon unter Druck gefühlt, da wird jetzt ganz genau geachtet, obwohl ich natürlich weiß, dass es gar nicht so drauf ankommt, irgendwie [...], dass ich jetzt besonders also mit Vorerfahrungen was zustande bringen sollte.“ (IP1 18-20)

Der angestrebte freie Selbstaussdruck (vgl. *Offen erkunden und präsent sein*) kann für Patient*innen mit hohem Kontrollbedürfnis und einer Tendenz zur Selbstabwertung auch überfordernd sein und in eine Abwehr führen.

„[...] dann haben wir das mal mit Trommeln versucht, das fand ich ja ganz fürchterlich [...] Ja, wenn ich eine Trommel hör, hör ich da schon andere Töne als sie bei mir gekommen sind. (I: Was machte das mit Ihnen?) Ist doof [...] ich glaub das ist etwas, wenn ich weiß, ich kann es nicht, mag es auch gut angehen, dass ich's nicht will [...] Versuch es gar nicht. Jalousie runter, Ende, aus.“ (IP3 36-44)

Patient*innen mit einer Ausdruckshemmung brauchen hier ein strukturierteres Vorgehen und die/der Therapeut*in muss mehr vorgeben. In einen Ausdruck zu kommen und dabei Ausdrucksfreude zu entwickeln braucht für manche Patient*innen Zeit und viel Vertrauen in die therapeutische Beziehung.

Auch müssen sich die Patient*innen zuerst vertraut mit den Instrumenten machen und eine Beziehung zu ihnen finden. Sonst kann es sein, dass sie einfach irgendetwas spielen und es nicht zu sich selbst in Beziehung setzen.

„Ja, es ist dann so, dann fängt es an so eine Beschäftigungstherapie zu werden vielleicht. [...] Weil man dann irgendwas macht, um sich mit dem Ding zu beschäftigen, aber es gibt nichts zurück, weil es passt überhaupt nicht.“ (IP12 236-238)

Sich in der therapeutischen Beziehung auf die Unsicherheit des freien Ausdrückens einzulassen kann für selbstunsichere Patient*innen bedeuten, dass sie musikalische Lösungen finden, die einem ein selbstbewirktes Gefühl von Sicherheit vermitteln.

„Also das hatte schon so was von Sicherheit. Und dass ich dachte, ok, wenn ich jetzt so was mit (..) irgendwas mit (..) höheren Tönen, vielleicht auch ein bisschen was leiseres oder so nehme, dass das ähm, da hatt ich glaub ich eher den Druck gehabt, dass ich dann irgendwie was ähm vielleicht noch eine Melodie spielen soll oder so und dann dacht ich ganz basale Basstöne, das (.) gibt mir Sicherheit und das ähm da fühle ich mich irgendwie versiert genug.“ (IP1 47)

*Sich als Gestalter*in erleben*

Die Musiktherapie ermöglicht einen sinnlich erlebbaren Gestaltungsprozess. In ihm können sich die Patient*innen involvieren, sich handelnd beteiligen und selbstwirksam sein. Die Bedeutung solcher Selbstwirksamkeitserfahrungen für die Bewältigung der Herausforderungen

einer Krebserkrankung wird von verschiedenen Autor*innen herausgestellt (Diegelmann & Isermann, 2010; Reddemann & Stasing, 2013). Damit fördert die Musiktherapie auch den *Sense of Coherence*, wie er von Antonovsky als zentraler Aspekt der Salutogenese konzipiert wurde (Antonovsky & Franke, 1997).

Durch das musiktherapeutische Prinzip der Gestaltbarkeit werden Gefühle von Urheberschaft bewirkt. Dieses Gefühl stärkt das *Kernselbstempfinden* (Stern, 2007a).

Im Zuge einer Krebserkrankung erleben die Patient*innen immer wieder Phasen, in denen sie sich hilf- und machtlos fühlen und sich z.B. aufgrund von Erschöpfungszuständen passiv und unbeteiligt fühlen. Für sie bietet die Musiktherapie das Prinzip der Gestaltbarkeit als Ausgleichserfahrung an.

„Viele Arzttermine lassen die Patientin nicht zur Ruhe kommen und sie kann keinen Rhythmus im Alltag finden, der die Stuhlregulation begünstigen könnte [Die Patientin leidet unter darmkrebsbedingten Diarrhoen]. Meine Idee ist es hier, das Thema Rhythmus auf der musikalischen Ebene zu erkunden, es also in einer Analogie mithilfe einer Improvisation zu behandeln. Als Thema für die Improvisation schlage ich vor: „Rhythmus finden und verlieren“. Die Patientin wählt dazu die Oceandrum. Als Erfahrung tut sich auf, dass das Fließen der Oceandrum nicht 100% kontrollierbar aber in einem gewissen Rahmen steuerbar ist. Es entsteht so eine greifbare bzw. hörbare Metapher für ihre schlecht fassbare und schwer benennbare körperliche Situation. Zugleich vermittelt sich ein Gefühl von Gestaltbarkeit und Machbarkeit. Für eine Vertiefung des Themas in einer zweiten Improvisation entscheidet sie sich für ein klassisches Rhythmusinstrument – die BigBom. Sie kann sich gut mit diesem Instrument identifizieren und geht in ein kraftvolles Spiel, bei dem sie den ganzen Körper einsetzt. Auch in diesem Spiel vermittelt sich die Erfahrung von rhythmischer Gestaltbarkeit als eine wichtige Ausgleichserfahrung zu ihrer Erkrankungssituation.“ (IP18 FB)

Eine Besonderheit der Musiktherapie ist es auch, dass auch Patient*innen, die körperlich durch die Erkrankung sehr beeinträchtigt sind, sich als handlungsfähig erleben können. Das Selbstvertrauen wird gestärkt.

„[...] und vor allen Dingen in meinem Körper auch, der sich gut anfühlt und dass es geht mit diesem Körper so. Da sind gute Gefühle möglich oder intensive Gefühle möglich und die habe ich viel durch diese Musik erlebt eigentlich. Dass das sein kann. [...] Und auch dadurch, dass ich selber was mache mit meinem Körper oder mit meinem Arm und Händen oder so, dieses Spiel, kann ich also was machen [...].“ (IP16 182)

In der oft gefühlten Machtlosigkeit gegenüber der Erkrankung und der Festlegung darauf können solche Erfahrungen von Handlungsfähigkeit *Spuren der Zuversicht* legen. Es ist eine Gegenbewegung zur Versuchung, aufzugeben.

„[...] in Richtung Musiktherapie wo eben versucht wird, das mehr positiv zu besetzen und versucht wird irgendwie noch was, was daraus zu machen; und, und nicht alles aufzugeben.“ (IP11 37)

Das Musikmachen an sich ist wie eine Mikroebene, auf der *Gestaltungsmut* entwickelt werden kann.

„Also wenn ich mich traue, Musik zu machen, kann ich mich auch trauen, irgendwas anderes zu machen.“ (IP16 64)

Das Musikmachen *an sich* ist ein Gestaltungsprozess, in dem Selbstwirksamkeitserfahrungen gemacht werden können. Darüber hinaus wird der musikalische Gestaltungsprozess in Verschränkung mit dem Auseinandersetzungs- und Bewältigungsprozess der Krebserkrankung verstanden (vgl. *Sich wahrnehmen und ausdrücken*).

Die therapeutisch wirksamen Prozesse können in einzelnen musikalischen Sequenzen gestaltet werden und/oder sich über den musiktherapeutischen Verlauf als Gesamthandlung ausformen.

„Die Patientin kommt in die Musiktherapie, weil sie überfordert ist mit der derzeitigen Situation, sich äußerst gestresst erlebt und nicht mehr innehalten kann. Für sie ist das Gespräch über ihre Situation wesentlich, in dem sie von allem Negativen berichten kann. Die Musik – sie nimmt am Ende der Stunde häufig die Klangschale, die sie als beruhigend erlebt – scheint eine angenehme Beigabe zu sein. Im Verlauf der Therapie stabilisiert sich die Patientin deutlich und berichtet, viel sortierter und wieder entscheidungsfähig zu sein. Auch die Abgrenzung zu Anforderungen gelingt ihr besser. Aus der therapeutischen Perspektive hat sie hier einen Prozess des kontinuierlichen Wechsels von Anspannung (Gespräch) und Entspannung (Klangschale) gestaltet. Damit hat sich die Patientin die Erfahrung einer Ausgleichsbewegung geschaffen, auf deren Grundlage sie ihre Fähigkeit zur Unterbrechung des Belastenden, zur Selbstberuhigung und zur Re-Orientierung auf positive Erfahrungen wieder zurückgewinnen konnte.“ (IP7 Notizen aus einer Supervision)

Es zeigt sich, dass es für die Gestaltung des individuellen Auseinandersetzungsprozesses gut ist, die Wahl zu haben zwischen verschiedenen musiktherapeutischen Methoden. Auch in rezeptiver Musiktherapie finden sich dabei aktive Gestaltungsprozesse. So sind zum Beispiel bei *Musikgeleiteter Imagination* die Patient*innen die Urheber*innen ihrer Imaginationen und entwickeln diese für sich weiter. Beim rezeptiven Arbeiten in Form eines Fürspiels wird im Vergleich dazu deutlich, dass dies von manchen Patient*innen als wenig gestaltbar erlebt wird. Sie empfinden sich in ihm als eher passiv.

„[...] dass ich da im Klangstuhl sitze, es ist so wie Fremdbestimmung, da kann ich ja nichts tun.“ (IP19 107)

Der Rückzug in ein Fürspiel kann an mancher Stelle aber wiederum ein sinnvolles Gestaltungselement sein. Auch Ablenkung kann zu einem wichtigen Moment in der Gesamtgestaltung des Auseinandersetzungsprozesses werden. Gerade wenn die Belastung zu hoch ist, um sich damit aktiv auseinanderzusetzen, müssen die Patient*innen den therapeutischen Kontakt nicht abbrechen, sondern können auf der Ebene der Musik in der Beziehung bleiben.

„Und gerade so in dieser Anfangsphase, [...], wo alles so düster ist, ist das wirklich hilfreich, um einen rauszuziehen. [...] Ja, wo man auch noch nicht großartig was artikulieren will, vor allen Dingen auch. Sonst sitzt man sich gegenüber und muss alles irgendwie erklären und besprechen und kann das irgendwie gar nicht. Und da hat man ein Instrument, was einen da so ein bisschen rausflüchten lässt [...]. Das ist eigentlich eine ganz gute Sache, sonst sitzt man sich gegenüber und schweigt, das hält man ja auch als Patient nicht so gut aus [...].“ (IP12 38-40)

Die Musik bietet flexibles Gestaltungsmaterial. In der Vielseitigkeit tun sich Möglichkeiten und Varianten auf. Damit können Patient*innen selbstbestimmt gestalten, was und wie es ihnen und ihren momentanen Bedürfnissen entspricht. Es ist ein offener Gestaltungsprozess (vgl. *Offen erkunden und präsent sein*), der durch die Bereitschaft zum Ausdruck inneren Erlebens bedingt wird (vgl. *Sich wahrnehmen und ausdrücken*). Insbesondere das Improvisieren wird von den Patient*innen als ein Gestaltungsraum in diesem Sinne erlebt.

„Ja, ich hatte das Gefühl, das bringt was und ich kann es auch ein Stück mitbestimmen irgendwie, also ich mache ja selbst die Musik, also ich variere das irgendwie. Das habe ich auch bei der Musiktherapie in Erinnerung, dass sich während dieses Spielens etwas für mich entwickelt. [...] Ja und wie ich es spiele, also wie schnell oder wie laut oder leise, von den Tönen her, das hat sich oft entwickelt, das ist mein Eindruck gewesen, so habe ich das erlebt. Dass ich, ja, ein ganzes Stück bestimmen kann, wie ich diese Musik eben spiele und dass Sie mich da im Hintergrund unterstützen, also Sie machen dann ja auch Musik mit mir und begleiten das so (lacht). Und das war dann eben auf der Ebene immer was Tragendes oder für mich auch eine Art Kommunikation, die ich da erlebt habe in dieser Form des Spielens.“ (IP16 32 -36)

Beim Musikmachen können Fähigkeiten entdeckt werden. Kreativität wird angeregt. Durch den Umgang mit dem Medium können sich die Patient*innen als *Prozessakteur*innen* wahrnehmen.

„Ja, wozu bin ich in der Lage, also welche Töne bin ich überhaupt in der Lage herzustellen? [...] wirklich dieses Ausprobieren, und das ist halt in dem kleinen, das ist wirklich dann ein kleiner Rahmen. Um irgendwann mal weiter zu werden, muss man ausprobieren können. Man muss halt gucken können, was einem gefällt, was einem nicht gefällt. Glaube ich zumindestens. Also für mich ist das so. Und ich fand

das sehr spannend, was teilweise dabei rausgekommen ist. Also wirklich, wie gesagt, dass ich da sehr überrascht teilweise selber war von mir (lachend).“ (IP13 73 + 203)

Die Überraschung ob der eigenen Gestaltungsfähigkeit, des eigenen Könnens, ist ein sehr schöner Moment für die Patient*innen.

„Das stimmt, es hat sich auch Musik entwickelt und da war ich sogar erstaunt drüber, weil ich mich gar nicht für musikalisch oder so halte, weil ich früher eigentlich gar nicht den Zugang hatte, irgendwie so, also gar keinen Zugang irgendwie hatte in meiner Kindheit zu Instrumenten oder so, das gar nicht wirklich gelernt habe. Und ich fand es sehr spannend, dass diese Musik sich entwickelt hat in einer gewissen Improvisation auch. Das fand ich ganz spannend. Ich hatte auch das Gefühl, das bin ich irgendwie so, ich kann da was gestalten so.“ (IP16 44)

Überraschungsmomente haben das Potenzial, zu *Gegenwartsmomenten* (Stern, 2007b) zu werden, die einen verändernden Impuls auf Erleben und Verhalten geben können (vgl. *Offen erkunden und präsent sein*).

Patient*innen können ihre Auseinandersetzungsprozesse, die sie in der Musiktherapie erlebt haben, in der Erinnerung verankern. Sie haben damit eine Art *Erlebensmuster* zur Verfügung, die gegebenenfalls das Alltagserleben beeinflussen. Bei der Arbeit mit der Methode *Guided Imagery and Music* (GIM) entwickelt sich z.B. oft eine *Bewältigungsgeschichte*, in der sich ein innerer Entwicklungsprozess verdichtet und Form und Ausdruck findet. Mit dem Narrativ darüber wird der Prozess fassbar und verfügbar. Für die ambulante Einzelmusiktherapie mit Krebspatientinnen haben Bonde (2007, 2005a) und Cadrin (2009) bereits die Bedeutung solcher Narrative beschrieben. Dazu kommt die Gestaltungsmöglichkeit von Resonanzbildern zu den Imaginationen, in denen diese weitergeführt, ausgemalt und als *Anker* immer wieder angeschaut werden können.

„Äh, ich habe ein ganz spezielles Bild in Erinnerung, was mich irgendwie immer wieder so erfreut und ja, so richtig glücklich macht eigentlich, wenn ich es angucke.“ (IP18 7-9)

In solchen verdichtenden Bildern wird die Essenz der therapeutischen Erfahrung beim Betrachten wiederholt wahrnehmbar. Eine Selbstgeschichtlichkeit entsteht. Dies ist ebenso wie das weiter oben benannte Gefühl von Urheberschaft ein wichtiger Bestandteil eines stabilen *Kernselbstempfindens* (Stern, 2007a).

„Das ist eben ganz schön, diese Bilder zu haben und einfach zu wissen, ja, es kann mich mitreißen und wieder durcheinanderwirbeln und dann kommt es aber auch wieder in ruhigere Gewässer, so.“ (IP18 358-361)

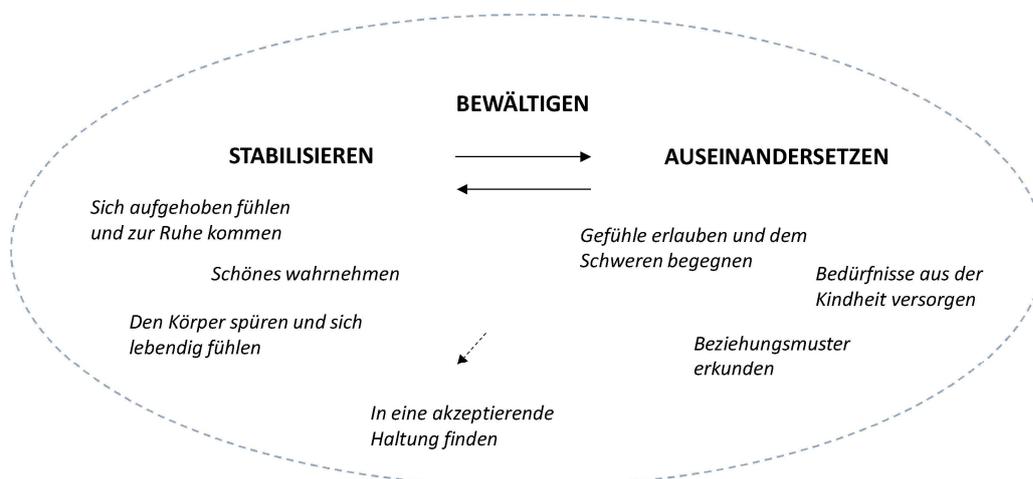
Diese *Verankerungen* können zu einer Nachhaltigkeit hilfreichen Erlebens in der Musiktherapie führen.

Manche Patient*innen schaffen sich eine Verankerung der positiven Erfahrungen in der Musiktherapie, in dem sie sich selbst ein Instrument kaufen oder eines wieder hervorholen. Es dient als Symbol und entfaltet beim aktiven Spiel darauf die in der Musiktherapie verinnerlichte positive Wirkung auf das Selbsterleben.

„Für was sie [die Kalimba, die sie sich im Verlauf der Therapie selbst gekauft hat] steht? Ja, für Unterbrechung auch und rauskommen aus eigenen Kreisen, [...] innezuhalten, neu sortieren, so wie eine Pause, einen Stopp machen und dann nochmal neu gucken, so. [...] Das ist ja so, ja, weiß ich gar nicht, das ist ja so mein Mitbringsel daraus. So der Andockpunkt. Weil ich das tatsächlich auch sehr, sehr unterstützend empfunden habe, die Therapie, das war ganz toll, ja.“ (IP19 161-163)

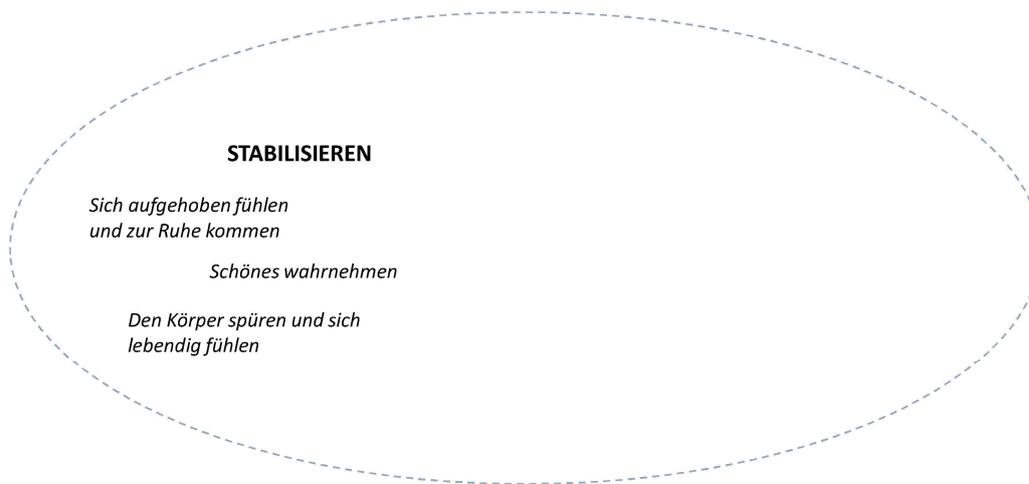
STABILISIEREN - AUSEINANDERSETZEN - BEWÄLTIGEN

Die bisher beschriebenen Kategorien beziehen sich auf die Erfahrungen in einem *musiktherapeutischen Erlebensmodus*. Für die Patient*innen sind diese Erfahrungen *an sich* und *für sich* wertvoll. Sie sind aber auch die Basis für weitere Erfahrungen, die sich konkreter auf den Bewältigungsprozess der Krebserkrankung beziehen und sich auf die Bereiche STABILISIEREN und AUSEINANDERSETZEN aufteilen.



Graphik 9 Modellausschnitt_Stabilisieren/ Auseinandersetzen/ Bewältigen

STABILISIEREN



Graphik 10 Modellausschnitt_Stabilisieren

Sich aufgehoben fühlen und zur Ruhe kommen

„[...] ja, da ist so die Welt in Ordnung bei diesen Trommeln so.“ (IP18 716)

Die Patient*innen erleben in der Musiktherapie eine Atmosphäre, in der sie sich sicher und gehalten fühlen können. Dieses Gefühl von Geborgenheit erfüllt ein grundlegendes Bedürfnis, was insbesondere in den schwierigen Zeiten der Krebserkrankung in den Vordergrund kommt.

„[...] das ist jetzt ein bisschen kitschig, ne, aber das ist auch der Wunsch nach Geborgenheit. Das gehört da irgendwie mit dazu. Die Musik vermittelt so für mich zumindest auch, auch so ein bisschen dann, dann die Atmosphäre dazu. Und ist egal, ob man dann so ein bisschen dann sich, sich verliert und vielleicht auch wieder zurückkommt oder denn auf seinem Seiteninstrument ganz verschwindet [...] sei es drum, aber das, das glaube ich schon, dass das eben, aber das ist ja ein Grundbedürfnis.“ (IP11 82)

Es gibt Augenblicke, in denen sich die Patient*innen gut versorgt fühlen, für den Moment nichts tun brauchen, *einfach da sein* dürfen.

„Ja, das war so, ich konnte mich da einfach zurücklehnen und brauchte gar nichts machen, die Augen schließen und das einfach genießen und es war einfach so; es macht einfach nur jemand was für mich, ich brauch keine Gegenleistung machen, ich brauche nichts machen, ich bin einfach da und kann das genießen [...].“ (IP9 111)

Eine solche Atmosphäre entfaltet sich innerhalb der vertrauensvollen Bezogenheit zur/zum Therapeut*in.

„Ja, das Erste war glaube ich, ich muss es einmal zulassen können, eine Atmosphäre haben oder das Gefühl haben, ich kann das zulassen. Ich fühle mich vertraut. Es passiert mir nichts, in diesem Raum nicht und mit Ihnen nicht (lachend) und so.“ (IP16 70)

Die Musik kann dabei in ihrer haltenden Funktion erlebt werden (vgl. *In einer musiktherapeutischen Beziehung sein*).

„Beim imaginativen Hören in der Musiktherapie ist es insbesondere das Tragende, was sie berührt. Bei Felix Mendelssohns Lieder ohne Worte nimmt sie eine Qualität wahr, die sie nicht bedränge, sondern sie in sanften Wellen mitnehme. Sie kann beim Hören Tränen fließen lassen. Beim Hören von Mozarts Laudate Dominum erlebt sie als für sich bedeutsam, wie die Solostimme vom Chor aufgenommen werde – wie, wenn jemand gehört und verstanden werde.“ (IP13 FB)

Auch die Instrumente haben eine supportive Qualität, die genutzt werden kann.

Der Klangstuhl wird zum Beispiel mehrheitlich mit etwas Haltendem und Stützendem verbunden.

„Vor allen Dingen so ein tragendes Gefühl war, wenn ich in diesem Stuhl [Klangstuhl] gesessen hab.“ (IP16 4)

Die harmonischen Klänge des Klangstuhls werden meist als wohltuend erlebt. Es gibt aber auch Patient*innen, denen das Spüren der Vibration zu nah ist und dadurch als unangenehm erlebt wird.

Manche Patient*innen finden ein Instrument in der Musiktherapie wieder, mit dem sie früher schon einmal gute Erfahrungen gemacht haben und mit dem sie vertraut sind. Wenn die Patient*innen in der Musiktherapie ein Grundgefühl von Sicherheit und Halt aufgebaut haben, erlauben sich viele phasenweise auch eine Art Rückzug in sich selbst. Bei sich sein zu dürfen, nichts leisten und ausdrücken zu müssen, bietet eine Entlastung. Die Patient*innen können sich auch imaginativ an geschützte Orte zurückziehen, in eine gute Distanz zu Belastendem kommen und von dort aus alles in Ruhe wahrnehmen.

„In einer Musikgeleiteten Imagination zur dritten Sinfonie F-Dur von Johannes Brahms imaginiert sie [die Patientin] sich in einem Zug sitzend und schaut auf die vorbeiziehende Landschaft. Sie beschreibt diese Fahrt als angenehm, obwohl es nicht klar sei, wohin der Zug fahre. Vielleicht sei sie auf dem Weg zu ihrer Tochter. Bei all dem Nichtwissen und dem nichts tun Können sei das eigene Abteil, in dem sie eine gute Distanz zu allem habe und die Dinge an sich vorbeiziehen lassen könne, ein guter Ort und gebe ihr Hoffnung. Sie nehme in Ruhe wahr, was auftaucht.“ (IP13 FB)

Diese Rückzugsbewegungen ereignen sich innerhalb der musiktherapeutischen Beziehung. Die therapeutische Handlungsfähigkeit und die therapeutische Wirkung von Musik bleiben

dabei aufrechterhalten. Auch wenn Patient*innen sich in die Musik zurückziehen, die verbale Auseinandersetzung vermeiden, bleiben sie in einem therapeutischen Kontakt.

„[...] so ein Klangstuhl haben wir auch mal gemacht, wenn ich mich so angespannt fühlte oder gar nicht so wusste über was man jetzt so sprechen kann, wenn das alles so durcheinander war [...].“ (IP1 75)

Manche Patient*innen erleben in der Musiktherapie ein tiefgreifendes Gefühl des *Aufgehobenseins*. Aus dem Erleben der Patient*innen heraus lässt es sich als eine Art *Daseins – Erleben* konzipieren: ein intensives, umfassendes, multimodales Erleben einer sicheren tiefen Verbundenheit mit der Musik und damit mit sich selbst und dem Leben. Patient*innen beschreiben es als ein sehr angenehmes und beglückendes Gefühl.

„Ja, das ist wunderbar, finde ich. In Klang eingehüllt zu sein, herrlich.“ (IP18 861-862)

Im Klangstuhl wird dieses *Daseins-Erleben* in besonderer Weise erfahrbar. Hier vermitteln sich bestimmte Qualitäten. Es geht um eine Reduktion und Zentrierung auf die Wahrnehmung auf den Moment. Alles andere kann in den Hintergrund treten.

„Und das ist ja so hm, (...) ja, erlösend auch einfach [...]. Ja, so hm (..) ach, so dieses Gefühl, dieses so (atmet tiefer aus) alles weglassen können und nur so ach, spüren und das ist einfach ähm (.....) so beschützt zu werden von Klängen, umhüllt und geschützt zu werden und nichts sonst so, gerade dass ich atmen muss, aber sonst muss ich gar nichts.“ (IP18 890-899)

Patient*innen haben in diesem Erleben das Gefühl, Belastungen wie körperliche Anspannung, Schmerzen und sorgenvolle Gedanken loslassen zu können. Sie finden einen entlastenden Rückzugsraum.

„Das war einfach dieses so, mich so fallenlassen können, so entspannen und gar nichts machen und ohne Gegenleistung, irgendwas, einfach so (atmet ein), ich brauche nicht irgendwas machen, dass ich das bekomme, sondern ich war einfach da und konnte, hab das einfach bekommen, durfte, konnte das genießen und war auch dann sehr, ja.“ (IP9 113)

Diese Erfahrungen sind im Vergleich mit den alltäglichen Lebenserfahrungen besondere Momente.

„Also da konnte ich das einfach nur so da sein, einfach nur sein wie ich bin. Und das ist ja auch nicht leicht. Das sind ja auch Momente, die nicht oft sind im (lacht) Leben, die, nur so sein können, alles lassen.“ (IP16 68)

Eine solche Erlebensqualität ist nicht für alle Patient*innen erlebbar. Insbesondere im Vergleich zu der Möglichkeit, selbst Musik zu spielen ist der Klangstuhl für manche Patient*innen zu wenig selbst bestimmbar. Die Erfahrung in ihm wird als zu passiv empfunden.

„Och ich weiß noch, dass es eigentlich eine, man ist da ja als Hörender so mehr in der passiven Phase. Was ja wohl auch beabsichtigt ist. Es ist, es ist eigentlich ganz schön. Es geht ja so ein bisschen mehr so in Richtung Meditation oder so etwas. [...] Also ich finde das ganz, ganz nett das und und aber (...) ich kann da eigentlich gar nichts weiter zu sagen. Ich fand es ganz interessant, dass es so etwas überhaupt gibt und, und wie das funktioniert. Und was, was das denn (...) das ist auch eigentlich. Weil das, wie soll ich sagen. Eine relativ warme Stimmung, die dann entstehen kann, oder glaube ich auch entstanden ist. Aber das ist, das ist mir dann, das ist mir dann vielleicht auch etwas zu passiv.“ (IP11 142-144)

Manchmal ist es für Patient*innen auch schwer, aus einem angespannten Alltagserleben in eine Ruhe hinein zu finden. Hier muss das Gefühl der Spannung zuerst mit dem der Ruhe in ein stimmiges Verhältnis gebracht werden. Die Patient*innen erleben, dass sie ihre Anspannung im musikalischen Ausdruck regulieren können. So kann eine selbstbewirkte und selbstgestaltete Beruhigung entstehen.

„Ja, die Ocean Drum, genau, die Ocean Drum, ähm, die hat mich ja letztendlich auch beruhigt. Da hatte ich das Gefühl, da konnte ich gut so eine Spannung ablassen. [...] das kann ich vielleicht, wenn ich das mit der Stimme vergleichen würde, würde ich sagen, ist das ein Schreien, so ein Kreischen mal so loslassen Aaahhhhh, so Rrrrrrh. [...] das ging mit dieser Ocean Drum super gut. [...] da ist ja auch der Versuch, da ganz stille zu halten und dann auch nur eine Kugel sich bewegen zu lassen. Das ist dann diese Entspannungsphase dazu, dieses ganz Beruhigende. Das war so schön zu merken, dass das beides geht mit dem Gerät, nein Instrument.“ (IP18 639-664)

Die Ruhe muss dabei nicht Stillstand bedeuten. Auch in einer als ruhig empfundenen Musik ist eine Bewegung, eine *Energie*, enthalten.

„[...] so eine kräftige Energie und dann so dieses Zurücknehmen und ganz sachte in das Gegenteil zu gehen, aber immer noch Energie zu haben, so das fand ich spannend.“ (IP18 689 – 692)

Schönes wahrnehmen

Die Musiktherapie wird meist mit etwas Schöнем und etwas Wohltuendem assoziiert. Sie birgt Eindrücke von Positivem, was vor dem Hintergrund der oft sehr belastenden Behandlung große Bedeutung für die Stabilisierung gewinnt. Es wird erlebbar, dass es trotz des Leidens etwas Gutes gibt. Eine Ausgleichsbewegung ist möglich.

„Ja, das war richtig so diese Reise [GIM], im Körper habe ich nochmal dieses Leuchten dieser gelben Blätter durch diese Sonne, also dieses Licht einfach nochmal innen gespürt. Ich denke auch hervorgerufen durch die Musik, das war ja gleich so am Anfang, dass ich so das Gefühl hatte oh ja. Oh, das hat so eine Leichtigkeit und sowas, einfach was Helles, was Strahlendes so. (I: Und das hatte eine bestimmte

Bedeutung in der Zeit?) Ja, also einfach nach dieser dunklen Zeit sowas wahrzunehmen (.), ja, das war einfach ein total schönes Gefühl, das weiß ich noch.“ (IP18 51-62)

Durch kleine positive Erfahrungen können *Haltepunkte* in einer schwer zu bewältigenden Situation gesetzt werden.

„Das was also quasi in diesem ganzen Chaos, was dazwischen war, auch zwischen den Tönen, sich so eine Ordnung auch schafft und was Positives in mir, was Freudiges, es war also eine sehr freudige Melodie. Und das war wie so eine kleine Insel halt.“ (IP12 34)

In der Musiktherapie können Patient*innen mit etwas Schönerem in Kontakt sein. Musik hat eine Verbindung zu Schönheit, Harmonie und Ästhetik und hat damit das Potenzial einer wichtigen Ressource. Die meisten Patient*innen benennen die Musiktherapie übergreifend als eine schöne Erfahrung, die zu Gefühlen von Glück und Zufriedenheit führen kann und freuen sich auf die Stunden. Die Patient*innen können in der Schwere der Situation *den Blick heben*.

„[...] dass ich eine andere Sichtweise wieder bekommen habe, also nicht ganz so negativ. Also es hat schon geholfen, dann wieder wenigstens über den Tag so ein bisschen einen anderen Blickwinkel zu kriegen und nicht so negativ, also das kann ich sagen. [...] Tatsächlich beschwingt und positiv, weil ich eben, wie ich finde, was gemacht hab, was mir gutgetan hat. Und naja, das stimmt mich eigentlich schon positiv, als wenn ich mehr oder weniger meine Zeit damit verbringe, Angst zu haben oder mir Gedanken zu machen und nicht wirklich was dagegen tun kann oder tun will.“ (IP15 21-25)

In diesem Fokus auf das Wohlbefinden kann die Erfahrung, mit jemandem zu harmonieren, sehr beglückend sein.

„[...] und es klingt besser, also es hört sich besser an. Gerade weil ich ja fand, dass wir immer so schön zusammengespielt haben und darauf hab ich mich gefreut, weil es sich eben toll anhörte. Also auch wieder was Positives, was ich so mitgenommen hab. Weil mich das gefreut hat. Es hat mir Freude gemacht. Das kann ich sagen. Und es macht mir nicht so viel Freude, wenn ich da jetzt alleine spiele.“ (IP15 271)

Für die negativen und *disharmonischen* Erfahrungen, die die Erkrankungszeit möglicherweise mit sich bringt, sind diese Erfahrungen von musikalischer Harmonie ein wichtiges Pendant. Schönes rückt wieder in den Blick, in den Bereich der Möglichkeiten. Auch die Instrumente selbst können zu einem Wohlbefinden beitragen. Die Patient*innen können sich selbst etwas Schönes spielen, für sich selbst sorgen.

„Und die BigBom, das ist einfach dieser tiefe Klang, der ist einfach so schön, finde ich.“ (IP18 708) / „(I: Also was brauchen Sie zum Wohlfühlen?) BigBom (lachend).“ (IP18 723-24)

Durch Musik können schöne Imaginationen wahrgenommen werden. Oft sind es schöne Orte in der Natur, in denen sich die Patient*innen imaginativ eine Weile aufhalten und das genießen können. Oder ein anderes individuell stärkendes Bild taucht auf und kann Zuversicht vermitteln.

„In der nächsten Reise [Musikgeleitete Imagination] und das war dann so ein gutes Gefühl, dass ich einen Weg für mich gefunden habe, der hell ist und den ich wahrnehmen kann als bestärkend positiv.“ (IP18 181-183)

Ein schönes Erlebnis, was vielleicht flüchtig oder im Verlauf in Vergessenheit geraten war, kann imaginativ wieder erinnert und durch Musik intensiviert werden. Positive Gefühle können sehr tief dabei erlebt und als Ressource erinnerbar und verfügbar werden.

„Es war so ein sonniger Tag auch und die gelben Blätter und es war alles so strahlend und das hab ich so mit reingenommen und die Musik hat das auch nochmal, weiß ich nicht, hervorgerufen oder unterstützt oder wie auch immer, dass ich das so, also das war so ein ganz tiefes Empfinden so, auch in Erinnerung nochmal.“ (IP18 17-23)

Das Schöne gewinnt besondere Bedeutung, wenn die Patient*innen es als etwas wahrnehmen können, was in ihnen selbst vorhanden ist.

„Das war sowas wie: da ist ja noch ganz viel Freude und Positives, und das schafft Vertrauen, das kam ja von mir, aus mir selber raus. (IP12 166)

Das Schöne ist innerlich spürbar.

„[...] habe ich nochmal dieses Leuchten dieser gelben Blätter durch diese Sonne, also dieses Licht einfach nochmal innen gespürt.“ (IP18 51-53)

In manchen Musiktherapiestunden kann das Schöne einen Ausgleich schaffen zu einem schwierigen Gespräch und für Stabilisierung sorgen (vgl. *Musik und Sprache verbinden*).

„Wir sprechen eine Weile über die Situation, [...]. Ihre Stimme ist dabei immer wieder brüchig. Als ich ihr vorschlage, eine Musik zu suchen, die ihr jetzt guttut, wirkt sie völlig hilflos und ist froh, dass ich ihr die Kantele gebe. Sie kann mit meiner Begleitung auf der Tambura in eine Klangwelt eintauchen, in der sie schöne Orte in der Natur imaginiert, Wiesen und Wälder. Die Musik klingt für sie nach kleinen Wasserfällen.“ (IP9 FB)

Musik an sich ist für viele Patient*innen etwas Wertvolles, über das der Zugang durch die Musiktherapie wieder aufgebaut werden kann.

„Das Hören klassischer Musik benennt sie als etwas sehr Wertvolles. Sie erfülle sich damit einen Wunsch, der für sie als Kind nie in Erfüllung ging. Zwischen den Musiktherapiestunden gehe sie, wenn es ihr einigermaßen geht, in das ein oder andere Konzert.“ (IP13 FB)

Manchen Patient*innen fokussieren die Musiktherapie sehr stark auf das Schöne.

„[...] irgendwie da so ein bisschen Nektar zu saugen, wie man so schön sagt. Also, positive Effekte mitzunehmen und, und eben jetzt nicht, nicht, in Richtung hier, da hinten ist dein Ende. Und da geht es dann mal sicher hin. Das weiß ich so. Aber, das will ich ja mir nun nicht jeden Tag, oder jede Stunde vor Augen führen.“ (IP11 25)

Sich mit Schöнем abzulenken, kann für die Patient*innen zeitweise eine hilfreiche Strategie sein. Oft muss das Schöne aber auch erst einmal in ein stimmiges Verhältnis zu sich selbst gebracht werden. Zum einen geht es darum, sich eine Erlaubnis zu geben, dass etwas schön sein darf. Zum anderen muss der Wert des Schönen für sich individuell erfahrbar werden. Das Schöne in der Musiktherapie kann zuweilen etwas *Profanes* an sich haben, *ganz nett* sein, Spaß machen. Und es kann ebenso – oder gerade aufgrund dieses scheinbar Belanglosen - eine wesentliche Bedeutung erlangen für die Bewältigung der Erkrankung: etwas Schönes kann trotz allem da sein und aus einem selbst herauskommen.

„(I: Sie sind einmal rausgegangen und sagten es war schön, und dann hatte es Sie aber irritiert, oder?) Ja, genau, ob man das überhaupt sagen darf, genau, ja. (I: Können Sie nochmal sagen, was Sie da irritiert?) Ja, weil der Grund ist ja eigentlich nicht so schön, weswegen man hier ist und dass es jetzt einfach nur nett war und Spaß gemacht hat, dann kommt so ein bisschen der Leistungsgedanke, war das jetzt überhaupt richtig oder hat man jetzt das Richtige gemacht. Aber ich denke, dass es wirklich eine gute Sache ist, um erstmal in so eine gute Stimmung auch zu kommen. Und tatsächlich hatte ich ja auch ein paar Mal, später erst so eine Melodie, wo ich dachte, wow, das ist ja richtig klasse, die mir dann auch gefiel. Das hat mich dann so richtig aufgebaut, wo ich gedacht habe, oh, da ist ja noch richtig so was Schönes, was aus einem selbst so rauskommen kann. Das ist schon, das koppelt sich dann nochmal zurück.“ (IP12 13-16)

Den Körper spüren und sich lebendig fühlen

Musik hilft, den versehrten Körper wieder positiv wahrzunehmen (vgl. *Die Musik wirken lassen*). Die wohltuende Schwingung der Klänge kann in Körperbereichen spürbar werden, die mit der Erkrankung und etwas Leidvollem verbunden sind. Wenn zum Beispiel durch eine Operation die Identifizierung mit dem nun veränderten Körperbild und dem Körpererleben gestört ist und ein Bereich gegebenenfalls aus der Wahrnehmung dissoziiert wird, kann durch die positiv erlebte Schwingung eine neue Beziehung zum eigenen Körper aufgenommen werden.

„Dass das so eine Resonanz war und dass ich das Gefühl hatte, es ist ein Hohlraum in meinem Unterbauch und ich ja zum ersten Mal überhaupt dann drüber nachgedacht hab, ach ja, meine Gebärmutter ist ja auch entfernt, nicht nur mein Darm, der immer im Vordergrund stand, ist zur Hälfte mein Dickdarm entfernt worden, sondern auch meine Gebärmutter ist entfernt worden. Und das war noch so dieses Gefühl, ach ja, da ist jetzt Platz, da ist ein Hohlraum. [...] Das waren die tiefen Töne unten und die hatten dort wie so einen Resonanzkörper im Bauch. Mein Bauch war der Resonanzkörper, so. Das vibrierte innen. [...] Das fand ich auch großartig.“ (IP18 815-831)

Wenn die Körperwahrnehmung mit Schmerzen oder behandlungsbedingtem Unwohlsein verbunden ist, werden für die Patient*innen Erfahrungen wichtig, dass mit ihrem Körper auch gute und intensive Gefühle erlebbar sind. Trotz der unangenehmen Empfindungen können sich die Patient*innen in ihrem Körper wohlig und entspannt fühlen. Die Tendenz, den eigenen Körper abzulehnen, erfährt ein Gegengewicht.

„Ja, ein Bezug ist, dass ich meinen Körper, also nicht nur als schlimm und mit Schmerzen wahrnehme irgendwie, sondern dass gleichzeitig auch etwas anderes in meinem Körper ist und möglich ist. Also es gibt zum Beispiel oder gab eben diesen Krebs und die Operation und auch dieses fürchterliche Gift, was ich zu mir genommen hab mit den ganzen, ich hatte ja sehr schwere Nebenwirkungen. Und dass es trotzdem auch eine Seite gibt, in mir und vor allen Dingen in meinem Körper auch, der sich gut anfühlt und dass es geht mit diesem Körper so. Da sind gute Gefühle möglich oder intensive Gefühle möglich und die habe ich viel durch diese Musik erlebt eigentlich.“ (IP16 182)

Patient*innen können für ihren Körper und seine Bedürfnisse sorgen, indem sie sich selbst mit einem Instrument und dessen Schwingungen in Kontakt bringen und sich zum Spüren verhelphen (vgl. *Sich als Gestalter*in erleben*).

„In der Reflexion [einer Klangstuhlerfahrung] benennt sie, dass sie sich imaginativ in einem Kokon wahrgenommen habe, in dem sie geschützt war. Allerdings war dies nur in der oberen Körperhälfte wahrnehmbar. Im Unterbauch, also im Bereich, der operiert wurde, sei ihr das Spüren der Schwingungen nicht möglich gewesen. Als ich ihr die Kantele gebe, die sie sich auf ihren Bauch legt und selbst darauf zupft, werden die Schwingungen dort spürbar. Die Erfahrung, in einem schmerzassoziierten Körperbereich wieder berührbar sein zu können und vor allem auch der Aspekt, sich selbst etwas Gutes tun zu können, machen sie zuversichtlich und glücklich.“ (IP18 FB)

Diese Möglichkeit, dem eigenen Körper selbst etwas Gutes tun zu können, bekommt eine Relevanz vor dem Hintergrund, dass sich Patient*innen während der medizinischen Eingriffe oft in einer als fremdbestimmt wahrgenommenen Passivität erleben müssen.

Musik kann als etwas Kraftvolles und Vitales erlebt werden.

*[...] einfach dieses Geräusch, dieses laute: ahhh, so wie so ein duuuuuw, das geht so einmal so durch.“
(IP18 628-629)*

Dieses Erleben ist körperlich und psychisch. Im Spielen und Hören können sich die Patient*innen auf diese Qualität einlassen und sie in sich spüren. Die eigene Kraft wird wieder wahrnehmbar, was freudige und zufriedene Gefühle hervorruft.

„Ich glaube, also die Male, wo ich mich jetzt dran erinnere, denke ich, dass ich recht positiv gespielt habe, also eher schneller und auch gerne mal mit ein bisschen mehr Kraft und nicht so leidend oder so leise, sondern doch eher so ein bisschen mit Wums.“ (IP15 71)

Die Musik, die man spielt, die Töne, die aus einem *herauskommen*, sind als etwas erfahrbar, was in einem selbst (*noch!*) lebendig ist.

„[...] da ist noch ganz viel Potenzial, was noch leben will, dem es gut geht und was Freude hat. Und das wirklich, genau, das ist vielleicht tatsächlich so ein Punkt an der Musiktherapie, also ja, der außerordentlich ist [...].“ (IP12 166)

Sie wird als etwas Lebendiges, dem Leben Zugehöriges, erlebt. Es wird spürbar, dass etwas in einem steckt, was mit dem Leben zu tun hat. Das Vitale wird durch die Musik herausgelockt und erfährt eine Unterstützung in ihr.

AUSEINANDERSETZEN



Graphik 11 Modellausschnitt_Auseinandersetzung

Gefühle erlauben und dem Schweren begegnen

Die Musiktherapie bietet einen Raum für schwere Gefühle, die mit der Musik zusammen auftauchen und gefühlt werden können. Mitunter können die auftauchenden Emotionen in der Musik sehr stark sein. Die Gefühle berühren und ergreifen einen.

„Das habe ich, das habe ich auch mal in diesem Stuhl [Klangstuhl] gehabt. Da musste, da war ich dann auch so traurig, dass ich dann weinen musste. Es hat mich so berührt, dass ich dann auch wieder gar nicht so genau, es war so eine starke Emotion, die mich zum Weinen gebracht hat.“ (IP9 27)

Gefühlszustände, die im Zusammenhang mit der Erkrankung stehen, können in der Musik zugelassen werden und intensiv erlebt werden.

„Aber durch diese Musik ist dieser Strudeleffekt gekommen und der hat mich so mitgerissen. Da hab ich irgendwo das Gefühl gehabt, ich (..) ja, ich hab keine stabile positive Position oder sowas. Wenn in Richtung Krankheit und irgendwas von außen kommt, kann mich das auch wieder völlig durcheinanderwirbeln.“ (IP18 331-336)

Patient*innen wägen ab, ob sie das Vertrauen haben, schwere Gefühle fühlen und aushalten zu können und wann der richtige Zeitpunkt dafür gekommen ist. Dabei ist oft der erste Schritt, wieder *in Fühlung* mit sich zu kommen, weil man vielleicht gar nicht mehr weiß, was man eigentlich fühlt. Oft ist der Schutz vor schweren Gefühlen wichtig, weil die akuten körperlichen und psychischen Belastungen zu hoch sind oder wenn sich Patient*innen in einem akuten Behandlungsprozedere befinden. Die Patient*innen müssen gut abwägen, ob das Wahrnehmen

schwerer Gefühle der Auseinandersetzung dient oder ob es im Moment zu einer Destabilisierung führen würde. Manchmal können Abwehrprozesse sinnvoll sein.

Bei manchen Patient*innen ist die Tabuisierung von Leid auch biographisch verankert. Wenn die Abwehr an Wichtigkeit verliert und für den weiteren Bewältigungsprozess hinderlich scheint, können sich Patient*innen eine Erlaubnis zum Fühlen geben – auch wenn das herausfordernd ist.

„Ja, ich hab mich dann meinen Gefühlen hingegeben in (unv.), weiß ich jetzt nicht, ob ich sie wirklich alle rausgelassen hab, weiß ich nicht. Aber so ganz geheuer war es mir nicht, das war nicht so (.), das hat ja viel so für mich so mit einlassen zu tun.“ (IP19 115)

Patient*innen erleben das Fühlen schwerer Gefühle und das *Herauslassen* dann oft als hilfreich für die Auseinandersetzung mit der Erkrankung. Das Ausdrücken eines Gefühls wirkt befreiend. Es kann als entlastend wahrgenommen werden, wenn nicht alles gut und schön sein muss. Die Patient*innen dürfen zu ihrer Belastung hin fühlen und müssen diese nicht negieren oder klein reden. Das Zulassen kann auch eine Anspannung lösen, die durch ein Zurückhalten entstanden war.

Verdrängtes hat die Möglichkeit, sich mit zu zeigen und zu lösen (vgl. *Sich wahrnehmen und ausdrücken*). Ein schweres Gefühl *da* sein zu lassen öffnet die Möglichkeit, es zu akzeptieren. Wenn die Patient*innen sich den Gefühlen, wie sie sind, stellen, statt sie zu ignorieren, wird es möglich, in Abstimmung mit diesen Gefühlen zu handeln und dadurch authentischer mit sich selbst zu werden.

„Nein, ist auch nicht schön, aber ist auch hilfreich, zu akzeptieren, dass man manche Sachen eben nicht abkann oder die einen eben auch dann durcheinander machen, weil wie schon gesagt, oft ist es ja so, dass man das dann negiert oder zumindestens runterspielt [...] aber dann zu spüren, man ist doch ganz schön aufgewühlt oder durcheinander, das lässt einen dann auch ein bisschen vorsichtiger umgehen.“ (IP12 150)

Patient*innen machen die Erfahrung, dass die negativen Gefühle kleiner werden und sich ins Positive verändern können, wenn man sie zulässt.

„Also ich hatte, kann mich erinnern, dass ich mich mal so ein bisschen klein und traurig und einsam gefühlt habe, bei so Instrumenten mit so einem kleinen Schlegel und auf irgendeine Metallsaiten, wo ich gedacht habe, mein Gott, das ist ja tatsächlich so und es war dann auch ganz gut, das zuzulassen. Aber es ist auch tatsächlich während des Spiels auch wieder besser geworden.“ (IP12 66)

Belastende Erfahrungen können im *Hier und Jetzt* neu gestaltet und mit einer neuen Perspektive versehen werden (vgl. *Offen erkunden und präsent sein* und *Sich als Gestalter*in erleben*).

„Da ist der Schmerz und Leid und diesem Krebs und auch früher mit meinem schweren Busunfall, wo ich einen Leberriß hatte, was alles irgendwie ein Stück hochkommt, aber dann gab es immer noch andere Wege und Möglichkeiten, irgendwas anders zu sehen, das fand ich durch die Musik auch, weil da konnte ich andere Klänge machen und das kann ich eigentlich auf mein Leben auch übertragen irgendwie. Dass immer noch eine andere Perspektive möglich ist.“ (IP16 62)

Im Zulassen und Ausdrücken eines schweren Gefühls wird eine Regulierung erfahrbar. Ein Gefühl, was bedrohlich *auf einen zukommt*, wird in eine spielbare Form oder eine Imagination gebracht, die weiterbewegt und gestaltet werden kann. Die Gefühle bekommen eine veränderbare Geschichtlichkeit. Es kommt eine neue Perspektive dazu.

„Im Verlauf der Musiktherapie entsteht nun das Bedürfnis, sich auch den schwierigen Gefühlen zuwenden zu können. In einer GIM Reise mit einem Musikprogramm, was sowohl supportive als auch herausfordernde Musikstücke inne hat, wird es ihr möglich, sich in der Metapher eines Strudels, der sie mitreißt, ihrer Angst und Unsicherheit in der Erkrankungssituation zu stellen, die schwierigen Gefühle zuzulassen und sie als aushaltbar zu erleben. Sie kann imaginativ in einer Art Probehandeln aus dem Strudel wieder auftauchen und die Imagination in einen glitzernden See weiterführen. Es stellt sich für sie die Gewissheit ein, immer wieder in ein ruhiges Gewässer zu finden.“ (IP18 FB)

Hilfreich ist auch die Möglichkeit, das Leid mithilfe der Musik in symbolische Formen zu bringen und es dadurch mehr handhabbar und distanzierbar zu machen (vgl. *Sich wahrnehmen und ausdrücken*). Es kann sich eine symbolische *Bewältigungsszene* entwickeln, die in ihrer Bedeutung auf den Bewältigungsprozess übertragen werden kann.

„Ich bitte die Patientin, die beiden Symbole [eines für die Erkrankung und eines für eine Ressource] für sie stimmig zu platzieren und eine Musik in Resonanz dazu zu spielen. Sie wählt die BigBom und legt die Symbole darauf. Sie beginnt eher leise und wechselt nach einer Weile die (Schlegel-)haltung. Durch das neue Greifen kann sie mit dem Filz über das Holz, über die Töne streichen, wobei sie sich mit dem ganzen Körper mitbewegt. Sie beginnt dann mit den Schlegeln auch um die auf der Trommel platzierten Symbole herum zu streichen, wie wenn sie diese zu sich herholt. Nach dem Spiel wirkt sie wie aus einer leichten Trance erwacht, etwas irritiert und sichtlich bewegt. Sie versucht, in Worte zu fassen, dass es ihr gelungen sei, nicht zu planen, sondern etwas geschehen zu lassen. Sie sei mit dem Wechsel der Schlegelhaltung einem Impuls gefolgt, etwas anders zu machen. Sie habe die Krankheit und das Warme zu sich hereingeholt, ihnen einen Platz gegeben. Beim Erzählen kämpft sie mit den Tränen, die sie bisher zurückgedrängt hatte. Indem ich ihr stellvertretend die Erlaubnis zum Ausdruck ihrer Trauer gebe und ihr mein Verständnis und mein Interesse an ihren Gefühlen anbiete, kann sie ein wenig davon zulassen.“ (IP16 FB)

Die Patient*innen können in einer solchen musikalischen Szene auch mit dem eigenen Sterben *in Fühlung* kommen. Metaphern für das Sterben machen das Ungreifbare fassbar. Der unsagbare Tod, das eigene Vergehen, bekommt einen klanglichen Ausdruck. Der existenziellen Schwere eine Form zu geben und diese damit in einem Gesamtverständnis des Lebens verorten zu können, ist etwas sehr Haltgebendes.

„[...] das, was mir wirklich am meisten geholfen hat, war dieses auch sagen können, dass es eine Endlichkeit gibt und dieser Vergleich mit der Ton, der halt nachhallt, das hat mir wahnsinnig gut geholfen, weil ich glaube, dass das Leben wirklich so aufgebaut ist, dass man ein Ton oder eine Melodie ist und dann halt, wenn man nicht mehr ist, sie verklingt und dass es ganz normal ist, dass der Ton runtergeht und diese Zusammensetzung von Musik und Seele fand ich sehr schön, fand ich sehr schützend, als einen Schatz, den ich immer noch habe, den ich auch nicht bereit bin loszulassen.“ (IP13 15)

Wenn die Auswahl der Musik anhand ihres therapeutischen Potenzials sorgfältig getroffen wird, hilft die Musik durch ihre unterstützenden Qualitäten, sich mit seinem Gefühl zu zeigen und damit hörbar zu werden.

„In einer der letzten Stunden fühlt sich die Patientin sehr berührt von ihren Imaginationen, die sie beim Hören von Rhosymedre, einem Hymnus von Vaughan Williams, wahrnimmt. Entgegen ihrer Erwartung habe sie ganz in der Musik und dem Erleben sein können, statt von außen draufzuschauen. Sie habe sich im imaginativen Erleben so „drehen“ können, dass der seelische Schmerz für andere sichtbar geworden sei. Das sei für sie eine neue gute Veränderung im Vergleich zu früher, als sie sich so verhalten habe, dass niemand den Schmerz sehen konnte.“ (IP13 FB)

Es ist wesentlich, sich in der Musik und der therapeutischen Beziehung aufgehoben zu fühlen (vgl. *Sich aufgehoben fühlen und zur Ruhe kommen*). Die Patient*innen müssen sicher sein können, dass ihre schweren Gefühle gehalten werden und sie vor einer emotionalen Überflutung geschützt werden (vgl. *In einer musiktherapeutischen Beziehung sein*).

„[...] Gefühle, die ich vielleicht nicht beschreiben kann, aber die dann einfach hochkommen und das war so, und das fand ich also, teilweise im Moment vielleicht auch überflutend, aber da ich mich nun gut aufgehoben fühlte bei der Therapeutin war das alles in Ordnung, ja, genau.“ (IP19 15)

Sich in sich selbst hineinzufühlen braucht Zeit und einen zurückhaltenden Respekt von therapeutischer Seite. Das emotional öffnende Potenzial von Musik muss im Bereich der selbstbestimmten Urheberschaft der Patient*innen angesiedelt sein.

„Ich glaube, weil wir uns beide Zeit gelassen haben. Weil Sie mir die Zeit gelassen haben, es auch mein Tempo zu machen und auch nicht darauf bestanden haben, dass das so passiert, sondern die Möglichkeit

zugelassen haben, dass es halt, dass ich mich halt nicht öffne oder nicht das mache, das fand ich vertrauenswürdig (lachend) [...].“ (IP13 185)

Spielvorschläge, die eine starke Ausrichtung auf emotionalem Erleben haben, werden mit den Patient*innen vorher gut besprochen.

„Die bewusste Auseinandersetzung mit „schwierigen“ Themen, wie dem Sterben ihrer Mutter, findet eher auf einer rationalen Ebene statt. Um mehr Kontakt zu den Emotionen zu bekommen schlage ich ihr vor, ein Bild oder ein Symbol für ihre Mutter mitzubringen. Meine Idee ist, dazu eine Musik zu spielen und darüber in Kontakt mit den Gefühlen kommen zu können. Diese Idee wird von ihr aber als zu dicht und zu viel eingeschätzt und sie habe zu sehr Angst, in Tränen auszubrechen.“ (IP15 FB)

Über manche emotional aufgeladene Themen lässt es sich erst einmal leichter sprechen, weil die Sprache oft das sicherere Terrain ist (vgl. *Musik und Sprache verbinden*). Das Unsichere in der Musik kann aber gesichert werden. Hilfreich für das Erlauben schwerer Gefühle ist zum Beispiel die Möglichkeit, im Anschluss an eine emotional aufwühlende Musik eine beruhigende und stabilisierende Musik anzufügen. Es ist auch eine Annäherung an die Gefühle möglich. Patient*innen können erkunden, was sie wie und mit welchem Klang ausdrücken möchten.

„... dass ich das überhaupt erst erspüre, was es sein kann, welches Instrument vielleicht zu meinem Gefühl irgendwie passen könnte. (IP16 22)

Eine *Dosierbarkeit* des Gefühls ist wichtig, damit die Patient*innen sich in ein Fühlen hineintrauen.

„Ja, mit Möglichkeiten, sich das anzusehen, Möglichkeiten, auch zu spüren, weil so einen Schmerz muss man dann auch, also man muss ja dann auch das Gefühl halt zulassen. Und wenn ich dann halt, ich muss erstmal bereit sein, zu gucken, wo der Schmerz ist, um dann halt ihn vielleicht abzustecken.“ (IP13 169)

Über die Möglichkeit, sich die erlebten Gefühlszustände im Nachgespräch bewusst zu machen, wird ihnen ein stimmiges Maß gegeben, mit dem die Patient*innen dann gut in den Alltag gehen können (vgl. *Musik und Sprache verbinden*).

Bedürfnisse aus der Kindheit versorgen

Patient*innen stoßen immer wieder auf Gefühle oder Verhaltensweisen, die in der Kindheit begründet sind, das aktuelle Erleben negativ beeinflussen und so für die Krankheitsbewältigung hinderlich sind. In der Musiktherapie können Gefühle in ihrer Entstehung und ihrem Be-

deutungsgehalt erinnert, dem Erleben verfügbar gemacht, erkundet, eingeordnet und gemindert werden (vgl. *Sich wahrnehmen und ausdrücken*). Etwas Ungelöstes aus der eigenen Geschichte kann sich im aktuellen Erleben in der Musik und im Jetzt der musikalischen Interaktion ausdrücken und gestaltbar werden (vgl. *In einer musiktherapeutischen Beziehung sein*). Die Musik hat dabei das Potenzial, den Patient*innen einen Zugang zu ihrer frühen Lebenszeit zu bahnen (vgl. *Die Musik wirken lassen*).

„... es war also nicht so eine tolle Kindheit insgesamt. Und da habe ich glaube ich extrem viel verdrängt, ich glaube, und das, dass da was rauskommt, ist eigentlich, finde ich aber auch wiederum gut, dass ich da was merke oder nochmal spüren kann. [...] Ja, spüren kann, weil das verhärtet, es hat so, ich glaube, es ist nicht umsonst so ganz weg, weggesteckt, weil ich sonst Angst habe, dass das, weiß ich nicht, es überfällt mich oder sonst was, ich weiß es nicht genau. Kann ich da, vielleicht ist es von mir auch ein Selbstschutz, dass ich das so weggepackt hab, dass es nur rauskommt, wenn ich so mit Musik, dass mich die Musik dahinbringt, dass ich das rauslassen kann oder es kommt dann einfach, weiß ich nicht. (I: Man könnte auch denken, das ist doch gut, das ist da verschlossen, dann haben Sie da nichts mit zu tun, sage ich jetzt mal so einfach?) Das könnte man so denken, aber ich glaube, das ist für mich gar nicht so gut. Andererseits will ich auch da mal ran, weil ich weiß, viele Sachen, so wie ich mich verhalte oder wie ich bin, sind da auch begründet in diesen ganzen, ganzen Sachen im Verhältnis zu Kindern, zu Familie, zu Partner oder sonst was, also so, manche Ängste auch. (Ja.) Ängste, die ich nicht benennen kann, diffuse Ängste, wo ich dann nicht weiß, ey wieso habe ich das oder wieso bin ich in dem Fall jetzt so ängstlich, kann doch gar nicht sein, [...].“ (IP9 73-79)

Insbesondere der Klangstuhl ermöglicht eine stärkende *frühkindliche Erlebensqualität*. In ihm entsteht ein offener harmonischer Klangraum und zugleich bietet er mit seiner baulichen Eigenschaft des Halbrunds und durch die stetige, verlässliche Spielweise eine haltende Qualität an (vgl. *Sich aufgehoben fühlen und zur Ruhe kommen*).

„Die Patientin erzählt [...] etwas aus ihrer Biografie. Sie sei frühgeboren und es sei lange unklar gewesen sei, ob sie eine frühe Lungenentzündung überleben würde. Sie habe das erste halbes Lebensjahr im Krankenhaus verbringen müssen- ohne verlässliche Präsenz der Eltern, die beide mit den Geschwistern und der Arbeit beschäftigt gewesen seien. [...] Der Impuls, den Klangstuhl einzubeziehen, kam [...] durch den Wunsch, sich entspannen zu können. Die Patientin berichtet von einer hohen Grundanspannung, mit der sie eigentlich schon immer lebe und die ihr nicht guttue. Ihre Erfahrung im Klangstuhl beschreibt sie danach als ein Breitwerden. Sie habe den ganzen Platz ausgefüllt und sei dabei sehr ruhig geworden. Sie habe einen für sie verlässlichen, stetigen, gleichbleibenden Klang wahrgenommen. Ihr kommen die Tränen, als sie benennt, wie ungewohnt und besonders es sei, dass jemand etwas für sie tue und sie gar nichts dafür tun müsse. Sie habe gelernt, immer zu kämpfen und die Dinge allein zu bewältigen, wie als kleiner Säugling auch.“ (IP16 FB)

Diese Erinnerbarkeit ermöglicht ein eigenes Betrauern der damaligen Situation aus dem erwachsenen Erleben heraus.

„So, so das sind so frühe Sachen, die sind aber auch zum Teil (.) nicht immer schön und auch, sind auch traurig, wo ich dann denke ups, armes kleines Kindchen, was du da warst, so ein bisschen, aber ja, das sind schon so, ich glaube, das sind Sachen, die ich ganz doll da in eine Schublade ließ. Diese Schublade ist so fest zu, da komme ich sonst nicht ran. Das ist immer, das geht nur so. Das habe ich, das habe ich auch mal in diesem Stuhl gehabt. Da musste, da war ich dann auch so traurig, dass ich dann weinen musste. Es hat mich so berührt, dass ich dann auch wieder gar nicht so genau, es war so eine starke Emotion, die mich zum Weinen gebracht hat.“ (IP9 27)

Die/der Therapeut*in kann in solchen musikalischen Szenen in die Rolle der Mutter gehen und über das Fürspiel die umsorgenden Qualitäten, die in der *realen* Mutter - Kind - Dyade gefehlt haben, zur Verfügung stellen. Tiefen Gefühlen von Hilflosigkeit kann im Verlauf einer Therapie immer wieder eine stabilisierende musikalische Erfahrung an die Seite gestellt werden.

„Als wir zu Beginn einer Stunde ins Gespräch kommen über ihre Sorge, eine falsche Entscheidung in der Behandlung getroffen zu haben, entwickelt sich beim Sprechen ein Gefühl von Panik in ihr. Sie beschreibt ein inneres Zittern, sie wisse gar nicht, was jetzt sei, das sei sehr unangenehm. Sie wirkt wieder sehr hilflos. Ich schlage vor, die Kantele zu Hilfe zu nehmen und einfach ein paar Töne zu spielen mit meiner Begleitung auf der Tambura. Zu Beginn spielt sie zittrig, im Verlauf synchronisieren sich unsere Spielbewegungen hin zu einem ruhigen Streichen. Sie spricht ein paar Worte in die Musik hinein. Es sei schön, was ich da auf der Tambura spiele, es tröste, es sei wie eine Wiegenbewegung, wie ein Kind zu wiegen.“ (IP9 FB)

In der musiktherapeutischen Beziehungssituation können kindliche Bedürfnisse nach Spielerischem, nach Gehaltenwerden und Ermutigung, versorgt und befriedigt werden. Es wird eine affektive Abstimmung möglich, die manche der Patient*innen als Kind gegebenenfalls nicht ausreichend erfahren haben. Und die/der Therapeut*in stellt sich als jemand zur Verfügung, der sich für die Gefühle interessiert, der dem kindlichen Anteil hilft, Gefühlszustände zu fühlen und zu verstehen.

„[...] Wenn ich meinetwegen zuhause ganz alleine die Musik gemacht hätte, ja, dann hätte sich das vielleicht nicht so klären können irgendwie, so habe ich ja ein Gegenüber, also da können Sie mir nochmal was zu sagen und auch wie Sie das dann wahrgenommen haben. Und das auch für mich, ob ich das dann auch so empfunden habe, also das ist ja eine ganz wichtige Rückmeldung auch immer. Wie haben Sie mich da erlebt dann? [...]“ (IP16 102)

Patient*innen selbst können sich ihren *inneren Kindanteilen* aktiv zuwenden und diese versorgen.

„Sie [die Patientin] benennt dabei [beim Musikspielen] einen inneren Prozess, bei dem sie auf ihr „inneres Kind“, das allein in einer Ecke saß, zugegangen sei. Sie beschreibt, wie sie ihm sanft aufgeholfen habe, es nun mitnehme und zum Spielen ermuntere.“ (IP13 FB)

Die Assoziation von Musikmachen mit etwas Spielerischem erleichtert eine Beziehungsaufnahme zu diesen kindlichen Selbstanteilen. Wenn Gefühle in der Kindheit tabuisiert wurden, können sie gemeinsam aus dieser Tabuisierung geholt werden. Ihnen wird ein haltender Raum gegeben.

„Als zentrales Thema zeigt sich das Spüren und Äußern eigener Bedürfnisse, um sich selbst besser von anderen abgrenzen zu können. Dieses Thema ist biographisch verankert. Die Patientin wuchs mit einem alkoholabhängigen Vater auf, von dessen Erkrankung das außerfamiliäre Umfeld nichts wissen durfte. Krank sein war ein Tabu, die Sorge vor Stigmatisierung groß. Ihre Gefühle, die sie damals empfunden hatte, durften in ihrer Familie nicht geäußert werden oder fanden keine emotionale Resonanz. So war die Patientin als Kind sehr verunsichert worden, ob ihre Gefühle wahr oder richtig waren. Gleichzeitig wurde sie parentifiziert und hat früh Verantwortung für ihren Vater übernommen. In den Improvisationen und Reflexionen darüber nähert sie sich nun einem Wahrnehmen, Zulassen und in Kontakt bringen ihrer Gefühle an.“ (IP16 FB)

In einem solchen Prozess können im imaginativen Erleben neue Blickwinkel auf die Vergangenheit möglich werden und die Patient*innen dürfen sich hilfreiche Veränderungen der Repräsentanzen erlauben.

„In einer weiteren Klangstuhlbehandlung, in dessen Vorgespräch der Wunsch aufkam, sich richtig zu fühlen, imaginiert sie gute Bilder aus der Kindheit. Ihr Vater habe sich ihr zugewendet, sie angelacht und unterstützt. Sie konnte ihrer verinnerlichten Vaterrepräsentanz damit einen Veränderungsimpuls geben. Ihre Muster der Parentifizierung haben Lösungsakzente erhalten und der kindliche Anteil konnte durch ein Wahrnehmen elterlicher Liebe gestärkt werden.“ (IP16 FB)

Belastende Lebenserfahrungen, die aktualisiert und wieder fühlbar werden, sind aus dem *Hier und Jetzt* heraus neu gestaltbar. Die Patient*innen können neue Klänge in die Situation dazugeben, das Vergangene anders klingen lassen, eine neue Rahmung geben und dadurch die Wahrnehmung und die Perspektive verändern.

Beziehungsmuster erkunden

Musiktherapie als interaktionelles Beziehungsgeschehen ermöglicht es den Patient*innen, ihr *Bezogenheitserleben* zu anderen auf die gemeinsam gestaltete Musik zu übertragen und in dieser Übertragungsszene zu bearbeiten. Im gemeinsamen Spiel können sie sich mit sich selbst und dem Gegenüber durch die Tönen verbunden fühlen.

„Ja, hier hatte ich mich verbunden gefühlt durch die Töne, die ich selbst erzeuge, durch dieses, ja, es ist ja so ein leichtes Trommeln, anschlagen, dieses Instrumentes, was dann auch mal leiser, lauter wurde. Dann war ich in einer Verbindung mit Ihnen wieder, weil Sie das auch mit begleitet haben oder zwischen- durch auch mal so einen Ton gesetzt hatten, der ja, so ein bisschen wie sowas, (.) nicht unbedingt Streit, aber (.) ein anderer Ton, etwas dagegen, war so dazwischen. Also ich hab das nie als irgendwas Aggressives erlebt, bei mir auch nicht. Aber doch in einer Art, genau, irgendwie Streitgespräch oder so.“ (IP16 52)

Dabei kann eine Sehnsucht nach einer harmonischen Bezogenheit gestillt werden (vgl. *In einer musiktherapeutischen Beziehung sein*). Das Zusammenspiel bietet aber auch eine Übertragungsmöglichkeit von Beziehungskonflikten, die darin exploriert werden können (vgl. *Sich wahrnehmen und ausdrücken*). Im kreativen Spiel mit musikalischen Dissonanzen wird eine neue Haltung zu diesen angeregt. Sie können konstruktiv in eine musikalische Auseinandersetzung eingebracht werden. Patient*innen, die eher vorsichtig sind mit dem Zulassen und Ausdrücken konflikthafter Gefühle können eine moderate, handhabbare Form dafür finden und die Erfahrung machen, dass solche Gefühle nicht destruktiv sein oder gar zu einem Beziehungsabbruch führen müssen.

„[...] ja und auch eine bestimmte Form von Gespräch. Also dieses, es kann mal ein bisschen was, ja, wie soll ich es sagen, es ist nicht mehr alles auf einer gleichen Ebene ein Gespräch, man ist sich auch nicht immer einig, es kann auch ein bisschen was gegeneinander sein, aber man findet auch wieder zueinander (lacht etwas), das ist gerne, was ich gerne in meine Beziehung, meine Ehe mitnehmen möchte (lacht), diesen Eindruck so.“ (IP16 174)

Im geschützten Rahmen kann können sich die Patient*innen trauen, ein wütendes und aggressives Gefühl zu einem nahestehenden Menschen zuzulassen, es *laut* werden zu lassen und sich damit auseinander zu setzen. Die Wahl von Instrumenten und Spielweisen ermöglicht es, sich in andere Menschen, mit denen es Beziehungs- oder Kommunikationskonflikte gibt, emotional hineinzusetzen und die eigenen Gefühle in dieser Situation zu fühlen.

„Eines dieser Lebensthemen ist die schwierige Beziehung zu ihren Eltern, die sie viel Energie kostete. Sie empfinde eine Verantwortung für ihre Eltern und könne sich schlecht von Schuldzuweisungen und -gefühlen ihnen gegenüber abgrenzen. Die Kontakte zu den Eltern tuen ihr nicht gut und sie fühle sich zu wenig wertgeschätzt. Wir versuchen, eine stimmige Distanz auszuloten und Strategien zu entwickeln, wie sie diese wahren kann. Um diese familiäre Dynamik gestalten zu können, schlage ich ihr vor, Instrumente für die Eltern und sich zu suchen und anzuspielden. Sie findet stimmige Tonqualitäten für die Eltern. Insbesondere das sich Hineinspielen in ihren Vater ermöglicht eine hilfreiche Verdeutlichung der Situation und ihren Gefühlen darin. Für sich wählt sie die Kantele, auf der sie ein kleines Motiv etabliert, was

sie freudig erstaunt. Sie stellt fest, dass sowohl die Trommel (Vater) als auch die Kantele (sie selbst) gut für sich klingen und für sich stehen können. Sie äußert, dass sie im Spiel erkennen konnte, dass sie ja eigentlich einen guten Standpunkt habe. Auch fühle sie sich nun sensibilisierter für das, was ihr nicht guttut und bestärkt, ihr Bedürfnis nach Abgrenzung ernster zu nehmen.“ (IP12 FB)

Die Patient*innen können Anregungen für eine Erlebens- und Verhaltensänderung in der *transferierten* Beziehungssituation bekommen. Wie sehr diese Bearbeitung auf der musikalischen Ebene Umsetzung in der realen Beziehungsgestaltung findet, ist unterschiedlich.

„Also zumindestens ein Versuch dafür, irgendwas zu verändern, aber eine Veränderung hat es nicht bewirkt. Also letztendlich habe ich mich immer wieder aufgeregt und immer wieder in diese Fettnäpfchen-Fallen getappt, weil die ja auch nicht immer identisch sind und da muss man ja schon ziemlich ausgeschlafen sein, also, ja ist so. Aber ein bisschen aufmerksamer [...]“ (IP12 154)

In jedem Fall wird jedoch die Achtsamkeit für Beziehungsdynamiken erhöht.

„Ähm, ja (.) also (..) ich denke, dass ich das versuche, umzusetzen irgendwie in meinem Alltag oder in Begegnung auch mit Menschen irgendwie, wie ich reagiere oder wie ich selber spreche, das ist mir irgendwie bewusster geworden.“ (IP16 60)

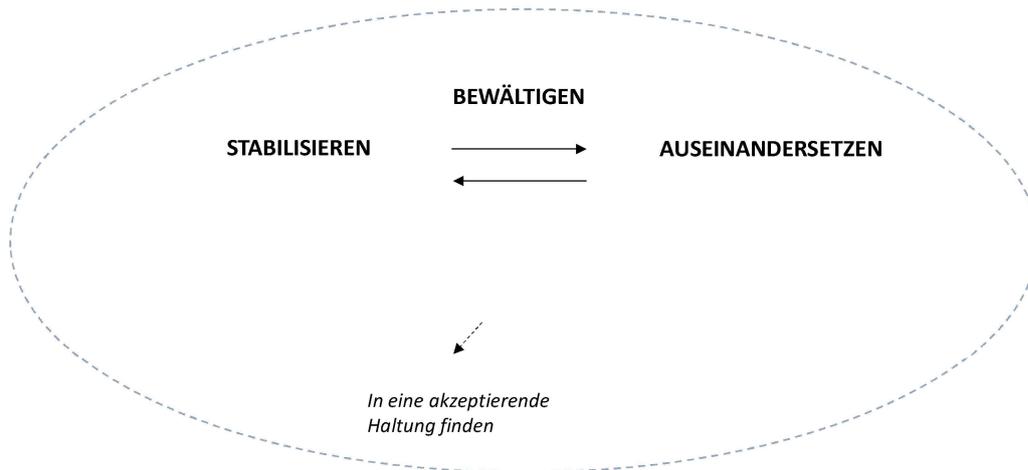
Bezogenheit kann sich auch implizit durch die musiktherapeutische Beziehungsqualität weiterentwickeln und stabilisieren (vgl. *In einer musiktherapeutischen Beziehung sein*). Insbesondere bei Patient*innen, die soziale Ängste und Verunsicherungen haben, wird der Aufbau eines gut gelingenden Zusammenspiels zu einer wichtigen Erfahrung, die das Vertrauen in ihre Beziehungsfähigkeit stärken kann.

„Der Patient wählt die BigBom, da sie für ihn immer wie ein Schutz sei. Im Nachgespräch meint er bewertend, dass er ja wieder einen Rhythmus gesucht habe, als sei der Rhythmus ein Kontrollversuch und so ein negatives „Indiz“ für ihn. [...] Um weiter am Thema zu bleiben, schlage ich eine Anschlussimprovisation ohne Rhythmus vor. Hier gelingt es ihm, mehr zu experimentieren. Es ergibt sich ein Wechsel aus bewusstem Zusammenspiel und einem eher für sich Spielen. Im Verlauf nimmt der Patient die Oceandrum hinzu. Beim Hören der Aufnahme im Anschluss wirkt er erleichtert und erfreut. Durch den Klang der Oceandrum kommen wir ins Nachdenken über den Rhythmus des Meeres – ein Rhythmus, der stetig da ist, aber sich immer wieder etwas ändert. Wir arbeiten heraus, dass auch ein nicht ganz klarer Rhythmus ein Rhythmus sei und dass in einem Rhythmus ein Gefühl von Weite entstehen kann. Es vermittelt sich, dass Rhythmus nicht immer nur einengend sein muss, sondern eine sehr flexible Seite haben darf. Dieser freiere Blick auf sich selbst kann sich in den Improvisationen im Verlauf weiterentwickeln. Der Patient lässt sich immer leichter auf ein Zusammenspiel ein und entspannt sich darin auch. Hilfreich dabei werden Improvisationsvorschläge wie das Spielen im Wechsel von Harmonie und Dissonanz. Ein Fokus liegt auf der Gestaltung von fließenden Übergängen von einer Polarität in die andere und einer Integration von beiden in eine gemeinsame Musik. Insgesamt hat der Patient durch die Musiktherapie sein

Grundvertrauen in sich stärken können. Er beschreibt eine Veränderung in seiner Beziehungsfähigkeit, die in der musikalischen Analogie des möglich werdenden fließenden Zusammenspiels und des Abbaus von Schutz durch die große Trommel erfahrbar wurde.“ (IP1 FB)

Für Krebspatient*innen, die auf gute, unterstützende Beziehungen angewiesen sind, sei es zu den Angehörigen oder zu den Behandler*innen, kann diese Erweiterung der Beziehungsfähigkeit sehr wichtig sein.

BEWÄLTIGEN



Graphik 12 Modellausschnitt_Bewältigen

Viele Patient*innen kommen in die Musiktherapie, weil sie eine Stabilisierung in der schwierigen und leidvollen Lebenssituation suchen.

„Und dass, dass da irgendwie ein bisschen etwas Warmes etwas, etwas Helles, etwas Farbiges, etwas Leuchtendes, wie auch immer Schönes, irgendwie süß, sauer, bitter, salzig, keine Ahnung, und so, so als kleiner Widerpart mit dazu kommt.“ (IP11 177)

Für manche Patient*innen ist es stabilisierend, wenn sie sich gezielt von der Auseinandersetzung mit dem Leidvollen ablenken. Das kann durch eine Aufmerksamkeitslenkung auf mögliche schöne Erfahrungen gelingen (vgl. *Schönes wahrnehmen*). Gerade wenn die Erkrankungssituation akut überfordernd ist, ist eine solche, zumindest vorläufige, Distanzierung ein wichtiger Schritt.

„Das [Tränen in der Klangstuhlbehandlung] hatte überhaupt nichts mit negativen Dingen zu tun. Also eher nur die Erinnerung an dieses Positive und an diese Situation teilweise, in der ich ja damals sowas von tiefenentspannt war. Und das war so eine Sache, wo ich mal für ein paar Minuten die Problematiken, die mich ja zu dem Zeitpunkt noch wirklich überwältigt haben, sonst wäre ich nicht hier gewesen. Wo ich das also so ein bisschen, naja vergessen ist übertrieben, aber hintenanstellen konnte. Ich möchte es mal so ausdrücken.“ (IP7 61)

In den Erfahrungen mit Musik wird es möglich, die negativen Gedankenkreise zu unterbrechen (vgl. *Die Musik wirken lassen*). Es findet eine entlastende Ablenkung statt - von den Sorgen hin

zu etwas Schönerem, Angenehmem im Augenblick. Das kann in eine Entspannung führen. Bestimmte als sehr harmonisch empfundene Instrumente sind gut geeignet, um sich in dieser Weise abzulenken.

„Für die Zeit, wo ich spiele, dass ich ja total raus bin aus allen negativen Gedanken und mich nur aufs Spielen konzentriere und mich über die Töne erfreue, die Klänge.“ (IP15 237)

Die Ablenkung durch das Musikmachen als aktive Handlung wird dabei interessant. Patient*innen wollen nicht beruhigt oder mit Schönerem beschwichtigt werden, sondern ihre Ablenkung selbst aktiv gestalten. Aber auch die rezeptiven Angebote sind dienlich, denn sie können eine Unterbrechung schaffen in der ständigen Herausforderung, die Erkrankungssituation bewältigen zu müssen.

„[...] weil dieser Klangstuhl eigentlich der Auslöser war, dass ich das erste Mal seit vielen, vielen Monaten wieder dieses Gefühl hatte, etwas unterbrochen zu haben, mal Luft geholt zu haben.“ (IP7 73)

Die Gedankenpausen bringen einen zu sich, stabilisieren und bewirken eine neue Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit. In der Musiktherapie können solche Auszeiten für den Alltag eingeübt werden. In den Momenten der Achtsamkeit auf das Hören lassen sich Ressourcen erinnern, die wieder aktiviert werden können und so für Stabilisierung sorgen.

„Also über die Therapiezeit habe ich auf jeden Fall wieder gelernt, an meine Ressourcen, an meine Kenntnisse, die ich vorher schon hatte, wieder heranzukommen. Es war eine sehr, sehr wichtige Hilfe für mich. Sich wieder auf Dinge besinnen zu können oder sich wieder auf Dinge einzulassen, die ich ja eigentlich schon mal konnte, aber die einfach so weit weg waren durch die Probleme, die das Ganze überschattet hat, das war für mich eine riesen Hilfe, um jetzt das wieder für mich in Anspruch nehmen zu können und zu mir, zu meinen Dingen wieder zurückfinden zu können.“ (IP7 267)

Zusammen mit den Erfahrungen *Sich aufgehoben fühlen und zur Ruhe kommen* und *Den Körper spüren und sich lebendig fühlen* dient *Schönes wahrnehmen* der Stabilisierung. Diese Stabilisierung ist für schwer erkrankte Patient*innen in all der Unsicherheit und den krisenhaften Einbrüchen, die einer Krebserkrankung inhärent sind, von großer Wichtigkeit für die ambulante Musiktherapie. Für manche Patient*innen ist dieser Erfahrungsbereich mit den darin liegenden Ressourcen der entscheidende, um die Krebserkrankung bewältigen zu können.

Der zweite wichtige Erfahrungsbereich ist die Auseinandersetzung mit sich selbst. Patient*innen stellen sich viele Fragen, wie sie ihr Erleben in der Erkrankung und Behandlung verarbeiten können, welche Haltung sie gegenüber der Erkrankung entwickeln, wie sie mit den, auch

existenziellen Herausforderungen umgehen können und ihr Leben möglichst zufriedenstellend gestalten können. Für manche Patient*innen reicht hier ein Fokus auf Stabilisierung nicht aus. Patient*innen merken, dass die – im akuten Behandlungssetting gegebenenfalls sinnvoll etablierten Abwehr- und Ablenkungsstrategien – im Verlauf hinderlich sind für die sich komplex zeigende individuelle Bewältigung, die auch das Moment der Herausforderung braucht. Wenn Patient*innen sich im ambulanten Setting körperlich und seelisch stabil genug fühlen, können sie sich trauen, sich emotional mit ihrer Erkrankungssituation auseinanderzusetzen und das damit verbundenen Leiden zuzulassen (vgl. *Gefühle erlauben und dem Schweren begegnen*).

„[...] also das auch mal zulassen können, wie das für mich war irgendwie, auch ein Schmerz oder eine Trauer damit und nicht nur immer diesen ganzen Kampf irgendwo mit Chemo und so weiter, mit dieser ganzen Behandlung irgendwie.“ (IP16 110)

Im vorliegenden Modell sind die beiden Haupterfahrungsbereiche nicht gegensätzlich zueinander zu sehen. Sie haben keinen *Entweder-Oder Status*. Die Bereiche und auch die einzelnen Erfahrungen in ihnen sind nicht klar voneinander abgrenzbar. In den Erfahrungen, die der Stabilisierung zugeordnet sind, finden sich auch herausfordernde Anteile, die eine Auseinandersetzung mit sich selbst nötig machen. Und in den Erfahrungen, die in den Bereich der Auseinandersetzung mit sich selbst aufgenommen sind, finden sich immer auch Momente der Regulierung und der Entwicklung von hilfreichen neuen Erlebnismöglichkeiten und Ressourcen, die stabilisierend wirken. Die Patient*innen befinden sich in einer Hin- und Herbewegung, allerdings mit einer unterschiedlichen Gewichtung der Bereiche. Sie brauchen in jedem Fall Erfahrungen im Bereich der Stabilisierung. Die Auseinandersetzung mit sich selbst ist in gewissem Maße abhängig davon. Die Patient*innen können im Sinne des selbstgestalteten Prozesses in der Musiktherapie eine individuelle, mehr oder weniger bewusste Wahl treffen und ihr Verhältnis von Erfahrungen in den beiden Bereichen ausloten. Sie gehen in einen nicht-linearen Auseinandersetzungs- und Bewältigungsprozess. Die Integration beider Bereiche in der Musiktherapie kann den Akzeptanzprozess gegenüber der Krebserkrankung hilfreich unterstützen.

In eine akzeptierende Haltung finden

In der Musiktherapie wird ein Gefühl von Akzeptanz erlebbar. Im Zusammenwirken der verschiedenen Erfahrungen entsteht eine *akzeptanzfördernde Ausgleichsbewegung*: Leidvolle Erfahrungen werden mit dem, was an guten und stärkenden Erfahrungen da ist, zusammengebracht. Akzeptanzprozesse sind nicht immer stringent. Im Erleben der Patient*innen wird etwas *mit sich Ringendes* deutlich. Sie nähern sich in einem *Vor und Zurück* einer integrierenden, akzeptierenden Haltung an.

„[...] ich hab das Gefühl, dass ich das akzeptiere [...]. Und hier habe ich das so ein Stück weit mehr akzeptiert.“ (IP18 281-284)

Akzeptanz ist bedingt in der Beziehungsaufnahme zu sich selbst (vgl. *Sich wahrnehmen und ausdrücken*). Dabei kommt der Wahrnehmung schwerer Gefühle eine besondere Bedeutung zu. Patient*innen brauchen eine Bereitschaft, sich mit Unangenehmem zu konfrontieren (vgl. *Gefühle erlauben und dem Schweren begegnen*).

„[...] sondern da muss man halt schon direkt jetzt merken, das ist einfach nur chaotisch und durcheinander, ja. (I: Also, man könnte auch sagen, es ist nicht schön, chaotisch und durcheinander zu erleben?) Nein, ist auch nicht schön, aber ist auch hilfreich, zu akzeptieren, dass man manche Sachen eben nicht abkann [...].“ (IP18 148-150)

Schwere Gefühle haben eine Verortungsmöglichkeit in der musikalischen Erfahrung.

„Naja, ich habe was davon, in dem ich das [das Schwere] wahrnehme, dass es da ist. Also das, ich hab das Gefühl, dass ich das akzeptiere, anders als eben damals, als mein Vater gestorben ist, da habe ich das nicht akzeptiert, also so. Und hier habe ich das so ein Stück weit mehr akzeptiert und hab dem einen Platz gegeben, weil es einfach da ist. Es ist ja einfach da, ja. Und ich denke, dass das schon ein guter Umgang ist, das zu akzeptieren.“ (IP18 280-287)

Wichtig für den Akzeptanzprozess sind Erfahrungen, dass sich Gefühlszustände, die gegensätzlich anmuten, sich nicht gegenseitig ausschließen müssen, sondern dynamisch miteinander agieren können. Schwieriges und Schönes lassen sich damit ineinander integrieren. Im Einlassen auf Gefühle von Hoffnungslosem und *Dunklem* kann etwas Positives auftauchen und sich vor dem Hintergrund entfalten. Es entsteht eine Ausgleichsdynamik. Darüber kann sich eine Zuversicht verankern, mit dem Schwierigen umgehen zu können und immer wieder in einen guten Zustand zu finden.

„... [die Patientin berichtet von immer wiederkehrenden schwierigen Situationen in der medizinischen Behandlung] das ist ein Strudel der wieder wwwwwd, ach Mist, warum ist das so? Und warum kann das

nicht mal hier eine Entspannung längerfristig geben? Und dann habe ich aber dieses Bild [Resonanzbild aus einer Musikgeleiteten Imagination, in der die Patientin sich in einem bedrohlichen Strudel imaginiert hat und die Imagination in ein Bild eines friedlichen Sees weiterentwickeln konnte] geguckt und hab gedacht "naja, ich bin wieder an die Oberfläche gekommen und fühlte mich wie ein Delfin und sah das glitzernde Wasser und das war wieder freundlich und gut". Ich muss, was heißt ich muss, ja, es kann einfach immer wieder passieren. Das ist eben ganz schön, diese Bilder zu haben und einfach zu wissen, ja, es kann mich mitreißen und wieder durcheinanderwirbeln und dann kommt es aber auch wieder in ruhigere Gewässer, so." (IP18 351-361)

Hier zeigt sich eine weitere Bedingung für Akzeptanz. Es ist die Erfahrung, sein inneres Erleben selbst gestalten zu können (vgl. *Sich als Gestalter*in erleben*). Die Patient*innen fühlen sich in das Schwere hinein, bleiben darin jedoch aktiv und bewegen es handelnd weiter (vgl. *Gefühle erlauben und dem Schweren begegnen*). Sie können dem Schweren einen Platz zuweisen, es in das Gesamterleben integrieren und es damit besser akzeptieren.

„[...] in diesem Bild [in einer Musikgeleiteten Imagination] mit diesem hellen Blätterdach war ja auch eine Phase, wo ich da um einen Teich gegangen bin und auf so einem Holzponton gesessen habe am See und irgendwo habe ich einen dunklen Fleck gemalt. Da habe ich ja lange überlegt, weil er war nicht so richtig zu fassen für mich, was war das jetzt für ein dunkler Fleck? [...]es ist so ein dunkler Fleck, wo ich alles Schwere so reingepackt habe, also überhaupt alles Schwere. Das ist eigentlich eine ganz schöne Vorstellung, dass ich so die Schwere so kompakt, irgendwo ist sie da, aber ich hab sie so umkreist oder so.“ (IP18 238-251)

In den Gestaltungsprozessen wird der Blick auf das Machbare gelenkt. Sich in und mit Musik zusammen wahrzunehmen, weitet die belastungsbezogene Einengung und stärkt die Erlebensfähigkeit. Etwas anderes wird wahrnehmbar und erlebbar.

„Also ich kann traurig sein über meinen Körper, es kann ein Schmerz da sein, aber es kann auch etwas anderes da sein.“ (IP16 182)

Es kommen Möglichkeiten und Entwicklungsoptionen in das Blickfeld. Das Gefühl, handlungsfähig zu sein, ist akzeptanzfördernd.

„Also das war auch immer so eine Erfahrung mit dieser Musik, dass es so viel anderes noch gibt. Es fällt mir jetzt ein, dass ist für mich auch was Wichtiges, also es kann immer irgendwas anders sein. Es gibt immer irgendwie eine Entwicklung [...] Ja und dass das möglich ist, dass da noch vieles möglich ist.“ (IP16 62-64)

Für eine solche *Öffnung des Blicks*, die wesentlich für Akzeptanzprozesse wird, sind die stabilisierenden Erfahrungen in der Musiktherapie notwendige Bedingung. Es scheint dabei wichtig, dass die positiven Erfahrungen überwiegen.

„Und das ist eine bessere Balance vielleicht für mich, das so und so zu sehen. Ich bin ganz froh, dass diese helle Seite überwiegt sozusagen.“ (IP18 295-298)

Manchmal ist es auch gut, wenn sich das Schwere nicht zeigt und keinen Raum bekommt. Akzeptanz braucht ein gutes Verhältnis von Distanzierung und Involviertheit. So können sich die Patient*innen Themen emotional zutrauen und mit ihnen handlungsfähig werden.

„[...] was mich sehr beschäftigt hat auch zu Anfang, das war dieser Tod, diese Sterblichkeit, diese ja, wie will ich beerdigt werden? Und wie will ich das machen, das war das, was ich mit meiner Familie nicht besprechen konnte, da wollte ich, das ist mir noch sehr präsent, dass ich das hier, dass ich das hier erzählen konnte, was ich, wie ich mir das vorstelle auch, ja, selbst, Grabstein oder wie, wie das alles ablaufen soll, das, da hatte ich mir ja Gedanken drüber gemacht und war ja auch in so einem [Hospiz].“ (IP9 293)

Die musiktherapeutischen Erfahrungen können das Vertrauen verstärken, sich im Leben trotz aller Hindernisse Perspektiven schaffen zu können.

„In unserer Abschlussimprovisation, die wir als „Möglichkeiten des Lebens“ benennen, spielt sie mit verschiedenen Instrumenten, sehr dynamisch, mal in Bezug zu mir, mal ganz für sich und findet ein entschiedenes Ende. Sie sagt, dass es für sie wie Wasser war, etwas konnte auftauchen, entstehen, bei einem Hindernis in eine andere Richtung weiterfließen, fortfließen. Sie habe sich als Impulsgeberin fühlen können und als Verursacherin einer Bewegung in Richtung von etwas Neuem.“ (IP13 FB)

5.2.1 Zusammenfassung der Theorie

Eine Grounded Theory über den Prozess der Auseinandersetzung mit einer Krebserkrankung in einer ambulanten Musiktherapie im psychoonkologischen Kontext

Dies ist eine Theorie darüber, wie sich Patient*innen in der Musiktherapie mit sich und ihrer Erkrankung auseinandersetzen und wie diese Erfahrungen bei der Bewältigung hilfreich sind. Sie ist bereichsbezogen und gültig für den Behandlungskontext einer Spezialambulanz für Psychoonkologie und das dort integrierte einzelmusiktherapeutische Setting mit erwachsenen Krebspatient*innen. Die Patient*innen suchen aufgrund von oft vielschichtigen psychosozialen Belastungen eine Unterstützung. Dazu gehören emotionale Schwierigkeiten, körperliche Einschränkungen, Irritationen des Selbstbildes und des Selbstvertrauens, Verlust von Ressourcen, Beziehungsschwierigkeiten und unverarbeitete Behandlungserfahrungen.

Der Prozess der Auseinandersetzung mit der Krebserkrankung zeigt sich in der Musiktherapie als ein erfahrungsbasierter offener Gestaltungsprozess, in dem psychoonkologische Unter-

stützungsanliegen in eine musiktherapeutische Interaktion gebracht werden. In dieser Interaktion werden die individuellen Themen und Bedürfnisse prozessorientiert durch einen flexiblen Einsatz verschiedener musiktherapeutischer Methoden behandelt. Die Musiktherapie öffnet Raum für vielseitige Erlebens- und Auseinandersetzungsmöglichkeiten. Die als hilfreich erlebten Qualitäten der musiktherapeutischen Interaktion können verinnerlicht und so zu intrapersonellen Ressourcen werden. Damit wirken sie auf das Krankheitserleben ein und unterstützen Copingprozesse.

Die Musiktherapie bietet Patient*innen einen spezifischen MUSIKTHERAPEUTISCHEN ERLEBENSMODUS¹ an, welcher *an sich* hilfreich sein kann *und* eine Basis für weitere Erfahrungen darstellt.

In der musiktherapeutischen Beziehung wird die Musik in verschiedenen therapeutischen Funktionen einbezogen (*In einer musiktherapeutischen Beziehung sein*²). Patient*innen kommen durch Musik in Kontakt mit sich und können sich durch die Resonanz der Musik in einer besonderen Weise verstanden fühlen. Aus der offenen und wertschätzenden Haltung der/des Therapeut*in heraus kann sich in der gemeinsam erlebten und gestalteten Musik eine haltgebende Verbundenheit entwickeln. Durch die mitspielende und mithörende Gegenwart der/des Therapeut*in stärkt sich das Selbstempfinden. Die tragende und sichernde therapeutische Beziehung ist eine Bedingung, um sich schweren Gefühlen und unbewussten oder verdrängten Anteilen gegenüber zu öffnen.

Die Musikwirkung entfaltet ihre Bedeutung für den Auseinandersetzungsprozess auf der Grundlage dieser therapeutischen Beziehung (*Die Musik wirken lassen*). Musik kann dabei in besonderer Weise Emotionen, Imaginationen, Erinnerungen und unbewusste Erlebnisinhalte auslösen und zur Exploration anregen. Sie ist körperlich spürbar und kann einen vitalisierenden oder entspannenden Effekt haben.

Ein wesentliches Prinzip der Musiktherapie ist das offene Erkunden (*Offen erkunden und präsent sein*). Musiktherapie zeigt sich als ein Möglichkeitsraum, in dem Patient*in und Therapeut*in in einer gemeinsam suchenden Haltung sind. Patient*innen können Neues ausprobieren und mit dem, was nicht planbar ist, umgehen lernen. In den Momenterfahrungen bekommt das Erleben Veränderungsimpulse und Patient*innen können neue, für sich stimmige Perspektiven entwickeln.

In der Musiktherapie werden Musik und Sprache miteinander in ein Verhältnis gebracht und ergänzen, vertiefen und bereichern sich gegenseitig (*Musik und Sprache verbinden*). Das wechselseitige Transponieren unterstützt die Selbstreflexion.

Die Patient*innen können sich in Musik wahrnehmen und einen Ausdruck finden (*Sich wahrnehmen und ausdrücken*). Musikalische Parameter und deren Zusammenspiel werden als Muster des psychischen Geschehens verstanden. Im musikalischen Material lassen sich Metaphern und Symbole finden, die auch den impliziten und unbewussten Anteilen zum Ausdruck verhelfen. Der Ausdruck ermöglicht durch den gleichzeitigen Eindruck ein direktes, unmittelbares Fühlen. Patient*innen erleben sich selbst und werden sich ihrer selbst bewusst.

Die Musiktherapie ermöglicht ein sinnlich erlebbares Gestalten (*Sich als Gestalter*in erleben*). In ihm können Patient*innen sich involvieren, sich handelnd beteiligen und selbstwirksam sein. Gefühle der Urheberschaft, Handlungsfähigkeit und Selbstgeschichtlichkeit werden in einer besonderen Weise gestärkt.

Dieses spezifisch musiktherapeutische Erleben hat Erfahrungen inne, die für das BEWÄLTIGEN bedeutsam und hilfreich sind. Die Erfahrungen lassen sich zu zwei übergreifenden Erfahrungsbereichen zuordnen: STABILISIEREN und AUSEINANDERSETZEN.

Im Bereich der Stabilisierung können sich Patient*innen in einer haltgebenden Musik aufgehoben fühlen und zur Ruhe kommen (*Sich aufgehoben fühlen und zur Ruhe kommen*). Das Gefühl, nichts tun und bewältigen zu müssen, sich einen Rückzug vom Problematischen erlauben zu dürfen und bei sich selbst gut aufgehoben zu sein, wirkt entlastend und regenerierend. Patient*innen können Kraft schöpfen und Zuversicht finden.

Musik wird von Patient*innen meist mit etwas Schönem, Harmonischem, Wertvollem und Gesundem verbunden. Mit diesem können sie in der Musiktherapie in Kontakt sein und es als etwas dem eigenen Selbst Zugehörendes wahrnehmen (*Schönes wahrnehmen*).

Der oft versehrte, krebs- und schmerzassoziierte Körper kann über die Vibrationen in einer positiven Weise (wieder) gespürt werden (*Den Körper spüren und sich lebendig fühlen*). Vibration und Spielbewegung vermitteln ein Gefühl von Lebendigkeit.

Im Bereich der Auseinandersetzung mit sich finden Patient*innen einen Raum, in dem sie schwere Gefühle zulassen und sich dem Leid zuwenden können. Hilfreich ist hierfür die haltgebende Qualität der therapeutischen Beziehung und der Musik (*Gefühle erlauben und dem Schweren begegnen*). Gefühle zu fühlen kann entlasten und Blockierungen im Auseinandersetzungsprozess lösen. Schwere Gefühle können über die Musik eine Regulierung finden und

werden durch musikalische Formen handhabbar und verstehbar. Wenn schwierige frühe Erfahrungen und unbefriedigte Bedürfnisse aus der Kindheit das aktuelle Erleben negativ beeinflussen und die Bewältigung behindern, können diese im Musikerleben zum Bewusstsein kommen. Im gegenwärtigen Erleben werden sie gestaltbar und behandelbar und bekommen Veränderungsimpulse (*Bedürfnisse aus der Kindheit versorgen*). Damit entwickeln die Patient*innen etwas aus dem lebensgeschichtlichen Narrativ weiter, damit es hilfreich wird für die Bewältigung der aktuellen Lebenssituation.

Im gemeinsamen Musikmachen und -hören als Interaktion und Beziehungsgeschehen, können sich die Beziehungen der Patient*innen zu Angehörigen und Behandler*innen widerspiegeln (*Beziehungsmuster erkunden*). Darüber werden Gefühle und Bedürfnisse in Beziehungen wahrnehmbar und die Patient*innen lernen, sie besser zu kommunizieren. Die eigene emotionale Kompetenz in Beziehungen findet eine Erweiterung.

Die meisten Patient*innen kommen in die Musiktherapie, weil sie eine Stabilisierung in der schwierigen und leidvollen Lebenssituation suchen *und* sich mit sich selbst auseinandersetzen möchten. Da die Auseinandersetzung mit sich selbst auch emotionale Herausforderungen birgt, muss diese auf die in einer Krebserkrankung sehr wesentliche Stabilisierung abgestimmt werden. Der Grad der Auseinandersetzung muss als kontrollierbar erlebt werden können. Die beiden Bereiche sind nicht abgegrenzt zueinander zu sehen, sondern stehen in Verbindung und bedingen sich gegenseitig. Einzelne Erfahrungen sind nicht immer eindeutig zuzuordnen und haben von beiden Bereichen etwas in sich. In ihrer Auseinandersetzung suchen sich die Patient*innen individuell ihre Erfahrungsbereiche, abhängig von der jeweiligen psychosozialen Belastung, der körperlichen Situation, der Persönlichkeit und den therapeutischen Bedürfnissen. Das Angebot einer flexiblen, nicht-linearen Auseinandersetzung ist der sich immer wieder auch verändernden körperlichen Verfassung von Krebspatient*innen angemessen. Es braucht eine Balance zwischen der Problem- und Ressourcenperspektive. Die Patient*innen bringen die verschiedenen Erfahrungsmöglichkeiten mithilfe der/des Therapeut*in in eine individuell sinnvolle Verbindung und finden für sich eine stimmige Intensität der Auseinandersetzung. Das erfahrungsbasierte, dynamische Coping, welches in diesem Modell prägend ist, kann den Akzeptanzprozess gegenüber der Krebserkrankung hilfreich unterstützen.

¹ Großbuchstaben: die Hauptkategorien

² kursiv: die Unterkategorien

5.3 Einbettung des Modells in die Literatur

Im vorliegenden Modell werden die für den Prozess der Auseinandersetzung hilfreichen Erfahrungen in zwei übergeordneten Bereichen dargestellt. Die Grundidee dabei ist, dass der Bewältigungsprozess auf spezifisch musiktherapeutischen Erfahrungen beruht. Der Bewältigungsprozess selbst wird als nicht-linear verstanden und erfolgt in einer Pendelbewegung zwischen Stabilisierung und Auseinandersetzung. Diese Form ist aus einem bestimmten psychoonkologischen Behandlungskontext heraus entwickelt worden.

Im Folgenden wird der Versuch unternommen, dieses Modell und die Erfahrungsbereiche mit den Ergebnissen aus anderen Studien im Feld der ambulanten Psychoonkologie zu vergleichen und trotz der verschiedenen Konzeptionen in den Untersuchungen Ähnlichkeiten und Unterschiede zu beschreiben.

Hilfreiche Erfahrungen

Viele der Erfahrungen, die in anderen qualitativen Untersuchungen zu ambulanten Einzeltherapien mit onkologischen Patient*innen als hilfreich für die Bewältigung einer Krebserkrankung analysiert wurden (Bonde, 2007, 2007b; Wärja, 2018; Wormit et al., 2007), scheinen sich in den hier konzeptualisierten Erfahrungen wiederfinden zu lassen. Eine Synthese dieser konzeptualisierten Erfahrungen aus der Literatur und denen des vorliegenden theoretischen Modells wird hier nicht als sinnvoll erachtet, da die Kategorien in verschiedenen Ansätzen entwickelt wurden. Im Folgenden soll aber angedacht werden, wo sich die Erfahrungen aus anderen Studien in dem hier erarbeiteten Modell am ehesten lokalisieren ließen.

In den Bereich STABILISIEREN könnten sich die von Bonde (2007, 2005a) konzeptualisierten Erfahrungen *enhancing hope, improved mood and QoL, (new) love of music, opening towards spirituality* integrieren. Das Konzept der Spiritualität müsste allerdings aufgrund des unterschiedlichen musiktherapeutischen Hintergrundes noch zu dem einer existenziellen Auseinandersetzung abgegrenzt werden. Auch das bei Wärja (2018) beschriebene körperliche Wohlbefinden würde in diesen Bereich fallen, allerdings wird hier auch eine intensive Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper beschrieben, die dann eher in den Bereich AUSEINANDERSETZEN passen würde. Die Verbesserung der Lebensqualität, die auch von Wormit et al. (2007) bestätigt wird, ist am ehesten im Bereich STABILISIEREN zu sehen. Sie ist jedoch wie die Verbesserung des Selbstbewusstseins (Wärja, 2008) und die Gewinnung neuer Perspektiven

(Bonde 2007, 2005a) letztendlich auch erfahrungsübergreifend. Die Erfahrung, dass Musiktherapie entspannend und stressmindernd ist (Wormit et al., 2007; Wärja, 2018) kann wiederum gut in diesen Bereich zugeordnet sein. Die Möglichkeit, sich mit krebsspezifischen Themen auseinandersetzen zu können, wie sie von Wärja (2018) als eine wichtige Erfahrung benannt wird, das verbesserte Verstehen des eigenen Selbst und die Erarbeitung neuer Einstellungen zu Leben und Tod (Bonde 2007, 2005a) könnten sich in den Bereich AUSEINANDERSETZEN integrieren. Hier könnte auch die Auseinandersetzung mit Emotionen, die bei Wärja (2018) als hilfreiche Erfahrung aufgezeigt wird, stehen. Der Ausdruck von Gefühlen und Stimmungen *an sich* (Wormit, 2007) würde in der Modelllogik eher unter die Kernkategorie MUSIKTHERAPEUTISCHER ERLEBENSMODUS und hier in die Unterkategorie *Sich wahrnehmen und ausdrücken* fallen. Hier aufgehoben wäre auch das imaginative Erleben als hilfreiche Möglichkeit, sich mit dem Wesentlichen der inneren und äußeren Realität auseinanderzusetzen (Bonde, 2007). Der Aspekt der hilfreichen therapeutischen Aufmerksamkeit bei Wärja (2018) könnte in die Unterkategorie *In einer musiktherapeutischen Beziehung sein* passen und die als hilfreich erlebte Mischung von Gespräch und Musik (Wormit et al. 2007) in *Musik und Sprache verbinden*.

Wirkfaktoren

Das vorliegende Modell ist nicht im Hinblick auf Wirkfaktoren entwickelt worden. So werden im Vergleich mit dem Behandlungsmanual für ambulante Tumorpatient*innen von Wormit et al. (2007) die Erfahrungen der Patient*innen nicht konkret auf musiktherapeutische Wirkfaktoren bezogen. Die bei Wormit und Kolleg*innen (2007) beschriebenen Faktoren der *Aufmerksamkeits-, Emotions-, Kognitions- und Kommunikationsmodulation* sind aber in den hier konzipierten Erfahrungsqualitäten implizit enthalten (z.B. *Die Musik wirken lassen, Sich wahrnehmen und ausdrücken, In eine akzeptierende Haltung finden, Beziehungsmuster erkunden*). Am wenigsten ist die hier beschriebene Musiktherapie auf *Motorik- und Verhaltensmodifikation* ausgerichtet.

Einige der Wirkfaktoren, die Gruber und Kolleg*innen (2011) in einer Expert*innenbefragung für Künstlerische Therapien in der Onkologie herausgearbeitet haben, finden sich in ähnlich unspezifischer Weise in den Kategorien des Modells wieder (z.B. Stimulation aktiver Gestaltungsfähigkeit (Gruber et al., 2011) – *Sich als Gestalter*in erleben* (Modell); Förderung der Wahrnehmungsfähigkeit (Gruber et al., 2011) – *Sich wahrnehmen und ausdrücken* (Modell).

Die offene Prozessorientierung im Modell

Durch die offene, individuelle Prozessorientierung unterscheidet sich der hier entwickelte theoretische Ansatz vom Heidelberger Musiktherapiemanual für die ambulante Behandlung von Tumorpatient*innen (Wormit, 2008; Wormit et al., 2007). Dieses strukturiert das musiktherapeutische methodische Vorgehen an spezifisch ausgearbeiteten Therapiezielen, die an den Dimensionen von Lebensqualität entlang konzipiert sind. Die Behandlung erfolgt in Modulen in einer bestimmten zeitlichen Abfolge, orientiert an einem Phasenmodell. Das Modell unterscheidet sich auch zum Ansatz bei Wärja (2018), die in ihrem Therapieprotokoll zu *Individual arts-based Psychotherapy* einen sehr strukturierten Einsatz von *Kurzen Musikreisen* (KMR) in der Arbeit mit Patient*innen (Survivors), die an gynäkologischen Tumoren erkrankt sind, entwirft. Das theoretische Modell unterscheidet sich ebenso von der *Grounded Theory* bei Bonde (2007, 2005a), in welcher er ausarbeitet, wie ambulante Musiktherapie (MI) bei Krebspatient*innen in einem Rehabilitationsprozess wirksam werden kann. Bonde fokussiert auf die aktiv angestrebte Veränderung von Copingstrategien in einem aufeinander aufbauenden therapeutischen Prozess in zwei Schritten. Der erste Schritt in diesem Prozess ist es, sich selbst und die eigene Lebenssituation besser zu verstehen. Für einige der Patient*innen ist es daraufhin möglich, den Willen zu aktivieren, um neue Copingstrategien und Haltungen der Zukunft gegenüber zu entwickeln.

Das in der vorliegenden Untersuchung entwickelte Modell zeigt im Vergleich einen nicht-linearen Auseinandersetzungs- und Bewältigungsprozess. Im Kontext des Modells ist ein über einen mittleren bis längeren Zeitraum angelegtes psychotherapeutisch angestrebtes Kontinuum von Stabilisierung, die in eine intensive Auseinandersetzung mit sich selbst führt, in den meisten Fällen nicht möglich. Die körperliche Situation der Patient*innen in der Ambulanz lässt einen solchen linearen Aufbau oft nicht zu und die zeitliche Begrenzung der Sitzungen ist ein Kriterium. Das hier entwickelte Modell beschreibt mehr eine indirekte oder implizite Veränderung von Copingstrategien. In den verschiedenen Erfahrungsräumen, die die Patient*innen für sich in eine individuelle Verbindung bringen, verinnerlichen sie als hilfreich erlebte Qualitäten, die zu intrapersonellen Ressourcen werden können und so auf das Krankheitserleben und das Coping unterstützend Einfluss nehmen.

Eine Besonderheit dieses Modells scheint es zu sein, dass die individuelle Gestaltungsfreiheit der möglichen Erfahrungen eine wesentliche Rolle für die Bewältigung spielt und das selbst-

bestimmbare *Offen erkunden und präsent sein* prägend ist. In diesem Modell sind die Erfahrungen nicht geknüpft an oder induziert durch bestimmte musiktherapeutische Methoden. Der prozessorientierte Einbezug von Methodischem auf Grundlagen der therapeutischen Beziehung ist abhängig vom individuellen Vermögen der Patient*innen, ihren inneren Prozess daran anzubinden.

Die Balance zwischen Stabilisierung und Auseinandersetzung

In dem entwickelten Modell sind die Bereiche STABILISIEREN und AUSEINANDERSETZEN nicht klar voneinander trennbar. In den Erfahrungen, die der Stabilisierung zugeordnet sind, finden sich auch herausfordernde Anteile. Und in den Erfahrungen, die im Bereich der Auseinandersetzung mit sich selbst liegen, finden sich Momente der Regulierung und der Entwicklung von hilfreichen neuen Erlebensmöglichkeiten, was einen stabilisierenden Einfluss nehmen kann. Die Patient*innen suchen sich Erfahrungen in beiden Bereichen. Der Bereich der Stabilisierung wird allerdings etwas mehr gewichtet und die Auseinandersetzung mit sich selbst ist von den stabilisierenden Erfahrungen abhängig. Das Modell zeigt ein erfahrungsbasiertes, dynamisches Coping. Die Flexibilität in den Bereichen ist der spezifischen Situation von Krebspatient*innen und dem ambulanten Setting angemessen. Die musiktherapeutische Arbeit stellt sich darauf ein, dass die körperliche Situation der Patient*innen nicht sicher stabil ist und eine erreichte psychische Stabilität im Zusammenhang damit auch wieder einbrechen kann. Es wird immer wieder neu abgewogen, wie stabil die Patient*innen sind. Auf dieser immer wieder zu findenden Stabilität werden psychotherapeutische Impulse gegeben. Es braucht ein fein abgestimmtes Wechselspiel und ein sorgfältig eingegrenztes psychodynamisches Arbeiten. In diesem ausgleichenden Wechsel können sich die Patient*innen auch eine Konfrontation mit dem Leid erlauben und sich der Auseinandersetzung mit sich selbst stellen. Hier können sich auch Momente ereignen, die Impulse für eine Veränderung von Persönlichkeitsstrukturen geben, wie es bei Bruscia in der Ausrichtung einer *Reconstructive Music Therapy* beschrieben wird (Bruscia, 2014, S. 237).

Diese Gewichtung auf stabilisierende Erfahrungen ist für schwer erkrankte Patient*innen in all der Unsicherheit und den krisenhaften Einbrüchen, die einer Krebserkrankung inhärent sind, jedoch von großer Wichtigkeit. Für manche Patient*innen ist dieser Erfahrungsbereich mit den darin liegenden positiven Erfahrungen der entscheidende, um die Krebserkrankung

bewältigen zu können. Hier findet das Modell eine gute Passung in die allgemeine Psychoonkologie, deren primäre Ausrichtung immer supportiv ist (Schulz-Kindermann, 2013). Eine *Supportive Music Psychotherapie* kennzeichnet Bruscia mit folgenden Aspekten: „...to foster psychological equilibrium, adaptation, and quality of live, using the clients´ existing resources or potentials“ (Bruscia, 2014, S. 235). Hier spiegelt sich auch eine Grundannahme in der Ressourcenorientierten Psychotherapie wieder, dass die Problemperspektive immer ausgewogen sein muss mit einer Ressourcensuche, um Patient*innen zu einem positiven und selbstwirksamen Gefühl sich selbst gegenüber zu verhelfen (Reddemann & Stasing, 2013). Die Orientierung auf positive Erfahrungen spielt in der Ressourcenorientierten Psychoonkologie nach (Diegelmann & Isermann, 2010) eine große Rolle. Dies kommt dem Konzept der *Recreational Music Therapy* (Bruscia, 2014, S. 239) nahe, in dem musikalische Aktivitäten mit dem Ziel angeboten werden, Freude zu erleben und die Lebensqualität zu steigern. Solche, der Erholung dienenden Phasen werden als ein wichtiger Bestandteil von Therapie eingeschätzt. Die Anbindung an etwas Harmonisches und Schönes bedeutet für die Patient*innen einen wichtigen Ausgleich in den vielen *disharmonischen* und leidvollen Erfahrungen. Sich mit Schöнем abzulenken, kann in der Psychoonkologie zeitweise eine hilfreiche Bewältigungsstrategie sein. Positive Erfahrungen stärken die Ressourcen der Patient*innen. Der für das vorliegende Modell zu verwendende Ressourcenbegriff ist der der intrapersonalen Ressourcen, wie sie in der ressourcenorientierten Psychotherapie (Brunner, 2016) beschrieben werden. Selbstvertrauen, Neugier, Offenheit, positive Gestimmtheit, Entspannungsfähigkeit sind Beispiele für intrapersonale Ressourcen, die Bewältigungsleistungen unterstützen. Auch Kohärenzsinn und Selbstwirksamkeitserwartung sind hier als wichtige Ressourcen aufgenommen (S. 259). „Die Ressourcenperspektive eröffnet den Blick auf Handlungs- und Lösungsoptionen und trägt zu mehr Kreativität, Offenheit und Aktivität des Patienten bei. Dadurch wird auch ein resilienter Umgang mit negativen Erlebnissen gefördert und die Akzeptanz unabänderlicher Ereignisse begünstigt“ (Brunner, 2016, S. 257). In der Psychoonkologie wird unter der Akzeptanz einer Krebserkrankung „die Bereitschaft verstanden, die Erkrankung selbst und ihre Auswirkungen als existent wahrzunehmen, anstatt sie zu verleugnen. Es ist die Bereitschaft, die Erkrankung ernst zu nehmen, anstatt sie zu verdrängen. Es ist die Bereitschaft, die Erkrankung und ihre Auswirkungen – sei es für einen Moment, sei es über eine längere Phase – anzunehmen, ohne zu hadern oder zu resignieren“ (Geuenich, 2012, S. 79). Eine solche akzeptanzfördernde Ressourcenper-

spektive umspannt im Modell die unterschiedlichen musiktherapeutischen Erfahrungsbereiche. Intrapersonale Ressourcen werden sowohl im Bereich der Stabilisierung als auch im Bereich der Auseinandersetzung mit sich selbst entwickelt. Rolvsjord (2016) spricht von einer „...general tendency in music therapy to include resource-oriented aspects as a regular part of practice“ (S. 558). Die im Modell konzipierte Musiktherapie folgt dieser Tendenz. Hier finden sich die von Rolvsjord (2016) beschriebenen Merkmale einer ressourcenorientierten Musiktherapie wieder: Stärken, Ressourcen und Potenziale werden gefördert, es gibt eine gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen Patient*in und Therapeut*in, das Individuum wird im Kontext verstanden und Musik selbst wird als eine Gesundheitsressource gesehen. Rolvsjord unterstreicht die salutogenetische Perspektive in einer solchen Ressourcenorientierung. Diese wurde von Bonde (2007, 2005a) für seine Untersuchung ambulanter Musiktherapie mit Krebspatient*innen aufgenommen. Er hat das musiktherapeutische Erleben mit dem *Kohärenzsinn*, den Antonovsky als zentralen Aspekt der Salutogenese konzipiert (Antonovsky & Franke, 1997), in Verbindung gesetzt. In der Psychoonkologie finden sich die Bezüge zu Kohärenzsinn und Selbstwirksamkeit insbesondere in den supportiven und ressourcenorientierten Ansätzen (Diegelmann & Isermann, 2010; Reddemann & Stasing, 2013). Die gesunden Anteile in den Blick zu nehmen entspricht einer Grundhaltung in der Psychoonkologie und zeigt eine Achtung der Würde schwer erkrankter Menschen (Reddemann & Schulz-Kindermann, 2013).

6. Die quantitative Untersuchung

Dieser Teil der Untersuchung beantwortet die Fragestellung 3:

- Zeigt sich eine Veränderung in Bezug auf Angst, Depressivität und Lebensqualität durch die musiktherapeutische Behandlung?

Allerdings konnte nur die Fragestellung nach der Veränderung von Angst und Depressivität verfolgt und beantwortet werden.

6.1 Datenerhebung und Auswertung

Studiendesign und Methoden

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine retrospektive Analyse durchgeführt. Diese basiert auf längsschnittlichen Daten, die in der Spezialambulanz für Psychoonkologie routinemäßig erhoben werden. Alle Patient*innen, die sich in der Spezialambulanz anmelden und dort Unterstützung erhalten, werden vor Beginn der Behandlung auf ihre soziodemographische Situation gescreent. Sie erhalten einen Fragebogen, in dem auch die psychische Belastung im Hinblick auf Distress (Distress-Thermometer), Angst (GAD-7), Depressivität (PHQ-9) und Lebensqualität (EORTC QLQ-C30) erhoben wird. Zur Qualitätssicherung in der Ambulanz werden nach sechs, 12 und 24 Monaten Nachbefragungen (Katamnesen) an die Patient*innen verschickt. Die Katamnese nach 24 Monaten liegt in der Regel zeitlich nach dem Ende der psychoonkologischen Begleitung in der Ambulanz und beinhaltet auch eine Bewertung der Therapie.

Messinstrumente

Das Distress-Thermometer ist ein vom National Comprehensive Cancer Network (NCCN) entwickeltes Screeninginstrument zur Erfassung der psychosozialen Belastung bei onkologischen Patient*innen. Es besteht aus einer Skala (0-10; gar nicht – extrem belastet) und einer Auswahlliste möglicher Problembereiche. Ein Cut-off Wert von 5 wird als Signal für eine auffällige Belastung gewertet und zeigt einen Unterstützungsbedarf an. Im Screening der Ambulanz findet die deutsche Adaption (Mehnert, Müller, Lehmann & Koch, 2006) Anwendung.

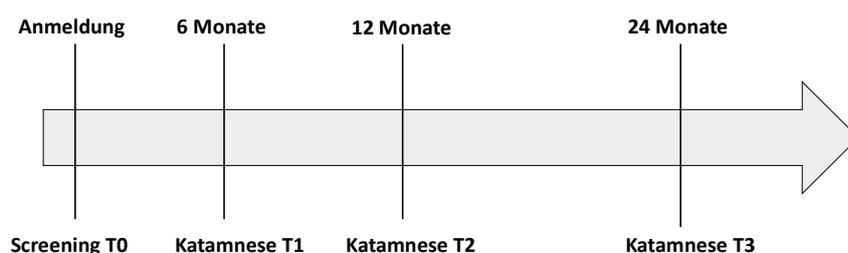
Der GAD-7 (Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006) wird zur Erfassung von Angst eingesetzt. Als Kurzinstrument mit sieben Items bildet er die wichtigsten Kriterien zur Erfassung einer generalisierten Angststörung ab. Jedes Item/Symptom kann auf einer jeweils vierstufigen Skala eingeschätzt werden. Ab einem Cut-off Wert von 7 wird die Belastung als auffällig bewertet. Der PHQ-9 (Loewe & Spitzer, 2002) ist ein Instrument zur Erfassung von Depression. Es wurde im Hinblick auf depressive Symptome bei körperlich erkrankten Menschen entwickelt. Die neun Items bilden die Symptomatik einer schweren Depression ab und können jeweils auf einer vierstufigen Skala beantwortet werden. Ab einem Cut-off Wert von 7 wird die Belastung als auffällig bewertet.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird mit der deutschen Fassung des EORTC QLQ-C30 (Aaronson et al., 1993) erfasst. 30 Items, die sich auf die verschiedenen Dimensionen der Lebensqualität beziehen, können auf jeweils vierstufigen Skalen eingeschätzt werden.

Die in der Untersuchung ausgewerteten Messinstrumente Distress-Thermometer, GAD-7 und PHQ-9 sind im Anhang R einsehbar.

Die Erhebung der Daten in der Ambulanz ist seit 2017 systematisch und dauerhaft etabliert und die Daten werden regelmäßig in eine SPSS Datenbank eingepflegt. Von den vorherigen Jahren existieren unsystematische Daten. Für die vorliegende Analyse wurden die in der Ambulanzdatenbank vorhandenen Daten anonymisiert zur Verfügung gestellt.

Das Ziel der Untersuchung war es, retrospektiv einen möglichen Effekt der musiktherapeutischen Behandlung auf die psychische Belastung zu explorieren. Dieser Effekt sollte mit einer Vergleichsgruppe kontrolliert werden. Diese sollte aus den Patient*innen gebildet werden, die in der Ambulanz ein nicht musiktherapeutisches Angebot aus dem psychoonkologischen Spektrum erhielten. Der mögliche Einfluss der Musiktherapie auf die psychische Belastung sollte im Vergleich der Daten vor der Behandlung (prä = T0), im Verlauf (peri = T1 + T2) und nach Ende der Behandlung (post = T3) untersucht werden.



Graphik 13 Timeline Erhebungsschema Ambulanz

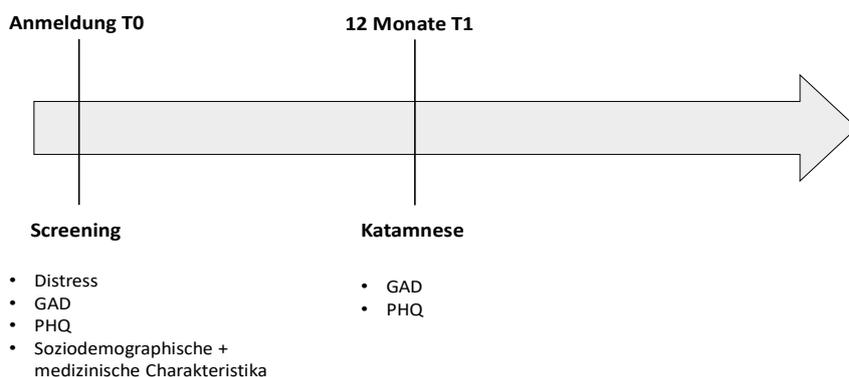
Durchführung und Stichprobengewinnung

Die Datenanalyse wurde ab September 2019 durchgeführt. Dafür wurde auf die SPSS (Teil-) Datenbanken in ihrer bis dato zuletzt aktualisierten Version (T0_Stand 08.08.2019 und T2_Stand 29.8.2019) zugegriffen. Diese Datenbanken sind 2017 neu aufgesetzt worden und erfassen folglich die Daten aus der Routineerhebung der Ambulanz zwischen 2017 und 2019. Die Analyse auf diesen Datensatz zu beschränken hätte bedeutet, einen großen Teil möglicher Daten der vergleichbar kleinen Gruppe der musiktherapeutischen Patient*innen nicht mit einbeziehen zu können. Gegebenenfalls wäre damit die Analyse aufgrund zu kleiner Fallzahl nicht durchführbar gewesen. Um eine möglichst große Gruppe von Musiktherapiepatient*innen analysieren zu können, wurden deren Daten, soweit vorhanden, aus der Vorgängerdatenbank (vor 2017) in die neuen Datenbanken migriert. So liegen für die Musiktherapiepatient*innen Daten vom Zeitraum 2013 (Zeitpunkt der Implementierung der Musiktherapie in die Ambulanz) bis 2019 vor. Für die Vergleichsgruppe, die an sich viel zahlenstärker ist, wurde die Datenmenge zwischen 2017 und 2019 als ausreichend eingeschätzt. Die Sichtung der Daten zeigte viele fehlende Daten. Gründe dafür sind eine niedrige Rücklaufquote. Eine Berechnung der Rücklaufquote war allerdings nicht möglich, da bis 2017 die Katamnesebögen weitgehend unsystematisch verschickt wurden. Für den Untersuchungszeitraum ließen sich wenig konsistente Katamnese-Verläufe finden. Nahezu kaum eine/ein Patient*in hatte Screening und alle drei Folgekatamnesen vollständig zurückgesendet. Die größte Gruppe konnte durch Patient*innen gebildet werden, bei denen sowohl T0 (Screening) als auch T2 (Katamnese nach einem Jahr) vorlag. So wurde hier die Entscheidung getroffen, diese Gruppe im Vergleich mit einer entsprechend gebildeten Gruppe aus nicht musiktherapeutisch behandelten Patient*innen für die Fragestellung zu analysieren.

Viele der Ambulanzpatient*innen werden über die Dauer eines Jahres hinaus behandelt. Eine genaue Erfassung der Behandlungsdauer liegt - mit Ausnahme der Musiktherapie - derzeit in der Ambulanz noch nicht vor. Aus dem klinischen Erfahrungswert heraus wird die vorliegende Untersuchung der beiden Messzeitpunkte T0 – T2 insgesamt als eine prä-peri Untersuchung eingeschätzt, da erst die Katamnese T3 (nach zwei Jahren) als Evaluationskatamnese angelegt ist.

Da der EORTC-Fragebogen nicht zum Inventar des Fragebogens zum Zeitpunkt T2 gehört, konnte in diese Analyse die zu Beginn geplante und in die Fragestellung eingeschlossene Auswertung der Lebensqualitätsveränderung nicht einbezogen werden.

In der Datenbank T0 (ab 2017 + die integrierten Musiktherapiepatient*innen seit 2013) waren zum Auswertungszeitpunkt insgesamt Daten von 719 Patient*innen, davon 76 Musiktherapiepatient*innen. Die Angehörigen wurden als Variable aus den Datenbanken herausgenommen, da sie hier nicht mit untersucht werden. Nach einem Matching mit der Datenbank T2 wurde diese Gruppe nun daraufhin geprüft, ob für sie sowohl T0 als auch T2 vorlag. Diejenigen, für die das nicht zutraf, wurden aus dem Datenpool herausgenommen. Dies führt zu einer Stichprobe für die vergleichende Untersuchung von n = 119, die sich aus den zu vergleichenden Gruppen Musiktherapiepatient*innen n = 25 und andere Ambulanzpatient*innen n = 94 zusammensetzt. Im Folgenden werden für diese beiden Gruppen die Bezeichnungen MTPat (Musiktherapiepatient*innen) und AmbPat (Vergleichsgruppe aus den Ambulanzpatient*innen) verwendet. Der Messzeitpunkt T2 (nach dem Erhebungsschema der Ambulanz) wird für die vorliegende Analyse in T1 umbenannt, um klarer zu machen, dass hier nur zwei Messzeitpunkte ausgewertet werden (T0-T1).



Graphik 14 Timeline Auswertung Untersuchung

Die Ergebnisse der Auswertung der Screening (T0) - Daten für das Gesamt der 76 Musiktherapiepatient*innen ist in Kapitel 3.4 dargestellt. In die folgenden Ausführungen sind zwei Vergleiche mit den Daten dieser Gesamtgruppe integriert.

Statistische Analyse

Die quantitativen Analysen erfolgten mit dem Statistikpaket PASW Statistics 18. Um die soziodemographischen und medizinischen Merkmale der Patient*innen zu beschreiben, wurden deskriptive Analysen durchgeführt. Gruppenvergleiche hinsichtlich der psychischen Belastung wurden mit T-Test angestellt. Das Signifikanzniveau wurde auf 5% festgelegt.

6.2 Ergebnisse der quantitativen Untersuchung

Stichprobengröße

Musiktherapiepatient*innen (MTPat) n = 25

Ambulanzpatient*innen (AmbPat; Vergleichsgruppe) n = 94

Messzeitpunkte

T0 = Aufnahme in die Ambulanz

T1 = Katamnese nach einem Jahr

Soziodemographische Situation bei Aufnahme in die Ambulanz (T0)

Eine Übersicht über die soziodemographischen und medizinischen Charakteristika gibt folgende Tabelle.

	Gesamt		MTPat		AmbPat	
	n	%	n	%	n	%
Altersgruppen						
< 25a	4	(3.4)	0	(0.0)	4	(4.3)
26-35a	11	(9.2)	2	(8.0)	9	(9.6)
36-45a	23	(19.3)	5	(20.0)	18	(19.1)
46-55a	35	(29.4)	6	(24.0)	29	(30.9)
56-65a	33	(27.7)	8	(32.0)	25	(26.6)
>66a	13	(10.9)	4	(16.0)	9	(9.6)
Geschlecht						
weiblich	91	(76.5)	18	(72.0)	73	(77.7)
männlich	28	(23.5)	7	(28.0)	21	(22.3)
Schulbildung						
Hauptschulabschluss	16	(14.0)	4	(16.7)	12	(13.3)
Mittlere Reife	36	(31.6)	9	(37.5)	27	(30.0)
Fachhochschulabschluss	17	(14.9)	2	(8.3)	15	(16.7)
Abitur	44	(38.6)	8	(33.3)	36	(40.0)
Anderer/kein Abschluss	1	(0.9)	1	(4.2)	0	(0.0)
Berufsausbildung						
Lehre	52	(44.4)	11	(45.8)	41	(44.1)
Fachschule	11	(9.4)	1	(4.2)	10	(10.8)
Fachhochschule	12	(10.3)	4	(16.7)	8	(8.6)
Universität	31	(26.5)	4	(16.7)	27	(29.0)
Anderer/keine Berufsausbildung	11	(9.4)	4	(16.7)	7	(7.5)
Krebserkrankung						
Gastrointestinal	12	(10.8)	2	(8.0)	10	(11.6)
Lunge	3	(2.7)	0	(0.0)	3	(3.5)
Brust	27	(24.3)	5	(20.0)	22	(25.6)
Gynäkologisch	11	(9.9)	1	(4.0)	10	(11.6)
Sarkom	3	(2.7)	1	(4.0)	2	(2.3)
Endokrin	3	(2.7)	1	(4.0)	2	(2.3)
Melanom	8	(7.2)	3	(12.0)	5	(5.8)
Kopf-Hals	7	(6.3)	3	(12.0)	4	(4.7)
Urogenital	13	(11.7)	4	(16.0)	9	(10.5)
Hirn	7	(6.3)	0	(0.0)	7	(8.1)
Hämatologisch	11	(9.9)	5	(20.0)	6	(7.0)
Lymphom	1	(0.9)	0	(0.0)	1	(1.2)
Anderer	5	(4.5)	0	(0.0)	5	(5.8)

Tabelle 4 Soziodemographische und medizinische Charakteristika

Alter

Die Musiktherapiepatient*innen sind im Durchschnitt 54 Jahre alt. Das entspricht nahezu dem Durchschnitt bei den anderen Ambulanzpatient*innen (52 Jahre). Beim Vergleich der Verteilung auf Altersgruppen zeigt sich ein leichter Unterschied in der Altersgruppe der jüngeren Patient*innen und in der Altersgruppe der älteren Patient*innen. In der Musiktherapie werden prozentual etwas weniger unter 36-Jährige und etwas mehr über 55-Jährige behandelt als in den anderen Angeboten der Ambulanz. Der größte Anteil (etwa ein Drittel) hat ein Alter von 56-65 Jahren.

Geschlecht

18 der Musiktherapiepatient*innen sind weiblich, sieben männlich. Mit einem Verhältnis von 72% zu 28% unterscheidet sich dies kaum von der Vergleichsgruppe, die einen etwas geringeren Männeranteil (22%) hat.

Das Item *divers* war im Untersuchungszeitraum noch nicht in den Fragebogen integriert, hier liegen folglich keine Angaben vor.

Schulbildung

Das Niveau der Schulbildung zeigt sich bei den Musiktherapiepatient*innen zu etwa gleichen Teilen in niedrigeren (Hautschulabschluss, Mittlere Reife) und höheren (Fachhochschulabschluss und Abitur) Abschlüssen. Dies ist ähnlich in der Vergleichsgruppe.

Berufsausbildung

Ungefähr die Hälfte der Musiktherapiepatient*innen sind mit Lehre und Fachschule eher niedriger qualifiziert, etwa ein Drittel hat einen Hochschul- oder Universitätsabschluss. Auch hier sind die Daten ähnlich wie in der Vergleichsgruppe.

Krebsdiagnosen

Die Krebsdiagnosen der Musiktherapiepatient*innen sind gemischt. Es sind etwas mehr Patient*innen jeweils mit Brustkrebs, Melanom, Kopf-Hals-Tumoren, urogenitalen Tumoren und hämatoonkologischen Erkrankungen. Auch in der Vergleichsgruppe gibt es tendenziell etwas mehr Patient*innen mit Brustkrebs und urogenitalen Tumoren und die Gruppe der Patient*innen mit gynäkologischen und gastrointestinalen Tumoren ist hier etwas größer. In der Stichprobe der Musiktherapiepatient*innen werden keine Patient*innen mit Lungen- oder Hirntumor oder einem Lymphom behandelt.

Die Stichprobe der Musiktherapiepatient*innen unterscheidet sich in diesen Variablen unwesentlich von der Gesamtgruppe der in der Ambulanz behandelten Musiktherapiepatient*innen (n = 76). Das Alter ist gleich, Bildungsstand und Schulbildung sind ähnlich. In der Stichprobe sind etwas mehr Männer im Verhältnis zu Frauen als in der Gesamtgruppe (28% zu 20%). Die Diagnosen sind ähnlich gemischt, aber in der Stichprobe sind nicht mehr alle Diagnosegruppen vertreten (vgl. Kapitel 3.4).

Psychische Belastung

Folgende Tabelle gibt eine Übersicht zur psychischen Belastung.

	Gesamt		MTPat		p	AmbPat		p
	T0	T1	T0	T1		T0	T1	
Distress								
M	6.9		7.0			6.90		
(SD)	(2.2)		(1.7)			(2.3)		
(MIN/MAX)	(0/10)		(3/10)			(0/10)		
Distress auffällig								
n	90		19 (76.0)			71 (75.5)		
(%)	(75.6)							
Angst								
M	10.0	7.6	10.1	7.7	0.015	10.1	7.7	0.000
(SD)	(5.3) 1/21	(5.1)	(4.3)	(4.0)		(5.5)	(5.4)	
(MIN/MAX)		0/21	4/19	1/18		1/21	0/21	
Angst auffällig								
n	71	52 (45.2)	17 (70.8)	11		54 (58.1)	41	
(%)	(60.7)			(44.0)			(45.6)	
Depressivität								
M	10.4	8.4	10.8	8.6	0.045	10.3	8.4	0.004
(SD)	(5.6)	(5.4)	(5.3)	(4.9)		(5.8)	(5.6)	
(MIN/MAX)	1/26	0/23	4/25	2/22		1/26	0/23	
Depressivität auffällig								
n	74	56 (48.3)	17 (70.8)	10		57 (60.6)	46	
(%)	(62.7)			(40.0)			(50.5)	

Tabelle 5 Psychische Belastung

Distress bei Aufnahme in die Ambulanz (T0)

Da das Distressthermometer als Screeninginstrument konzipiert ist, wurde hier keine vergleichende Auswertung zu T1 vorgenommen. Bei Aufnahme in die Ambulanz (T0) haben die Musiktherapiepatient*innen im Mittel einen Distresswert von 7.0, was nahezu identisch mit der Vergleichsgruppe (6.9) ist. Die Werte liegen bei den Musiktherapiepatient*innen in einem Bereich von 3-10, bei den Ambulanzpatient*innen von 0-10 (möglich: 0 -10). 76.0 % der Musiktherapiepatient*innen sind auffällig belastet (> 5). Auch dies ist nahezu identisch in der Vergleichsgruppe (75.5 %).

Veränderung der Belastung durch Angst und Depressivität innerhalb der Gruppen

Angst (GAD)

Zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Ambulanz (T0) haben die Musiktherapiepatient*innen im Mittel einen Angstwert von 10.1 im Vergleich zu einem Wert von 7.7 nach einem Jahr (T1). Die Werte liegen in einem Bereich von 4-19 bei T0 und 1-18 bei T1 (möglich: 0-21). 70.8 % zeigen zu T0 eine auffällige Belastung (>7), zu T1 sind dies noch 44.0 %. Der Unterschied der beiden Angstwerte T0 – T1 ist signifikant ($p = 0.015$).

Patient*innen der Vergleichsgruppe haben bei T0 im Mittel einen Angstwert von 10.1 im Vergleich zu einem Wert von 7.7 bei T1. Somit sind die Werte der beiden Gruppen identisch. Die Werte liegen hier in einem Bereich von 1-21 bei T0 und 0-21 bei T1. 58.1 % zeigen zu T0 eine auffällige Belastung, zu T1 sind dies noch 45.6 %. Der Unterschied der beiden Angstwerte T0 – T1 ist auch hier signifikant ($p = 0.000$).

Depressivität (PHQ)

Zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Ambulanz (T0) haben die Musiktherapiepatient*innen im Mittel eine Depressionswert von 10.8 im Vergleich zu einem Wert von 8.6 nach einem Jahr (T1). Die Werte liegen in einem Bereich von 4-25 bei T0 und 2-22 bei T1 (möglich: 0-27). 70.8 % zeigen zu T0 eine auffällige Belastung (>7), zu T1 sind dies noch 40 %. Der Unterschied der beiden Depressionswerte T0 - T1 ist signifikant ($p = 0.045$).

Patient*innen der Vergleichsgruppe haben bei T0 im Mittel einen Depressionswert von 10.3 im Vergleich zu einem Wert von 8.4 bei T1. Die Werte liegen hier in einem Bereich von 1-26 bei T0 und 0-23 bei T1. 60.6 % zeigen zu T0 eine auffällige Belastung, zu T1 sind dies noch 50.5 %. Der Unterschied der beiden Angstwerte T0 – T1 ist auch hier signifikant ($p = 0.004$).

Die Stichprobe der Musiktherapiepatient*innen unterscheidet sich in diesen Variablen unwesentlich von der Gesamtgruppe (n = 76) der in der Ambulanz behandelten Musiktherapiepatient*innen (vgl. Kapitel 3.4). Die Belastung durch Distress ist nahezu gleich. Bei der Belastung durch Angst ist die Belastung in der Stichprobe etwas höher (70.8 % im Vergleich zu 67.1%). Im Bereich Depressivität zeigt sich die Gesamtgruppe etwas mehr belastet (77.5 % im Vergleich zu 70.8 %).

Veränderung der Belastung durch Angst und Depressivität im Vergleich der Gruppen

Zur Exploration eines möglichen Unterschiedes zwischen den Gruppen wurde die Mittelwertsdifferenz (T0-T1) miteinander verglichen. Eine Übersicht gibt Tabelle 6.

Angst (GAD)

Die Mittelwertdifferenz der Musiktherapiepatient*innen beträgt 2.4, was identisch mit der der Vergleichsgruppe ist. Der Unterschied ist nicht signifikant ($p = 0.967$).

Depressivität (PHQ)

Die Mittelwertdifferenz der Musiktherapiepatient*innen beträgt 2.2; die der Vergleichsgruppe beträgt 2.0. Der Unterschied ist nicht signifikant ($p = 0.868$).

	MTPat	AmbPat	p
Mittelwertsdifferenz			
GAD (SD)	2.4 (4.4)	2.4 (5.2)	0.967
PHQ (SD)	2.2 (5.1)	2.0 (6.5)	0.868

Tabelle 6 Vergleich Mittelwertsdifferenzen

Zugrundeliegende Anzahl der Musiktherapiesitzungen

Bis zu T1, also einem Jahr Behandlungszeit, haben die Musiktherapiepatient*innen im Durchschnitt 14 Sitzungen. Das Minimum beträgt drei und das Maximum 29 Sitzungen. 44% der Patient*innen haben in diesem Zeitraum 1-12 Sitzungen, 44% 13-24 Sitzungen und 12% 25-36 Sitzungen. Bei 13 der Patient*innen ist im Zeitraum eines Jahres die Musiktherapie noch nicht abgeschlossen. Für diese 13 Patient*innen liegt folglich mit T0 – T1 eine prä-peri Messung vor; für die anderen 12 Patient*innen ist die Messung eine prä-post Messung.

7. Zusammenfassung der Ergebnisse

7.1 Die Integration eines musiktherapeutischen Angebotes in den Behandlungskontext einer Spezialambulanz für Psychoonkologie

Die Musiktherapie wurde im Zuge des Forschungsprojektes erfolgreich in den Behandlungskontext der Spezialambulanz für Psychoonkologie integriert. Drei *Schlüsselpunkte* zeigten sich als bedeutsam für diese gelingende Integration: das Team, das Erstgespräch und das Musiktherapiescreening.

Im Behandlungsteam der Ambulanz waren die Kolleg*innen der Musiktherapie gegenüber sehr aufgeschlossen. Sie hatten überwiegend positive Vorannahmen gegenüber Musiktherapie und gewisse Vorkenntnisse. Gleichzeitig konnte sich eine Skepsis gegenüber dem Verfahren zeigen und die möglichen Grenzen wurden diskutiert. Die Musiktherapie wurde von Beginn an gleichwertig zu den anderen Angeboten in den institutionellen Strukturen verankert. Gemeinsame Teamsitzungen, Fallsupervisionen, Kolloquien, Fallvorstellungen und Fortbildungen ermöglichten einen kontinuierlichen Austausch und einen gegenseitigen Lernprozess.

Das Erstgespräch stellt im Aufnahmeprozedere eine wichtige Schnittstelle in der Überleitung von Patient*innen in die Musiktherapie dar. Damit die erstgesprächsführenden Kolleg*innen den Patient*innen das musiktherapeutische Angebot nahebringen und eine mögliche Eignung feststellen können, wurde gemeinsam an guten Erklärungsbausteinen gearbeitet. Als Ergebnis wurde ein Leitfaden zur Aufklärung über Musiktherapie erstellt, welcher nun im Erstgespräch als Orientierung dienen kann.

Ein spezielles Musiktherapiescreening wurde im Verlauf entwickelt und in das allgemeine Aufnahmescreening der Ambulanz integriert. Dies kann für das Erstgespräch und die Überleitung im Team nun erste Hinweise auf eine Eignung für die Musiktherapie bringen. Ein weiterer Effekt ist eine Verankerung von musiktherapeutischen Items im Standardscreening und damit eine erhöhte Sichtbarkeit des musiktherapeutischen Angebotes.

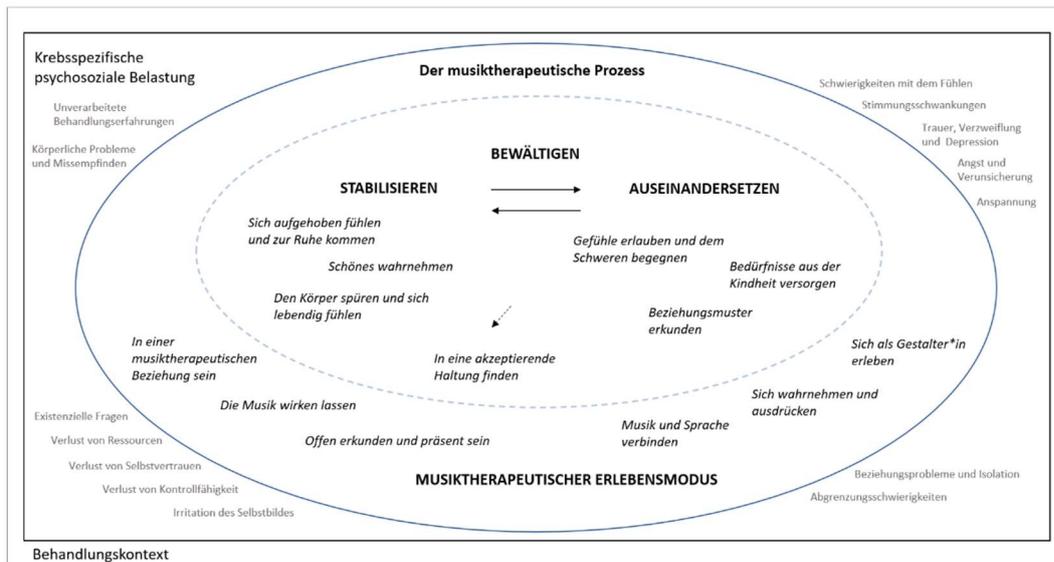
Übergreifend sind als förderliche Bedingungen der gelungenen Integration auszumachen, dass die Musiktherapeut*innen Vorerfahrungen in der stationären Onkologie und eine psychoonkologische Weiterbildung absolviert hatten. Sie konnten bereits Behandlungswissen auf das

neue Feld übertragen und es dort anpassen und erweitern. Eine weitere unterstützende Bedingung war, dass das neue musiktherapeutische Angebot durch eine Kann-Empfehlung in der S-3 Behandlungsleitlinie Psychoonkologie strukturell als Möglichkeit im ambulanten Versorgungsspektrum verankert war. Die Spezialambulanz selbst war bereits interdisziplinär aufgestellt, so dass sich die Musiktherapie gut eingliedern konnte. Ein sehr wichtiger Faktor war die aktive Unterstützung des Integrationsprozesses durch die Leitung der Ambulanz.

7.2 Eine Grounded Theory über den Prozess der Auseinandersetzung mit einer Krebserkrankung in einer ambulanten Musiktherapie im psychoonkologischen Behandlungskontext

Während des Integrationsprozesses begann die theoretische Auseinandersetzung über die Musiktherapie in diesem Feld. Als Ergebnis hat sich eine *Grounded Theory* über den Prozess der Auseinandersetzung, wie er sich in einer ambulanten Musiktherapie im psychoonkologischen Kontext zeigt, herausgebildet. Die Theorie ist eine Theorie mittlerer Reichweite und bereichsbezogen. Sie hat Gültigkeit für den Kontext einer Spezialambulanz für Psychoonkologie und das dort integrierte einzelmusiktherapeutische Setting mit erwachsenen Krebspatient*innen. Die Theorie ist materialbegründet und partizipativ mit den Patient*innen entwickelt worden. Das theoretische Modell beschreibt anschaulich und ausdifferenziert, welche Erfahrungsqualitäten in der Musiktherapie den Bewältigungsprozess einer Krebserkrankung unterstützen können.

Zusammenfassung der Grounded Theory



Graphik 15 Das theoretische Modell_klein

Der Prozess der Auseinandersetzung in der Musiktherapie steht in einem bestimmten Behandlungskontext und wird bedingt durch den Hintergrund einer krebspezifischen psychosozialen Belastung. Er wird mithilfe von vier KERNKATEGORIEN konzipiert. Der MUSIKTHERAPEUTISCHE ERLEBENSMODUS und das darin angeregte BEWÄLTIGEN werden durch mehrere *Unterkategorien* differenziert. Diese Unterkategorien bilden die Erfahrungen in der Musiktherapie ab. Für den Bewältigungsprozess lassen sich diese Erfahrungen zu zwei Bereichen zuordnen: STABILISIEREN und AUSEINANDERSETZEN.

Die Musiktherapiepatient*innen finden sich in ein spezifisch musiktherapeutisches Erleben ein: *In einer musiktherapeutischen Beziehung sein/ Die Musik wirken lassen/ Offen erkunden und präsent sein/ Musik und Sprache verbinden/ Sich wahrnehmen und ausdrücken/ Sich als Gestalter*in erleben*. Diese Erlebensqualitäten können *an sich* hilfreich sein *und* eine Basis bilden für darauf aufbauende bewältigungsunterstützende Erfahrungen. Hier bilden sich zwei Hauptbereiche heraus, die miteinander in Verbindung stehen. Patient*innen machen Erfahrungen, in denen sie sich stabilisieren und Erfahrungen, in denen sie sich mit sich selbst auseinandersetzen. Im Bereich der Stabilisierung finden sich folgende Erfahrungen: *Sich aufgehoben fühlen und zur Ruhe kommen/ Schönes wahrnehmen/ Den Körper spüren und sich lebendig fühlen*. Erfahrungen, die der Auseinandersetzung mit sich dienen, sind: *Gefühle*

erlauben und dem Schweren begegnen/ Bedürfnisse aus der Kindheit versorgen/ Beziehungsmuster erkunden.

In einem individuell gestaltbaren und ausbalancierten Verhältnis von Stabilisierung und der Auseinandersetzung mit sich selbst können Patient*innen in eine *akzeptierende Haltung* der Erkrankung gegenüber finden.

7.3 Eine explorative Untersuchung eines möglichen Effektes der Musiktherapie auf Angst und Depressivität

Die Gesamtuntersuchung ist als *Paralleles Mixed Methods Design* mit einer Schwerpunktsetzung auf den qualitativen Untersuchungsteil entworfen. Quantitativ wurde eine explorative Untersuchung möglicher Effekte der Musiktherapie auf Angst und Depressivität durchgeführt. Lebensqualität konnte aufgrund der Datenlage nicht mit untersucht werden. Für die Zielvariablen Angst und Depressivität konnte eine Stichprobe von $n = 25$ ausgewertet werden.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Musiktherapiepatient*innen ($n = 25$) sind im Durchschnitt 54 Jahre alt und zu zwei Dritteln Frauen. Das Niveau der Schulbildung zeigt sich zu etwa gleichen Teilen in niedrigeren und höheren Abschlüssen. Ungefähr die Hälfte ist eher niedriger qualifiziert und etwa ein Drittel hat einen Abschluss auf Hochschulniveau. Die Diagnosen sind gemischt. Bei diesen Variablen zeigen sich keine relevanten Unterschiede zu der Vergleichsgruppe der anderen in der Ambulanz behandelten Patient*innen ($n = 94$).

Die Musiktherapiepatient*innen hatten innerhalb des Untersuchungsraumes eines Jahres im Durchschnitt 14 Sitzungen (range: 3-29). 88 % der Patient*innen hatten zwischen einer und 24 Sitzungen. 12 Patient*innen hatten ihre Therapie innerhalb des Untersuchungszeitraumes abgeschlossen.

76 % der Musiktherapiepatient*innen sind bei Aufnahme auffällig durch Distress belastet. Dies ist nahezu identisch mit der Vergleichsgruppe. 70.8 % der Musiktherapiepatient*innen sind bei Aufnahme auffällig angstbelastet. Bei der Vergleichsgruppe sind es 58.1 %. Nach einem Jahr Behandlung sind es in der Musiktherapiegruppe noch 44 %, was einen signifikanten Rückgang bedeutet ($p = 0.015$). In der Vergleichsgruppe sind nach einem Jahr noch 45.6 % von

auffälliger Angst belastet; auch hier zeigt sich ein signifikanter Rückgang ($p = 0.000$). Im Vergleich der Gruppen untereinander konnten kein signifikanter Unterschied in der Angstreduktion festgestellt werden ($p = 0.967$). Durch Depressivität auffällig belastet sind bei Aufnahme 70.8 % der Musiktherapiepatient*innen. Bei der Vergleichsgruppe sind dies 60.6 %. Nach einem Jahr Behandlung sind es in der Musiktherapiegruppe noch 40 %, was einen signifikanten Rückgang bedeutet ($p = 0.045$). In der Vergleichsgruppe sind nach einem Jahr noch 50.5 % von auffälliger Depressivität belastet; auch hier zeigt sich ein signifikanter Rückgang ($p = 0.004$). Im Vergleich der Gruppen untereinander kann in der Reduktion von Depressivität kein signifikanter Unterschied festgestellt werden ($p = 0.868$).

Fazit

Diese Ergebnisse fassen die Untersuchung über das Forschungsthema Musiktherapie in einem ambulanten psychoonkologischen Kontext zusammen. Die dieser Untersuchung zugrundeliegenden Fragestellungen

1. Wie lässt sich ein musiktherapeutisches Angebot in den Behandlungskontext einer Spezialambulanz für Psychoonkologie integrieren?
2. Welche spezifisch musiktherapeutischen Erfahrungen machen Patient*innen und was für eine Bedeutung haben diese für die Auseinandersetzung mit ihrer Krebserkrankung?
3. Zeigt sich eine Veränderung in Bezug auf Angst und Depressivität durch die musiktherapeutische Behandlung?

sind damit beantwortet. Nicht beantwortet werden konnte die Frage nach der Veränderung der Lebensqualität durch die musiktherapeutische Behandlung.

8. Diskussion

Die Diskussion wird getrennt geführt für die qualitative Untersuchung, die quantitativen Ergebnisse und die Methodenintegration. In den Ausblick sind diese drei Perspektiven dann zusammen integriert.

8.1 Diskussion der qualitativen Untersuchung

Die Diskussion der qualitativen Untersuchung führe ich anhand der Reflexion der Güte des *Grounded Theory* Forschungsprozesses und der entstandenen Theorie.

In der qualitativen Forschung zeigt sich kein einheitlicher Konsens über Gütekriterien (Flick, 2015). Die quantitativen Gütekriterien werden im Hinblick auf ihre Adaptionfähigkeit diskutiert. Dabei wird *Objektivität* als das ungeeignetste Kriterium gesehen. Für die Kriterien *Validität* und *Reliabilität* beschreibt Flick (2015) die Möglichkeit, sie zu reformulieren oder sie alternativ und methodenangemessen für die qualitative Forschung aufzusetzen (S. 398 f). Steinke (2019) hat übergreifende Qualitätskriterien für die qualitative Forschung aufgestellt: *Intersubjektive Nachvollziehbarkeit/ Indikation des Forschungsprozesses/ Empirische Verankerung/ Limitation/ Reflektierte Subjektivität/ Kohärenz/ Relevanz*. Diese qualitativen Gütekriterien sind für einen *Grounded Theory* Forschungsprozess adaptierbar (Breuer et al., 2018, S. 359). Breuer und Kolleg*innen haben diese Adaption und ihre weiteren Überlegungen zur Güte auf die von ihnen beschriebenen *Reflexive Grounded Theory* (R/GTM) bezogen. Die vorliegende Untersuchung versteht sich zwar nicht als eine explizite R/GTM Forschung, im Folgenden wird aber aufgrund der Nähe Bezug genommen zu den hierfür angestellten Überlegungen.

Breuer et al. (2018) haben im Hinblick auf die Bewertung eines R/GTM Forschungsprozesses Kern-Bestandteile benannt und ausdifferenziert, deren Vorkommen und Qualität die Güte einer *Grounded Theory* Untersuchung ausmachen: „...das *theoretische Sampling*, die Heuristik des *Vergleichens*, das Schreiben von *Memos*, das Anfertigen von *Diagrammen*, die Schritte des *Kodierens*, das prozessuale *Fokussieren* des Forschungsthemas, das Herausarbeiten einer *Gesamt-Modellierung* sowie das *zirkulär-iterative Prozessieren* der Forschungsphasen“ (S. 359). Als unverzichtbar benennen sie das selbstreflexive Vorgehen. Für die Bewertung des Forschungsproduktes benennen Breuer und Kolleg*innen (2018, S. 361 f) als relevant, dass die

entwickelte Theorie keine logischen Widersprüche aufweisen sollte und dass Erklärungsansätze für das Zustandekommen der beschriebenen Phänomene angeboten werden. Die Theorie sollte für den Forschungsgegenstand angemessen und anwendbar sein. Es sollte aufgezeigt werden, bei welchen Bedingungen die Theorie in Frage gestellt bzw. überarbeitet werden müsste. Die *Theoretische Sättigung* wird von den Autor*innen als zentral benannt. Des Weiteren wird die Glaubwürdigkeit der entwickelten Theorie als ein Güteindiz mit dem Blick auf Plausibilität, Anschaulichkeit, Vermittelbarkeit und Anschlussfähigkeit an die Rezipient*innen herausgestellt. Die Theorie soll sich für den Gegenstand eignen, für ihn angemessen sein, sie soll für die Betroffenen verstehbar sein, ihnen ein Reflexion über ihr Feld ermöglichen und so ihre Handlungsfähigkeit erweitern und ihnen einen Nutzen für ihr Handeln im Feld bringen. Für die Bewertung der Güte der forschenden Person werden deren methodologische Ausbildung und Erfahrung betrachtet, die theoretische Sensibilität, die methodologischer Umsetzungsfähigkeit, die Fähigkeit zu Regulierung von Nähe und Distanz gegenüber dem Forschungsgegenstand, zur Selbstreflexivität, zum kreativen Denken und die Ausdauer (S. 365 f). Breuer et al. (2018, S. 360 f) haben auf Grundlage der bei Corbin und Strauss (2015) aufgeführten Anregungsfragen für die Reflexion eines durchgeführten *Grounded Theory* Prozesses eine Liste mit Fragen erstellt, an der sich die nun folgende Reflexion der Qualität der vorliegenden Arbeit orientiert. Die hier ausgeführte Reflexion der Güte bezieht sich auf die zweite Forschungsphase – die Untersuchung der Erfahrungen der Patient*innen – da aus ihr heraus die Ergebnisse entstanden sind.

8.1.2 Die Güte des Forschungsprozesses

Datensammlung und -auswahl

Für die Untersuchung wurden zwei Datensorten erhoben: Interviews mit den Patient*innen und Fallbeschreibungen. Der Bereich der Datensammlung ist damit relativ klein und die Art der Daten wenig variantenreich. Auch war der Datenbereich vorher relativ absehbar. Die offene Exploration anhand verschiedener, sich im Prozess zeigender Datenquellen, ist hier limitiert. Ein Grund dafür liegt im Untersuchungsfeld selbst, welches relativ überschaubar ist und sich in einer Dyade entfaltet. Die beiden Akteur*innen in dieser Dyade – Patient*innen und Therapeutin – sind jedoch beide in den Daten vertreten.

Eine Limitierung, die nicht aus dem Feld heraus kommt, sondern aus forschungsökonomischen Gründen gesetzt wurde, ist, dass kein musiktherapeutisches Datenmaterial, wie z.B. Audioaufnahmen oder protokollierte Imaginationen aus den *Musikgeleiteten Imaginationsreisen* zur Analyse erhoben wurden. So ist das Datenmaterial begrenzt auf verbale Beschreibungen subjektiver Erinnerungen. Es kann hier nur angenommen werden, dass eine Anreicherung mit spezifisch musiktherapeutischen Daten die Theoriebildung bereichert und vertieft hätte.

Die Untersuchung unterlag dem Anspruch, die Theorie aus der Perspektive der Patient*innen heraus zu entwickeln. Dieser wurde durch eine Hierarchisierung der Daten erfüllt. Die Interviews mit Patient*innen bildeten das Hauptdatenmaterial, das mit den Therapiebeschreibungen, die durch die Perspektive der Therapeutin geprägt waren, angereichert wurde.

Im Samplingprozess konnte eine variantenreiche Gruppe gebildet werden. So war es möglich, unterschiedliche Erfahrungen von Patient*innen miteinander zu vergleichen. Dieses Vergleichen zählt zu den oben bei Breuer et al. (2018) genannten Kernbestandteilen einer *Grounded Theory*.

*Ethische Gesichtspunkte und Sensibilität gegenüber den Forschungspartner*innen*

Da der untersuchte Gegenstandsbereich persönliche Therapieerfahrungen beinhaltete, war es wichtig, besonders sensibel in der Datengewinnung und der Interpretation zu sein. Vor den Interviews wurde mit den Patient*innen thematisiert, ob sie sich vorstellen konnten, ihre Erfahrungen für eine Forschungsarbeit zur Verfügung zu stellen und frei zu geben. Für die Interviewsituation wurde besprochen, dass die Patient*innen auch bestimmte Erfahrungen schützen könnten und gegebenenfalls eine Frage dazu unbeantwortet oder vage lassen dürften. Man kann nur vermuten, dass hier Datenmaterial limitiert wurde.

Um das subjektive Erleben möglichst in Übereinstimmung mit den Patient*innen wiederzugeben, wurde eine *Kommunikative Validierung* der Fallbeschreibungen angestrebt. Der Anspruch, alle Fallbeschreibungen mit den betreffenden Patient*innen intersubjektiv abstimmen zu können, wurde durch einen kleinen Rücklauf limitiert. Nur vier von zehn Patient*innen haben sich an der *Kommunikativen Validierung* beteiligt, bzw. beteiligen können. Auch wurden zu zweien der interviewten Patient*innen keine Fallbeschreibung erstellt. Dies waren die beiden Patient*innen, die die Musiktherapie als nicht hilfreich bewertet haben. Begründet wurde diese Entscheidung mit einem Schutz der Patient*innen vor einer distanziert professionellen Interpretation.

In der Phase der Theorieentwicklung wurden die Patient*innen eingeladen, sich zu beteiligen und die entstehende Theorie mit ihren Erfahrungen zu validieren. Diese Möglichkeit zur Beteiligung sollte die Expertise der Patient*innen würdigen und einbeziehen und unterstützt den Anspruch einer partizipativen Forschung.

Theoretisches Sampling

Die entwickelte Theorie beruht auf einem *Theoretischen Sampling*. Dieses musste allerdings aus forschungspragmatischen Gründen in gewisser Hinsicht modifiziert werden. Die erste Datenerhebung erfolgte durch Interviews, die aufgrund einer vorgegebenen Reihenfolge der Therapieabschlüsse durchgeführt wurden. Der Wechsel von Datensammlung und -auswertung konnte erst in zweiten Erhebungsphase beginnen. Aus den erhobenen Interviews war ein *Pool* gebildet worden, aus dem nun in einem Theoretischen Samplingprozess die Interviews ausgewählt (*erhoben*) und analysiert wurden. Die Samplingstrategie findet sich im Text und ist somit transparent gemacht.

Die Erhebung der Patient*inneninterviews an sich war Teil des theoretischen Samplingprozesses der Gesamtuntersuchung.

Nachvollziehbarkeit der methodischen Schritte und der Entwicklung der Ergebnisse

Im Text wurde versucht, die Entscheidungen für die methodischen Schritte und die Schritte selbst nachvollziehbar zu beschreiben. Im Anhang finden sich Auszüge von Memos, Codebäume und Modellentwürfe in ihrem Entwicklungsprozess. Dies soll der Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Theorieentwicklung dienen. Durch den iterativen und nicht linear-logischen Charakter einer *Grounded Theory* Untersuchung gibt es jedoch Limitierungen in der Darstellbarkeit der Denkprozesse. Ein explizites Forschungstagebuch wurde nicht geführt. Es wurden aber kontinuierlich Notizen und Memos über den Forschungsprozess angefertigt.

Einbezug von Wissen

Zu Beginn der Untersuchung wurde die Literatur zum Forschungsthema gesichtet, was eine *Theoretische Sensibilisierung* bewirkte. Nach der materialbasierten Ausarbeitung der Kategorien wurden einzelne Aspekte mit vorhandenem theoretischem Wissen ergänzt und das Modell als Ganzes in die Literatur eingebettet und mit ihr verglichen.

Absicherung des Subjektiven

Der Forschungsprozess wurde ab der zweiten Forschungsphase von einer *Einzelforscherin* durchgeführt. Dies kann als Limitierung für eine *Grounded Theory* Forschung gesehen werden. Es begründet sich in dem Format einer Dissertation. Um die in einer solchen Forschung liegende Subjektivität zu kontrollieren und Impulse für die kreative Entwicklung theoretischer Ideen zu bekommen, wurde über den gesamten Forschungsprozess ein intersubjektiver Austausch angestrebt. Eine kontinuierliche Selbstreflexion kann dabei bestätigt werden. Dazu gehörte auch, dass zu Beginn sehr ausführlich die Vorannahmen expliziert wurden, um eine möglichst große theoretische Offenheit zu gewährleisten. Im Anhang S findet sich eine Auflistung und Skizzierung der Formate, die für die intersubjektive Reflexion, für die Gestaltung des Forschungsprozesses und für die Entwicklung von theoretischen Ideen im Austausch mit anderen Forschenden hilfreich waren.

8.1.3 Die Güte in Bezug auf das Forschungsprodukt

Diagramm und Kategorien

Die Theorie ist anhand eines Modelldiagramms dargestellt und verdeutlicht worden. In der Theoriebildung ist keine *einzelne* Kernkategorie entwickelt worden, sondern es hat sich gegenüber dem Gegenstand als sinnvoll erwiesen, *vier* Hauptkategorien zu bilden. Diese sind in theoretischem Bezug zueinander konzipiert. Die Hauptkategorien und ihre Unterkategorien wurden datenbegründet entwickelt. Die Kategorien sind auf einem mittleren Abstraktionsniveau gehalten. Damit bleibt eine Nähe zur Praxis der untersuchten Musiktherapie. Die Unterkategorien sind ausdifferenziert und mit Zitaten aus dem Datenmaterial veranschaulicht. Sie sind mit verhältnismäßig vielen Zitaten der Patient*innen ausgearbeitet. Es wurde versucht, den Vorgang der Abstraktion lebendig zu halten und die Aussagen der Patient*innen zu würdigen.

Kontextuelle Bedingungen

Die kontextuellen Bedingungen der Theorie wurden in der ersten Forschungsphase ausführlich exploriert. Sie bilden nun den Hintergrund für die Theorie. Der Prozess der Auseinandersetzung findet unter den Bedingungen des Behandlungskontextes statt. In der Theorie selbst werden jedoch diese Bezüge von Kontext und Auseinandersetzungsprozess nicht expliziter einbezogen. Dies entspricht der Fokussierung des Gegenstandsbereiches auf die Erfahrungen der Patient*innen, die im Forschungsverlauf vorgenommen wurde. Es bleibt damit allerdings

unklar, ob die Theorie bei sich verändernden Kontextbedingungen (z.B. eine Begrenzung der Sitzungsanzahl oder eine Eingrenzung der Methodenpluralität) nicht irritiert werden wird.

Theoretische Sättigung, Validierung und Gültigkeit

Für diese Untersuchung ist eine *Theoretische Sättigung* beschrieben worden.

Dem Modell liegen die Erfahrungen von 12 Patient*innen zugrunde, was als eine ausreichende Anzahl angenommen werden kann.

Das theoretische Modell wurde mit den beteiligten Patient*innen kommunikativ validiert. Sie haben es in den Grundzügen bestätigt und Modifizierungen angeregt. Mit diesen Anregungen wurde das Modell überarbeitet. Allerdings muss hier als Limitierung benannt werden, dass nur drei der Patient*innen an dem Validierungsgespräch teilgenommen haben. Eine zweite Validierung des finalen Modells konnte aus forschungspragmatischen Gründen nicht mehr durchgeführt werden. Dies stellt eine mögliche weitere Limitierung für die Gültigkeit dar. Auch muss dadurch der Anspruch auf partizipative Forschung etwas zurückgenommen werden.

Aus der Perspektive der klinischen Erfahrungen der Musiktherapeutin heraus gibt es eine Zustimmung, dass das Modell auch für andere, nicht an der Studie teilgenommen habende Patient*innen in der ambulanten Musiktherapie eine Gültigkeit hat.

Es gibt jedoch auch Grenzen der Gültigkeit des Modells für *einzelne* Patient*innen. Zwar ist die Konzeptualisierung der Erfahrungsqualitäten *auch* im Vergleich mit zwei Patient*innen entstanden, die *nicht* in eine für ihren Bewältigungsprozess hilfreiche Auseinandersetzung gefunden haben. Diese Patient*innen sind in den Kategorienbeschreibungen zu Wort gekommen und hier sind die Grenzen der jeweiligen Erfahrungen aufgezeigt. Als eigene Modelkomponente ist jedoch das *nicht* Hilfreiche *nicht* konzeptualisiert. Es ist somit ein Modell, welches das *Hilfreiche* der Musiktherapie beschreibt, was dem Untersuchungsfeld im Überwiegenden entspricht.

Bedacht werden muss hier auch, dass die untersuchte Musiktherapie hauptsächlich von *einer* Therapeutin durchgeführt wurde. Die geplante Aufteilung auf zwei Therapeutinnen und die damit angestrebte vielfältigere Musiktherapie konnte durch eine Veränderung in den Versorgungsstrukturen nicht durchgehalten werden. Die Erfahrungen sind dadurch von *einer* Therapeut*innenpersönlichkeit und den von ihr in die Therapie eingebunden musiktherapeutischen Methoden geprägt.

Vollständigkeit der Theorie vs. Modifikation

Die vorliegende Theorie wird hier als eine *vollständige Grounded Theory* bewertet. Unter Berücksichtigung des Diskurses in der *Grounded Theory* muss aber auch eine Bezeichnung als *modifizierte Grounded Theory* in Betracht gezogen werden, da hier mehrere Kernkategorien theoriebildend sind. Neben den Kriterien der *Theoretischen Sättigung* und dem Ziel der Theorieentwicklung, die hier erfüllt sind, fordert Daveson (2016) für eine Vollständigkeit, dass es *eine* zentrale Kernkategorie geben muss, die die anderen theoretisch einbindet. Dies entspricht der Position von Corbin und Strauss (2015). Breuer und Kolleg*innen (2018) benennen dagegen die Option, mehrere Kernkategorien festzulegen, wenn es für den Gegenstandsreich sinnvoll scheint und es sich in dieser Weise aus dem Material ergibt. Mit ihren vier Kernkategorien trifft die in der vorliegenden Untersuchung entwickelte *Grounded Theory* diese Option.

Neuheit

Die herausgebildeten Kategorien scheinen an sich nicht neu im Wissen um die Musiktherapie mit onkologischen Patient*innen. In anderen qualitativen Untersuchungen im Feld der ambulanten Musiktherapie finden sich ähnliche Erfahrungsqualitäten. Diese Ähnlichkeiten könnten darauf hinweisen, dass sich die hier berichtete Forschung zur Musiktherapie in einer Spezialambulanz für Psychoonkologie zwar auf ein *neues* Feld ausgerichtet hat, dieses jedoch in Bezug auf die Erfahrungsqualitäten sehr nah an vergleichbaren Feldern zu sein scheint, so dass gänzlich neuartige Konzepte nicht entstehen können. Die Kategorien des Modells sind in ihrer übergreifenden Konzeption folglich nicht als originell zu verstehen. Vielmehr scheinen sie sich im Verstehen von Musiktherapie im ambulanten psychoonkologischen Feld zu bewähren. Die Originalität liegt eher in der modellhaften Zusammenstellung, Anordnung Verbindung. Insbesondere in der Herausarbeitung eines nicht linearen Auseinandersetzung- und Bewältigungsprozesses unterscheidet sich das Modell von anderen Konzeptualisierungen und Theorien. Interessant ist auch, dass sich in den Vorannahmen, die die Ambulanzkolleg*innen gegenüber der ambulanten Musiktherapie zu Beginn geäußert hatten, Inhalte aus den Modellkategorien widerspiegeln, wie zum Beispiel *fokussierte Aufmerksamkeit, sinnliches Erleben, unmittelbare Wahrnehmung, Ausdruck und Regulation von Gefühlen, Selbstwirksamkeit* und *Ressourcenorientierung*. Und auch im Vergleich mit meinen Annahmen zu Beginn bestätigen sich Inhalte des Modells: die Bedeutung einer *offenen Suchbewegung* im guten Verhältnis zu einer Stabilisie-

rung, die Bedeutung von *Selbstwahrnehmung*, die Wichtigkeit des *Einbezugs körperlichen Erlebens*, die Unterscheidung von *hinderlicher eingrenzender Kontrolliertheit* und *hilfreicher kontrollierter Eingrenzung*, die *Bedeutung von Schönerm* und die wichtige *Verbindung von impliziten und expliziten Inhalten*. Dies zeigt, dass ein Feldwissen vor der Untersuchung bereits in Teilen implizit vorhanden war. Durch die Untersuchung wurde dieses explizit und verfügbar gemacht.

Auswirkungen auf die Praxis

Mit der vorliegenden Untersuchung wurde der Versuch unternommen, ein theoretisches Modell zu entwickeln, welches die ambulante psychoonkologische Musiktherapie für eine gemischte Zielgruppe (Patient*innen, Ambulanzkolleg*innen, Musiktherapeut*innen, Behandler*innen aus anderen Disziplinen, Praktiker*innen und Forschende) beschreibt. Der Preis dieses Ansinnens könnte nun sein, dass das Modell eine gewisse Spezifität für die jeweilige Gruppe vermissen lässt.

Für den Behandlungskontext, in dem es entstanden ist, zeigt das Modell eine gute Passung. Im Hinblick auf die Kommunikation der Musiktherapie im Behandlungskontext wird es als eine Bereicherung gesehen. Die hier theoretisierte Musiktherapie konnte im Zuge des Forschungsprozesses implementiert werden und nun das Behandlungsspektrum bereichern. Die reflektorischen Prozesse haben die Qualität der musiktherapeutischen Arbeit vertieft und das Verstehen bestimmter Aspekte ermöglicht. Ausschnitte und Begrifflichkeiten werden bereits genutzt, um neuen Patient*innen die Musiktherapie zu erklären.

Übertragbarkeit auf andere Kontexte

Dadurch, dass der Kontext ausführlich untersucht und beschrieben wurde, wird die Prüfung einer Übertragbarkeit des Modells oder Teile darauf auf andere, ähnliche Kontexte ermöglicht.

Fazit

Hier wird eine *Grounded Theory* darüber präsentiert, wie an Krebs erkrankte Patient*innen sich in einer ambulanten Musiktherapie mit ihrer Situation auseinandersetzen und wie diese Erfahrungen bei der Bewältigung hilfreich sein können.

Die Theorie ist unter Berücksichtigung von Qualität und Erfüllung von Güte im Forschungsprozess entwickelt worden und bildet den Gegenstandsbereich und die Erfahrungen der Akteur*innen anschaulich ab. Das Modell ist aus dem Feld heraus entwickelt und bereichert nun die Verstehensbildung in der ambulanten Musiktherapiepraxis.

8.2 Diskussion der quantitativen Ergebnisse

*Die Charakteristika der Musiktherapiepatient*innen*

Die durchgeführte Analyse zeigt, dass das musiktherapeutische Angebot eher von Patient*innen genutzt wird, die im Durchschnitt 54 Jahre alt sind. Zwei Drittel der Patient*innen sind weiblich. Hier gibt es keine wesentliche Unterscheidung zu den Patient*innen, die in der Ambulanz ein anderes Unterstützungsangebot erhalten. Auch in Bezug auf Schulbildung und Bildungsstand ähnelt sich die etwa gleiche Verteilung auf ein höheres und niedrigeres Niveau. Die Musiktherapie richtet sich nicht auf eine spezifische Diagnosegruppe aus. Sie lässt sich so als ein relativ breit angelegtes Behandlungsangebot verstehen und die Musiktherapiepatient*innen bilden in der Ambulanz keine spezifische Versorgungsgruppe.

Therapieevaluation

In der explorativen Auswertung der Daten zeigt sich eine signifikante Verringerung von Angst ($p = 0.015$) und Depressivität ($p = 0.045$) im Behandlungszeitraum eines Jahres. In einem Vergleich mit der Kontrollgruppe aus Patient*innen, die ein anderes Unterstützungsangebot in der Ambulanz erhalten, gibt es hier keinen signifikanten Unterschied. Die Musiktherapie stellt sich als ein vergleichbar hilfreiches Angebot dar. Die Ergebnisse sind als Exploration möglicher Effekte zu sehen.

Es gibt hierbei einige Limitierungen. Aufgrund länger angelegter Therapieverläufe und vieler fehlender Daten konnte nur eine kleine Stichprobe ($n = 25$) in die Analyse einbezogen werden und nicht wie gedacht eine Auswertung aller 76 Musiktherapiepatient*innen. Für eine explorative Untersuchung wird die Fallzahl allerdings als gerade ausreichend eingeschätzt. Eine zweite Limitierung kommt aus der Tatsache, dass die Therapien überwiegend von *einer* Musiktherapeutin durchgeführt wurden. Dies war anders geplant, ergab sich aber im Forschungsprozess aus einer unvorhergesehenen Änderung der klinischen Versorgung.

Eine Randomisierung in die beiden Gruppen wurde nicht vorgenommen. Die Verteilung ergab sich aus der klinischen Praxis. Die gefundene große Ähnlichkeit zwischen den beiden Gruppen

lässt vermuten, dass in einer RCT-Studie keine Unterschiede des spezifischen musiktherapeutischen Verfahrens sichtbar werden würden. Es scheint schwierig, in diesem Behandlungssetting ein Design für eine RCT-Studie zu finden, in welchem mögliche Effekte einer Musiktherapie herausgearbeitet werden könnten. Ein Studiendesign, welches eine Randomisierung in musiktherapeutische Behandlung und *keine* Behandlung *oder* ein Wartelistendesign vorsieht, wäre aus ethischen Überlegungen heraus eher abzulehnen, da sich die Patient*innen oft in großer Not an die Ambulanz wenden und schnelle Hilfe benötigen.

An den fehlenden Unterschied zu Vergleichsgruppe muss nun aber auch die Frage gestellt werden, was die beiden Gruppen so unspezifisch macht. Als ein erstes Problem in der Beurteilung zeigt sich, dass die Sitzungsanzahl noch nicht in die Auswertung mit einbezogen werden konnte. Für die Musiktherapiegruppe konnte zwar immerhin ein Durchschnitt von 14 Sitzungen angegeben werden, aber eine vergleichende Dosis-Wirkungsaussage steht aus.

Eine Ursache für die Ähnlichkeiten könnte der Einfluss von allgemeinen Wirkfaktoren in den Behandlungsangeboten der Ambulanz sein. Hierunter würde zum Beispiel die von Patient*innen benannte Tatsache fallen, dass es hilfreich ist, einen Platz in der Ambulanz bekommen zu haben, eine/einen Ansprechpartner*in zu haben und in der Auseinandersetzung professionelle psychoonkologische Unterstützung zu erhalten. Der psychoonkologische Grundauftrag, die Patient*innen in der Auseinandersetzung und der Bewältigung ihrer Erkrankung zu unterstützen, verbindet die Musiktherapie mit den anderen Professionen. Und disziplinübergreifend wird eine psychoonkologische Grundhaltung von Empathie, Wertschätzung, Würdigung und der Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit existenziellen Themen angenommen. Darüber hinaus wird die therapeutische Beziehung verfahrenübergreifend als ein wesentlicher unspezifischer Wirkfaktor angesehen (Wampold, 2015).

Eine weitere Überlegung wäre, ob die Musiktherapie durch den Einbezug von Gesprächsanteilen unspezifisch wird. Dies trifft jedoch den Punkt, dass die der Untersuchung zugrundeliegende Musiktherapie nicht manualisiert durchgeführt wird. Es kann also nicht genauer gesagt und somit verglichen werden, welchen Anteil das Gespräch einnimmt. Die nicht manualisierte Musiktherapie hat sich bisher in der Ambulanz bewährt und ist von den Patient*innen gut akzeptiert. Das offene, individuell flexible Vorgehen wird als für dieses Arbeitsfeld sehr passend erlebt. Aus der klinischen Perspektive zeigt sich hier vorerst keine Notwendigkeit zur Veränderung. Für die Frage einer möglichen Wirksamkeit wäre ein *flexibles* Manual, wie es seit einiger Zeit für die musiktherapeutische Forschung vorgeschlagen wird (Rolvsjord, Gold &

Stige, 2005), jedoch hilfreich gewesen. Für eine mögliche Folgeuntersuchung wäre ein solches Manual vorstellbar und müsste mit den Bedürfnissen der klinischen Praxis zusammengebracht werden. Hier müsste aber ebenso die Vergleichsgruppe differenzierter beschrieben werden, als dies in der vorliegenden Untersuchung vorgenommen wurde, da die anderen Unterstützungsangebote, mit denen die Musiktherapie verglichen wird, als heterogen mit jeweils eigenen spezifischen Wirkfaktoren eingeschätzt werden müssen.

Für die Interpretation der Wirksamkeit muss auch der Zeitpunkt der Messungen in Betracht gezogen werden. Die Verlaufsmessung bezieht sich auf ein Jahr Behandlungszeit. Die erste Messung wird bei Anmeldung in der Ambulanz durchgeführt. Zwischen dieser und dem Beginn der Behandlung liegen, bedingt durch institutionelle Abläufe oft mehrere Wochen. Mit Bezug auf den oben vermuteten Wirkfaktor des Ankommens in der Ambulanz wäre es interessant zu erheben, ob die psychische Belastung mit dem tatsächlichen Beginn der Behandlung bereits eine Minderung erfährt. Dies ist bisher noch nicht untersucht worden. Ein weiterer Aspekt in der Interpretation der Ergebnisse ist eine gewisse Unschärfe im Hinblick auf die Beurteilung als prä-peri oder prä-post Untersuchung. Es ist wegen der kleinen Fallzahlen nicht differenzierter ausgewertet worden, ob mit der Messung nach einem Jahr Behandlungszeit eine Verlaufsmessung durchgeführt wurde oder ob ein abgeschlossener Therapieprozesses damit evaluiert wurde. In die Auswertung wurden 12 Patient*innen eingeschlossen, deren Musiktherapie bei der Messung bereits beendet war und 13 Patient*innen, bei denen dies nicht der Fall war.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse fällt weiter auf, dass trotz der signifikanten Verringerung von Angst und Depressivität in beiden Gruppen noch eine auffällige Belastung erkennbar ist. Bei den Musiktherapiepatient*innen sind dies in Bezug auf Angst 44% (Vergleichsgruppe 46%) und in Bezug auf Depressivität 40% (Vergleichsgruppe 51%). Dies kann mit der Erkrankungssituation onkologischer Patient*innen erklärt werden, die in den meisten Fällen an dauerhaften oder wiederkehrenden körperlichen Problemen und der inhärenten Bedrohung einer Progression oder Rezidivierung leiden.

Behandlungserfolge ausschließlich an der Verringerung von Angst und Depressivität festzumachen, scheint für die Arbeit mit onkologischen Patient*innen nicht sinnvoll zu sein. In der Psychoonkologie werden deshalb zunehmend sinnbezogene und existenzielle Inhalte und Kriterien in die Therapie und Forschung einbezogen (Vehling & Kissane, 2018; Scheffold et al., 2017; Mehnert, Braack & Vehling, 2011).

In der vorliegenden Untersuchung wurden Angst und Depressivität als Zielvariablen ausgewertet. Im Vergleich mit anderen Studien zu ambulanter Einzelmusiktherapie mit onkologischen Patient*innen ist die signifikante Verringerung von Depressivität als ein Ergebnis zu sehen, was so explizit für die Einzeltherapie noch nicht berichtet wurde. Wärja (2018) berichtet einzel- und gruppentherapieübergreifend von einer signifikanten Reduktion von Angst und Depressivität. Die signifikante Verringerung von Angst wird in *einer* anderen Untersuchung (Bonde, 2005a) in ähnlich expliziter Weise berichtet, hier gemessen mit dem HADS.

Wünschenswert für eine nächste Evaluation wäre, die Lebensqualität mit auswerten zu können, da diese in mehreren anderen ambulanten Musiktherapiestudien (Wärja, 2018; Wormit et al., 2007; Bonde, 2005a; Burns, 2001) eine Zielvariable ist und damit ein Vergleich gezogen werden könnte. In der vorliegenden Analyse war Lebensqualität als Zielvariable angedacht und in die Fragestellung mit aufgenommen gewesen, konnte aber nicht verfolgt werden, da der EORTC QLQ-C30 nicht Teil der Standardanamnese nach einem Jahr Behandlungszeit war. In der Auswertung konnten aufgrund der kleinen Fallzahlen keine Subgruppenanalysen durchgeführt werden. So konnten keine explorativen Erkenntnisse gewonnen werden, ob für die Musiktherapie genderspezifische Unterschiede relevant werden oder ob sie für eine spezifische Diagnosegruppe besonders geeignet scheint. Auch zur Dosis-Wirkung konnten noch keine Hinweise gefunden werden.

Hier zeigt sich eine Notwendigkeit von Folgeevaluationen, in die mehr Daten eingeschlossen werden können.

Fazit

Mit der vorliegenden explorativen Untersuchung zur Wirksamkeit eines ambulanten einzelmusiktherapeutischen Angebotes lassen sich signifikante Reduktionen von Depressivität und Angst bei onkologisch erkrankten erwachsenen Patient*innen zeigen.

Unter Beachtung der diskutierten Limitierungen zeigt sich, dass die Musiktherapie auch für psychisch auffällig belastete Patient*innen ein hilfreiches Unterstützungsangebot sein kann, gleichwertig den anderen psychoonkologischen Unterstützungsangeboten. Es zeigt sich ein weiterer Forschungsbedarf, um diese explorativen Ergebnisse zu bestätigen und um weitere, differenziertere Erkenntnisse zu gewinnen.

8.3 Diskussion der Methodenintegration

Das Forschungsdesign sah eine parallele Erhebung qualitativer und quantitativer Daten vor. In welcher Weise sich die beiden Daten integrieren, bzw. gemeinsam diskutieren lassen würden, musste aufgrund der forschungsmethodisch begründeten Offenheit des Forschungsprozesses offen bleiben. Im für diese Untersuchung beschriebenen Forschungsprozess hat sich nun eine *Grounded Theory* darüber entwickelt, wie sich an Krebs erkrankte Patient*innen in einer ambulanten Musiktherapie mit ihrer Situation auseinandersetzen und wie diese Erfahrungen bei der Bewältigung hilfreich sein können. Dies ist im Grunde ein anderes Thema als das der Effektivität im Bereich Angst und Depressivität, die in den quantitativen Daten beschrieben ist. Es ist keine Theorie gebildet worden, ob und wie Musiktherapie eine bestimmte Wirkung erzielt. Eine solche wäre mit den quantitativen Ergebnissen leichter zu verbinden gewesen. Trotzdem soll hier der Versuch unternommen werden, einige gemeinsame Perspektiven zu erkunden.

Angst und Depression zu mindern, ist aus klinischer Sicht ein wichtiger Faktor, um intrapersonale Ressourcen verfügbar zu haben und die Erkrankungssituation damit besser bewältigen zu können. Unter der Diskussion der quantitativen Ergebnisse wurde bereits darauf verwiesen, dass die Verringerung von Angst und Depressivität jedoch nicht das einzige Kriterium für einen Behandlungserfolg sein sollte. Vielmehr müsste eine Kombination aus einer Minderung der psychischen Belastung *und* die Entwicklung einer *sinnbezogenen* und *existenziellen Bewältigungskompetenz* angestrebt werden. Für die Musiktherapie bietet die entwickelte *Grounded Theory* durch die Konzipierung der bewältigungsrelevanten Erfahrungen *Sich aufgehoben fühlen und zur Ruhe kommen/ Schönes wahrnehmen/Den Körper spüren und sich lebendig fühlen/ Gefühle erlauben und dem Schweren begegnen/ Bedürfnisse aus der Kindheit versorgen/ Beziehungsmuster erkunden/ In eine akzeptierende Haltung finden* eine mögliche Ausdifferenzierung einer solchen *Bewältigungskompetenz*.

Diese qualitativen Kategorien müssten für die Überprüfbarkeit nun in quantitativ messbare Konstrukte weiterführt werden, bzw. mit bestehenden Messinstrumenten gematcht werden. So würde sich ein Fragebogen entwickeln lassen, mit dem die – sich in den qualitativen Daten zeigende - Bewältigungsleistung quantitativ evaluiert werden könnte. Die vorliegende Untersuchung wäre damit Teil eines *Sequenziellen Mixed Methods Designs* (Kuckartz, 2014), in dem

mithilfe von qualitativen Daten der Gegenstandsbereich exploriert und daraufhin ein quantitatives Messinstrument entwickelt wird.

Interessant könnte auch eine Art quantitativer Überprüfung des Modells sein. Dies wäre in Form eines Fragebogens denkbar, der nach Abschluss der Musiktherapie von den zukünftigen Patient*innen ausgefüllt werden könnte. Die Patient*innen könnten hier auf einer Skala bewerten, ob sie in ihrer Musiktherapie die im Modell beschriebenen Erfahrungen machen konnten und inwieweit sie diese als hilfreich für ihren Bewältigungsprozess einschätzen. Musiktherapeutisch interessant wäre dabei auch die Frage, wie bedeutsam das spezifisch musiktherapeutische Erleben für die Patient*innen war. Ein Fokusgruppeninterview wäre für eine solche Erkundung auch anzudenken.

Eine weitere Überlegung zur Verbindung der qualitativen mit den quantitativen Daten betrifft das Thema der Indikationsstellung bzw. der Eignung für die Musiktherapie. Die Auswertung des Musiktherapiescreenings zeigt eine interessante Beobachtung. Nicht alle Patient*innen, die eine Musiktherapie erhalten haben, hatten auch im Vorfeld die Musiktherapie als mögliches Unterstützungsangebot in Betracht gezogen oder sie sich explizit gewünscht. 10 % konnten sich vor Beginn nicht oder weniger gut vorstellen, mit Musik ihre Gedanken und Gefühle, für die sie im Moment keine Worte haben, zum Ausdruck zu bringen und ein Drittel konnte sich weniger oder gar nicht gut vorstellen, Belastendes in künstlerisch-kreativer Weise zu bearbeiten. Es wurde in der vorliegenden Untersuchung nicht genauer untersucht, ob diese Patient*innen im Verlauf in den musiktherapeutischen Prozess einsteigen konnten und ob sie trotz ihrer Einschätzungen profitieren konnten. Auch die entwickelte *Grounded Theory* führt das Thema der Eignung nicht aus. Um herauszufinden, ob das Musiktherapiescreening zu validen Aussagen über eine Eignung führen kann, wäre eine ergänzende Erhebung qualitativer Daten in Form von Interviews nach Abschluss der Musiktherapie hilfreich. Hier könnten die Patient*innen befragt werden, ob und wie sich ihre Einschätzung im Vorfeld zur Musiktherapie auf ihren Prozess ausgewirkt hat. Hier könnte auch weiter mit den Patient*innen exploriert werden, ob sich die Screeningfragen eignen oder modifiziert bzw. ausgeweitet werden sollten. In Bezug auf bestimmte Eigenschaften der Musiktherapiepatient*innen, die gegebenenfalls auf eine Eignung hinweisen könnten, gibt es qualitative und quantitative Ergebnisse, die erste Anhaltspunkte geben. Allerdings sind die Eigenschaften, die oben unter Charakteristik beschrieben sind, am ehesten als allgemeine Eigenschaften von den Patient*innen zu verstehen,

die in der Ambulanz psychoonkologische Unterstützung anfragen und geben noch keinen spezifischen Hinweis auf eine spezielle Musiktherapiepatient*innengruppe. Innerhalb der Modellbildung wurde die psychosoziale Belastungssituation anhand einer Reihe von Kategorien beschrieben, die als Hintergrund für das Modell dienen, jedoch nicht weiter ausgearbeitet wurden. Die psychosoziale Belastung und mögliche Persönlichkeitsmerkmale sollten noch gezielter mit den Patient*innen zu Beginn exploriert werden.

Fazit

Den Schwerpunkt der Untersuchung bildete die Entwicklung der *Grounded Theory*. Diese in einen direkten Bezug zu den quantitativen Ergebnissen zu bringen, zeigt sich als methodisch nicht sinnvoll. Es lassen sich aber Ideen entwickeln, wie mithilfe der qualitativen Ergebnisse das Konstrukt der Bewältigung quantitativ untersucht werden könnte. Dies würde die Untersuchung in ein sequenzielles Design einbinden. Weitere Forschungsperspektiven könnten sein, einen modellbezogenen Fragebogen zu entwickeln, mit dem das Modell quantitativ überprüft werden könnte. Die Überlegungen zur Indikationsstellung zeigen eine gewisse Begrenzung der Verstehbarkeit des untersuchten Phänomens und sprechen für die zusätzliche Exploration anhand qualitativer Daten.

9. Ausblick und Schluss

Ausblick

Die entwickelte *Grounded Theory* muss sich nun im Kontext der Spezialambulanz weiter bewähren. Das theoretische Modell soll die Musiktherapie besser verstehbar und kommunizierbar machen. Ob hier ein hilfreiches Erklärungsmodell entwickelt wurde, muss nun herausgefunden werden. Dies wird sich zum einen in Gesprächen mit Patient*innen über die Musiktherapie zeigen. Zum zweiten wird es mit den Ambulanzkolleg*innen zu diskutieren sein. Die dritte Feedbackgruppe werden Musiktherapeutenkolleg*innen aus dem onkologischen Behandlungskontext und darüber hinaus sein. Gegebenenfalls werden diese Feedbacks und gemeinsamen Reflexionen auf einen Modifizierungsbedarf im Modell hinweisen. Auch die Erfahrungen in der weiteren musiktherapeutischen Arbeit werden das Modell gegebenenfalls über die

Zeit modifizieren. Dies entspricht dem Wissen, dass jede Theorie eine zeitliche Begrenzung hat und vorläufig ist:

Eine finale, die Zeiten überdauernde Verifikation von Theorien bzw. Aussagen-/Systemen ist nicht möglich, da jederzeit neue empirische Tatsachen auftauchen können, die das entwickelte Annahmegerüst zum Einsturz bringen (falsifizieren) oder zu Änderungen veranlassen. Dies ist ein grundsätzliches und universelles Charakteristikum menschlicher Erkenntnis – über Wissenschaft hinaus in allen ihren Formen. (Breuer et al., 2018, S. 362)

Das Modell wird der Reflexion der musiktherapeutischen Praxis dienen. Auch Musiktherapeut*innen aus ähnlichen Arbeitsfeldern können aus dem hier zur Verfügung gestellten Expert*innenwissen für ihre eigene Arbeit Inspiration schöpfen.

Interessant wäre der Vergleich mit den Erfahrungen von Angehörigen, die in der Ambulanz musiktherapeutisch behandelt werden.

Für den Moment ist dieses Modell eine bereichsbezogene Theorie mittlerer Reichweite. Möglich wäre nun die Kontrastierung an anderen Kontexten, um daraus gegebenenfalls eine *Formale Theorie* zu entwickeln, die generalisierbare Schlüsselkonzepte enthält (Breuer et al., 2018, S. 315). Interessant wäre hier eine Zusammenarbeit mit anderen Musiktherapeut*innen aus dem Feld der Onkologie.

Das Modell könnte auch eine Grundlage bilden für die Ausarbeitung eines *Flexiblen Manuals* für ambulante Musiktherapie im psychoonkologischen Kontext sein, wie es für die musiktherapeutische Forschung vorgeschlagen wird (Rolvjord et al., 2005).

Mit dem Modell ist keine Theorie zu einer spezifischen Eignung/ Indikation für Musiktherapie entwickelt worden, ebenso wenig darüber, ob und wie Musiktherapie eine bestimmte Wirkung erzielt, z.B. auf Angst und Depressivität. Da diese beiden Aspekte jedoch für die klinische Praxis von Bedeutung sind, wäre eine Theorieentwicklung darüber wünschenswert und steht aus. Das vorliegende theoretische Modell könnte als eine Grundlage genommen werden und ermöglicht ein weiteres Nachdenken über beide Aspekte.

Die quantitativen Ergebnisse sind ermutigend. Sie müssen allerdings in Folgeuntersuchungen weiter bestätigt und ggf. im Hinblick auf Zielvariablen und Subgruppenanalysen ausgeweitet werden. Größere Fallzahlen sind nötig, um einen Nachweis der Wirksamkeit anstreben zu können und zur weiteren Evidenzbasierung der Musiktherapie im Gesundheitswesen beizutragen. Die Untersuchung kann als Grundlage und Vorbereitung weiterer Untersuchungen genutzt werden.

In der Diskussion über die Methodenintegration haben sich interessante Perspektiven entwickelt, woran weiter geforscht werden könnte. Zum einen erscheint die weitere Beforschung des Konstrukts der Bewältigung im Bereich der Musiktherapie lohnend. Weiter könnte das Modell quantitativ überprüft werden. Für das Thema der Indikationsstellung wäre eine vertiefende Folgeuntersuchung in einem *Mixed Methods Design* interessant.

Musiktherapie ist in der psychoonkologischen ambulanten Versorgung bisher wenig vertreten. So wäre es wünschenswert, dass mit den Ergebnissen dieser Untersuchung ein Impuls gesetzt wird, um eine weitere Implementierung in ambulanten Versorgungsstrukturen zu unterstützen.

Schluss

Die Ergebnisse der Untersuchung, die Diskussion darüber und der Ausblick zeigen, dass der Forschungsprozess einen wertvollen Beitrag für die Verstehensbildung von Musiktherapie geleistet hat. Durch die praxisnahe Forschung und die Feldbezogenheit einer *Grounded Theory* stehen die Forschungsergebnisse in einem direkten Bezug zur musiktherapeutischen Praxis und können so der Qualitätsentwicklung dienen. Die Ergebnisse erweitern den Erkenntnisgewinn zur ambulanten Einzelmusiktherapie mit Patient*innen, die an Krebs erkrankt sind und in einigen Aspekten auch über das Untersuchungsfeld hinaus.

Literaturverzeichnis

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., ... de Haes, J. C. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-376.
- Abrams, B. (2007). The use of Improvisation Assessment Profiles (IAPs) and RepGrid in Microanalysis of clinical music improvisation. In T. Wosch & T. Wigram (Hrsg.), *Microanalysis in music therapy: Methods, techniques and applications for clinicians, researchers, educators and students* (S. 92-105). London, Philadelphia: Jessica Kingsley.
- Abrams, B. (2016). Personal Construct Psychology and the Repertory Grid Technique. In B. L. Wheeler & K. M. Murphy (Hrsg.), *Music therapy research* (3. Auflage, S. 550-557). Texas: Barcelona Publishers.
- Allen, J. L. (2011). The effectiveness of group music psychotherapy in improving the self-concept of breast cancer survivors. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 71(11-A), 3837.
- Arbeitsgemeinschaft der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten in der Onkologie (2014). Berufsbild der Musiktherapie in der Onkologie/Hämatologie, Palliativversorgung und Hospizarbeit mit Erwachsenen. Verfügbar unter: <https://www.musiktherapie.de/wp-content/uploads/2019/05/berufsbild-der-musiktherapie-in-der-onkologie.pdf>
- Bonde, L. O. (2004). Musik als Co-Therapeutin. Gedanken zum Verhältnis zwischen Musik und Inneren Bildern in The Bonny Method of Guided Imagery and Music (BMGIM). In I. Frohne-Hagemann (Hrsg.), *Rezeptive Musiktherapie* (S. 111-138). Wiesbaden: Reichert.
- Bonde, L. O. (2005a). *The Bonny Method of Guided Imagery and Music (BMGIM) with Cancer Survivors. A psychological study with focus on the Influence of BMGIM on Mood and Quality of Life*. Dissertation, Aalborg University, Aalborg.
- Bonde, L. O. (2005b). "Finding a New Place..." Metaphor and Narrative in One Cancer Survivor's BMGIM Therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 14(2), 137-154. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08098130509478135>
- Bonde, L. O. (2007). Imagery, Metaphor, and Perceived Outcome in Six Cancer Survivors' Bonny Method of Guided Imagery and Music (BMGIM) Therapy. *Qualitative Inquiries in Music Therapy*, 3, 132-164.

- Bonde, L. O. (2015). *Using Mixed Methods In Music Therapy Health Care Research: Reflections On the Relationship Between the Research Question, Design and Methods in the Research Project Receptive Music Therapy With Female Cancer Patients in Rehabilitation*. Paper presented at the Voices: A World Forum for Music Therapy.
- Bonde, L. O. (2019a). Definitions of Music Therapy. In S. Lindhal Jacobsen, I. Nygaard Pedersen, & L. O. Bonde (Hrsg.), *A Comprehensive Guide To Music Therapy 2nd Edition* (S. 29-35). London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Bonde, L. O. (2019b). Music as Analogy and Metaphor. In S. Lindhal Jacobsen, I. Nygaard Pedersen, & L. O. Bonde (Hrsg.), *A Comprehensive Guide To Music Therapy, 2nd Edition* (S. 135-153). London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Bradt, J., Dileo, C., Magill, L., & Teague, A. (2016). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* (8), CD006911. doi: 10.1002/14651858.CD006911.pub3
- Bradt, J., Potvin, N., Kesslick, A., Shim, M., Radl, D., Schriver, E., ... Komarnicky-Kocher, L. T. (2015). The impact of music therapy versus music medicine on psychological outcomes and pain in cancer patients: a mixed methods study. *Support Care Cancer*, 23(5), 1261-1271. doi:10.1007/s00520-014-2478-7
- Breuer, F. (2010). Wissenschaftstheoretische Grundlagen qualitativer Methodik in der Psychologie. In K. Mruck & G. Mey (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 35-49). Wiesbaden: VS.
- Breuer, F. (2018). *Reflexive Grounded Theory: eine Einführung für die Forschungspraxis*. (3. Aufl.). Wiesbaden: Springer.
- Brunner, J. (2016). Ressourcenorientierte Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 61(3), 255-270.
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining music therapy* (3. Aufl.). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Burns, D. S. (2001). The effect of the bonny method of guided imagery and music on the mood and life quality of cancer patients. *J Music Ther*, 38(1), 51-65.
- Cadrin, M. L. (2009). *Dying well: the Bonny method of guided imagery and music at end of life*. Paper presented at the Voices: A World Forum for Music Therapy.
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory* (2. Aufl.). Los Angeles: SAGE.
- Colosimo, K., Nissim, R., Pos, A. E., Hales, S., Zimmermann, C., & Rodin, G. (2018). "Double awareness" in psychotherapy for patients living with advanced cancer. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(2), 125.
- Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (2008). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory* (3. Aufl.). Los Angeles: SAGE

- Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (2015). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory* (4. Aufl.). Los Angeles: SAGE.
- Daveson, B. (2016). Charting the terrain of grounded theory research in music therapy: Where we've been and where we have the potential to go. In J. Edwards (Hrsg.), *The Oxford handbook of music therapy* (S. 748-767). Oxford: Oxford University Press.
- Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (DMtG) (2020). Definition. Verfügbar unter: <https://www.musiktherapie.de/musiktherapie/was-ist-musiktherapie/>
- Diegelmann, C. I., Margarete. (2010). *Ressourcenorientierte Psychoonkologie: Psyche und Körper ermutigen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Dimiceli-Mitran, L. (2015). Focus on Wellness: Using Music Imagery (MI) in Cancer Survivor Groups. In D. Grocke & T. Moe (Hrsg.), *Guided Imagery & Music (GIM) and Music Imagery for Individual and Group Therapy* (S. 231 - 242). London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Dresing, T. & Pehl, T. (2015). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. Marburg: Eigenverlag. Verfügbar unter: www.audiotranskription.de/praxisbuch
- Erkkilä, J. (2016). Mixed methods research in music therapy. In J. Edwards (Hrsg.), *The Oxford handbook of music therapy* (S. 815-826). Oxford: Oxford University Press.
- Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weis, J., & Küffner, R. (2013). Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 31(6), 782-793.
- Ferrer, A. J. (2007). The effect of live music on decreasing anxiety in patients undergoing chemotherapy treatment. *J Music Ther*, 44(3), 242-255.
- Flick, U. (2010). Gütekriterien qualitativer Forschung. In K. Mruck & G. Mey (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 395-407). Wiesbaden: VS.
- Franke, A., & Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Frohne-Hagemann, I., & Pleß-Adamczyk, H. (2005). *Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter: musiktherapeutische Diagnostik und Manual nach ICD-10*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Geuenich, K. (2012). *Akzeptanz in der Psychoonkologie*. Stuttgart: Schattauer.
- Grocke, D. & Moe, T. (Hrsg.), *Guided Imagery & Music (GIM) and Music Imagery for Individual and Group Therapy*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

- Gruber, H., Rose, J.-P., Mannheim, E., & Weis, J. (2011). Künstlerische Therapien in der Onkologie-wissenschaftlicher Kenntnisstand und Ergebnisse einer Studie. *Musiktherapeutische Umschau*, 32(3), 206-218.
- Hannibal, N. J. (2019). Daniel Stern's Theories on the Interpersonal World of the Infant, Change in Psychotherapy and the Dynamics of Vitality. In S. Lindhal Jacobsen, I. Nygaard Pedersen, & L. O. Bonde (Hrsg.), *A Comprehensive Guide To Music Therapy, 2nd Edition* (S.93-103). London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Hanser, S. B., Bauer-Wu, S., Kubicek, L., Healey, M., Manola, J., Hernandez, M., & Bunnell, C. (2006). Effects of a music therapy intervention on quality of life and distress in women with metastatic breast cancer. *J Soc Integr Oncol*, 4(3), 116-124.
- Hasenbring, M., Schulz-Kindermann, F., Hennings, U., Florian, M., Linhard, D., Ramm, G. et al. (1999). Efficacy of relaxation/imagery, music therapy and psychological support for pain and quality of life: First results from a randomized controlled clinical trial. *Bone Marrow Transplantation*, 23 (1), 166.
- Hegi, F. (1997). *Improvisation und Musiktherapie: Möglichkeiten und Wirkungen von freier Musik*. (5. Aufl.). Wiesbaden: Reichert.
- Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden (2020). Künstlerische Psychotherapie mit aktiver Musiktherapie und Musikgeleiteter Imagination (Guided Imagery and Music – GIM). Verfügbar unter: <https://www.helios-gesundheit.de/kliniken/wiesbaden-hsk/unsere-angebote/zusaetzliche-angebote/psychoonkologie/kuenstlerische-psychotherapie/>
- Hennings, U. (1999). "Soll ich hier Musik machen?" Musiktherapie in der onkologischen/hämatologischen Intensivmedizin. *Musiktherapeutische Umschau*, 4(20), 368-377.
- Herschbach, P. (2019). Psychoonkologie. *Der Onkologe*, 25(1), 96-101.
- Herschbach, P., & Heußner, P. (2008). *Einführung in die psychoonkologische Behandlungspraxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hertrampf, R.-S. (2017). „Keyboard of life“. *Music Therapy in Psycho-oncology – Guided Imagery and Music (GIM) in Curative and Early Palliative Treatment for Women with Breast Cancer or Gynaecological Cancer – a Mixed Methods Study*. Dissertation, Aalborg University, Aalborg.
- Hertrampf, R. (2015). Group Music and Imagery (GrpMI) Therapy with Female Cancer Patients. In D. Grocke & T. Moe (Hrsg.), *Guided Imagery & Music (GIM) and Music Imagery for Individual and Group Therapy* (S. 231 - 242). London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

- Hertrampf, R.-S. & Schönhals-Schlautd, D. (2014). Guided Imagery and Music (GIM) und Gruppen-Musik-Imagination (GrpMI) in der Behandlung krebskranker Menschen. In I. Frohne-Hagemann (Hrsg.), *Guided Imagery and Music. Konzepte und klinische Anwendungen* (S.185-206). Wiesbaden: Reichert.
- Hillecke, T. K., & Wilker, F.-W. (2007). Ein heuristisches Wirkfaktorenmodell der Musiktherapie. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 28 (1), 62-85.
- Holland, J. C., Andersen, B., Breitbart, W. S., Compas, B., Dudley, M. M., Fleishman, S., . . . Handzo, G. F. (2010). Distress management. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 8(4), 448-485.
- Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (2019). Psychoonkologische Ambulanz. Jahresbericht 2017. Verfügbar als download unter <https://www.uke.de/kliniken-institute/institute/institut-und-poliklinik-für-medizinische-psychologie/behandlungsangebot/spezialambulanz-für-psychoonkologie.html>
- Jäncke, L. (2018). Music and Memory. In M. H. Thaut & D. A. Hodges (Hrsg.), *The Oxford Handbook of Music and the Brain* (S. 237-265). Oxford Oxford University Press.
- Koelsch, S. (2014). Brain correlates of music-evoked emotions. *Nature Reviews Neuroscience*, 15(3), 170-180.
- Köhler, F., Martin, Z., Hertrampf, R., Gäbel, C., Keßler, J., Ditzen, B., & Warth, M. (2019). Musiktherapeutische Ansätze in der Psychoonkologie. *Der Onkologe*, 25(12), 1103-1109.
- Kuckartz, U. (2014). *Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Wiesbaden: Springer VS.
- Kuhnt, S., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., . . . Hund, B. (2016). Twelve-month and lifetime prevalence of mental disorders in cancer patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(5), 289-296.
- Krebsinformationsdienst (2020). Verfügbar unter: <https://www.krebsinformationsdienst.de>
- Leitlinienprogramm Onkologie/ Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF (2014). Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten, Langversion 1.1, 2014, AWMF-Registernummer: 032/051OL. Verfügbar unter: <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html>
- Loui, P., & Guetta, R. (2018). Music and Attention, Executive Function, and Creativity. In H. Thaut & D. A. Hodges (Hrsg.), *The Oxford Handbook of Music and the Brain* (S. 263 - 287). Oxford: Oxford University Press.
- Löwe, B. P., & Spitzer, R. L. (2002). *PHQ-D: Gesundheitsfragebogen für Patienten*. Pfizer GmbH.

- Meadows, A. (2015). Music and Imagery in Cancer Care. In D. Grocke & T. Moe (Hrsg.), *Guided Imagery & Music (GIM) and Music Imagery for Individual and Group Therapy* (S.189-198). London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Mehnert, A., Braack, K., & Vehling, S. (2011). Sinnorientierte Interventionen in der Psychoonkologie. *Psychotherapeut*, 56(5), 394-399.
- Mehnert, A., Müller, D., Lehmann, C., & Koch, U. (2006). Die deutsche Version des NCCN DistressThermometers. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54, 213-223.
- Miller, D. M. (2016). Healing from the Core: Music and Imagery in the Cancer Journey. *Music Med*, 8(2), 30-44.
- Nygaard Pedersen, I. (2019). Analytical Oriented Music Therapy (AOM). In S. Lindahl Jacobsen, I.Nygaard Pedersen & L.O. Bonde (Hrsg.), *A Comprehensive Guide to Music Therapy* (S. 167-174). London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- O'Callaghan, C., & Magill, L. (2016). Music therapy with adults diagnosed with cancer and their families. In J. Edwards (Hrsg.), *Oxford handbook of music therapy*, (S.112-134). Oxford: Oxford Library.
- O'Callaghan, C., & McDermott, F. (2004). Music therapy's relevance in a cancer hospital researched through a constructivist lens. *J Music Ther*, 41(2), 151-185.
- Pothoulaki, M., MacDonald, R. & Flowers, P. (2012). An interpretative phenomenological analysis of an improvisational music therapy program for cancer patients. *J Music Ther*, 49(1), 45-67.
- Preißler, P. (2014). Vertrauensvoller Blick aufs Meer – ein Fallbericht aus der Psychoonkologie. In I. Frohne-Hagemann (Hrsg.), *Guided Imagery and Music. Konzepte und klinische Anwendungen* (S. 167-183). Wiesbaden: Reichert.
- Preißler, P. (2010). „Spielräume in der Palliativmedizin“. Musiktherapie in Hospiz und Palliativmedizin. *Musik und Gesundheit* (8), 9-11.
- Preißler, P., Kordovan, S., Bokemeyer, C., & Oechsle, K. (2016a). Musiktherapie auf der Palliativstation: Ergebnisse einer Studie über ein musiktherapeutisches Angebot. *Musiktherapeutische Umschau*, 37(3), 233-249.
- Preissler, P., Hennings, U., Weymann, E., Schulz-Kindermann, F. (2016b). Musiktherapie. Integration in einer Spezialambulanz für Psychoonkologie. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 17 (1), 20-21.
- Ratcliff, C. G., Prinsloo, S., Richardson, M., Baynham-Fletcher, L., Lee, R., Chaoul, A., ... Cohen, L. (2014). Music therapy for patients who have undergone hematopoietic stem cell transplant. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2014. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/742941>

- Reddemann, L., & Schulz-Kindermann, F. (2013). Endlich leben: Krebs und die Suche nach Sinn. In F. Schulz-Kindermann (Hrsg.), *Psychoonkologie. Grundlagen und psychotherapeutische Praxis* (S. 360-369). Weinheim: Beltz.
- Reddemann, L. & Stasing, J. (2013). *Imagination*. Tübingen: Psychotherapie- Verlag.
- Rittner, Sabine (2003). Töne, die lautlos zerplatzen. Eine psychoonkologische Fallvignette. *Musik und Gesundheit*, 5, 10 – 11.
- Robert Koch Institut (2019). Neue Zahlen zu Krebs in Deutschland. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Service/Presse/Pressemitteilungen/2019/16_2019.html
- Rolvjord, R. (2016). Resource-oriented perspectives in music therapy. In J. Edwards (Hrsg.), *Oxford handbook of music therapy*, (S.557-572). Oxford: Oxford Library.
- Rolvjord, R., Gold, C., & Stige, B. (2005). Research rigour and therapeutic flexibility: Rationale for a therapy manual developed for a randomised controlled trial. *Nordic Journal of Music Therapy*, 14(1), 15-32.
- Romer, G., Bergelt, C., & Möller, B. (2014). *Kinder krebskranker Eltern: Manual zur kind-zentrierten Familienberatung nach dem COSIP-Konzept*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Romito, F., Lagattolla, F., Costanzo, C., Giotta, F., & Mattioli, V. (2013). Music therapy and emotional expression during chemotherapy. How do breast cancer patients feel? *European Journal of Integrative Medicine*, 5(5), 438-442.
- Rykov, M. H. (2008). Experiencing music therapy cancer support. *J Health Psychol*, 13(2), 190-200. doi: 10.1177/1359105307086708
- Salchow, J., Mann, J., Koch, B., von Grundherr, J., Jensen, W., Elmers, S., ... Rutkowski, S. (2020). Comprehensive assessments and related interventions to enhance the long-term outcomes of child, adolescent and young adult cancer survivors—presentation of the CARE for CAYA-Program study protocol and associated literature review. *BMC cancer*, 20(1), 1-14.
- Scheffold, K., Engelmann, D., Schulz-Kindermann, F., Rosenberger, C., Krüger, A., Rodin, G., ... Mehnert, A. (2017). Managing Cancer and Living Meaningfully. *Psychotherapeut*, 62(3), 243-248.
- Schou, K., & Bonde, L. O. (2019). Music Therapy for Adults with Somatic Diseases. In S. Lindhal Jacobsen, I. Nygaard Pedersen, & L. O. Bonde (Hrsg.), *A Comprehensive Guide To Music Therapy, 2nd Edition* (S. 326-334). London, u.a.: Jessica Kingsley Publishers
- Schulz-Kindermann, F. (2017). Existenzielles Leiden und sinnbezogene Interventionen. *Nervenheilkunde*, 36, 988–992.
- Schulz-Kindermann, F. (2013). *Psychoonkologie: Grundlagen und psychotherapeutische Praxis*. Weinheim: Beltz.

- Schumacher, K. (2004). *Musiktherapie und Säuglingsforschung*. Frankfurt a. M.: Lang.
- Schumacher, K., Calvet, C., & Reimer, S. (2013). *Das EBQ-Instrument und seine entwicklungspsychologischen Grundlagen*. (2. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- SRH Hochschule Heidelberg (2020). Musiktherapie am Campus & Tanz- und Bewegungstherapie am Campus. Verfügbar unter: <https://www.hochschule-heidelberg.de/de/hochschule/ambulanzen/lehrambulanzen-musiktherapie-am-campus-tanz-und-bewegungstherapie-am-campus/>
- Silina, A. (2014). *Integration von Musiktherapie in eine psychoonkologische Ambulanz*. Unveröffentlichte Masterarbeit, Hochschule für Musik und Theater Hamburg, Hamburg.
- Smeijsters, H. (2012). Analogy and metaphor in music therapy. Theory and practice. *Nordic Journal of Music Therapy*, 21(3), 227-249. doi: 10.1080/08098131.2011.649299
- Spintge, R. (2015). Musikmedizinische Interventionen in der klinischen Medizin bei Schmerz, Angst und Stress. In G. Bernatzky & G. Kreutz (Hrsg.), *Musik und Medizin. Chancen für Therapie, Prävention und Bildung* (S. 71-83). Wien: Springer.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097.
- Stegemann, T. (2013). *Stress, Entspannung und Musik: Untersuchungen zu rezeptiver Musiktherapie im Kindes- und Jugendalter*. Dissertation, Hochschule für Musik und Theater Hamburg, Hamburg.
- Steinke, I. (2019). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E.v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: ein Handbuch* (13. Auflage, S. 319-331). Reinbek: Rowohlt.
- Stern, D. N. (2007a). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. (9., erw. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D. N. (2007b). *Der Gegenwartsmoment: Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag*. (2. Aufl.). Frankfurt a. Main: Brandes & Apsel.
- Stordahl, J. J. (2009). The influence of music on depression, affect, and benefit finding among women at the completion of treatment for breast cancer. *Open Access Dissertations*. 337. Verfügbar unter: https://scholarlyrepository.miami.edu/oa_dissertations/337
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1996). *Grounded theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verl.-Union.

- Stützlinger, H., Eisenmann, A., Laschkolnig, A., Mathis-Edenhofer, S., Pfabigan, D., & Röhring, I. (2019). Krebs: Kann eine begleitende Musiktherapie zu besseren Behandlungsergebnissen beitragen? *Themen-Check Medizin. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Köln.*
- Thompson, S. G., D.; Dileo, C. (2017). The use of group descriptive phenomenology within a mixed methods study to understand the experience of music therapy for women with breast cancer. *Nordic Journal of Music Therapy, 26*(4), 320-337. doi: 10.1080/08098131.2016.1239648
- Timmermann, T. (2004). *Tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie*. Wiesbaden: Reichert.
- Trondalen, G. (2016). *Relational music therapy: An intersubjective perspective*. London: Barcelona Publishers.
- Universitätsklinikum Hamburg – Eppendorf (2020). Spezialambulanz für Psychoonkologie. Verfügbar unter: <https://www.uke.de/kliniken-institute/institute/institut-und-poliklinik-für-medizinische-psychologie/behandlungsangebot/spezialambulanz-für-psychoonkologie.html>
- Vehling, S., & Kissane, D. W. (2018). Existential distress in cancer: A alleviating suffering from fundamental loss and change. *Psycho-oncology, 27*(11), 2525-2530.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry, 14*(3), 270-277.
- Wärja, M. (2018). *Arts-based Psychotherapy fro Women Recovering from Gynecological Cancer*. Dissertation, Aalborg University, Aalborg
- Wärja, M., & Bonde, L. O. (2014). Music as co-therapist: Towards a taxonomy of music in therapeutic music and imagery work. *Music Med, 6*(2), 16-27.
- Weymann, E. (2006). Schwebeverfassungen. In R. Tüpker & A. Schulte (Hrsg.), *Tonwelten. Musik zwischen Kunst und Alltag* (S.175-188). Gießen: Psychosozial.
- Weymann, E. (2004). *Zwischentöne: psychologische Untersuchungen zur musikalischen Improvisation*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Weymann, E. (2001). Warte auf nichts. In H.-H. Decker-Voigt (Hrsg.), *Schulen der Musiktherapie*, (S. 78-101). München, u.a.: Ernst Reinhardt.
- Wigram, T. (2004). *Improvisation: Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators, and Students*. London, u.a.: Jessica Kingsley Publishers.
- Wormit, A. F. (2008). *Heidelberger Musiktherapiemanual: Tumor-, Schmerz-und Nierenerkrankungen*. Berlin: Uni-Ed.

Wormit, A. F. Schneider, P., Müller, A. & Bardenheuer, H. J. (2007). Music therapy for cancer and dialysis patients. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 28(1), 126-139.

Verzeichnis Tabelle und Graphiken

Tabellen

Kapitel 4

Tabelle 1 Auswahl der Elemente

Tabelle 2 Übersicht über das Interviewsample

Tabelle 3 Erläuterungen zu den Instrumenten und Musiktherapiemethoden

Kapitel 6

Tabelle 4 Soziodemographische und medizinische Charakteristika

Tabelle 5 Psychische Belastung

Tabelle 6 Vergleich Mittelwertsdifferenzen

Graphiken

Kapitel 2

Graphik 1 Untersuchungsdesign

Kapitel 4

Graphik 2 PrinGrid 1

Graphik 3 PrinGrid 2

Graphik 4 Theoretisches Sampling

Graphik 5 Modellentwurf zur Kommunikativen Validierung

Kapitel 5

Graphik 6 Das theoretische Modell

Graphik 7 Modellausschnitt_Der musiktherapeutische Prozess

Graphik 8 Modellausschnitt_Musiktherapeutischer Erlebensmodus

Graphik 9 Modellausschnitt_Stabilisieren/Auseinandersetzen/Bewältigen

Graphik 10 Modellausschnitt_Stabilisieren

Graphik 11 Modellausschnitt_Auseinandersetzung

Graphik 12 Modellausschnitt_Bewältigen

Kapitel 6

Graphik 13 Timeline Erhebungsschema Ambulanz

Graphik 14 Timeline Auswertung Untersuchung

Graphik 15 Das theoretische Modell_klein

Anhang

Inhalt

Anhang zu Kapitel 3.....	2
Anhang A Fragebogen Vorannahmen Team_Projektbeginn.....	2
Anhang B Materialsammlung_Vorannahmen Team_Projektbeginn	3
Anhang C Materialsammlung Befragung Erstgesprächsführende	5
Anhang D Leitfaden Musiktherapie_Erstgespräch.....	8
Anhang E Zusatzscreening Musiktherapie	10
Anhang F Entwurf Musiktherapiefragebogen	11
Anhang G Angenommene Wirkung ambulanter Musiktherapie	13
Anhang H Interviews Evaluation Integrationsprozess.....	14
Anhang I Interviewleitfaden Patient*inneninterviews	15
Anhang zu Kapitel 4.....	18
Anhang J Transkriptionsregeln.....	18
Anhang K Transkripte Patient*inneninterviews.....	20
Anhang L Patienteninformation	202
Anhang M Einverständniserklärung	203
Anhang N Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung.....	204
Anhang O Codebaumentwicklung.....	205
Anhang P Codememos	208
Anhang Q Modellentwicklung	211
Anhang zu Kapitel 5.....	217
Anhang R Messinstrumente	217
Anhang zu Kapitel 8.....	219
Anhang S Absicherung des Subjektiven	219

Anhang zu Kapitel 3

Anhang A Fragebogen Vorannahmen Team_Projektbeginn

Die Musiktherapie wird ein neues Angebot der Spezialambulanz – was fällt Ihnen/Dir dazu ein?

Freitext schreiben (5min)

Beim Klang der Klangschale →

1. Text überfliegen, wichtige Wörter unterstreichen
2. Wörter in den nächsten Kasten übertragen (1min)
3. Einen zusammenfassenden Satz in den dritten Kasten schreiben (1min)

Die wichtigsten Wörter

Der zusammenfassende Satz

Anhang B Materialsammlung_Vorannahmen Team_Projektbeginn

Vorstellungen zu Erfahrungsfeldern in der Musiktherapie

Wahrnehmung

Fokussierte Aufmerksamkeit/ Achtsamkeit/ Sinnlichkeit / Besinnung/ Neue Erfahrungen mit der eigenen Wahrnehmung/ Erleben /Schmerzerleben

Wahrnehmung und Ausdruck von Emotionen

Anderer Zugang zu Gefühlswahrnehmung/ Anderer Zugang zu Gefühlsausdruck/ Anderer Zugang zu Gefühlsregulation/ Musiktherapie = notwendige hilfreiche Ergänzung für Umgang mit Emotionen in Psychoonkologie/ Emotionen/Gefühle → Ausdrucksmöglichkeit/ Ausdruck für aktuelle oder vergangene Stimmungslage/ Intensiver emotionaler Ausdruck möglich/ Sprachlicher Ausdruck und Veränderungsmöglichkeit von Emotionen/ Erfahrung, zum Ausdruck und zur Veränderung von Emotionen/ Stimmung ausdrücken (Trauer – Freude)/ Einen anderen Ausdruck finden für Gefühle/ Gefühle unmittelbar/ Zugang zu eigenen Emotionen finden; sie auszudrücken/ Emotionen/ Befindlichkeit

Nonverbale Erfahrungen

Musiktherapie gibt die Möglichkeit, wortlos (+ gemeinsam) in Kontakt zur eigenen Emotion + Befinden und in Kontakt zu anderen zu treten

Kontakt

Kanal zum Beziehungsaufbau/ heilen durch Kontakt/ Kontakt/ Gemeinsam

Polares Erleben

Einsamkeit und Gemeinsamkeit erleben/ Weite und Enge/ Freiheit und Gefangensein/ Irritation und Harmonie erleben

Öffnung

befreiendes Mittel/ Gedankenbefreiend/ Öffnend/ Öffnung/ Erweitern/ Experiment

Vertiefung

Vertiefung/ Vertiefen

Selbstwirksamkeit

Selbstwirksamkeit/ Selbstwertstärkend/ Gefühl von Kontrolle vermitteln/ eine Möglichkeit zum Ausdruck geben/ Ausdruck

Entspannung

Entspannungsangebot/ Ermutigung auch im Krankenhaus zu entspannen/ Zur Entspannung beitragen/ Entspannung/ Ressource zur Selbstberuhigung/ Schutzraum

Defokussierung

Problemdistanzierung

Entdecken und Entfalten von Ressourcen

Ressource/ Ziel der Entfaltung von Ressourcen/ neue Ressourcen (wieder) erkennen lassen

Lebendigkeit/ Kreativität

Bewegt/ Musik ist heilend durch Lebendigkeit und Kreativität

Freude

Freude bringen

Spiritualität

Spiritualität

Vorstellungen zur Musiktherapie - Methode

Konkret

Gedankenreise/ Instrumente ausprobieren

Übergreifend

Emotionale Themen über Musik mit der Therapeutin bearbeiten

Vorstellungen zu einer musiktherapeutischen Indikation

Hilfreiche Ergänzung

Spezifisch

Patienten mit spezifischen Bedürfnissen

Musikaffin

für musikaffine Betroffene (nicht nur)

Belastung der Patienten

Besonders geeignet für Patienten mit traumatischen Erfahrungen in der Krankheitsverarbeitung und -therapie. Letztlich jedoch wünschenswert für alle PatientInnen./ Unterstützung bei schweren psychischen Störungen?

(Professionell -) persönliche Bewertungen zur Musiktherapie

Positive Einschätzung

Wunderbare Arbeit

Skeptische Einschätzung

Esoterischer Kram/ (Musik) kann aber auch Grenzen verletzen

Hinweise für die Integration der Musiktherapie

Transparenz herstellen

Unklar, wie Patienten vorstellen/ Wunsch nach Transparenz, um es Patienten adäquat vorstellen zu können

Unklare Begriffe

Distanzierungshilfe von schulmedizinischer Fokussierung/ Aktivität – Passivität/ Individuelle Präferenzen (Musikstile, Instrumente)/ Kontext (in der Situation jetzt /Biographie)/ Einzel versus gemeinsam/ Mantra Erdung/ Patienten könnten erfahren, dass neben der eigenen Ohnmacht in den Behandlungen etwas Eigenes sich nicht verändert– der Wunsch nach Freiheit und Selbstfürsorge/ Klang - Kreativität – Exotisch/ Lebendigkeit - Kulturelle Identität/ Grenzen – Bewegungen/ Klang – Raum – Klang/ (unleserliches Wort)/ Würdigen/ in berührender Weisheit würdigen/ Möglichkeit/ Einfluss/ Berührung/ Komplexität/ Irritation/ Schmerzverhalten

Fragen	1 GF	2 GF	3 GF	4 GF	5 GF
3 Gründe, warum Sie als Erstgesprächsführende P. in die MT schicken könnten	1) Patientenwunsch 2) P. kann sich schwer mit Worten ausdrücken 3) Affinität zur Musik	1) Erlebnisaktivierend 2) Wenig Umweg übers Denken, direkt ans Gefühl gerichtet 3) neues Medium für sehr kognitive P., andere Perspektiven	1) Wunsch oder Interesse der P. 2) Wenn Emotionsaktivierendes Vorgehen hilfreich ist 3) Wenn Musik eine Ressource	1) Interesse des P. 2) Positive Erfahrungen des P. im Erleben mit Musik 3) Angstsymptomatik des P. ist im Vordergrund	1) Affinität zur Musik 2) Probleme, die Emotionen/Konflikte verbal auszudrücken 3) Schwierigkeiten, ins Empfinden zu kommen
Ein Satz über MT, daraus wichtigste Punkte	1) unterstützender Ansatz, 2) hilft den Zugang zu innerem Erleben zu finden 3) die Möglichkeit mit Anspannung oder Ängsten umzugehen	1) Eine gute Möglichkeit Gefühle auszudrücken 2) Eine gute Möglichkeit Gefühle wahrzunehmen	P. berichten: 1) MT Hilft im Umgang mit Erkrankung, weil 2) anderen Zugang als vernunftmäßigen sprachlichen ermöglicht, nämlich intuitiv erfahrungsgeliteten, was 3) Wahrnehmen von Emotionen & Bedürfnissen erleichtert	1) Das, was Sie innerlich bewegt, mit MT zum Ausdruck bringen. 2) Es finden auch Gespräche statt	1) Musik kann den therapeutischen Prozess unterstützen 2) Musik hilft auf nonverbalem Wege an Belastungen/ Emotionen zu gelangen 3) Musik hilft Belastungen/ Emotionen zu bewältigen
Wie gelingt ihrer Meinung nach die Integration von MT in die Psychoonkologische Ambulanz?	1) Ich befürworte das Angebot. 2) Interesse der P. im Vorgespräch 3) Schwer zu erklären, was MT ist und wo sie helfen kann	1) Ganz gut 2) Mehr Transparenz, was MT bewirken kann und wo sie am besten angebracht ist 3) Kontraindikationen sollten klar sein	1) Kenne MT-innen aus dem stationären Setting 2) Emotionsaktivierung und –regulation, Symptomorientiertes Verfahren, Erweiterung der rein sprachlichen psychoonkologischen Therapie 3) bereits integriertes Bestandteil, habe MT bei der Auftragsklärung immer auf dem Schirm 4) Frage nach präziser Indikation (singulär oder ergänzend zu psychoonkologischen Gesprächen)	1) Mit ständiger Integration in die Routineabläufe der Ambulanz 2) Fallvorstellungen 3) Supervision 4) Fortbildungen	Ganz OK

Bedeutung von MT im Rahmen der Ambulanz	Bestandteil des Angebotsspektrums	Ergänzendes Angebot für Erlebnisaktivierung/Vertiefung von Therapieinhalten	<p>1) Wahrnehmung der MT-innen als Psychoonkologinnen mit zusätzlichen Möglichkeiten</p> <p>2) Übergeordnete Position der psychoonkologischen Grundhaltung, therapeutische Grundausrichtung ist eher sekundär</p> <p>3) Für Ambulanz-Erweiterung des Angebots</p> <p>4) Teamintern- eine Bereicherung</p> <p>5) Nach außen hin- von Vielseitigkeit/Multidisziplinarität geprägten Kompetenzauftritt</p>	Wichtiges Verfahren, welches das Angebotsspektrum der Ambulanz ergänzt	eine große Bedeutung
Ich kann mir vorstellen, dass Patienten mit Musik Gedanken und Gefühle zum Ausdruck bringen können, für die sie im Moment keine Worte finden.	5 (das kann ich mir sehr gut vorstellen)	5 (das kann ich mir sehr gut vorstellen)	5 (das kann ich mir sehr gut vorstellen)	5 (das kann ich mir sehr gut vorstellen)	5 (das kann ich mir sehr gut vorstellen)

Ich kann mir vorstellen, dass Patienten Belastendes in der MT in künstlerisch-kreativer Weise bearbeiten können.	5 (das kann ich mir sehr gut vorstellen)	4 (das kann ich mir gut vorstellen)	4 (das kann ich mir gut vorstellen)	5 (das kann ich mir sehr gut vorstellen)	3 (das kann ich mir schon vorstellen)
Ich kann mir vorstellen, dass im Hören und Spielen von Musik Fähigkeiten angeregt werden, die zur Bearbeitung persönlicher Belastungen beitragen können.	3 (das kann ich mir schon vorstellen)	leer	4 (das kann ich mir gut vorstellen)	5 (das kann ich mir sehr gut vorstellen)	5 (das kann ich mir sehr gut vorstellen)
Wünsche und Vorschläge an die Musiktherapeutinnen	Kurzinfo, wie man P. MT erklären könnte	Mehr Sessions unter Kollegen machen	1) Klarheit in Bezug auf die spezifische Indikationsstellung für die Erstgespräche 2) Aus Erfahrung der MT-innen: Indikation/ Kontraindikation 3) Feedback: Waren die zugewiesenen P-en. für MT geeignet? 4) Unterschiede zur stationär-interdisziplinären Arbeit 5) Darstellung der speziellen Erfahrungen im ambulanten Kontext im Rahmen des klinischen Kolloquiums	Keine Wünsche oder Vorschläge. Wir sind im Kontakt!	Regelmäßige Präsenz im Team, mehr von Patienten und der Arbeit berichten

Informationen für Erstgesprächsführende für eine Empfehlung in die Musiktherapie

Version 2.2015: Hennings, Preißler, Weymann, SchulzKindermann

Hinweise darauf, dass der Patient mit der Methode evtl. etwas anfangen kann

- Musik taucht im Gespräch auf
- Musik wird als **Ressource** benannt
- Musik wird als **Bewältigungsstrategie** benannt
- Patient wird von Musik **emotional berührt**
- Patient hat Erfahrung, dass Musik die **Befindlichkeit verändern** kann
- Musik spielt(e) im **sozialen Leben** eine Bedeutung
- **Lebensereignisse** sind mit Musik verbunden
- **Affinität zum Künstlerischen**

Hinweise für eine musiktherapeutische Indikation

Im Rahmen der psychoonkologischen Indikationen gibt es **spezifisch musiktherapeutische Indikationen**, von denen insbesondere sind:

Unterstützung

- im Wahrnehmen und Ausdrücken von **Gefühlen**
- von Interaktion und **Beziehungsfähigkeit**
- von **Selbstwirksamkeit, Handlungs- und Gestaltungsfähigkeit**
- von **Zentrierung, Orientierung, „Resonanz“**
- der **Körperwahrnehmung**
- von **neuen Impulsen**
- bei der **Entwicklung von Ressourcen** wie Lebensfreude und Vitalempfinden

Was könnte man einem Patienten über die Musiktherapie erzählen?

Die Musiktherapeutinnen arbeiten prozessorientiert und richten sich in der Behandlung nach den individuellen Themen und Wünschen.

Sie sind zusätzlich psychoonkologisch qualifiziert und integrieren so erkrankungs- und behandlungsbezogene, umfeldbezogene und sozialpsychiatrische Beratungsaspekte mit in ihre Therapien.

In der Musiktherapie gibt es verschiedene Methoden, die je nach den individuellen Bedürfnissen der Patienten eingesetzt werden. Man kann selbst mit den (leicht spielbaren) Instrumenten eine eigene Musik/einen Klang/ein paar Töne finden und gestalten oder gemeinsam mit der Therapeutin spielen ("aktive Musiktherapie"). Man kann auch durch das Hören von Musik (von CD oder durch die Therapeutin selbst gespielt) ("rezeptive Musiktherapie") die Wahrnehmung vertiefen und erkunden, was durch die Musik an inneren Bildern entsteht.

In der Musiktherapie wird nach Analogien von innerem Erleben und musikalischem Ausdruck gesucht. Es wird versucht, die thematischen Inhalte, die im Gespräch auftauchen, in Musik zu übersetzen, sie auf der musikalischen Ebene zu bearbeiten und das, was in der Musik erlebt und an symbolischem Ausdruck gefunden wird, dann wiederum zu verbalisieren und zu reflektieren.

Es braucht keine musikalischen Vorkenntnisse, die Patienten müssen nicht "musikalisch" sein.

Musiktherapie kann helfen, einen Zugang zum inneren Erleben zu finden.

Musiktherapie kann durch den Einbezug von Musik und Klängen das Wahrnehmen und Ausdrücken von Gefühlen/ Bedürfnissen/Themen erleichtern.

Musiktherapie bietet die Möglichkeit, das Gespräch um die nonverbale musikalische Ebene zu erweitern. Meist entwickelt sich aus dem Gespräch heraus das musiktherapeutische Vorgehen.

In der Musiktherapie werden die Themen mithilfe von Musik (selber spielend oder hörend) erkundet und gestaltet.

Eine musiktherapeutische Improvisation ist wie eine Art kreatives Probehandeln. In ihr kann sich Ungeahntes, Neues und Überraschendes einstellen, was den Problemlösungsprozess unterstützt.

Die Musik kann Impulse zur Bewältigung der Situation geben. Sie kann etwas anregen, was noch ungreifbar ist oder wofür es im Moment noch keine Worte gibt.

Musiktherapie kann hilfreich sein, wenn man mit dem „Kopf“ nicht weiterkommt. Die Musik kann ein unmittelbares Erleben bewirken.

Musikhören und Improvisieren kann einen Zugang zu nicht bewußten Inhalten schaffen, die für das Verstehen und Lösen von Problemen hilfreich sein können.

In der Musik können Menschen Halt und Trost erfahren, einen Raum für Trauer finden.

Durch Musik kann Entspannung, Vitalisierung, Zentrierung, Defokussierung bewirkt werden.

Durch Musik können Kraftquellen erschlossen werden.

Anhang E Zusatzscreening Musiktherapie

Zusatz für Screeningbogen

In der psychoonkologischen Ambulanz werden auch Kunst- und Musiktherapie angeboten. Beide Verfahren arbeiten sowohl mit dem Gespräch als auch mit kreativen Medien.

In der Musiktherapie unterstützen Klänge und Musik den therapeutischen Prozess. Im Hören und Spielen sind kreative Erfahrungen möglich. Dadurch werden Fähigkeiten angeregt, die zur Bearbeitung persönlicher Belastungen beitragen können.

Kunsttherapie öffnet den Blick auf Ressourcen und innere Bilder. Im aktiven Umgang mit den bildnerischen Materialien können existentielle Themen sichtbar gemacht und im Austausch mit der Kunsttherapeutin reflektiert und bearbeitet werden.

Für Musik- und Kunsttherapie sind keine Vorkenntnisse erforderlich.

1. Ich kann mir vorstellen, mit Musik oder Kunst Gedanken und Gefühle zum Ausdruck zu bringen, für die ich im Moment keine Worte habe.

das kann ich mir gar nicht vorstellen 1 – 2 – 3 – 4 – 5 das kann ich mir sehr gut vorstellen (5-stufige Skala)

2. Ich kann mir vorstellen, Belastendes in künstlerisch-kreativer Weise zu bearbeiten.

das kann ich mir gar nicht vorstellen 1 – 2 – 3 – 4 – 5 das kann ich mir sehr gut vorstellen (5-stufige Skala)

(verabschiedet von Forschungsgruppe am 9.4.2014)

Anhang F Entwurf Musiktherapiefragebogen

Fragebogen zu spezifischen Wirkfaktoren (Version III 25.10.13)

(Alle Fragen/Aussagen können auf einer Skala von „gar nicht -----sehr“ beantwortet werden)

Übergreifend könnte gefragt werden: Haben Sie die Musiktherapie als unterstützend erlebt?

1. (Anregung schöpferischer Prozesse)
Ich bin auf neue Ideen gekommen
Ich konnte etwas Neues ausprobieren
Ich habe etwas Neues für mich entdeckt
Ich bin experimentierfreudig geworden
2. (Stimulation aktiver Gestaltungsprozesse)
Ich habe aktiv etwas gestalten können
Ich konnte gestalten, was mich seelisch bewegt
Ich beschreite neue Wege in meinem Leben
Ich habe entdeckt, dass ich Einfluss auf mein Leben nehmen kann
3. (Unterstützung des nonverbalen Ausdrucks)
Ich konnte das, was mich bewegt, ausdrücken
Ich konnte meine eigenen Gefühle ausdrücken
Ich habe einen Ausdruck für meine Stimmungslage/Befindlichkeit gefunden
Meine Gefühle wurden hörbar und spürbar
4. (Beziehung zum Therapeuten über ein Medium)
Ich konnte mich mitteilen, wurde gehört/fühlte mich gehört und auf eine andere Weise verstanden
5. (Förderung von Erkenntnisprozessen)
Ich habe etwas über mich verstanden
Ich habe mich besser kennengelernt
Ich habe neue Möglichkeiten entdeckt
6. (Stimulation von Sinneserfahrungen)
Ich konnte mich spüren
Ich bin mit mir in Kontakt gekommen
7. (Förderung der Wahrnehmungsfähigkeit)
Ich habe mich anders als sonst wahrgenommen
Ich habe ein Gefühl für mich entwickeln können
Meine Wahrnehmung wurde weiter
Ich habe mich bewusster wahrgenommen
8. (Stimulation der Symbolisierungsfähigkeit)
Ich habe innere Bilder gefunden, durch die ich meine Situation verstehe
9. (Stimulation der Selbstwirksamkeit)
Ich hatte das Gefühl, selbst Einfluss nehmen zu können
Ich verändere wieder Dinge in meinem Leben, die verändert werden müssen
10. (Unterstützung der Affektregulation)
Ich konnte meine Gefühle wahrnehmen, ausdrücken, beeinflussen und regulieren
Ich konnte meine Gefühle zulassen
Ich konnte meine Gefühle eingrenzen
Ich komme mit meinen Gefühlen zurecht
11. (Begleitung von Individualisierungsprozessen)
Ich habe meinen eigenen Weg entdeckt
12. (Wahrnehmung der Atmosphäre des Therapieraumes)
[bis hier Wirkfaktoren nach Gruber et al (2011)]
13. (Ablenkung)
Ich konnte mich ablenken
Ich konnte meine Gedankenkreise unterbrechen

14. (Entspannung)
Ich konnte mich entspannen
Ich konnte loslassen
15. (Vitalisierung/Aktivierung)
Ich erlebte mich vital
Ich fühlte mich lebendig
16. (Flexibilität)
Ich habe meine Situation aus verschiedenen Perspektiven heraus betrachtet
Ich fühlte mich beweglich
17. (Strukturierung)
Ich habe etwas in mir sortiert
Ich habe Ordnung in meine Belange gebracht
Ich habe ein Gefühl von innerer Ordnung bekommen
Ich habe meine Themen ordnen können
18. (Vertrauen)
Ich fühlte mich gut aufgehoben
Ich fühlte mich geborgen
Ich konnte mich fallen lassen
Ich habe mich etwas getraut
19. (Zugehörig fühlen) (eventuell ersetzen mit Verbundenheit)
Ich fühlte mich gehört und verstanden
Ich fühle mich verbunden
20. (Achtsamkeit/Aufmerksamkeitszentrierung)
Ich konnte mich zentrieren
Ich habe mich aufmerksam erlebt
21. (Selbstvertrauen)
Ich habe mich etwas getraut
Ich konnte mir vertrauen
Ich habe ein Gefühl des Selbstvertrauens wiedergewonnen
22. (Wohlbefinden)
Ich konnte etwas genießen
Ich fühlte mich wohl
23. (Spaß)/ (gehobene Emotion)
Ich hatte Spaß
24. (Erweiterung des Handlungsspielraums)
Möglichkeiten, die es sonst nicht gegeben hätte, sind jetzt für mich verfügbar
25. (Ressourcen)
26. (Möglichkeiten des Probehandelns)
27. (Kompetenzen stärken)

Anhang G Angenommene Wirkung ambulanter Musiktherapie

Angenommene Wirkung von Musiktherapie im psychoonkologischen Kontext

Wirkfaktoren nach Gruber et al. (2011)

- Anregung schöpferischer Prozesse
- Stimulation aktiver Gestaltungsfähigkeit
- Unterstützung nonverbaler Ausdruck
- Stimulation von Sinneserfahrungen
- Förderung der Wahrnehmungsfähigkeit
- Stimulation der Symbolisierungsfähigkeit
- Stimulation der Selbstwirksamkeit
- Beziehung zum Therapeuten über ein Medium
- Unterstützung der Affektregulation
- Begleitung Individualisierungsprozesse
- Förderung von Erkenntnisprozessen
- Wahrnehmung der Atmosphäre des Therapieraums

Vorläufige Ergänzungen aus der Projektgruppe:

- Ablenkung
- Entspannung
- Vitalisierung/Aktivierung
- Flexibilität
- Strukturierung
- Vertrauen
- Zugehörig fühlen
- Achtsamkeit/Aufmerksamkeitszentrierung
- Selbstvertrauen
- Wohlbefinden
- Spaß/ gehobene Emotion
- Erweiterung des Handlungsspielraums
- Ressourcen
- Möglichkeiten des Probehandelns
- Kompetenzen stärken
- Gefühle mitteilen
- Trost und Halt finden
- Distanzierung
- Entlastung

Anhang H Interviews Evaluation Integrationsprozess

Interview mit den Musiktherapeutinnen (PP/UH)

Interview mit dem Ambulanzleiter (FSK)

Interview mit einer Teamkollegin

*Alle drei Interviews können zur Einsicht bei der Autorin angefordert werden
(pia.preissler@hfmt-hamburg.de)*

Anhang Leitfaden für Patient*inneninterviews

Interviewleitfaden (16.9.16)

Ziel des Interviews: Erzählungen/Aussagen generieren, die Antworten geben auf die Fragestellungen:

Welche spezifisch musiktherapeutischen Erfahrungen machen Patienten (ggf. und Angehörige) und was für eine Bedeutung haben diese für die Auseinandersetzung mit ihrer Krebserkrankung (der des Angehörigen)?

- a. *Was waren subjektiv erlebbare relevante Momente für die Patienten in der Musiktherapie?*
 - b. *Wie stehen diese Momente für die Patienten in Bezug zur Bewältigung der Erkrankungssituation?*
 - c. *Wie werden die musiktherapeutischen Erfahrungen von den Patienten bewertet?*
-

Allgemeine Vertiefungsfragen/Aufrechterhaltungsfragen/Formulierungen:

Was war da genau?/ Wie war das genau?/ Können Sie sich erlauben, das jetzt gerade nochmal genauer zu erkunden?/ Was fällt Ihnen noch dazu ein?/ Was kommt Ihnen jetzt dazu in den Sinn? Was würden Sie sagen...?

[15]

A Einstieg in die Musiktherapie

Welche Belastungen standen im Vordergrund, als Sie sich in der Ambulanz angemeldet haben? Was war Ihr Anliegen?

Wie war das für Sie, als Sie dann so das erste Mal in die Musiktherapie kamen, was erinnern Sie?

Spezifische Vertiefungsfragen/Aufrechterhaltungsfragen:

Was haben Sie dabei gefühlt (auch körperlich)?/ Wie war die Stimmung?/ Wie ging es dann weiter?/ Was für Einfälle kommen Ihnen dazu?

B Erfahrungen mit der Musik (a)

Wie war das für Sie mit den Instrumenten, Klängen, mit der Musik?

Erinnern Sie mal eine Situation (und weitere) ...

Vertiefungsfragen/Aufrechterhaltungsfragen:

Was haben Sie dabei gefühlt (auch körperlich)?/ Wie war die Stimmung?/Wie kam der Moment zustande?/ Wie ging es dann weiter?/ Was für Einfälle kommen Ihnen dazu? War das eine einmalige Erfahrung oder kam das öfter vor? Haben Sie auch aktiv/rezeptiv/musikimaginative Erfahrungen gemacht?

[16]

C Zusammenhang der musiktherapeutischen Erfahrung mit der Auseinandersetzung mit der Erkrankung (b, c)

Mit welchen Themen haben Sie sich in der Musiktherapie beschäftigt?

Alternativfrage: **Mit was haben Sie sich befasst?**

Was hat das, was Sie da in der Musik erlebt haben mit Ihrer Erkrankung/Belastung/Thema zu tun?

Spezifische Vertiefungsfragen:

Und wie ging das?/ Können Sie das mal für sich in Verbindung bringen?

D Verhältnis/Verbindung von musiktherapeutischer Interaktion und Gesprächsanteil

Wie haben die Gespräche mit der Musik zusammengepasst?

Haben Sie auch über die Musik gesprochen?

E Auswirkung von Musiktherapie auf das aktuelle Befinden (c)

Welche Bedeutung hatte die Musiktherapie für Sie?

Wie war die Musiktherapie für Sie hilfreich?

Was war nicht hilfreich?

Was hat gefehlt?

Ist durch die Musiktherapie etwas anders geworden?

Alternativfrage: **Haben Sie in sich oder an sich irgendeine Veränderung wahrgenommen?**

Spezifische Vertiefungsfragen: Gibt es so etwas wie eine persönliche Bilanzierung?/ Was halten Sie von der Musiktherapie?

Schlussfrage: Gibt es etwas, was für Sie wichtig ist, was in diesem Gespräch jetzt noch nicht vorgekommen ist?

Anhang zu Kapitel 4

Anhang J Transkriptionsregeln

Transkriptionsregeln_Interviews Preißler

(orientiert an: Dresing & Pehl (2015))

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, zum Beispiel: Ich gehe heuer auf das Oktoberfest.
2. Wortverschleifungen werden transkribiert (Beispielsweise „Er hatte noch so’n Buch genannt“ und „hamma“). Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, beispielsweise: „bin ich nach Kaufhaus gegangen“.
3. Wort- und Satzabbrüche werden mit / markiert: „Ich habe mir Sor/ Gedanken gemacht“. Wortdoppelungen werden notiert. Stottern wird nicht geglättet.
2. Pausen werden je nach Länge durch Auslassungspunkte in Klammern markiert. Hierbei steht (.) für circa eine Sekunde, (..) für circa zwei Sekunden, (...) für circa drei Sekunden und (Zahl) für mehr als drei Sekunden.
4. Interpunktion wird nicht geglättet, das heißt bei kurzem Senken der Stimme oder uneindeutiger Betonung wird eher ein Komma gesetzt. Dabei sollen Sinneinheiten beibehalten werden.
6. Verständnissignale und Fülllaute („mhm, ja, aha, ähm“ etc.) werden transkribiert.
7. Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch GROSSSCHREIBUNG gekennzeichnet.
8. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Kurze Einwürfe der jeweils anderen Person in den Beitrag werden in Doppelklammern gesetzt, ohne dass sie einen separaten Absatz bekommen. Mindestens am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt.
9. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert. Wenn die jeweils andere Person in einem Beitrag eine solche Äußerung macht, wird sie in Doppelklammern gesetzt.
10. Unverständliche Wörter werden mit (unv.) gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen sollen möglichst mit der Ursache versehen werden (unv., Handystörgeräusch) oder (unv., Mikrofon rauscht). Vermutet man einen Wortlaut, ist sich aber nicht sicher, wird das Wort bzw. der Satzteil mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt. Zum Beispiel: (Xylomethanolin?). Generell werden alle unverständlichen Stellen mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine Zeitmarke gesetzt ist.
11. Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein „IP:“ gekennzeichnet. Dem Kürzel „IP“ wird eine entsprechende Ziffer zugeordnet (z.B. „IP1:“)
12. Das Transkript wird als Rich Text Format (.rtf-Datei) gespeichert. Benennung der Datei entsprechend des Audiodateinamens (ohne Endung wav, mp3). Beispielsweise: Interview_IP1.rtf

Hinweise zur einheitlichen Schreibweise

1. Zeichen und Abkürzungen werden ausgeschrieben, zum Beispiel Prozent, Meter und so weiter.
2. Wortverkürzungen wie „runtergehen“ statt „heruntergehen“ oder „mal“ statt „einmal“ werden genauso geschrieben, wie sie gesprochen werden.
3. Englische Begriffe werden nach deutschen Rechtschreibregeln in Groß und Kleinschreibung behandelt.
4. Anredepronomen der zweiten Person (du und ihr) werden klein geschrieben, die Höflichkeitsanredepronomen (Sie und Ihnen) werden groß geschrieben.
5. Zahlen werden wie folgt dargestellt:
 - a. Zahlen null bis zwölf im Fließtext mit Namen, größere in Ziffern.
 - b. Auch weitere Zahlen mit kurzen Namen schreibt man aus, vor allem runde: zwanzig, hundert, dreitausend.
 - c. Dezimalzahlen und mathematische Gleichungen sind stets in Ziffern zu schreiben. Also: „4 + 5 = 9“ und „3,5“.
 - d. Bei nur ungefähr gemeinten Zahlenangaben schreibe man den Zahlennamen, bei exakt gemeinten die Ziffernform. Also: „Die fünfzig Millionen Euro Staatshilfe“.

- e. Wo feste Konventionen zugunsten einer Schreibweise herrschen, befolge man diese. Hausnummern, Seitenzahlen, Telefonnummern, Kontonummern, Datum oder Ähnliches werden nie ausgeschrieben. Also: „auf Seite 11“ und „Am Markt 3“.
6. Auch Redewendungen/Idiome werden wörtlich und Standarddeutsch wiedergegeben, z.B. „übers Ohr hauen“ (statt: über das Ohr hauen).
7. Wird in der Aufnahme wörtliche Rede zitiert, wird das Zitat in Anführungszeichen gesetzt: und ich sagte dann „Na, dann schauen wir mal“.
8. Einzelbuchstaben: immer großschreiben, zum Beispiel „wie Vogel mit V“.
9. Aufzählungen: ein großer Buchstabe ohne Klammer

Anhang K Transkripte Patient*inneninterviews

Reihenfolge:

IP1/IP3/IP7/IP9/IP11/IP12/IP13/IP14/IP15/IP16/IP18/IP19

IP1_Interviewtranskript

- 1 Patienteninterview IP1 (Therapeutin PP)
- 2 Geschlecht: m
- 3 Script: PP
- 4 Interviewerin: UH
- 5 Zeitpunkt: nach Abschluss MT
- 6 9.3.16
- 7 I1: Ja, Sie hatten sich damals in der Ambulanz für Psychoonkologie angemeldet, können Sie nochmal so ein bisschen beschreiben, was so damals Ihre Hauptbelastungspunkte waren in Bezug auf Ihre Erkrankung, was Sie sozusagen in die Psychoonkologie geführt hat?
- 8 IP1: Ja, damals war ich mit dem ganzen Thema, also das war ja damals noch ganz neu, also das ist ja jetzt zwei Jahre schon her, dass ich die Krebsdiagnose hatte im Februar vor zwei Jahren und ich bin dann nach der OP in der Reha gewesen und da hatte ich eigentlich nur zwei Termine psychoonkologische Gespräche und hatte mich dann aber auch dort mit der Psychotherapeutin besprochen, dass das sinnvoll ist, dass ich das noch weiterführe (...) weil es eben diese Kombination bei mir ja auch ist mit, ähm, ja schon mit einer Depression auch, die ich irgendwie mitbringe und dadurch, dass dieses Thema irgendwie auch bei mir in der Beziehung eine Rolle spielt, weil meine Freundin Brustkrebs hatte und auch familiär ja Vorgeschichte ist, also bei ihr ist es die Mutter, die an Krebs auch erkrankt war und dann auch gestorben ist letztes Jahr, und mein Vater hat Leukämie, meine Mutter hatte auch schon mal ein Melanom an der Schläfe, (unv) Melanom, also da gibt's eine Menge und dass es Musiktherapie war, das hat mir K1 mir dann vorgestellt, das wusste ich erst gar nicht.
- 9 I1: Ok, ja, wie war das für Sie, das zu hören?
- 10 IP1: Das war gut, weil ich einfach selber, also ich hab so eine Zusatzausbildung als Musiktherapeut auch (ja schön!) bin eigentlich Sozialpädagoge und hab dann so eine Zusatzausbildung gemacht, aber nicht, oder mache das nicht mehr, aber dann dachte ich ja, warum nicht, also wenn man selber das macht, oder das kennt, dahinter steht, also wusste ich gar nicht, dass es das gibt und an dieser Kombination war ich natürlich auch interessiert.
- 11 I1: Und war erstmal eine Überraschung, dass es das gibt und was hatten Sie für eine Vorstellung, was da passiert, hatten Sie eine Idee, was es sein könnte so in Bezug auf so die psychoonkologischen Rahmenbedingungen? (2:19)
- 12 IP1: (...) also ich hatte schon natürlich irgendwie also Themen sozusagen also mit einem Instrument dann umzusetzen, also irgendwie ja auch die Betroffenheit, die Ängste, die damit zusammenhängen, und auch Themen, die ich schon irgendwie in der Psychotherapie selber mal, also in einer anderen Psychotherapie bearbeitet hatte, ob die vielleicht auch in der Musiktherapie einfließen könnten, hatte ich so gedacht , gehofft und das war auch so.
- 13 I1: Ja, das war auch so, hatten Sie so eine Idee, was da zusätzlich noch dazukommen könnte zu der Musiktherapie also zu den anderen Erfahrungen, die Sie ja schon hatten auch mit Psychotherapie?
- 14 IP1: Ja, ein anderer Zugang, eine andere Methode, vielleicht dass das, also einen neuen Blick

- gibt, was anderes bewirkt.
- 15 I1: Ja, nochmal aus einem anderen Blickwinkel da draufzugucken, das zu erleben; ja und wie war das dann für Sie so in diesen Musiktherapieraum zu kommen und T2 da kennenzulernen? Was haben Sie noch so in Erinnerung wie das so das erste Mal war für Sie?
- 16 IP1: Ja, war natürlich spannend, also natürlich dann auch auf der anderen Seite dann wieder so zu sein, Musiktherapie selber natürlich im Rahmen der Ausbildung irgendwie gemacht zu haben, aber dann, in so einem Zweiersetting hatte ich das noch nicht gemacht, das war vorher war das dann mal eine ganze Gruppe, oder eine kleine Gruppe, aber eben nicht zu zweit.
- 17 I1: Was war das dann für Sie zu zweit das dann zu erleben?
- 18 IP1: Also habe mich schon unter Druck gefühlt, da wird jetzt ganz genau geachtet, obwohl ich natürlich weiß, dass es gar nicht so drauf ankommt, irgendwie dann was (..) und dass das, was rauskommt, man aufnehmen, besprechen kann, dass da immer was (..) verwertbar könnte man, also das ist jetzt kein guter Begriffe, also was rauskommt, also was Nützliches.
- 19 I1: (4:19) also Sie sprachen sogar von Druck, wo haben Sie den gespürt, den Druck?
- 20 IP1: Also vielleicht dadurch, dass ich jetzt besonders also mit Vorerfahrungen was zustande bringen sollte.
- 21 I1: Also auch in Richtung Leistung, Sie hatten da so eine Erwartung an sich, ich muss das doch können?
- 22 IP1: Ja, oder es muss eben besonders gut sein, irgendwie, besonders versiert auf einem Instrument oder so, oder sehr, dass ich nicht auf mich gucke, sondern das ganze mehr beobachte.
- 23 I1: Aus der professionellen Sicht, der Blick kam noch ein bisschen mit dazu.
- 24 IP1: Ja.
- 25 I1: War das dann auch ein Thema in der Stunde, dass das auch ein Thema ist?
- 26 IP1: Das war immer wieder ein Thema, auch Leistungsdruck ist auch ein Thema überhaupt, was auch in anderen therapeutischen Settings ein Thema war und auch ist immer nochmal.
- 27 I1: Ja, also ein Thema, was es allgemein bei Ihnen gibt und was sich da jetzt nochmal speziell an dem Thema Musiktherapie nochmal deutlich gezeigt hat?
- 28 IP1: Ja.
- 29 I1: Und wie konnte dieses Thema dann von musiktherapeutischer Seite her angegangen werden, wie haben Sie das erlebt, wenn es ein Thema war, wie ging das ?
- 30 IP1: Ja, also es war eigentlich die schöne Erfahrung: irgendwas geht immer! ((lacht)) (5:43) Also es kommt eigentlich immer was dabei raus; man kann also selbst, also auch wenn man nicht spielt, oder man kommt immer zu irgendwas, was man dann auch, was, ähm, (..) das ist trotzdem die Wahrheit, sozusagen, was dabei rauskommt.
- 31 I1: Ok
- 32 IP1: Man kann das gar nicht, ähm (...)
- 33 I1: Ja, vielleicht können wir's ein bisschen vertiefen, das ist spannend so zu hören
- 34 IP1: ((Seufzt)) (...)
- 35 I1: Es kommt immer was dabei raus; vielleicht stellen Sie sich einfach mal vor, als würde ich jetzt der Laie sein, wie stell ich mir das vor, wie ist das geschehen, ich weiß nicht, ob man es jetzt bei diesem Thema speziell deutlich macht, sind Sie in die Stunde gekommen mit einem

Thema oder mit diesem Thema oder es hat sich ganz schnell gezeigt , was das Thema ist, vielleicht Leistungsdruck (6:33) und wie konnte das musiktherapeutisch umgesetzt werden? Was haben Sie gemacht?

- 36 IP1: Also wir haben sowohl gespielt, auch mit Instrumenten, die ich gewählt hab, auch mehrere, das war anfangs auch so, dass ich irgendwie, naja, versucht hab, ganz viele Instrumente, irgendwie auch so ein bisschen eine Mauer da irgendwie auch aufzubauen, hatte ich so das Gefühl , das hat dann später abgenommen; wir haben auch so eine Imagination sagt man glaub ich, (...) das Spielen geht eigentlich immer, Imagination war nicht immer einfach, das kam so ein bisschen drauf an, wie´s mir grade ging, ob ich irgendwie viel mit anderen Dingen, Arbeit, Beziehung, Krankheit, sonst irgendwie, also mich auch nicht so entspannen konnte, wie ich gerne gewollt hätte.
- 37 I1: Ja, hatten Sie dann auch eine Erwartung, was erwartet mich jetzt bei dem einen Verfahren, bei dem anderen Verfahren, wenn Sie so sagen, jetzt bei der Imaginationsarbeit mit dem Schwerpunkt, da hatten Sie eine Erwartung, was dabei rum kommen soll?
- 38 IP1: (...) ja, also dass das irgendwie klar wird, also dass da jetzt ganz konkrete Lösungen bei rauskommen nicht irgendwie, aber dass es sich dann nochmal verdeutlicht, vielleicht aber auch einen anderen (...) dass ein anderer Aspekt da nochmal deutlich wird, das war auch Druck und auch Abgrenzung vor anderen, die da vielleicht auch irgendwie Erwartungen haben, das hat auch soweit geklappt, dass (...) jetzt hab ich den Faden verloren (...)
- 39 I1: (8:29) Wir können ja nochmal gucken, vielleicht anhand also (...) vielleicht einfach mal so wo es für Sie noch so am präsentesten ist, wenn Sie nochmal so überlegen, gab es so einen ganz besonderen Moment in dieser Zeit mit der Musiktherapie, wo Sie sagen, das war so wie ein Aha-Erlebnis für mich, das war so ganz besonders und den sich jetzt nochmal vielleicht genauer anzuschauen, gab es da so was?
- 40 ----- (eingefügt, um die Absatzzahlen übereinstimmend zu machen; von hier bis Abs 51 mit strengen Regeln transkribiert und bis Abs51 analysiert; dies als Material für den GTM Workshop am 7.7.18)
- 41 IP1: (8:48) Was mir jetzt grade in den (drucksen) wir haben´s ja auch (drucksen) natürlich jetzt beendet und auch nochmal so ein bisschen ähm geguckt, was passiert ist und dass ich (.) das so abgebaut hab diese (.) ähm, nachdem ich erst ähm (.) ich weiß nicht, dieses Instrument gibt´s ja auch in groß?
- 42 I1: Ja, Sie haben wahrscheinlich diese große BigBom
- 43 IP1: Ja genau, das hatt ich mir hingestellt und das war immer so wie ähm (..) wie so ne Mauer, also auch vom Ton her natürlich irgendwie so ganz kräftig und (.) ähm, stand das dann (wie ein kurzes Lachen) vor mir und das hab ich irgendwann sein lassen und da zum einen und das hing mir so ähm (.), ich war nicht mehr so ängstlich, glaub ich und dass ich so auf mich nur (.) so gehört hab, also das hab ich (.), fühlte, dass ich nur so auf mich achte und das war (drucksen) öh, später auch so aber das (drucksen) war dann nicht mehr schlimm, irgendwie.
- 44 I1: Also dass Sie, so wie ich das jetzt wahrnehme, Sie hatten da diese BigBom Trommel vor sich aufgebaut und wenn Sie die schon gewählt haben, können Sie sich noch erinnern, was so der Moment war zu sagen, die nehme ich jetzt so (...) Sie sagten der Klang war´s zum einen, Sie haben es bisschen wahrscheinlich ausprobiert vorher?
- 45 IP1: Ja, also da, das wusste ich eigentlich ziemlich gut und (.)
- 46 I1: Und was hat dieser Ton so, was hat der so für Sie bedeutet? Oder die Klänge von der BigBom Trommel?
- 47 IP1: Also das hatte schon so was von Sicherheit. Und dass ich dachte, ok, wenn ich jetzt so was mit (..) irgendwas mit (..) höheren Tönen, vielleicht auch ein bisschen was leiseres oder so nehme, dass das ähm, da hatt ich glaub ich eher den Druck gehabt, dass ich dann

irgendwie was ähm vielleicht noch eine Melodie spielen soll oder so und dann dacht ich ganz basale Basstöne, das (.) gibt mir Sicherheit und das ähm da fühle ich mich irgendwie versiert genug.

- 48 I1: Ja, also versiert ist schon auch, da hör ich immer noch, dem Druck so standzuhalten, dem Leistungsdruck, so was? ((hmh, zustimmend))Aber Sie fühlten sich auch sicher, Sie haben auch so Ihr eigenes Maß so über einen Ton, über einen Klang gefunden, das traue ich mir irgendwie zu ((hmh, zustimmend)), das passt grad im Moment, also das gefunden, was gerade für den Moment, auch mit Leistung oder was auch immer da noch eine Rolle spielte, aber für den Moment passte.
- 49 IP1: Ich glaube es war ähm (drucksen), wo ich gerade so denk, jetzt mal nicht nur auf die Situation irgendwie, wie ich, wie bin ich in der Musiktherapie? Ich glaube, das war auch so wichtig irgendwie in dem Moment, weil die Krankheit noch so präsent war und dann hatte ich so diese Sicherheit aus der Reha mitgebracht, das war in der Zeit so und ähm dachte so, jetzt ist es vorbei, der Tumor, ähm, irgendwie, ähm, hat nicht gestreut und ähm ist jetzt raus und diese Operation hab ich soweit gut verkräftet und dann ging es noch weiter, dann war halt, ähm, Thema Szintigraphie und er sagt, ok, wir könnten uns (Einatmen) noch mehr äh Sicherheit verschaffen, wenn wir diese Untersuchung noch machen und dann wurde da noch was gefunden in der Schulter und diese Unsicherheit war dann wieder da und das war da ich glaube auch so Thema, so das Gefühl, irgendwie bisschen, naja, Sicherheit zu kriegen wieder, das kam so dazu, glaube ich.
- 50 I1: Ja und das wäre dann so ein Transfer tatsächlich nicht zu Ihrem sonstigen Thema Leistungsdruck sondern auch bezogen auf die Erkrankung, nicht? Dass Sie da sich auch Sicherheit verschaffen müssen um das Ganze zu bewältigen?
- 51 IP1: Ja.
- 52 I1: Und auch gut da für sich gesorgt haben, sich ein Instrument, von dem Sie auch so das Vertrauen hatten, das klappt damit.
- 53 IP1: Ja.
- 54 I1: Und das konnten Sie so dann auch spüren? Gab Ihnen das Sicherheit? Woran haben Sie es festgemacht, dass es ein sicheres Instrument für Sie war?
- 55 IP1: Ja, das war dieser Klang, der so in den Bauch geht, also sehr (..)
- 56 I1: Auch körperlich?
- 57 IP1: Genau, auch das, also das Körperliche, das zu fühlen so,
- 58 I1: Sicherheit im Körper fühlen
- 59 IP1: Ja (..) Ja und das war irgendwie, oder ist eigentlich seitdem nicht mehr so
- 60 I1: Aber für den Moment war das so wichtig
- 61 IP1: Ja
- 62 I1: Also da erzählen Sie ja ganz viel, was so dieser Klang oder das Instrument einmal für irgendwas steht, aber auch was es bewirkt
- 63 IP1: Ja, also die Sicherheit im Körper war eigentlich seit der Erstdiagnose nicht mehr so richtig da, da kam immer was Neues, gab es dann Metastasen im letzten Herbst, das schlägt soweit gut an aber so die Sicherheit (..) also erst geheilt und jetzt wieder gesund, also das ist nicht mehr da
- 64 I1: Also auch immer ein Auf und Ab und ein Hin und Her, ständig Verunsicherungen
- 65 IP1: Ja und das macht sich irgendwie gar nicht bemerkbar, das merkst du körperlich nicht, also ich hab so eine Erschöpfung, aber sonst nicht, dass ich (...)

- 66 I1: dass Sie sich krank fühlen?
- 67 IP1: Ja genau, das nicht
- 68 I1: Also schon ganz schön dann auch ein Schock, überspült zu werden von den Überraschungen, die die Erkrankung auch sozusagen auch immer wieder mit sich bringt
- 69 IP1: Ja
- 70 I1: Und wenn Sie das nochmal so sagen, dann hört sich das ja sehr auch schwer an, was Sie da auch erleben mussten, und wie weit konnte die Musiktherapie für Sie da eine Unterstützung sein?
- 71 IP1: Na, es war immer so ein sicherer Ort, die 50 min, die wir da gemacht haben
- 72 I1: Hat sich dann auch so entwickelt, dass es dann schon irgendwann so was, im Vorwege schon was Sicheres gab, also nicht nur dieser, Sie sagten am Anfang, ja Leistungsdruck, dies und das, aber es bekam was Ritualisiertes? Oder wie kann ich das verstehen? Wenn Sie so sagen, dieser Ort war mit Sicherheit verbunden?
- 73 IP1: Ja, das ist meine Dreiviertelstunde
- 74 I1: Meine Stunde (...) ja beschreiben Sie mal, was Sie da bekommen haben, was sonst im Alltag oder durch die Erkrankung schwer zu finden ist, was kommt da noch dazu, was so Sicherheit gibt
- 75 IP1: Na, der fachliche Austausch ist natürlich eben gut und ähm (...) ich hab gar nicht so reden müssen unbedingt; oder haben auch Sachen gemacht, was nicht immer leicht war aber dann auch mal (...) so ein Klangstuhl haben wir auch mal gemacht, wenn ich mich so angespannt fühlte oder gar nicht so wusste über was man jetzt so sprechen kann, wenn das alles so durcheinander war, das zu machen, also Entspannung und (...)
- 76 I1: Ja, und wenn Sie nochmal an diese Situation, können Sie nochmal das erste Mal so erinnern, als Sie so in diesem Klangstuhl saßen, kannten Sie den Klangstuhl vorher schon? ((schüttelt den Kopf)) Also auch eine neue Erfahrung, und sind Sie von alleine drauf gekommen, den möchte ich mal ausprobieren oder hat T2 Ihnen das angeboten?
- 77 IP1: Hat sie mir angeboten
- 78 I1: Ja, in Bezug auf die Thematik, die da im Vordergrund stand, eigentlich jetzt mal nicht reden zu wollen oder wie kam sozusagen der Weg zum Klangstuhl, können Sie das noch erinnern?
- 79 IP1: Ja, nicht reden wollen und auch was bekommen, also eben nicht dieser Leistungsdruck
- 80 I1: Ja, Sie sprachen von Entspannung, was bedeutet das so, also was brauchen Sie, um entspannt zu sein, was für Qualitäten sind so dazu gekommen, Sie sagten, das war (...) wenn Sie sich nochmal so rückerinnern, wie das war, da so zu sitzen, T2 steht so dahinter und spielt für Sie, was passiert da so in Ihnen und in einem?
- 81 IP1: Naja, kommen schon (...) naja so Bilder würde ich fast sagen kommen dann irgendwie hoch, also es war da wie auch in der einen Klangreise, die wir gemacht haben
- 82 I1: Dass es auch Bilder in Ihnen ausgelöst hat? Wie haben Sie diese Bilder erlebt?
- 83 IP1: (...) puh, ähm, (...) gut und schlecht würde ich jetzt mal sagen, also es war nicht nur schön, sondern auch manche Sachen, die ich eben lieber weggedrückt hätte
- 84 IP1: Also da kam was zum Ausdruck an inneren Dingen, die sich in einem Bild darstellten. Wie konnten Sie damit umgehen, sowohl mit den positiven als auch mit den negativen Bildern, die so da waren, was hat das für Sie, wie ging es dann weiter so mit den Bildern? Die standen ja nicht nur irgendwie da, sondern was haben Sie damit gemacht, oder was haben Sie beide damit gemacht? Was passierte damit?

- 85 IP1: Na wir haben natürlich geguckt, wie man das übertragen kann, wie man das so in den Alltag mitnehmen kann, wenn da so Bilder(...) weites Thema Grenzen, wie ich schon sagte, dass es irgendwie schon bei der Arbeit um sozusagen die Tür zumachen geht, um sich (...) ja, sich abgrenzen, ich bin nicht erreichbar, so (...)
- 86 I1: Und war das wie so ein, ja, ich stelle es mir grade vor, wie schaffen Sie das, dann irgendwann bei der Arbeit die Tür zuzumachen und sich abzugrenzen, also der Weg vom Klangstuhl bis zum Arbeitsplatz, was ist so dazwischen passiert?
- 87 IP1: Also wir haben die Bilder natürlich besprochen , also was mir da durch den Kopf gegangen ist
- 88 I1: Was haben Sie für sich da für ein Erlebnis mitgenommen, dass Sie so das dann auch vom Erleben her in eine Alltagssituation übertragen konnten, was passiert da, wie kann ich mir das vorstellen? Versuchen Sie es mal jemandem zu beschreiben, der nichts von Musiktherapie weiß (...) Oder auch was in Ihnen da vorgegangen ist, so (...)
- 89 IP1: puh (...)
- 90 I1: Plötzlich so ein Bild zu erleben, Sie sind da vielleicht so ein bisschen vorerfahren ja gewesen, dass es passieren kann, aber wenn man einem Laien das beschreiben würde, was ist das für ein Gefühl, plötzlich ein Musikstück zu hören, bespielt zu werden und es entstehen Bilder, die (...) ja, wo packen Sie die hin, wo kommen die her, also wie erklären Sie sich das, wie sind Sie davon berührt ? (...)
- 91 IP1: puh (...)
- 92 I1: ((lacht)) jetzt kommt der Leistungsdruck? Gehen wir noch ein paar Schritte zurück, stellen Sie sich einfach mal vor, können Sie sich vielleicht nochmal erinnern, wie das war mit den Bildern; Sie sind da und Sie erleben diese Musik und die löst in Ihnen Bilder aus (...) sehen Sie diese Bilder vor sich oder können Sie sie irgendwo spüren, haben die irgendwo einen Platz in Ihrem Körper, sind sie irgendwo ganz angeschlossen oder wo verankern die sich?
- 93 IP1: (...) also eher so im Kopf hat ich das Gefühl (..) also (...) manche andere Sachen (unv) (...) uah, ist jetzt ganz schwierig finde ich
- 94 I1: Ist auch nicht einfach so in Worte zu fassen
- 95 IP1: so als ob der Kopf in dem Moment dann nicht mehr so (..) nicht mehr so ganz bei der Sache ist und deswegen halt irgendwie Bilder hochkommen , denk ich grade, so (...) das klingt jetzt so, als ob ich die Bilder in dem Moment gar nicht mehr kontrollieren konnte und sie sonst die ganze Zeit unterdrücke, also so ist es auch ja nicht
- 96 I1: aber so etwas, was überraschend ist
- 97 ((Störung: es klopft))
- 98 [Ende Aufnahme I]
- 99 [Beginn Aufnahme II]
- 100 IP1: Also Trauer war da bei guten und schlechten Gedanken, Trauer war da eben auch (...) also dass das Leben einfach so ist, Schicksal, warum das so kommt, das war natürlich auch immer Thema und dass ich eigentlich irgendwie aber auch viel schaffe immer noch jetzt und zu der Zeit auch Glück hatte, dass ich einfach irgendwie Freundin, Freunde, Familie irgendwie hatte, so (...)
- 101 I1: Ja, aber auch so das Gefühl von Trauer, war es das, was Sie vorher so meinten, auch so negative Bilder, die da kamen, war das so was wie Trauer, wo Sie überrascht dann auch waren, dass die da war oder dass die Ausdruck fand?
- 102 IP1: Ja, ich hatte eher an das gedacht, was da irgendwie (..) an Kindheit, Eltern und sowas, und solche (...) ja dieses Wohlfühlen, so, ja das klingt jetzt so klischeehaft, so als ob das, ja

- das fällt mir dann tatsächlich auch ein, weil das irgendwie auch was ist, wo ich im Nachhinein mir dann auch denke, das war jetzt nicht immer gut zuhause (...) ja (...)
- 103 I1: Ja, und das waren auch sozusagen Gefühle, die sich über die Musik sozusagen zeigten, meldeten und ausdrücken konnten?
- 104 IP1: (...) ja (...) immer mal wieder Thema (...) und da auch (...)
- 105 I1: Sie sagten so vorhin, und Sie haben jetzt ja auch die Erfahrung, von daher ist es auch nochmal uns vielleicht nochmal so ganz wichtig dabei, dass eben die Worte manchmal gar nicht sein mussten, oder dass Sie (...) was finden Sie (...) können Sie das beschreiben, was das so bedeutet, ja ohne Worte etwas zu erleben, wie passiert das, wie haben Sie das so erleben können mit der Musik, entweder dass Sie aktiv oder auch nur rezeptiv das wahrgenommen haben?
- 106 IP1: Ja, aktiv war einfach (...) also (...) also, ja wie schon gesagt, es klappt eigentlich ohnehin, man muss sich gar nicht, oder ich muss mich nicht so unter Druck setzen und (...) ((seufzt)) (...) ich hab glaube ich irgendwie den Faden jetzt verloren
- 107 I1: Es ist ja auch nicht einfach, finde ich, was ich hier so frage, oder auch das auszudrücken, man merkt ja auch daran, dass ein Prozess, in dem, was ist eigentlich Musiktherapie, wie erleben wir das eigentlich, auch nicht ganz einfach ist, auf eine andere Ebene so zu bringen und ein bisschen geht's uns ja darum, das so herauszufinden und vielleicht sind Sie dann sozusagen unser, auch ein Fachmann einerseits und andererseits, vielleicht ist es das große Glück, was wir jetzt dabei haben, so beide Seiten so zu erleben, wir haben immer unsere Vorannahmen oder auch unsere Erlebnisse als Therapeuten, aber manchmal ist so die Frage, erleben die Patienten es eigentlich auch so; ein bisschen geht's ja auch darum das zu erfragen, wie drücken eigentlich dann die Patienten das aus, die die Musiktherapie erlebt haben, woran macht man das fest, spürt man das im Körper oder wie auch immer, was passiert da eigentlich, so darum geht's uns und so von daher ist das sozusagen auch ein schwieriger Prozess, das jetzt auch mit Ihrem Erleben sozusagen das wieder in Worte zu packen, von daher, um Ihnen bisschen den Druck zu nehmen, dass das einfach schwer ist ((lachen)) und ich kann ja auch nochmal schauen, ob ich es vielleicht auch nochmal an meinen Fragen anders stellen kann (...) vielleicht nochmal bei dem Verfahren Aktive Musiktherapie, wenn Sie selber gespielt haben (4:33) im Vergleich zu dem Erleben, wenn bespielt werden, gibt's da so einen Qualitätsunterschied, dieses Selbermachen oder bespielt zu werden, wovon hängt das ab, dass Sie das ein oder das andere gewählt haben, das haben Sie ja meistens doch irgendwie hat sich das im Prozess ergeben, aber das ist ja doch an Ihnen, an Ihrem Prozess ausgewählt worden
- 108 IP1: Na, so ein bisschen was wie fallen lassen war natürlich oder eher (...) also dass jemand das sozusagen für mich tut, das war natürlich bei dem rezeptiven Ansatz dann eher, also
- 109 I1: Ja, das Sie sozusagen mal nichts machen müssen, dass man was für Sie tut, sich um Sie kümmert, sich auf Sie einstellt, sowas?
- 110 IP1: Ja
- 111 I1: Und wie fühlte sich das an? Sie sagten ja auch vorher, Sie brauchen ein bisschen Schutz und Sie haben sich da fallen lassen können
- 112 IP1: Auch nicht immer
- 113 I1: Ja, aber was (...) wann gelang Ihnen das und wann gelang Ihnen das nicht so gut, woran lag das?
- 114 IP1: Also es war mal so, dass ich auch mit so vielen verschiedenen Sachen, also es war dann in so vielen Lebensbereichen irgendwie war was los, dass ich mich nicht so darauf einlassen konnte. Also das selber hat mich dann irgendwie mehr genervt, dass ich es nicht schaffe, da irgendwie abzuschalten mal

- 115 I1: Und was hat dann der Klang so mit Ihnen gemacht, also die Klänge, wenn Sie sagten, ja, ich konnte da gar nicht richtig abschalten, was passiert da, wenn dann der Klang kommt und das auch sich da so deutlich macht?
- 116 IP1: Das hat es eigentlich noch verstärkt, das war noch anstrengender, und dann kam irgendwie die Gedanken und dann ist irgendwie noch ein zusätzlicher Reiz und irgendwas ist noch da und auch noch so ein Druck jetzt irgendwie, es ist aber doch jetzt irgendwie doch mein, meine Stunde, jetzt muss ich die auch nutzen
- 117 I1: also war auch ein Wunsch so
- 118 IP1: ja sicher, natürlich auch irgendwie auch
- 119 I1: ja, Ihre Stunde, Ihren Raum, Ihre Sicherheit und dann plötzlich die Musik löst dann erstmal das aus, was dann so in Ihnen da, was Sie grad so beschrieben haben
- 120 IP1: ja ärgerlich einfach, ja, ok, das ist ja eigentlich dazu da, um jetzt, um mir jetzt da mal irgendwie eine Entspannung zu ermöglichen, oder mal eben andere Gedanken, also wie mich abzulenken oder so; einfach so ein bisschen enttäuscht von mir, dass es nicht klappt
- 121 I1: also einerseits war der Wunsch da nach dieser Ruhe, nach dieser Entspannung, wie Sie sagen, und dann war das nicht so, gut und da war dann auch wieder, wie Sie so sagen, ja, Sie sagen da war so viel los, das wurde so deutlich durch die Musik und ein bisschen so ein Selbstvorwurf, da schaff ich hier nicht mal, mich zu entspannen
- 122 IP1: ja, schon, es wär schön, wenn ich irgendwie so die Methode, die eigentlich immer geht, das wäre eigentlich toll; also einmal hatten wir die Musik auch aufgenommen, weil ich in der Reha, die ich im letzten Jahr hatte, dann auch Autogenes Training gelernt habe und Musik, die man dazu verwenden kann, hatten wir dann auch nochmal aufgenommen, aber das war mal so oder ist bis heute noch so der Traum, weil ich das mal gehört hab von Leuten, die das Autogene Training so gut können, die müssen irgendwie diese ganzen Sätze sich noch aufsagen, die fangen einfach an, sagen den ersten Satz, aber so das ganze andere Programm rattert so durch automatisch, richtig toll! Das geht, ist ja schön ((lachen)) aber nur bei mir nicht (...) ja, also T2 meinte auch, ja die machen das jahrelang, dass das dann bei jedem gehen würde
- 123 I1: jeder ist unterschiedlich dann
- 124 IP1: ja genau
- 125 I1: ja, aber haben Sie so rausfinden können, was zu Ihnen passt? (8:53) so von der Musik her und wo Sie so sagen, ja eigentlich, die haben so irgendwas in der Hand, was immer klappt, gab es so irgendwas, was Ihnen so Sicherheit gegeben hat, wo Sie sagen, ja, selbst die Erkenntnis, irgendwie, das ist so wie es ist?
- 126 IP1: Also Musik jetzt, die dazu gepasst hat?
- 127 I1: Ja, gab es sowas, wo Sie sagen, ja, Sie hatten so gesagt, ja es hat ja auch immer wieder zwischendurch geklappt und jetzt dieser Wunsch danach, dass es immer wieder so ist, gab es dann irgendwie so was, was Ihnen so Sicherheit gegeben hat?
- 128 IP1: Ja, also nicht so, dass ich das jetzt irgendwie so (..)
- 129 I1: abrufen konnten?
- 130 IP1: Ich wollte grade sagen, so abrufbar, also so eine sichere Methode, was ich einfach nur aus der Tasche holen muss
- 131 I1: Und wurde das thematisiert, dass das eben Wunschvorstellung und haben Sie da für sich was rausziehen können, dass das anders ist, als man manchmal denkt?
- 132 IP1: Ja, ich weiß (..), dass ich glaube ich selber so bin, dass ich da nicht, also (..) naja, ich mache es mir ja nicht so einfach, also dass es da irgendwas gibt in mir, was sagt, ach

momentan nicht, was da auch gegen spricht; dass es da auch einen anderen Impuls gibt, oder auch einen anderen (..) na Antrieb ist vielleicht jetzt ein falsches Wort (...) also irgendwas, was mir, also (...) habe ich immer das Gefühl (...) also wo ich es mir selber schwer mache

- 133 I1: Also das war eine Erfahrung, die Sie in der Musik gemacht haben, wo Sie dann wieder einen Transfer machen konnten , was hat das mit mir zu tun, was bedeutet das eigentlich, und das abzuwägen, ist das für mich so passend oder auch nicht passend, kann ich das so akzeptieren wie es ist oder auch nicht, also das hatte dann sozusagen einen Impuls, diese Musik, die Sie dann einfach dann wieder auch anschauen konnten, in Ihrer Erfahrung
- 134 IP1: Ja
- 135 I1: Ja, gab es noch so einen besonderen Moment so in der Aktiven Musiktherapie, wo Sie sagen, da war ein Instrument, was so auch nochmal mir so einen besonderen Moment beschert hat oder so ein Aha-Erlebnis gegeben hat? Sie hatten ein Beispiel ja schon mit der BigBom, gab's noch irgendwas anderes?
- 136 IP1: Ja, so dieses Schwarze, ich weiß nicht
- 137 I1: Diese Ufo Drum
- 138 IP1: Ja, so was ähnliches hat, so ein bisschen kleiner und ja, metallene aus, so (..) aber das auch ja (...)
- 139 I1: Was war damit?
- 140 IP1: Also da habe ich das Gefühl, es ist tatsächlich eher (...) dass es so möglich war, dass wir zusammen spielen, obwohl ich dann gar nicht mehr so drauf fixiert war, irgendwie zu gucken, ich darf nicht nur für mich spielen, sondern muss auch auf sie achten, das hat irgendwie funktioniert, also es war auch mit dem Instrument auch eher möglich, wo ich dachte, ja ok, das war sozusagen später in der Musiktherapie, also dann irgendwie Ende letzten Jahres so eher mehr, ja , wo es irgendwie nicht mehr darum ging, das aufzubauen vor mir sondern das konnte ich dann nutzen, um (..) ja, das ist eher so ein Zusammenspiel (..) ohne Druck so, also, oder einfach nicht mehr so bemüht darum, dass es ja irgendwie so sein muss, dass wir zusammen spielen und ich muss gucken, dass ich irgendwie nicht nur für mich spiele oder auch phasenweise ihr dann auch mehr Raum gebe oder so was (12:48)
- 141 I1: Wie spüren Sie das, dass es plötzlich leicht geht, dass Sie gar nicht darüber nachdenken müssen? Was ist das für eine, wo macht sich das fest?
- 142 IP1: Fließend, also dann doch nicht mehr so darüber nachdenken
- 143 I1: Ja, fließend
- 144 IP1: Ja, also ja, diesen Stress im Kopf nicht mehr zu haben, diese ständige Aufmerksamkeit und
- 145 I1: Wissen Sie, wo dann die Aufmerksamkeit mehr hingegangen ist?
- 146 IP1: (...) also (...) eher so dann wirklich den Klang, also da mehr so zuzuhören oder so
- 147 I1: Also so mehr dem Klang im Fluss zu folgen?
- 148 IP1: Ja; also mehr sozusagen da mit zu gehen mit der Musik noch mehr und da nicht so (..) analytisch gleich drüber nachzudenken und das zu strukturieren, die Improvisation
- 149 I1: Sozusagen nichts voranzuplanen, sondern sich einfach in den Fluss zu schmeißen und mit fließen?
- 150 IP1: Ja
- 151 I1: Und, das heißt sich selbst, auf sich selbst zu hören, also das war ja das, wo Sie sagten, ich

- hab vielleicht mehr gehört, und wie haben Sie es, was hat T2 gespielt, wissen Sie es noch, was T2 in dieser Situation für ein Instrument hatte?
- 152 IP1: Sie hat dieses Monochord, das hatte sie (..) und das andere weiß ich jetzt nicht mehr, sie hatte auch mal ein Instrument, also eher eine Trommel, auch manchmal
- 153 I1: Und dieses sowohl im Fluss zu sein mit dem eigenen Spiel, wo Sie auch sagten, ja ich musste nichts mehr vor mir aufbauen, ich konnte mich auch auf den anderen so einlassen und wie haben Sie das erlebt, dieses Zusammenspiel?
- 154 IP1: (...) ja, also eigentlich positiv, oder entlastend sozusagen, also das war so ein Punkt, wo ich dann gemerkt habe, ja, das, es fließt einfach, ohne dass ich da vorher so viel darüber Gedanken zu machen oder ständig irgendwie drüber nachzudenken, war das jetzt gut gespielt, richtig gespielt oder war das jetzt zu laut und man (...)
- 155 I1: So ein Moment, wo's geschieht
- 156 IP1: Ja, genau
- 157 I1: Wo Sie's geschehen lassen konnten. Und was war das für eine Erfahrung, wo Sie sagten, sonst bin ich eigentlich jemand, der erstmal so ein bisschen da drüber nachdenkt; diese Erfahrung zu erleben, dass es auch geschehen kann, welche Qualitäten hatte das so für Sie? Oder was hat das bedeutet auch, diese Erfahrung zu machen?
- 158 IP1: Ja, das war schon irgendwie, Erkenntnis, oder entlastend, zu erkennen, also das geht auch so oder ich muss mir nicht so viel Gedanken drum machen oder was, also Sachen laufen auch oder funktionieren auch
- 159 I1: Also man muss nicht immer alles beeinflussen können, sondern es kann auch was geschehen?
- 160 IP1: Ja
- 161 I1: Und dieser, nachher, hinterher haben Sie wahrscheinlich drüber gesprochen? ((16:41) Wissen Sie noch wie das war, was das wiederum für eine Bedeutung hatte, das so nochmal genauer anzuschauen, was ist hier eigentlich geschehen, was bedeutet das jetzt ganz konkret auch vielleicht für mich, für meine Situation grade?
- 162 IP1: (...) naja, es war sehr entlastend, weil ich muss gar nicht irgendwie so viel tun, irgendwie, also was man so denkt, das Leben irgendwie so umzugestalten und jetzt gerade nach so einer Erkrankung also noch viel mehr eben dann, ja jetzt muss ich irgendwie, muss ich alles richtig machen oder was oder ich muss jetzt nur noch das machen, was ich irgendwie, wo ich ganz sicher bin, dass ich das will und, es ging mir ja irgendwie, den Job, wo ich denke, ja der ist ganz ok, aber wenn ich denke, was so halb gut ist, und jetzt das zum einen aber auch so ganz gesund leben nur noch und immer ganz vernünftig sein und solche Sachen und dass man sich nicht oder dass ich mich nicht so unter Druck setzen muss, sondern dass ich auch das Gute da sehen kann und einfach so auch funktioniert und ich...
- 163 I1: Ja, also das Thema war auch wieder da, dass Sie einfach eine Erfahrung gemacht haben, wo Sie sich weniger Druck machen konnten, ein Erlebnis zu haben und dann auch wieder ein Transfer, wo Sie sagten, ja das hab ich jetzt gerade so erlebt, aber wenn ich das jetzt auf meine Situation jetzt so aktuell beziehe, Erkrankungssituation und Alltag, kann ich gucken, ob s nicht auch so im Alltag geht, also so eine Nachhaltigkeit aus der Erfahrung, aus dieser Stunde mit in den Alltag wieder auch zu nehmen. Ist Ihnen das so gelungen? (18:30) Also jetzt in der Stunde nochmal drüber nachzudenken ist das eine, so, und dann wenn man dann nach Hause geht oder am nächsten Tag dem Chef begegnet oder wieder ein Arztgespräch hat, hatte das so Nachhaltigkeit so für Sie? Von den vielen Erfahrungen?
- 164 IP1: Ja, nicht durchweg, also manchmal ja, manchmal nicht, also das kann man auch wieder mit einem gewissen Druck und Stress verbinden, sagen, ja ok, ich weiß ja, dass ich gar nicht so viel nachdenken, nicht so viel aktiv sein muss oder so, und (...)

- 165 I1: Erinnern Sie so Situationen, wo so dieses Erleben der Musiktherapie irgendwo im Alltag auftauchte und sagt Halt, Hupp?
- 166 IP1: (...) na ich weiß nicht ob das jetzt (unv) (19:22) aber ich habe so Erlebnisse dann schon gehabt, nicht so kritisch mit anderen Leuten zu sein, also da mit meiner Freundin, also dann (...) sagen, ja, ok, ist doch irgendwie (..) soweit alles gut, also das ist irgendwie, das ist leider auch so ein Thema, was immer wieder kommt, zu denken, ist das alles richtig und gibt's nicht noch irgendwie was anderes, passen wir wirklich so gut zusammen und dann mehr so negativ zu denken also das Gute nicht so zu werten, zu schätzen dann, was alles klappt eigentlich, und das passt jetzt auch wieder dazu, was klappt, ohne dass man das irgendwie viel besprechen muss
- 167 I1: Also was kann man geschehen lassen, ohne dass man etwas Groß es analysiert. Also das sind so Momente, wo Sie zumindest so eine Erfahrung erleben konnten, dass Sie das in manchen Situationen dann auch so lassen konnten wie es ist
- 168 IP1: Ja
- 169 I1: Und auch in Bezug auf Ihre Erkrankung, auch, wo Sie so sagen, ja, war das auch da, Sie sagten - ich hätte glaub ich das Beispiel genannt, wenn Sie einen Arzttermin haben und nicht genau wissen, was passiert jetzt gleich wieder, was sagt er mir, waren da auch so Momente, wo Sie den Eindruck hatten, ich hab so eine Haltung, die ist anders als vorher?
- 170 IP1: Das hab ich jetzt schon nach der Zeit so, ja, also ich hab diese Sicherheit nicht mehr, dass (..) oder (..) also dieses mir wird schon nichts passieren, ich bin irgendwie nicht angreifbar oder so aber trotzdem hab ich mich da jetzt über die Zeit (..) arrangiert auch nicht, aber ich hab das, ich hab mich daran gewöhnt (...) das hatten wir irgendwie in einer der letzten Stunden noch, also ich hatte irgendwann mal, auch wenn das, das Wort gefällt mir nicht, aber ob das so eine Art Gleichgültigkeit gegenüber der Krankheit ist, ich kann sie nicht beeinflussen so richtig, also ich kann sie schon beeinflussen, aber es kommt, obwohl ich, ich merk es nicht, die hat schon irgendwie so ein Eigenleben und da kann ich alles (...) ich habe sie eben nicht unter Kontrolle
- 171 I1: Sie haben es nicht unter Kontrolle genau; und nicht im Sinne, Sie sagten so von gleichgültig, sondern sie haben kein Einfluss in dem Sinne darauf
- 172 IP1: Ja
- 173 I1: Und das auch lassen zu können, dass es so ist und sich kein Stress zu machen; ja das ist ja ganz wichtig in der Situation, das wär auch so diesen Bogen so zu dem so Sie sind in die Ambulanz gekommen, weil natürlich Belastungssituation, ja, Ihre eigene und dann nochmal mit dem Familien- und Freundeskreis ja enorm hoch ist, ja, damit etwas erlebt zu haben, womit Sie umgehen können dann irgendwann, das ist ja schon auch eine wichtige Erfahrung, die Sie dann auch so mitgenommen haben
- 174 IP1: Ja
- 175 I1: Wenn Sie jetzt nochmal so sagen, was wäre gewesen, wenn es keine Musik gegeben hätte?
- 176 IP1: (...) also jetzt ganz konkret würde ich sagen, ich hätte wahrscheinlich irgendwann, weiß ich nicht, also eine Psychotherapie hätte ich auch nicht gemacht, ich glaub da wäre nichts an der Stelle so richtig gewesen
- 177 I1: Also nochmal vielleicht auch, was wäre nur gewesen, wenn Sie nur mit T2 gesprochen hätten?
- 178 IP1: Ich glaube, es wäre nicht so deutlich geworden, also das hätte (...)
- 179 I1: Ja, da ist was deutlich geworden? Deutlicher geworden? Wie hat sich das gezeigt, das Deutlicher?

- 180 IP1: (...) was Sie eben grade gesagt haben, also dieser Prozess irgendwie mehr(...) so eine Gelassenheit vielleicht irgendwie (..) also, dass ich da nicht mehr so (...) nicht mehr so dauerbelastet zu sein von dieser Erkrankung , von diesem Krebsthema überall und das hat sich sozusagen durch die, durch das Spielen eigentlich so gezeigt, wie sich das so verändert hat über die Zeit; also ein bisschen, ja, irgendwie, vielleicht auch eine Art von Entspannung, und dass der Druck da nicht mehr so hoch ist
- 181 I1: Also durch das Spielen erst mal das erlebt zu haben, auch ohne Druck das machen zu können?
- 182 IP1: Ja, also es ist schwierig da jetzt so (...) ist es jetzt durch die Musik oder zeigt es sich (...) also so wie wir das nachbesprochen hatten dann die Reaktion so gezeigt, dass sich die so verändert haben und dass es damit auch zusammenhängt so; was jetzt die Ursache und Wirkung ist, ist schwierig
- 183 I1: Ja, kann man vielleicht nicht voneinander trennen, aber vielleicht nochmal die Vorstellung , also Ihr Thema, was ja doch scheinbar durchgängig so ein bisschen war mit dem Druck, man hätte das natürlich auch bereden können, so ja, immer wieder, ja Sie hatten so Druck, also das Besondere jetzt so an der Musik, was hat es deutlicher gemacht so für Sie? Das mit dem Sprechen, hätte da auch das Gleiche?
- 184 IP1: Ja (..) also ich bin ja (...) (26.10) (unv)
- 185 I1: Ja, also da ist erstmal dann, hör ich so raus, etwas Ihnen entgegen gekommen, wenn Sie so sagen eigentlich rede ich gar nicht so gerne, mit der Musik war immer irgendwie etwas da wo man erstmal nicht reden musste
- 186 IP1: Ja, das ist natürlich, also ich bin ja nicht nur Musiktherapeut, also ich (26.27) (unv) also ich höre ganz viel Musik und dass ich da auch ganz viel reininterpretiere und so und mir da Gedanken drüber mache, also was Atmosphäre, Stimmung und so angeht und sowas und das hat natürlich eine Sache, die nicht gut und nicht konkret zu besprechen sind, also das kann man nicht erklären oder so was das auslöst (26.51). Und deswegen kam mir das natürlich entgegen.
- 187 I1: Ja, passte das so
- 188 IP1: Ja und ich weiß nicht, ich hatte ja auch schon Psychotherapieerfahrung gemacht, und ich hatte, bevor ich das wusste, dass es das hier gibt und ich kann da Musiktherapie in dem Rahmen machen, war ich nochmal bei meiner früheren Therapeutin als die Diagnose da war und das war eine ganz schlechte Erfahrung, also da die hat sich da überhaupt nicht drauf eingelassen auf das Thema und hat dann eigentlich zu den normalen therapeutischen, dem normalen therapeutischen Gespräch weitergeführt, obwohl ich in der normalen Therapie gar nicht mehr war, das war so ein Einzelgespräch mal zwischendurch weil ich mal dachte, ich hab irgendwie Bedarf, ich muss irgendwie, ich brauch mal einen Extratermin, um zu besprechen, was jetzt grade passiert ist und ich, klar, irgendwie das Bedürfnis, mich zu entlasten und das ging überhaupt nicht so richtig
- 189 I1: Und das haben Sie so in der Spezialambulanz für Psychoonkologie, das war dann der richtige Rahmen und Raum auch dafür, hör ich so raus?
- 190 IP1: Ja
- 191 I1: Was ist da das Besondere, wenn Sie das nochmal so vergleichen, im Vergleich zu wie Sie es eben sagten, normalen Psychotherapie, was brauchten Sie da, wenn Sie sagen, da ist ja etwas anders dann, was Sie jetzt in der Situation brauchten, als in der Psychotherapie, Sie hatten ja auch die Erfahrung und die war ja auch gut, aber so, was ist da so nochmal das Spezifischere da dran, wenn man, was wünscht sich ein Patient?
- 192 IP1: Na, ein Wunsch ist natürlich schon so da irgendwie aufgehoben zu sein, also dass man geschützt ist auch in dem Rahmen, das war, also da war ich auch so ein bisschen skeptisch nach diesem anderen Erlebnis, ob das so funktionieren wird, aber es hat soweit funktioniert

und dann war's nicht nur dieses sich geborgen fühlen sondern natürlich auch manche Gefühle so ein bisschen, also durch diesen, naja, um zu gucken, was sind so meine Muster, also was bring ich so mit, also diesen Aspekt mit Druck und so also das in so einen Rahmen zu setzen oder das bisschen zu verorten

- 193 I1: Und das Thema, was Sie ja auch schon mitgebracht haben, was sicherlich ja auch Thema in der anderen Therapie vorher auch schon mal war, kriegte das eine andere Anbindung in Bezug auf Ihre Erkrankung jetzt, also wie gehen Sie mit diesem alten Thema, was Sie vielleicht mitbringen in Bezug auf Ihre jetzige Situation und Erkrankungs- und Behandlungssituation um, auch den Druck eben dieser Situation zu erleben und da irgendeinen Umgang zu finden. Wau, ja viel, was Sie da auch zu bewältigen haben
- 194 IP1: Ja
- 195 I1: Ja, wenn Sie jetzt nochmal so rückblicken, Sie waren wahrscheinlich über ein Jahr bei T2?
- 196 IP1: Ja, fast anderthalb Jahre waren das schon, Sommer 2014, ja
- 197 I1: Was hat sich so für Sie verändern können, wenn Sie nochmal so an die Anfangssituation der Belastungssituation und jetzt so ein Bogen schlagen, was ist anders geworden für Sie? Hat sich was verändert überhaupt?
- 198 IP1: Also die Belastung ist nicht mehr so hoch dadurch, klar ist, also ich kann mich auch, wenn ich da länger drüber nachdenke mich auch immer noch verrückt machen über manche Sachen, aber es haut nicht mehr so tief rein irgendwie
- 199 I1: Also Sie können da anders mit umgehen
- 200 IP1: Ja
- 201 I1: Gelingt es so zwischendurch ein bisschen den Druck zu, ja, zu verändern
- 202 IP1: Ja
- 203 I1: Ja, wenn Sie jemand anders, also einem anderen Patienten so sagen würden, was ist Musiktherapie, was hat es für Sie also ganz persönlich gebracht, können Sie das so nochmal in Worte fassen? Was ist da passiert und was hat es sozusagen bewirkt?
- 204 IP1: (...) na, es ist ja so (...) wenn eben nicht (..) wenn Worte dann eben nicht gehen oder so und nicht passend ist (unv)
- 205 I1: Wenn Worte nicht reichen, nicht passend sind, ja (...)
- 206 IP1: Also wenn ich jemandem empfehlen würde, erklären (..)
- 207 I1: Ja, also jetzt erzähl mal, was hast du denn da so erlebt? Also und wie geht es eigentlich, was ist das Besondere jetzt für dich gewesen? Einmal was du da erlebt hast aber auch vielleicht jetzt auf deine Situation jetzt so grade, gibt's da so eine Kurzbeschreibung?
- 208 IP1: (...) na ich habe da so einen sicheren Rahmen erlebt, wo ich auch so über meine Ängste und Befürchtungen so reden konnte, (...) es war auch, fällt mir jetzt auch grade wieder ein, dass ich anfangs glaube ich so dachte, dass es da so eine ganz eindeutige, einen Methodenkoffer gibt, also wenn Patienten da hin kommen, wie damit umgegangen wird, also weil Krebserkrankungen ja, haben viele und da gibt's ja so verschiedene Stadien der Bewältigung, und so war das dann gar nicht, also das war viel begleitender, nachgehend, so
- 209 I1: Ja, auf Ihre Situation eingehend, und sich daraus immer wieder was ergebend, entwickelnd,
- 210 IP1: genau und immer dann wenn's irgendwie ja nicht nur mit Sprache ging das dann musikalisch dann auch umzusetzen oder dann eben auch was zu bekommen, so diese Entlastung, Entspannung dann wieder, mal bespielt zu werden so

- 211 I1: also sehr auf Ihre Situation individualisiert eingehen zu können und im Prozess des ganzen Geschehens dann zu sein; ja, schön; ja gibt es dann noch was, was Ihnen noch einfällt, was ich jetzt so nicht gefragt habe, was Ihnen wichtig ist, noch mitzuteilen, was so das Besondere für Sie war?
- 212 IP1: Ich glaube, was wirklich gut war, war, dass (...) ja das hat jetzt nicht unbedingt was mit der Musiktherapie oder der Psychoonkologie zu tun, das es einfach nicht begrenzt war, also nicht wie sonst Psychotherapie, das man da nur ein Kontingent hat von 25 h oder noch mehr, sondern, solange Bedarf war, ging das immer
- 213 I1: So einen offenen Rahmen zu haben (...)
- 214 IP1: Genau
- 215 I1: (...) Der auf das eigene Bedürfnis so zugeschnitten ist
- 216 IP1: Also es ging dann irgendwie ja auch wegen weiter therapeutischer Behandlung und wenn das irgendwie nicht klappen würde oder so, dann könnte ich zurück, oder mich da wieder melden
- 217 I1: Ja, was macht das?
- 218 IP1: Ja das ist einfach irgendwie Sicherheit so, das, da gibt's sozusagen noch so ein Halt
- 219 I1: Ja, das ist schön, das zu wissen, dass man da immer wieder hin kann, hört sich nach Verlässlichkeit an
- 220 IP1: Ja
- 221 I1: Ja, gut, wie war das jetzt so für Sie, wir schließen jetzt langsam ab, das Gespräch für Sie jetzt so zu erleben und die vielen Fragen von mir zu hören?
- 222 IP1: Ja, ich war natürlich jetzt nicht genau drauf gefasst, was Sie fragen, war ganz gut glaub ich, dass ich mit T2 auch so ein natürlich vor kurzem noch so ein in den letzten Stunden einfach auch nochmal so resümiert habe, auch nochmal so den zeitlichen Rahmen, was war wann so in etwa festgelegt zu haben, ja, der Druck, das hab ich immer, das Thema, klar ((lachen)), aber dann dachte ich, jetzt müsste ich doch noch irgendwie, warum kann ich jetzt nicht noch, warum fällt mir nicht noch mehr ein, so tiefer, tiefer jetzt gehen, was sagen
- 223 I1: Also wie gesagt, auch ich von meiner Seite bin auch dabei, herauszufinden, ja, wie kann man's am besten erfragen, das ist nicht einfach, das hängt dann auch davon ab, wie ich frage; ich finde es auf jeden Fall sehr schön, dass Sie sich drauf eingelassen haben, vielen Dank, gut

IP3 _ Interviewtranskript

- 1 Interview IP3 (Therapeutin PP)
- 2 Zeitpunkt: 3.5.16
- 3 Interviewende: UH
- 4 Teiltranskript: PP
- 5 Anmerkung zur Transkription: [...] bedeutet Teilaussagen im Erzählfluss; [...] sind größere Auslassungen
- 6 Beginn:
- 7 IP3 Beschreibt sich als Kämpferin; aber Krebs hat ihr Selbstbewusstsein gemindert; hat immer geweint – Grund für Unterstützungssuche in der Ambulanz; „muss man sich erst vor den Zug schmeißen, bevor einem geholfen wird“ ; kam alleine nicht weiter.
- 8 (3:44)
- 9 IP3: Gespräche taten ihr sehr gut; hat auch Tabletten genommen; Arzt und sie selbst sind zuversichtlich, dass sie bald keine Tabletten mehr braucht
- 10 (5:36)
- 11 I: Wie war es das erste Mal, als Sie in den Musiktherapieraum kamen?
- 12 IP3: Hab mich umgeschaut, erklärt bekommen, was das alles ist.
- 13 (6:07)
- 14 IP3: und dann sollt ich Xylophon spielen, egal was, Hauptsache, ich gab Töne von mir; das hab ich dann gemacht und wurde dann unterstützt von der Therapeutin. Und die fand alles ganz toll und ich fand alles ganz wiederlich. Weil das keinen Rhythmus hatte für mich, ich weiß es nicht, ich fand das alles fürchterlich, mein Xylophon [...] irgendwie passte das alles für mich nicht zusammen.
- 15 I: hatten Sie andere Erwartungen?
- 16 IP3: Ich hab nicht gewusst, dass ich anfangen muss, dass ich den Takt vorgebe und insofern war ich sehr überrascht, weil ich zwar gerne mitmach, aber etwas, was ich absolut nicht kann [...] bin ein Mitläufer in der Musik [...], ich fand das als vollkommen falsch für mich, diese Therapie [...] ich hab keinen Rhythmus gefunden, für mich war das nur draufhämmern, die Töne passten nicht zusammen [...], hab ich gedacht, was für ein grässlicher Ton, irgendwo hab ich gedacht, du kannst das nicht [...] ich hab dann nach der zweiten Sitzung gesagt, ich find das alles sehr toll und ich kann mir auch vorstellen, dass die Leute begeistert sind, aber für mich ist das absolut nichts; ich weiß nicht, wie ich da befreit werden soll, weil ich nur nachdenke (9:20).
- 17 IP3: [...] ich sag zu Frau P: lassen Sie uns doch eine Viertelstunde Musik machen und eine Dreiviertelstunde unterhalten und so ist es dann auch gelaufen; der Wechsel stimmte, keine vertane Zeit (10:29)
- 18 [...Erzählt von Themen, die besprochen wurden: soziale Themen (wie dumm die Menschen sind, Achtung vor Kindern, dass man nicht ängstlich sein soll, das Gegeneinander/Neid von Menschen – Abgeschweift von der Therapie, wie geht's ihr im Leben, mit was beschäftigt sie sich]
- 19 (17:33)
- 20 I: wie gehen Sie mit sich um?

- 21 IP3: Mit mir? Sehr selbstkritisch, ach wie blöd bist du eigentlich. [...] ja, ich bin streng mit mir [...]
- 22 I: haben Sie den Eindruck, dass sich das über die Musik, über das Spielen auch so gezeigt hat?
- 23 IP3: ja [...]
- 24 (18:30) [...schweift wieder ab] war mit dem Thema hier durchaus beschäftigt und sie hat auch gute Ratschläge bekommen
- 25 (19:24)
- 26 I: was hat Ihnen geholfen?
- 27 IP3: geholfen hat eigentlich gar nichts, weil ichs nicht angenommen hab, das sind alles gute Sachen.
- 28 (19:48) [...schweift ab, erzählt von KH Aufenthalt, ich kriege schwere Fälle auf's Zimmer]
- 29 (21:30)
- 30 I: was haben Sie hier in den Stunden gesucht?
- 31 IP3: Ich glaub, ich hab das Gespräch gesucht, über alles und jeden, also ich kann nicht sagen, dass ich mit einem Thema hergekommen bin [...] sondern es wurde vielleicht aus Allerweltsthema, dass ich dann zum Schluss merkte, Mensch, wir haben ja über dich gesprochen [...] dass wir zum Schluss bei mir angekommen sind.
- 32 I: sind Sie da mehr in Kontakt zu sich gekommen oder was hat das mit Ihnen gemacht?
- 33 IP3: puh, dass ich wieder überlegt hab, was ich eigentlich mach, ich weiß, ich mecker, sag meine Meinung, kann auch ein Stinktier sein, wer bei mir durch ist, der ist durch (22:45) [...] Konflikt mit Schwester, wunderbarer Mann, wie möchte ich behandelt werden – war aber in der Therapie kein Thema; erzählt dann von Arbeitsleben, Konflikt mit AG, großes Gerechtigkeitsempfinden]
- 34 (29:00)
- 35 I: was erinnern Sie von der MT, was haben Sie gespielt?
- 36 IP3: Xylophon, weil ich die Töne kannte, dann haben wir das mal mit Trommeln versucht, das fand ich ja ganz fürchterlich
- 37 I: wie war das denn?
- 38 IP3: Fürchterlich!
- 39 I: was passierte da mit Ihnen?
- 40 IP3: gar nichts, am besten so [klopft mit den Fingerknöcheln auf den Tisch] mit dem Knochen ja, da kriegt ich paar verschiedene Töne raus
- 41 I: hatten Sie eine bestimmte Vorstellung, was rauskommen soll?
- 42 IP3: Ja, wenn ich eine Trommel hör, hör ich da schon andere Töne als sie bei mir gekommen sind
- 43 I: was machte das mit Ihnen?
- 44 IP3: ist doof [...] ich glaub das ist etwas, wenn ich weiß, ich kann es nicht, mag es auch gut angehen, dass ich's nicht will; das hab ich Frau P. auch gesagt, es mag sein, dass der Kopf dann auch immer sagt, du willst das nicht und dann mach ich's nicht. Versuch es gar nicht. Jalousie runter, Ende, aus.

- 45 I: was macht Frau P?
- 46 IP3: Ist ´ne gute Seele, die versucht mich da raus zu kriegen, aber ich will nicht (lacht), ich sag das mal so. Ist wirklich eine gute Seele, da lass ich nichts drauf kommen, aber ich war nicht zu gebrauchen.
- 47 I: beschreiben Sie mal die gute Seele, was die Ihnen geben konnte
- 48 IP3: sehr viel Ruhe hat sie mir gegeben, hat versucht, mich aufzubauen, in dem sie mich immer wieder gelobt hat, ich soll das nicht so blöd sehen, so blöd tun, wenn ich gesagt habe, ich bin doch zu blöd
- 49 (32:07)
- 50 IP3: [...] irgendjemand in mir hat gesagt, ne, du willst das nicht; warum, wieso, weshalb kann ich nicht sagen, weil ich wirklich Musik liebe, ich hab auch Rhythmus, so ist es nicht, aber, das klappte nicht.
- 51 (32:30)
- 52 I: erinnern Sie noch ein anderes Instrument?
- 53 IP3: Klangstuhl, das haben wir ausprobiert und da war mir die eine Seite sehr laut, ich glaub die rechte war das; da hab ich gedacht, ne, das ist auch doof, die Klänge so nah am Ohr, das tut weh; ich glaub ich hab sie auch im Bauchbereich wahrgenommen, ich kanns nicht genau sagen; ich weiß nur, dass mir das unangenehm war, hier am Ohr
- 54 I: konnte das verändert werden?
- 55 IP3: Ja, indem ich aufgestanden bin.
[Bestätigt UHs Interpretation, dass das ein Zeichen von mehr Selbstbewusstsein und der Möglichkeit, für sich zu sorgen war („ja, das kann sein“)]
- 56 (35:15)
- 57 I: was hat Ihnen diese Erfahrung bedeutet?
- 58 IP3: dass ich wieder neu angefangen hab, Bekanntschaften neu aufzubauen (schweift ab, Abschottung von anderen während der Akutbehandlung; Änderung der Strategie; erzählt von Behandlungszeit)
- 59 (42:20): [... IP3 erzählt, dass sie viel gearbeitet hat, dass sie mit ihrer Arbeit verheiratet war; dann Vorruhestand (Lungenentzündung als Auslöser)]
- 60 (46:20)
- 61 I: ich würd gern nochmal die Kurve zur MT bekommen, Sie sagten für mich war das so nicht das Medium, aber ich könnt mir vorstellen, für andere?
- 62 IP3: Für sensiblere Leute, die von vorneherein die Musik im Herzen haben, im Blut hab ich sie auch; dass sie, wenn sie ein Konzert hören, dass sie dann den Wunsch haben, auch ein Instrument zu spielen, auch so eine Musik zu spielen; also den Wunsch hab ich nie gehabt, ein Instrument zu spielen
- 63 I: wann wäre MT das Richtige für jemand? Was könnte der hier erleben?
- 64 IP3: Jemand, der sehr wenig Hilfe von außen hat, in der Musik eine Verbindung findet [...] ich kann mir vorstellen, dass, wenn ich mit meinen Problemen nicht weiterkomme, dass ich mit Musik ausdrücken kann, wie schlecht es mir geht, oder auch wie gut es mir geht, so kann ich mir das vorstellen; wenn ich niemanden hab, der mich ernstnimmt in der Erkrankung, dass ich dann den Gefühlen Ausdruck geben kann; da hab ich meinen Mann und Vertrauen in die Ärzte; MT wäre etwas für jemanden, der niemand hat.
- 65 [...]

- 66 (52:05)
- 67 IP3: [...] dass man, vielleicht, wenn man vorlegt, dann noch mehr Leute anziehen kann [...], z.B. Jazz, wenn da die Therapeutin anfängt zuklimpern und man da reingeht, nicht dass man selbst anfängt, sondern das anders rum gestaltet, das wäre einfacher gewesen. In der Musik bin ich kein Mensch, der anfängt; ich hätte mir vorstellen können, mit zu machen, wenn sie angefangen hätte und ich dazu geklumpert hätte; es mag sein, wir haben es nicht probiert. Da hätt ich vielleicht auch einen Takt gehabt [...]; was ich nicht kann, muss ich erlernen. Das Beste ist, es macht jemand vor und ich kann es ergänzen oder nachmachen (55:20) [...]
- 68 (56:05)
- 69 I: Was hätte Ihnen das bringen können, wenn es so gelaufen wäre?
- 70 IP3: Dass ich begeistert wäre (lacht). Ich kann mir nicht vorstellen, dass alle, die zu Ihnen kommen, mit Freude in diese Stunde gehen.
- 71 I: Was für ein Gefühl war bei Ihnen?
- 72 IP3: Jetzt musst du wieder Musik machen. Ich sitz die Stunde ab. Läuft nicht anders, als du erwartet hast. Wir haben dann nach zwei Stunden einen Kompromiss gefunden. Am Anfang gedacht: du hast gesagt, du willst es probieren, aber du hast auch gleich gesagt, wenns dir nicht gefällt, sagst du Bescheid. Ich kann nicht sagen, dass Musik nicht gut für mich ist. Es hat mir für mich nicht gefallen. Und ich hasse nichts mehr, als ohne Spass was zu tun.
- 73 (58:31)
- 74 I: was wäre gewesen, wenn keine Musik gewesen wäre? Ist irgendeine Erfahrung für Sie dabei rausgekommen?
- 75 IP3: Dann hätte man sich unterhalten. Mir hätte nichts gefehlt.
- 76 (1:01:51)
- 77 I: was war insgesamt hilfreich?
- 78 IP3: Dass ich mich ernstgenommen fühlte.

IP7_Interviewtranskript

- 1 Interview: IP7 (= B)
- 2 Geschlecht: w
- 3 Therapeutin: UH
- 4 Interviewerin: PP
- 5 Zeitpunkt des Interviews: 7.2.17 (nach Abschluss der MT)
- 6 Ort: Musiktherapieraum
- 7 Script: SP
- 8 I: Jetzt geht es los. Genau es läuft, ach ja stimmt, Telefon. #00:00:15-2#
- 9 B: Genau. (...) Muß ja nicht sein. #00:00:29-8#
- 10 I: Ja, gut. Lassen Sie uns irgendeinen Einstieg finden, dass Sie vielleicht einfach mal erzählen, wenn Sie an die Musiktherapie zurückdenken, was Sie spontan erinnern, was kommt da zuerst? #00:00:46-2#
- 11 B: Ähm, es war also so, dass ich bei dem Fragebogen, der im Vorwege ja auszufüllen war eingetragen hatte, dass ich mich nicht geeignet fühle für Musiktherapie. Dann hatte man mich da eigentlich so ein bisschen in die Richtung geschubst. #00:01:01-2#
- 12 I: Im Erstgespräch? #00:01:00-8#
- 13 B: Ja, im Erstgespräch schon, weil da ja auch festgelegt wurde, wer meine Ansprechpartnerin sein wird oder Ansprechpartner. Das ging dann halt eben in Richtung Musiktherapie. Inzwischen war ich natürlich dann auch entsprechend skeptisch bzw. ein bisschen ratlos, weil ich mir überhaupt nicht vorstellen konnte, was das für mich bringen sollte. #00:01:22-8#
- 14 I: Okay und was hieß geschubst, also wie haben Sie das erlebt? #00:01:27-8#
- 15 B: Ja, so diese Fragen "wollen Sie nicht doch?" und "könnten Sie sich nicht doch vorstellen und Sie brauchen auch kein Instrument können", also es ging immer so Suggestiv-Aussagen in diese Richtung. #00:01:40-0#
- 16 I: Okay. #00:01:41-1#
- 17 B: Da habe ich gedacht, bevor du dich jetzt hier lange irgendwie sperrst, probierst du es einfach aus. #00:01:46-9#
- 18 I: Ja, okay. #00:01:49-4#
- 19 B: Ja und dann war ja der erste Termin. Was für mich völlig neu war und was für mich beeindruckend war, in dem Raum bei Frau. H. steht ja dieser Klangsessel. Und bei der ersten Sitzung hat sie das anklingen lassen. Und das waren für mich einfach Klänge, ich konnte mich nicht mehr dagegen wehren und hab, ich sage es mal salopp geheult wie ein Schlosshund. #00:02:16-9#
- 20 I: Berührt. #00:02:17-1#
- 21 B: Ich weiß auch bis heute auch nicht, was das in mir ausgelöst hat, keine Ahnung, ich kann es Ihnen nicht sagen. #00:02:23-6#
- 22 I: Was waren das für Tränen? Können Sie sagen zu was Sie das Gefühl zuordnen? #00:02:27-9#
- 23 B: Es kamen eben halt Erinnerungen, ich bin sehr Asien-lastig und es kamen eben halt sehr

- viele Erinnerungen an bestimmte Situationen auf Reisen, wie so Blitzlichter. Und ich fand das also sehr entspannend. #00:02:46-2#
- 24 I: Ah. #00:02:46-2#
- 25 B: So in der Erinnerung jetzt. Ob ich das damals genauso gesagt habe oder ob es damals irgendwie eine andere Formulierung war, das weiß ich nicht mehr. #00:02:56-1#
- 26 I: Damals heißt in der Musiktherapie dann? #00:02:58-2#
- 27 B: Direkt in der Situation. #00:03:00-8#
- 28 I: Ja. #00:02:59-3#
- 29 B: Das weiß ich nicht, aber nachhaltig bei mir festgesetzt hat sich das, was ich jetzt eben gesagt habe. #00:03:07-9#
- 30 I: Also dass Sie durch die Klänge etwas erinnert haben, was wie war? Also wie waren die Erinnerungen für Sie? #00:03:12-8#
- 31 B: Sehr angenehme Erinnerungen, sehr schöne Situationen, sei es in Tempeln, sei es eben in Wats, in denen ich gewesen bin, einmal an die Räumlichkeiten und zum anderen auch, was ich erinnere war eine ganz starke Situation, ich bin in Bangkok gewesen in einem Bad #00:03:35-3#
- 32 I: Ein Wat ist? #00:03:36-3#
- 33 B: Ein Wat ist ein Tempel. #00:03:37-2#
- 34 I: Ah, ja. #00:03:38-5#
- 35 B: Ein buddhistischer Tempel, ich bin abends da gewesen, ohne irgendeinen Touristen, ohne irgendwas und da ich sowieso alleine reise, ich bin angesprochen worden und der eine Mönch hat mich eingeladen, zu deren Abendzeremonie dabeizusein. Ich habe also in diesem riesen Raum gesessen, angelehnt an eine Säule und ich habe selten einen solchen Entspannungsmoment gehabt, es war einfach nur wunderschön. Und solche Erinnerungen in dieser Art, die wurden da für mich wieder lebendig. #00:04:13-7#
- 36 I: Weil die Klänge ähnlich waren, oder? Können Sie das, ja? #00:04:19-2#
- 37 B: Ja, es war einmal die Klänge ähnlich waren und dass ich damit irgendwie eine Räumlichkeit assoziiert habe, große Räume zum Beispiel, gut, das war nicht auf dem Klangessel, aber es waren Erinnerungen auch an einen riesen Gong, an Musikelemente bei dieser Zeremonie, die dann einfach wieder wach wurden. Das ist unheimlich schwer das auszudrücken. #00:04:45-4#
- 38 I: Ja, ein Versuch, wir nähern uns an. #00:04:50-4#
- 39 B: Es ist ein Versuch, es rüberzubringen. Vor allen Dingen ist es ja auch so, ich kann Ihnen das hier jetzt mit Gestik noch klar machen, aber dann bringt Ihnen das hinterher nichts mehr in der Aufzeichnung. #00:04:59-8#
- 40 I: Genau, wir versuchen, die Gestik noch ein bisschen zu verbalisieren immer, da muß ich auch dran denken, ja. Ja, das ist ja spannend, das war in der ersten Stunde, da hat sie das einfach vorgeschlagen, da mal? #00:05:12-1#
- 41 B: Das war das Ende der ersten Stunde. #00:05:13-5#
- 42 I: Und wie kam das, dass Frau H. Ihnen das mal so angeboten hat, wissen Sie das? #00:05:20-7#
- 43 B: Ich hab das irgendwie so hingenommen, wie es war. Ich mußte ja zu dem Zeitpunkt nicht, gehört das jetzt zu jeder Sitzung oder was passiert da jetzt überhaupt. Für mich war das neu, für mich war das ein Vortasten. Ich habe noch nie irgendeine psychologische Begleitung

- gehabt. Also einfach mal so hinnehmen, was da kommt. Aufnehmen, sondieren, ja, das ist was für mich oder nicht. Es bringt mir was, es bringt mir nichts. Und bis heute eben dieses Fragezeichen, warum eigentlich und dieser Erklärungsbedarf eigentlich noch. Hat sich da irgendwas geändert oder wie beurteilen sie das? Also nicht Sie als Person, sondern eben als Therapeutin. #00:06:05-5#
- 44 I: Hatte das denn, wenn wir bei der ersten Stunde gerade mal bleiben, hatte das was mit dem Gespräch vorher zu tun? Also haben Sie da zum Beispiel auch erzählt von den guten Erinnerungen, die Sie haben? #00:06:20-1#
- 45 B: Also im Einzelnen, oh Gott. #00:06:22-4#
- 46 I: Es ist richtig lange her oder? (lachend) #00:06:23-0#
- 47 B: Ja, im Einzelnen könnte ich das jetzt nicht beschwören, aber was ich voraussetze und was auf jeden Fall zur Sprache gekommen ist, das waren die Geschichten, dass ich eben halt Asien-lastig bin und das ist also ein ganz ganz großer Raum in meinem Leben. #00:06:40-2#
- 48 I: Und also Asien-lastig heißt? #00:06:45-4#
- 49 B: Ach, ich bin Fan durch und durch. #00:06:46-7#
- 50 I: Ja, das Ihnen das sehr gut tut. #00:06:47-1#
- 51 B: Ja, auf jeden Fall, mit voller Überzeugung. Wenn meine Gesundheit das zulässt und die Stresssituation, die ich durch meinen Vater sehr stark hatte, als der nach Hamburg ins Pflegeheim gekommen ist mit einem ganzen Bündel von Problemen. Wenn diese beide Komponenten eben das zulassen, bin ich einmal acht Wochen und einmal vier Wochen in Asien im Jahr. #00:07:14-6#
- 52 I: Ach ja. #00:07:15-7#
- 53 B: Einmal vier Wochen mit meinem Mann, weil der ja nur sechs Wochen insgesamt hat und einmal dann die acht Wochen noch alleine. #00:07:20-9#
- 54 I: Ja, oh ja. Und dann in der ersten Stunde war das hier bei Ihnen in der Situation mit den Klängen? #00:07:31-2#
- 55 B: Ja. #00:07:32-2#
- 56 I: Und haben Sie das dann auch Frau H. so auch gesagt, was Sie da so erlebt haben? Oder hatte das noch Zeit? #00:07:41-8#
- 57 B: Nein, sie hat mich unmittelbar vor Beendigung dieser Stunde hat sie mich dann gefragt, was mich da so berührt hat, weil ich ja auch sehr stark reagiert habe. Und da ist auf jeden Fall drüber gesprochen worden. #00:07:57-6#
- 58 I: Ja, hat sie aufgegriffen oder? #00:07:59-6#
- 59 B: Ja, auf jeden Fall. #00:08:01-9#
- 60 I: Und Sie haben reagiert, sie sagten es waren Tränen, verknüpft mit guten Erinnerungen oder mit Entspannung oder war es traurig, Tränen sind ja sehr vielseitig. #00:08:10-0#
- 61 B: Das hatte überhaupt nichts mit negativen Dingen zu tun. Also eher nur die Erinnerung an dieses Positive und an diese Situation teilweise, in der ich ja damals sowas von tiefenentspannt war. Und das war so eine Sache, wo ich mal für ein paar Minuten die Problematiken, die mich ja zu dem Zeitpunkt noch wirklich überwältigt haben, sonst wäre ich nicht hier gewesen. Wo ich das also so ein bisschen, naja vergessen ist übertrieben, aber hinten anstellen konnte. Ich möchte es mal so ausdrücken. #00:08:49-3#
- 62 I: Ja, also hinten anstellen, was war das für ein entspannter Zustand? Wenn Sie sagen, Sie sind entspannt, wie ist das für Sie, entspannt zu sein, was bedeutet das? #00:09:01-7#

- 63 B: Dass die Problematiken, dass ich denen nicht mehr erlaube, diesen Stellenwert zu haben, den sie damals hatten. Und dass man aus dieser, bestimmte Problematiken bezeichne ich mal wie so eine Schlange, die sich in den Schwanz beißt. Das ist also ein ständiges Rad, man kommt sich vor wie ein Hamster im Rad. Und wenn dann eine Unterbrechung da ist, sei es durch Erinnerungen, sei es durch Situationen oder durch Musik, dann kann man auch mal wieder, zumindestens kurzzeitig Luft holen und sagen halt stopp, da ist noch was Anderes. Und dann auf diese, ich sage immer meine Ressourcen, die ich ja hatte, Meditation, dann Yoga gemacht und solche Dinge, einfach keinen Zugang mehr hatte, ich fühlte mich wie blockiert. Und das war dann ein Moment, ein kurzer Augenblick, wo ich sagen konnte, halt stopp, da ist noch was Anderes #00:09:53-8#
- 64 I: Ah oder es geht doch noch oder so? #00:09:59-0#
- 65 B: Na, so bewusst in dem Moment noch nicht, also das kam erst hinterher. In der Erinnerung, dass man sagt "moment, wie war die Situation, ich analysiere das mal für mich". #00:10:10-0#
- 66 I: Die Musiksituation. #00:10:10-4#
- 67 B: Was war da eigentlich? Ich habe dann zuhause zum Beispiel weitergemacht. Bei mir äußerte sich das mit einem sehr sehr hohen Blutdruck und zwar immer wieder und immer wieder und ich kam da nicht runter. Ich habe dann zuhause weitergemacht, ich habe mir aus Bangkok eine Original-Schale mitgebracht und die hat eine sehr schöne Frequenz, die kann ich auch als Klangschale benutzen. Sie ist nicht diese Blech-Messing-Dinger, sondern ich habe sie mir in den Ort, wo sie hergestellt werden, auch gekauft. Und ich habe das dann zuhause so gemacht, dass ich verschiedene Takte angeschlagen habe und mir das aufgenommen habe. Ich habe dann also nicht irgendwelche vorgegebenen Sachen haben müssen, sondern ich habe meinen eigenen Rhythmus gefunden und hab das dann, wenn ich merkte, "halt stopp wieder zu hoch und das geht so nicht", mich dann hingesezt und habe versucht, mich nur auf diese Klänge zu konzentrieren. #00:11:15-7#
- 68 I: Und hat? #00:11:20-0#
- 69 B: War nicht einfach, aber so in Laufe der Zeit und mit viel Geduld ging es dann wieder. #00:11:24-5#
- 70 I: Ach ja, hm. #00:11:24-1#
- 71 B: Ich sage gewusst wie. #00:11:28-6#
- 72 I: Und das hat sie inspiriert, die Klänge von Klangstuhl so etwas auszuprobieren. Hatte das einen Zusammenhang oder? #00:11:35-9#
- 73 B: Ja, schon, weil dieser Klangstuhl eigentlich der Auslöser war, dass ich das erste mal seit vielen, vielen Monaten (zieht die Luft ein) wieder dieses Gefühl hatte, etwas unterbrochen zu haben, mal Luft geholt zu haben. #00:11:51-2#
- 74 I: Also etwas die Sorgen oder was meinen Sie mit etwas? Nur dass ich es richtig verstehe. (lachend) #00:11:59-3#
- 75 B: Ja diesen Sorgenkreislauf, diese Belastung, die man hat, die ja immer enger wird und immer größer wird, umso länger man eben in dieser Schleife ist. Und um so mehr man sich wieder Gedanken darum macht. Und irgendwann ist der Punkt erreicht, dann kommen diese Gedanken und sorgen wieder von vorne. Aber da mal ja meistens nicht das Gleiche denkt, wie eine Schleife, sondern nur die Richtung hat, kommen dann oder ich hatte immer das Gefühl, dass es dann immer dramatischer wurde in meiner Vorstellung, dass immer mehr Probleme auflaufen würden, dass es immer enger wird, die Verantwortung immer größer wird und dass man sich dadurch immer weiter blockiert. Das war für mich ein Punkt, diesen Kreislauf zu unterbrechen. Habe ich für mich so verarbeitet und letztendlich hat es ja auch geklappt, wenn auch über Monate, aber irgendwann war dann der Punkt erreicht, wo ich gedacht habe "okay und jetzt ist gut und da kannst du weitermachen und zwar alleine

- weitermachen". #00:13:11-7#
- 76 I: Das heißt, sie haben es mit nach Hause genommen und selbst umgesetzt für sich, eine Form gefunden. #00:13:14-0#
- 77 B: Auf jeden Fall, ich habe zuhause viel weitergearbeitet. Und das dann auch jedes Mal in der danachfolgenden Sitzung dann besprochen. #00:13:22-2#
- 78 I: Ach okay. #00:13:22-2#
- 79 B: Oder angesprochen. #00:13:23-5#
- 80 I: Das heißt Frau H. wußte davon, dass Sie da die Schale haben. #00:13:26-0#
- 81 B: Dass das so war, ob ich das jetzt in dieser Ausführlichkeit gemacht habe, das wage ich zu bezweifeln, aber zumindestens dass man angesprochen hat oder dass klar wurde, dass diese Stunde hier nicht damit abgeschlossen war, dass ich rausgegangen bin, sondern dass diese gesamte Sache auch einen Nachhall gehabt hab. Ich glaube, ohne dem geht es auch nicht. Denn die Damen und Herren, die sich hier bemühen, die können sich bemühen, soviel Sie wollen. Wenn der Patient, der vor Ihnen sitzt, nicht von sich aus den Willen hat, etwas zu ändern, dann können Sie das Jahre machen, das bringt gar nichts. #00:14:07-0#
- 82 I: Und Sie haben offensichtlich eine gute Erfahrung mit sich gemacht, dass Sie das konnten (lachend). #00:14:10-1#
- 83 B: Ja, mal wieder (lachend). #00:14:13-3#
- 84 I: Schön (lachend), ja. Und erinnern Sie, jetzt hatten wir ja so ein bisschen den Klang, erinnern Sie andere Stunden, wo Sie etwas inspiriert hat oder wo Sie was mitgenommen haben oder wurde das wieder aufgegriffen vielleicht mit dem Klangstuhl? #00:14:27-3#
- 85 B: Ja, es ist noch einmal gemacht worden und ansonsten hat Frau H. ganz lieb gefragt, was ich mir vorstellen könnte von dem, was da ist und ich bin immer wiederauf meine heiß geliebten Klangschalen zurückgekommen. Ich weiß nicht, ob ich sie damit schon gelangweilt habe. Wir haben also einmal auch ein Instrument gehabt, was mich an eine Zither erinnert hat, aber das war so eine Sache, die hat mich nicht so, das war nicht so mein Ding, sage ich jetzt mal. Also diese Klangschalen, das war dann schon für mich weitaus attraktiver. #00:15:05-1#
- 86 I: Ja, was war das Andere, das hatte verschiedene Töne oder wenn Sie noch mal beschreiben, was war das? #00:15:12-1#
- 87 B: Wie gesagt, ich vergleiche es mit einer Zither/ #00:15:13-8#
- 88 I: Zither, hm #00:15:16-0#
- 89 B: mit weniger Saiten eingespannt, war ganz spannend, sowas mal zu spielen. Aber da ich das Hauptaugenmerk sowieso auf das Gespräch gelegt habe und die musikalische Komponente für mich nur, ähm wie soll ich das jetzt sagen? - vielleicht ein auslösender Moment war für irgendetwas, jeweils dann unterschiedlich, das mit dieser Zither und mit diesem Saiteninstrument war nicht so mein. #00:15:49-8#
- 90 I: Haben Sie mal probiert, aber nicht, genau. #00:15:51-9#
- 91 B: Ja. #00:15:53-0#
- 92 I: Und die Klangschalen haben Sie aber von Anfang an interessiert, als Sie in den Raum kamen? #00:15:55-0#
- 93 B: Ich kam da rein, hab die Klangschalen gesehen und hab gedacht, das ist mein Ding. #00:15:58-3#
- 94 I: Aha, okay, ja. #00:15:59-0#

- 95 B: Ja, weil ich sie eben aus Asien her kenne. #00:16:01-5#
- 96 I: Ja. #00:16:03-7#
- 97 B: Es gibt ja auch diese Klangschalen-Therapien und Klangschalen-Massage, wo also die Klangschale selbst meines Wissens jetzt abgestimmt sind auf die Chakren, also sehr, sehr weiterführende Dinge dann auch. #00:16:20-1#
- 98 I: Und war das auch ein Thema mit den Klangschalen oder wie haben Sie die Klangschalen in der Musiktherapie erlebt oder eingesetzt? #00:16:28-4#
- 99 B: Ja, für mich, ich weiß auch nicht, es wurde ja auch keine Anleitung gegeben, man sollte sich ja frei entfalten können. Ich weiß nicht, wie das andere handhaben. Also bei mir ist die Klangschale zum Beispiel, ich würde sie nicht auf den Tisch stellen und anschlagen, sondern ich habe sie in der Hand, damit ich die Schwingungen auch habe, sowas zum Beispiel oder auch auszuprobieren, selbst die gleiche Klangschale hat ja unterschiedliche Tonfrequenzen, je nachdem, wo ich sie anschlage oder auch mit was für einem Klöppel ich sie anschlage. Ich habe dabei festgestellt, dass das schon von einer Sitzung zur anderen für mich auch etwas anderes war, an manchen Tagen habe ich angesprochen auf hohe Töne, auf hohe Frequenzen, bei anderen wollte ich dann lieber meine Ruhe, leise angeschlagen, aber dann eben halt diese tieferen Töne. Das war sehr unterschiedlich. #00:17:24-9#
- 100 I: Okay. #00:17:22-9#
- 101 B: Aber ich habe keine Ahnung, warum, wieso, weshalb und was das ausgelöst hat, also da fragen Sie mich jetzt bitte nicht nach, es war ein reines Empfinden, es war keine Erklärung. #00:17:36-3#
- 102 I: Okay, wie war das, es so zu empfinden? Wie war das für Sie? #00:17:42-8#
- 103 B: Ja, sehr angenehm, weil ich ja ausprobiert habe, was mir in dem Moment auch wirklich, ich hab dann auch gewechselt und gesagt "nein, also die heute nicht". #00:17:48-7#
- 104 I: Ah ja. #00:17:49-9#
- 105 B: Und habe es dann eben halt mit anderen versucht, solange bis ich dann irgendwas hatte, wo ich gedacht habe "ja, gut, okay", die Schwingung ist sehr angenehm. #00:18:00-7#
- 106 I: Das heißt, Sie haben etwas gefunden oder auch gesucht und gefunden, was Ihnen dann in dem Moment gut getan hat oder angenehm war? #00:18:10-3#
- 107 B: Ja, ich würde das mal mit dem, sicherlich nicht immer, aber ich würde das gerne mit dem Wort beruhigend umschreiben, was mich beruhigt hat. #00:18:16-2#
- 108 I: Ja. #00:18:14-1#
- 109 B: Was die Gedanken runtergebracht hat und damit auch meinen Kreislauf. #00:18:24-0#
- 110 I: Und das haben Sie sich selbst gefunden, Frau H. hat Ihnen nicht die Schale gegeben und hat gesagt, so wird es gemacht? #00:18:29-0#
- 111 B: Nein, es standen verschiedene Schalen auf dem Tisch und ich hatte die Möglichkeit, frei auszuprobieren, was mache ich jetzt damit. #00:18:35-9#
- 112 I: Ja und wie war das, diese Möglichkeit, das frei auszuprobieren für Sie? #00:18:40-4#
- 113 B: Angenehm. Also wenn ich mir jetzt vorstelle, dass ich einen Tag habe, wo ich den beruhigenden Aspekt haben wollte und ich hätte nur eine Klangschale, die mit den hohen Tönen zur Verfügung gehabt, hätte mir das nichts gebracht. Also dieses selber ausprobieren, ich kann mir aber vorstellen, wenn jemand jetzt nicht vorbelastet ist, sage ich mal (lacht etwas). #00:19:08-4#
- 114 I: Was heißt vorbelastet? #00:19:08-8#

- 115 B: Ja, wenn jemand also jetzt nicht diese Sache vorher schon kannte und ganz neu darein kommt, könnte ich mir vorstellen, dass da auch eine gewisse Hilflosigkeit bei sein kann bei der Auswahl, dass man also erstmal so ein bisschen damit überfordert ist, zu sehen, was passiert jetzt eigentlich mit mir und was soll ich jetzt eigentlich damit und warum ist es so? Also manchmal habe ich gedacht, ja, es ist gut, dass keine Erklärung dabei ist, sondern für mich eine Findungsphase eigentlich ist. Auf der anderen Seite habe ich manchmal das Gefühl gehabt, dass ich gedacht habe, es wäre ganz schön, wenn da vorher oder wenn dazu mal was gesagt worden wäre. Aber da ich der Meinung war, dass das wohl irgendwie seinen Grund hat, dass es nicht gekommen ist, vielleicht keine Vorbelastung oder kein Drängen in eine bestimmte Richtung, sondern einfach zu sehen, was passiert, habe ich das dann auch so stehen lassen und hat es nicht weiter hinterfragt. #00:20:22-0#
- 116 I: Das heißt, wenn Sie jetzt überlegen, mit Ihrer Erfahrung, die Sie gemacht haben, wie hätte man es vorher formulieren können? Können Sie das so? #00:20:33-4#
- 117 B: Vielleicht eine gewisse Aussage darüber, was diese Klänge beinhalten, also ich wußte jetzt ja, dass für mich die tiefen Töne beruhigend etc, in diese Richtung gehen, die hohen Töne beleben. Wer diese Erklärung aber nicht hat und ich setze mal nicht voraus, dass jeder Asien-Fan ist und irgendwelche Vorkenntnisse hat, der hierherkommt, wenn ich mich dann schon teilweise so ein bisschen frage was soll das jetzt und eine Anleitung wäre nicht schlecht, wie geht das dann erst jemandem, der völlig neu in diese Materie einsteigt? #00:21:19-0#
- 118 I: Okay, ja. #00:21:20-4#
- 119 B: Also eine gewisse Erklärung, vielleicht auch nur eine Allgemeinerklärung, nicht jetzt auf die Person bezogen. Das wäre ja schon wieder eine Beeinflussung. Also keine Beeinflussung, sondern eine Erklärung vorher, wäre glaube ich manchmal sehr schön. #00:21:40-1#
- 120 I: Also eine Erklärung, wie das wirken könnte die Klänge zum Beispiel? #00:21:41-9#
- 121 B: Ja, zum Beispiel, ja. Oder dass man eben "warum suchen Sie sich das aus, was wollen Sie damit erreichen", also solche Fragen zum Beispiel könnte ich mir vorstellen, wenn ich jemanden vor mir hätte und ich sollte das vermitteln. Ja, also eher allgemein, ich glaube, dass es sehr wichtig ist, dass man nicht beeinflusst, aber dass man aufzeigt, was es kann. Schwer zu erklären. #00:22:16-8#
- 122 I: Ja, weil es ja auch immer so individuell ist, die Erfahrungen, die man da macht, aber etwas in der Richtung. #00:22:22-2#
- 123 B: Aber solche Punkte, das ist ja das, was Sie auch haben und wissen wollen, um das weiter zu entwickeln oder sich Gedanken drüber zu machen und zu sagen "nein, was die Patientin da erzählt, da können wir gar nichts mit anfangen" oder eben zu sagen, das ist ein Gedankengang, den man aufgreifen kann zumindestens. #00:22:40-4#
- 124 I: Ja. Aber so im Verlauf ist Ihnen das schon klar geworden, oder auch nicht? Weil Sie hatten ja die Erfahrung gemacht, dass Sie sich die Klänge gefunden haben? Das hat Ihnen offensichtlich gut getan. #00:22:50-8#
- 125 B: Das kannte ich ja vorher schon. #00:22:51-9#
- 126 I: Genau. #00:22:53-0#
- 127 B: Also jetzt nicht aus einer Therapie, sondern einfach auch das tut mir gut, während sich andere stundenlang vor den Fernseher setzen abends, dann habe ich also nebenbei, bei dem, was ich sowieso mache, hab ich schon immer so diese Klangsachen mal gehabt, aber ich habe es nie als Therapie gesehen, sondern rein gefühlsmäßig, das tut mir gut und das höre ich eben halt gerne. #00:23:15-8#
- 128 I: Als Selbsthilfe auch so ein bisschen oder kann man so nennen? #00:23:18-2#
- 129 B: Doch, ich glaube schon. #00:23:22-5#

- 130 I: Also Klänge, die Sie kennen und gerne hören. #00:23:26-0#
- 131 B: Mhm (bejahend). #00:23:26-7#
- 132 I: Und haben Sie in einer Stunde auch mal, dieses Zupfinstrument sagten Sie, das war es nicht, gibt es sonst noch Erfahrungen mit Instrumenten oder mit Klängen, die Sie erinnern? #00:23:41-9#
- 133 B: Instrumente nein, Klänge ja, ja gut, ist auch ein Instrument. Muß ich vielleicht revidieren. Alles, was mit dem Gong zu tun hat. #00:23:53-3#
- 134 I: Ach ja. #00:23:53-3#
- 135 B: Darauf spreche ich sehr stark an, weil für mich, wenn das verhallt, dieser Ton, ob das ein großer dumpfer ist oder ob es ein kleiner ist, bei mir zuhause hängt eine Gongscheibe, dieses verklingen, das kann ich zum Beispiel für mich unterschiedlich nutzen. Es ist einmal so, dass ich dann eben halt auf den Moment warte, wo Ruhe ist oder ich kann das als Nachhall nutzen. Was auch eine Möglichkeit ist, was mir sehr leicht fällt, das umzusetzen, sind mit dem Ton an sich Räume zu sehen in der Phantasie. Also um so tiefer der Ton ist, umso voller der Ton ist, sind für mich das große Hallen. #00:24:44-6#
- 136 I: Ah ja. #00:24:44-6#
- 137 B: Sind also große Räume und wenn der Ton sehr hoch ist, sehr fein ist, dann ist es für mich eher so, dass ich das mit kleineren Tönen, mit Enge oder eben, also Enge wäre ja negativ, aber vielleicht auch mit ähm, kleinem Raum, Geborgenheit. #00:25:07-8#
- 138 I: Hm, ja. #00:25:10-7#
- 139 B: Assoziiere und dann eben das, was brauche ich? Und wenn ich mich also gedanklich sowieso schon eingeschränkt habe und schon in einer gewissen Enge bin, dann ist natürlich so ein voller Gongton, der macht das Ganze weit und ich kann also mich wieder in großen Räumen bewegen, zumindestens in der Vorstellungskraft. Ganz spannend #00:25:29-7#
- 140 I: Ja, ja. Und das wußten Sie sozusagen auch vorher schon, dass Sie das können, auch zu diesen Gongs? #00:25:34-4#
- 141 B: Das wußte ich schon, ja. #00:25:35-7#
- 142 I: Und da haben Sie es wieder getroffen? Da hängt ja ein Gong glaube ich in dem Raum auch? #00:25:39-7#
- 143 B: Genau. #00:25:37-8#
- 144 I: Und den haben Sie auch? #00:25:42-5#
- 145 B: Einer hängt da und einer steht, der ist ein bisschen kleiner, der hat noch eine andere Vibration, der hat also auch eine andere Tonhöhe. #00:25:50-4#
- 146 I: Und wie war das mit diesen Gongs in der Musiktherapie, also die haben Sie selbst gespielt oder? #00:25:53-1#
- 147 B: Ähm, nein, es ist also dazu angeschlagen worden zu den Klangschalen, die ich mir ausgesucht habe, so dass das so eine Wechselwirkung wurde. #00:26:05-4#
- 148 I: Okay und wie war das? #00:26:07-4#
- 149 B: Sehr angenehm. #00:26:07-4#
- 150 I: Ja? #00:26:08-4#
- 151 B: Ja. Dass Einzige, Frau H. tat mir ein bisschen leid, weil sie den einen die ganze Zeit in der Hand hatte (lachend) #00:26:16-8#

- 152 I: (lachend). #00:26:18-5#
- 153 B: Und die Dinger sind ja nun nicht gerade sehr leicht. Dann habe ich gedacht ja, hm, vielleicht schränkt man sich dann ein bisschen in der Zeit ein, um auch Rücksicht auf den anderen zu nehmen. #00:26:36-1#
- 154 I: Das heißt, Sie hätten mehr Zeit gebraucht oder gerne gemacht? #00:26:38-8#
- 155 B: Brauchen nicht, aber wenn ich jetzt gesehen hätte, dass der irgendwo hängt oder dass nicht jemand belastet wird dadurch, hätte ich es vielleicht ein bisschen länger rausgezögert, ja, bin ich ganz ehrlich. Aber jetzt nicht, weil es notwendig war, sondern weil es angenehm war. #00:26:56-2#
- 156 I: Ja. Und dann sind Sie, hatten Sie innere Bilder auch in dieser Improvisation? Wissen Sie noch? #00:27:07-8#
- 157 B: Ja, wie gesagt, bei mir ist das dann immer so mit diesen Räumlichkeiten. Bestimmte Räume zum Beispiel in einem Wat, da ist ja dann, also einmal sind ja die kleineren Räume da zur Meditation und einmal ist dann ja der große Saal, wo eben halt die Haupt-Buddha-Figur steht, wo die Säulen sind, wo die entsprechenden Farben auch einwirken und da kann ich mich also dann sehr schnell reinversetzen. #00:27:39-6#
- 158 I: Ja und da kam einer der Räume, kam Ihnen in der Improvisation oder das war präsent? #00:27:41-7#
- 159 B: Ja, Mhm (bejahend). #00:27:48-1#
- 160 I: Ja und das war eine Improvisation mit den Klangschalen und dem Gong oder haben Sie das wieder aufgegriffen? #00:27:53-3#
- 161 B: Ja, jetzt also mit dem Gong und den Klangschalen, also Töne an sich, die keine Melodie ergeben, also wirklich Tonspuren sind, die lösen bei mir sowas einfach aus. #00:28:05-6#
- 162 I: Und die haben Sie sich immer wieder gesucht oder haben Sie auch was für getan, dass Sie das so gespielt haben mit den Stunden? Oder haben Sie das Frau H. überlassen, dass sie das vorschlägt? #00:28:18-1#
- 163 B: Also es war so, weil ich eigentlich das Hauptaugenmerk auf das Gespräch gelegt habe, das war für mich und auch im Nachherein immer noch das Dominierende. Diese Sachen mit den Klängen oder mit, ja Musik ja nicht, also mit den Klängen sage ich jetzt mal, war vielleicht eine unterstützende Sache, aber für mich nach wie vor war das Gespräch das Wichtigere, der dominierende Teil. #00:28:51-0#
- 164 I: Was ich mich gerade noch fragte, also Sie haben viele Dinge erlebt in der Musik, die Ihnen bekannt waren. Gab es auch etwas, was anders war, vielleicht weil es in der Musiktherapie war, also es war ähnlich oder war es auch anders (lachend) für Sie? #00:29:14-7#
- 165 B: Könnte ich jetzt im Moment nicht drauf antworten, also mir würde spontan nichts einfallen. Es war für mich mehr eine Auffrischung als etwas, was für mich ganz neu auf mich zukam. #00:29:28-4#
- 166 I: Ja, okay. #00:29:28-4#
- 167 B: Bis auf diesen Klangessel, das kannte ich noch nicht. Den habe ich noch nirgendwo gesehen, wobei das aber ja mehr das Design und die Form und die Art aussagt und nicht die Töne. #00:29:39-5#
- 168 I: Haben Sie mal drin gesessen auch? #00:29:39-3#
- 169 B: Ja, das war ja die Situation beim ersten Mal gleich. #00:29:45-5#
- 170 I: Ach so, gleich. #00:29:45-7#

- 171 B: Also das war ein Vorschlag von Frau H., die übrigen Sachen waren eigentlich so, dass ich dann mehr gefragt wurde "was können Sie sich vorstellen? Wollen wir noch was machen? Was steht hier? Was spricht Sie an?", also in dieser Form. Abr das erste Mal war es eben halt der Klangsessel. #00:30:12-2#
- 172 I: Ja, und die Vorschläge hatten für Sie eine Beziehung zu den Gesprächsinhalten manchmal? Weil Sie sagten, es war sehr wichtig, da auch zu sprechen? #00:30:23-5#
- 173 B: (.) Das könnte ich jetzt so gar nicht bewerten oder ich würde mal sagen, die Auswahl war von meiner Seite aus mehr spontan und natürlich sehr klangschalen-lastig (lachend) #00:30:36-2#
- 174 I: (lachend) ja. #00:30:38-4#
- 175 B: Wann hat man schon mal die Möglichkeit, das so mit, ich hab zwar meine zuhause, aber es ist eben halt eine und ich habe nicht die Möglichkeit, solche in dieser Größe bei mir irgendwo dann aufzubewahren. #00:30:53-1#
- 176 I: Ah ja. #00:30:51-3#
- 177 B: Und die Gelegenheit nimmt man dann schon wahr (lachend) #00:30:55-6#
- 178 I: Ja, genau (lachend). Das heißt, so von den Gesprächen, wenn Sie sagen, das war was sehr Wichtiges, da hatten Sie einfach auch Raum für das, was Sie so belastet hat. Sie haben es ein bisschen angedeutet, also Ihre Erkrankung natürlich, aber auch die Belastung Ihres Vaters. #00:31:16-3#
- 179 B: Ja. #00:31:16-3#
- 180 I: Da war schon einiges. #00:31:16-9#
- 181 B: Oh ja, das war grenzwertig. #00:31:22-6#
- 182 I: Und können Sie vielleicht das kurz oder ein bisschen andeuten, was Sie hierhergeführt hat, also was so Ihr Anliegen war? #00:31:29-7#
- 183 B: Kann ich Ihnen sagen. 14. Dezember vorletzten Jahres bei mir die Diagnose an Brustkrebs, im Januar die Operation, im Januar der Tod meiner Schwiegermutter, im Februar findet man meinen Vater halb verblutet in der Wohnung in Cuxhaven auf. Ich mit der frischen OP-Narbe, dann Wohnung aufgelöst, mich um alles gekümmert, über Nacht meinen Vater hier ins Pflegeheim von Krankenhaus aus in Cuxhaven. Dann eine Pflegestelle gesucht. Kriegte die Diagnose, dass unsere kleine Enkelin an Leukämie erkrankt ist, dann war im Mai der Tod unseres Schwagers an Leberkrebs. #00:32:15-4#
- 184 I: Ach je. #00:32:15-7#
- 185 B: Und ich dann dazwischen. #00:32:18-5#
- 186 I: Okay, das war viel. #00:32:20-2#
- 187 B: Mit der Vollmacht meines Vaters, mach mal, Generalvollmacht, ich will nicht mehr, aber vom Kopf her völlig klar, einfach nur, ist ganz schön, wenn das jemand macht. #00:32:32-8#
- 188 I: Okay. #00:32:34-0#
- 189 B: Ja und dann saß ich da. #00:32:38-9#
- 190 I: Und das war ein Gefühl des Überfordertseins damit oder? #00:32:41-9#
- 191 B: Ja, kann man vielleicht auch verstehen, das war ein bisschen viel. #00:32:45-8#
- 192 I: Und dann haben Sie von hier gehört, dass es dort eine Unterstützung gibt? #00:32:49-3#
- 193 B: Richtig. #00:32:49-8#

- 194 I: Genau und dann/ #00:32:54-8#
- 195 B: Weil ich hier auch im Ärztehaus, damals von Herrn Prof. Schm. damals noch operiert worden bin, der ist ja inzwischen auch verstorben und dadurch war natürlich die Verbindung hier zum UKE und über die Schiene, sage ich jetzt mal, habe ich das eben halt erfahren und habe mich dann erstmal Erkundigungen eingezogen, was ist das eigentlich, kommt das für mich infrage, wäre das gut, wie auch immer, habe mich dann auch mit der Krankenkasse in Verbindung gesetzt. Ich sage, was ist das? Ich habe mich also vorher gründlich informiert und hatte mich dann dazu entschlossen, also so geht es nicht weiter. Hilfe brauchst du irgendwie. Und habe mich dann dazu entschlossen, mich hier anzumelden. #00:33:39-5#
- 196 I: Ja. Und hatten sie das Gefühl, sie haben, also jetzt sage ich mal "trotz" dass es Musiktherapie war oder hatten Sie auch in der Musiktherapie diesen Raum für Ihre Themen und für das Sprechen oder hatten Sie das Gefühl, es kommt zu kurz. #00:33:54-9#
- 197 B: Nein, auf keinen Fall. Ich hatte vorher sicherlich auch, vielleicht nicht in dieser Eindringlichkeit, aber ich hatte das halt so gesagt, dass also Musiktherapie bin ich zwar für offen, aber muß ich sehen, ob es was für mich ist. Ich war wirklich volle Zweifel und das Gespräch stand auch für mich und auch in der Erinnerung steht es für mich im Vordergrund. Es ist sehr, sehr wichtig, dass so etwas, also jetzt nicht nur auf die Musik geschoben wird oder mit Musikgearbeitet wird, sondern dass klärend oder hilfestellend auch das Gespräch dabei ist und zwar mit einem wichtigen Stellenwert. Das wird für jeden einen anderen Stellenwert haben, für mich war es sehr wichtig. #00:34:46-9#
- 198 I: Auch von der Zeit in der einen Stunde, die Verteilung? #00:34:49-0#
- 199 B: Ja, genau. #00:34:53-2#
- 200 I: Und hat die Musik das eher unterbrochen am Ende oder gab es irgendwie so einen Übergang? #00:34:58-1#
- 201 B: Nee, die Formulierung, die Sie eben gemacht haben, war schon ganz gut. #00:35:02-9#
- 202 I: (lacht) #00:35:02-9#
- 203 B: Nämlich unterbrochen am Ende, also es wurde nicht unterbrochen, sondern es wurde abgeschlossen. #00:35:10-7#
- 204 I: Das Gespräch wurde abgeschlossen oder wie? #00:35:12-7#
- 205 B: Die Musik war dann eben halt der Abschluss und nicht das Gespräch unterbrechen, ich muß meinen Gedankengang weiterhalten und dann kommt ein Musikteil und dann nochmal wieder das Gespräch, sondern ich fand es angenehm, dass erst das Gespräch ausführlich und man dann gesehen hat, es ist noch Zeit oder was macht man jetzt und dann eben halt dieser Musikteil angeschlossen hat und die Zeit beendet hat, nicht dass man sprunghaft wieder auf etwas anderes eingeht. Das finde ich also persönlich besser. #00:35:46-8#
- 206 I: Und Sie sind ja dann sozusagen auch mit der Musik im Ohr sage ich mal rausgegangen. #00:35:54-5#
- 207 B: Ja, genau so ist es. #00:35:54-5#
- 208 I: Da haben Sie immer was mitgenommen? Kann man das so sagen? Ich will Ihnen da jetzt nichts/ #00:36:02-4#
- 209 B: Ob nun immer (lachend), diese Formulierung immer würde ich glaube ich ein bisschen abschwächen, aber es war auch so, ja. #00:36:13-4#
- 210 I: Das heißt, es hat irgendwie so eine Form gefunden bei Ihnen in der Musiktherapie, aber bei Ihnen war es so, dass der Gesprächsanteil war und am Ende die Musik. #00:36:26-0#
- 211 B: Ja. #00:36:27-1#

- 212 I: Ja. #00:36:28-0#
- 213 B: Wir haben es sicherlich auch mal anders gehabt. Aber das ist so dieser Tenor, wo es dann meistens war so. #00:36:37-9#
- 214 I: Ja und erinnern Sie, also jetzt mal, wenn Sie sich sozusagen an das Ende des Gesprächs erinnern und an das Ende der Musik. Also ich frage mich, hat es etwas nochmal verändert, die Musik in der Stunde oder wäre es gleich gewesen, wenn Sie mit dem Gespräch geendet hätten für Sie, können Sie da, können Sie das, hätte, aber vielleicht kann man eine Idee entwickeln dazu. #00:37:09-8#
- 215 B: Hm, das ist jetzt schwierig. Also ich glaube nicht, dass die Musik was geändert hat, sondern dass sie nochmal dafür gesorgt hat, nochmal auf einen ruhigen Punkt zu kommen. Und wenn man dann zuhause die Möglichkeit gehabt hat, dann eben auch relativ ruhig auch über diese ganze Sache nochmal nachzudenken und das ganze nochmal zu resümieren. Das ist glaube ich so rum richtiger. #00:37:38-9#
- 216 I: Ja. #00:37:41-7#
- 217 B: Also einen ruhigen Abschluss finden, dafür waren eben diese Klänge oder der musikalische Teil dieser Sache war da eigentlich recht gut. #00:37:49-9#
- 218 I: Und war das wichtig für sie, einen ruhigen Abschluss zu finden, das ist ja auch? #00:37:53-8#
- 219 B: Ja, was heißt wichtig. Es war sehr angenehm, wäre aber in manchen Punkten auch glaube ich ohne gegangen, sagen wir mal so. Aber es war ein angenehmer Punkt. #00:38:10-8#
- 220 I: Okay, weil Sie im Gespräch schon einen guten Punkt erreicht hatten? #00:38:11-9#
- 221 B: Ja, ja, weil diese Gespräche waren auch sehr offen und ich habe sehr, sehr viel Anregungen bekommen, wie ich bestimmte Sachen auch handhaben könnte, wie man über einige vielleicht auch anders nachdenkt, als das, was ich hab, so dieser, jeder hat ja für sich so eingefahrene Schienen. Und dann eben halt zu sagen, okay, es ist nicht alles schwarz und nicht alles weiß, sondern jedes Weiße hat einen schwarzen Punkt und umgekehrt, eben aus verschiedenen Standpunkten, bestimmte Situationen nochmal zu beleuchten. #00:38:54-7#
- 222 I: Okay, da gab es Ideen in den Gesprächen, Nachfragen, so. #00:39:00-0#
- 223 B: Genau. #00:39:01-5#
- 224 I: Ja. #00:39:02-4#
- 225 B: Das war sehr intensiv und sehr ausführlich. #00:39:10-7#
- 226 I: Ja. (...) Und irgendwas ist Ihnen aber noch unklar? Vielleicht können wir da nochmal drauf zurückkommen. Also, was Sie jetzt erzählt hatten, mit den vertrauten Instrumenten, das war, das fühlt sich jetzt, habe ich, denke ich verstanden, was Sie damit meinten. #00:39:27-3#
- 227 B: Ich hoffe, ich hab das so ausgedrückt, dass an es verstehen kann (lachend). #00:39:32-2#
- 228 I: (lachend) Ich hab nur nicht rausgehört, was für Sie nicht verstehbar war jetzt, auch bei den Improvisationen. Sie sagten, Sie haben das aufgenommen, was hätten Sie da noch gehört. #00:39:43-2#
- 229 B: Das was mein Teil dazu war, das glaube ich schon, dass da ein Verständnis ist. Mich würde jetzt interessieren, warum das aufgenommen worden ist und ob man da irgendwelche Schlüsse draus gezogen hat? Was macht man mit diesen Aufnahmen? Warum sind die so wichtig? Was verspricht man sich davon als Therapeutin? Also jetzt von der gegenüberliegenden Seite, diese Meinung oder diese Beurteilungen, die vielleicht da drin stecken, das würde mich interessieren. #00:40:14-4#

- 230 I: Okay, ja. #00:40:12-5#
- 231 B: Wie sehen mich andere? #00:40:17-1#
- 232 I: Ah ja, was hören die daraus? #00:40:20-8#
- 233 B: Was hören die daraus bzw. ich hab ja diese Ausbildung nicht. Ich bin ja fachlich nicht geschult. Das, was ich so von mir gebe, ist ja alles, was ich mir angelesen habe oder was ich fühle. #00:40:33-3#
- 234 I: Genau. #00:40:35-5#
- 235 B: Und mich würde einfach mal interessieren, ob jetzt jemand, der fachlich geschult ist, der mir in diesem Fall auf die Sprünge helfen soll, möchte, kann, wie der sowas beurteilt, was eigentlich da drin steckt? Vielleicht mehr, vielleicht wirklich nicht mehr, als das, was ich gesehen habe, aber das würde mich schon interessieren, diese Aufarbeitung. #00:41:01-7#
- 236 I: Ja und für was wäre das hilfreich für Sie, wenn Sie da eine Rückmeldung hätten?
#00:41:05-7#
- 237 B: Hm, auf der einen Seite reines Interesse und auf der anderen Seite, wenn die mir gegenüberstehende Person mich anders beurteilt, wäre das vielleicht noch mal ein Anstoß auch nochmal in eine andere Richtung wiederum, zu denken oder das noch mal zu überdenken. Wenn es jetzt also heißt, ich sage jetzt mal als Beispiel, aus der und der Passage kann ich das und das heraushören oder ich bin der Meinung, dass es so ist. Wenn ich jetzt in eine ganz andere Richtung immer gedacht habe, dann hätte ich ja die Chance durch diese Erklärung oder durch diese Meinung, die mir mitgeteilt wird, das nochmal aufzuarbeiten und dann trotzdem hinterher zu sagen, gut, das ist Ihre Meinung, ich habe eine andere oder das ist Ihre Meinung, ich hab darüber nachgedacht, vielleicht steckt für mich noch was darin, wo ich etwas ändern kann. #00:42:09-7#
- 238 I: Ach ja, genau. #00:42:11-6#
- 239 B: So in diese Richtung, das war mein Gedankengang dabei. Und das, diese Chance fehlt mir jetzt einfach. #00:42:17-1#
- 240 I: Okay. #00:42:18-0#
- 241 B: Das ist das Einzige, wo ich sagen kann, das ist noch offen geblieben. #00:42:22-6#
- 242 I: Und im Prozess haben Sie nicht dran gedacht, Frau H. das zu fragen oder? #00:42:28-2#
- 243 B: Ich hatte ja vorhin schon gesagt, dass es eigentlich gedacht war, das weiterzuführen. Das wäre irgendwann gekommen, aber dazu ist es jetzt unter diesen Bedingungen eben halt nicht mehr gekommen, weil ich dieses Gespräch nicht mehr habe. #00:42:40-2#
- 244 I: Und Sie hatten nach der Musik keine direkte Rückmeldung, das ist ja nicht nur beschränkt auf die Aufnahme die Möglichkeit, sondern Sie hätten ja auch nach der Improvisation, gibt es ja auch für Frau H. noch eine Möglichkeit, Ihnen zu sagen "mensch, da habe ich jetzt das wahrgenommen oder gehört?" #00:42:57-4#
- 245 B: Also von ihr aus kam da gar nichts, ich hätte fragen müssen. Und ich hätte auch sicherlich eine Antwort bekommen, aber ich habe es zu dem Zeitpunkt nicht gemacht. Ob es mir zu dem Zeitpunkt nicht so wichtig war wie heute, das weiß ich nicht. Aber als Abschluss fehlt es mir einfach so ein bisschen. #00:43:13-7#
- 246 I: Ja, hm. Ich weiß nicht, ob die Möglichkeit wäre, dass Sie nochmal mit Frau H. nochmal eine Stunde verabreden? Es scheint ja wirklich ein Anliegen zu sein? Könnte ja machbar sein.
#00:43:29-3#
- 247 B: Ja, ich weiß jetzt nicht, es ist ja sicherlich jetzt nicht nur das Gespräch mit Frau H., sondern es ist ja auch bestimmt sehr viel Verwaltungsaufwand und dann wird wieder gefragt, welche Kosten und was weiß ich. Das ist ja jetzt nicht damit getan, dass ich hier anrufe und sage

- "haben Sie nochmal eine Stunde Zeit für mich oder eine halbe?". #00:43:45-7#
- 248 I: Ja, haben Sie nicht eine normale Überweisung? Einen normalen Überweisungsschein?
#00:43:53-3#
- 249 B: Ja, aber das ist ja alles ausgelaufen, es ging ja nur bis zum 31.12., insofern glaube ich, dass da auch noch andere Kriterien, also sachliche Kriterien mit hineinspielen sollten. #00:44:04-6#
- 250 I: Sind Sie privat versichert? #00:44:05-2#
- 251 B: Nein. #00:44:04-2#
- 252 I: Nee, also ich meine, das muß man besprechen, aber ich könnte mir vorstellen, dass es möglich ist. #00:44:13-0#
- 253 B: Könnte man probieren, ja. #00:44:13-1#
- 254 I: Also wenn es Ihnen noch, scheint ja interessant zu sein. #00:44:18-6#
- 255 B: Könnte man nochmal nachdenken und dan nochmal einen Versuch starten. #00:44:20-8#
- 256 I: Gut, ja. #00:44:22-6#
- 257 B: Aber das ist vielleicht auch etwas, was andere Patienten beschäftigen könnte, das weiß ich nicht. Und das wäre also eine Anregung von mir, dass man in die Richtung nochmal geht und sagt, ich mache diese Aufzeichnungen hier, was ja zu Anfang sowieso für den Betreffenden naja, nicht so selbstverständlich und alltäglich ist. Und dass man dann eben halt sagt "wir machen das weil..", ich glaube, das wäre eine nicht ganz schlechte Idee.
#00:44:56-5#
- 258 I: Ja, okay, weil es Ihnen auch wichtig ist, das zu verstehen und eben auch die Grenzen.
#00:45:03-9#
- 259 B: Genau. #00:45:05-2#
- 260 I: Wenn Sie sich vorstellen, es hätte die Musik nicht gegeben, hätte Ihnen was gefehlt?
#00:45:15-4#
- 261 B: (..) Ganz ehrlich, nicht viel, muß ich ganz ehrlich gestehen. Es war also eine sehr angenehme, zusätzliche Erfahrung bzw. ja Auffrischung als neue Erfahrung. Ja, es war eine zusätzliche Hilfe, um zur Ruhe zu kommen. Aber das Hauptaugenmerk war wirklich das Gespräch für mich (.), sehr wichtiger Faktor. #00:45:48-4#
- 262 I: Ja und Sie hatten es ja auch gesucht am Anfang, das war Ihr Anliegen. #00:45:54-0#
- 263 B: Genau. #00:45:56-6#
- 264 I: Ja, ich guck mal kurz, ob ich (30), ja, wenn Sie, ich weiß gar nicht, ob wir es am Anfang des Interviews hatten oder im Vorgespräch sozusagen, wenn Sie so insgesamt gucken auf diese, ein halbes Jahr waren Sie ungefähr dabei oder war es länger? #00:46:39-4#
- 265 B: Ja, kommt ungefähr hin. #00:46:40-3#
- 266 I: Ein halbes Jahr. Also hat sich was verändert in Ihnen? Sie haben gesagt, Sie haben es beendet aus einem guten Grund, was ist anders geworden in der Zeit? #00:46:56-4#
- 267 B: Also über die Therapiezeit habe ich auf jeden Fall wieder gelernt, an meine Ressourcen, an meine Kenntnisse, die ich vorher schon hatte, wieder heranzukommen. Es war eine sehr, sehr wichtige Hilfe für mich. Sich wieder auf Dinge besinnen zu können oder sich wieder auf Dinge einzulassen, die ich ja eigentlich schon mal konnte, aber die einfach so weit weg waren durch die Probleme, die das Ganze überschattet hat, das war für mich eine riesen Hilfe, um jetzt das wieder für mich in Anspruch nehmen zu können und zu mir, zu meinen Dingen wieder zurückfinden zu können. #00:47:37-2#

- 268 I: Und was sind Ihre Dinge? Also was sind die Ressourcen? #00:47:39-5#
- 269 B: Ja, jetzt über Meditation, über Konzentration, über bestimmte Gedankengänge, die man sich macht, über ich hab mir jetzt zum Beispiel, habe ich das wieder angefangen, mir bestimmte kurze Sätze oder bestimmte Schlagworte zu nehmen und wenn ich jetzt merke, es kommt eine Situation, die überfordert mich mal wieder, dass man auf diese kurzen Sätze oder auf diese Schlagworte zurückgreifen kann und sagen "halt, das wolltest du nicht", dass ich also da in der Lage bin, wirklich Gedankengänge zu unterbrechen, damit sie sich nicht wieder steigern können und zu sagen "so, Moment, was ist jetzt? Kann ich an dieser Situation, die mich jetzt belastet, kann ich da im Moment was dran ändern, ja oder nein? Wenn ja, dann voll einsteigen, wenn nein, versuchen, damit abzufinden". Diese Dinge, dass man sich selber Worte oder Hilfestellungen schafft, um jetzt wirklich klar denken zu können und nicht in diese verhängnisvollen Schleifen hineinzukommen dann. #00:48:54-3#
- 270 I: Und da haben Sie ein Stück weit das in der Therapie erarbeitet oder aufgegriffen so? #00:49:01-9#
- 271 B: Ja, auf jeden Fall. #00:49:04-0#
- 272 I: Dass Sie da nochmal klarer geworden sind oder nochmal (unv.) #00:49:06-8#
- 273 B: Oder eben auch dieses Recht, auf sich selber zurückzukommen und zu sagen "das will ich nicht mehr" oder diese Überforderung, jeder versucht 150% irgendwie von mir zu kriegen, dass ich dann sage "es reicht" und zwar auf der einen Seite es reicht, das was ich mache, es ist gut genug, ich will nicht mehr. Und auf der anderen Seite, es reicht, um den anderen abzuschirmen und zu sagen "nein, das was ich jetzt gemacht habe, da ist die Grenze. Ich mache bestimmte Spielchen nicht mehr mit - Game over". (..) War für mich sehr schwierig. #00:49:53-0#
- 274 I: Naja, das glaube ich. #00:49:52-5#
- 275 B: So dieses Nein sagen wieder zu lernen. #00:49:56-1#
- 276 I: Und da ist gut, einen Gegenüber zu haben, der mit einem das zusammen erarbeitet? #00:50:03-7#
- 277 B: Ja, vor allem die Reaktion dann, feststellen zu müssen, dass man sich selber in diese Schleife hineingebracht hat. Dass man selber meint, dass da Ansprüche auf einen zukommen, die gar nicht so sind. #00:50:19-1#
- 278 I: Ah ja. #00:50:20-4#
- 279 B: Denn ich habe es ja gemacht, ich bin dann ja auf meinen Vater zugegangen und habe gesagt "so, hör zu, es ist fünf vor zwölf, ich muß hier raus, ich kann dich nicht jeden Tag besuchen". Ich bin also zu Anfang jeden Tag im Heim gewesen. Es ging einfach nicht mehr. Und komischerweise, na komisch nicht, merkwürdigerweise war dann der Punkt erreicht, umso weniger ich da war, umso mehr hat er in diese Richtung gemacht, die ich eigentlich mir gewünscht hatte, nämlich Kontakte aufgenommen etc, so dass ich mich gar nicht drum kümmern mußte. Also diese Erfahrung jetzt, lass los, dann kommt vieles von alleine, das muß man ja auch erstmal lernen. #00:51:02-1#
- 280 I: Naja, genau. #00:51:04-4#
- 281 B: Bzw. wieder lernen (lachend). #00:51:07-2#
- 282 I: Ja. #00:51:09-0#
- 283 B: Und das ging dann sehr gut. #00:51:13-5#
- 284 I: Und die Stücke, die Sie aufgenommen haben, die Klangschalen-Rhythm, nutzen Sie die jetzt noch oder? #00:51:22-2#
- 285 B: Ja, die ändern sich natürlich auch ständig. #00:51:24-0#

- 286 I: Okay, ja. #00:51:25-3#
- 287 B: Das sind nicht mehr die, die ich vor einem halben Jahr gehabt habe. Sicherlich können dann da mal wieder welche sein, die dann gefühlsmäßig ähnlich sind, aber es hat keinen Zweck, wenn man in Ängsten und engem Raum für sich ist und man versucht, da rauszukommen, dann ist es eine ganz andere Klangfolge, die einem gut tut, als wenn man jetzt zwischendurch schon mal diese Ruhe haben kann und sagt "ja, jetzt möchte ich aber eigentlich mal wieder powern. Ich hab das und das vor und ich will mich jetzt also darauf konzentrieren", dann sind das natürlich schon wieder ganz andere Klänge, die einen ansprechen. #00:52:09-6#
- 288 I: Okay. #00:52:09-6#
- 289 B: Also es ist ein wandelnder Prozess. #00:52:10-2#
- 290 I: Ja. #00:52:14-9#
- 291 B: Denn das, was ich vor einem halben Jahr, wo ich sagte "ich muß endlich mal zur Ruhe kommen", das würde heute, wo ich jetzt gerade wieder in Reisevorbereitungen stecke und plane, in April, Mai also wieder nach Indien zu fahren, das sind ganz andere Gefühle, die man da dann verarbeitet und mitnimmt. #00:52:40-0#
- 292 I: Also die Musik klingt, so wie Sie sich fühlen? So vielleicht? Oder ähnlich. (lachend)? #00:52:46-0#
- 293 B: Ja, nur da kann man sich dann auch wirklich drin wohlfühlen. #00:52:50-2#
- 294 I: Ja. Sehr spannend, was Musik so für ein Raum sein kann, wo man sich selbst findet, wiederfindet. (lachend) #00:53:00-6#
- 295 B: Ja, Mhm (bejahend). Wobei das bei mir eben halt wirklich so ist, ähm, dass es nicht unbedingt melodische Sachen sind, ja, ich mag gerne klassische Musik, aber eben nicht ausschließlich. Aber wenn ich das auf Gefühle umsetze, dann müßte hier wirklich Klänge und nicht Musik, wenn ich damit irgendwelche Gefühle erzeugen möchte oder unterstützen möchte oder so etwas. Dann ist es eben halt nicht unbedingt eine Melodie, sondern wirklich der Ton und der Klang an sich. #00:53:41-5#
- 296 I: Und das sind die Klangschaalen-Töne und die Gong-Töne und so einzelne Töne, sich mit vielen Schwingungen oder bestimmten Charakter (lachend). #00:53:49-3#
- 297 B: Ja, genau, ja, genau, Mhm (bejahend), genau das. #00:53:55-1#
- 298 I: Ja, gibt es, wir sind so ein bisschen am Ende, gibt es, wenn Sie nochmal so kurz gucken, noch etwas, was jetzt nicht vorkam, aber was für Sie wichtig ist noch zu berichten? #00:54:09-7#
- 299 B: Eigentlich nicht. Ich glaube, ich habe eine ganze Menge erzählt (lachend), hab versucht, das so zu bringen, dass es eben halt auch verständlich wird. Also ich hätte dem nichts weiter von mir aus hinzuzufügen. #00:54:26-5#
- 300 I: Ja? Okay. Dann mache ich mal aus (lachend), vielen Dank. #00:54:34-2#

IP9_Interviewtranskript

- 1 Interview: IP9
- 2 Geschlecht: w
- 3 Therapeutin: PP
- 4 Interviewerin: PP
- 5 Zeitpunkt des Interviews: 28.2.17 (nach Abschluss der MT)
- 6 Ort: Musiktherapieraum
- 7 Script: SP
- 8 I: So, das läuft. Ich stell das mal so hin. Ja, alles bestens, gut (lachend), ja. Wie fangen wir an? Am besten, Sie fangen mal an und einfach, dass Sie mal, was Ihnen jetzt so einfällt zur Musiktherapie, die Sie erlebt haben. Also, was kommt Ihnen da zuerst in den Sinn? #00:00:30-3#
- 9 IP9: Was ich mir im Bus schon überlegt habe: wie hieß noch das eine Instrument? Das war die Cantele? #00:00:36-2#
- 10 I: Ja. #00:00:34-4#
- 11 IP9: Die war sehr schön auch, die Cantele. Ja, Musik ist einfach, äh, hilfreich, finde ich sehr hilfreich, finde ich sehr hilfreich, insgesamt. Und (..) was fällt mir noch ein dazu? Dass es ja, äh, ((lacht etwas)) also ohne Musik wäre das vielleicht nicht so was heisst nicht erfolgreich, mir geht es jetzt gut, ich hab trotzdem noch Phasen, wo ich ängstlich bin, das geht glaube ich auch nicht weg. Aber da kann ich mit umgehen. Und das war für mich hier so auch in dem Stuhl, das war so was mit diesem Musikstuhl, das war für mich so ungewohnt und auch, aber schön, dass da was, ich brauchte gar nichts machen, es war einfach so, ich konnte da so passiv sitzen und das aufnehmen und das war schon unterschiedliches Gefühle, manchmal sehr emotional auch und (.) ja, so sehr (..), ja, dass ich da wirklich eintauchen konnte so in so Musik und nur für mich und das war schon sehr (atmet tiefer ein) einprägsam, äh war schon ein Erlebnis einfach so, ja. Und und dieses selber, selber Musik machen ist für mich äh, ich ich selbst spiele ja leider kein Instrument, aber das war hier sehr schön, dass ich hier was machen konnte oder was ausdrücken konnte oder versuchen konnte, was Stimmung auszudrücken mit einem Musikinstrument, sei es (atmet tiefer ein) mit dem Xylophon oder mit der Cantele oder hier haben wir auch mal dieses .. #00:02:48-5#
- 12 I: Ocean-Drum (?) #00:02:49-2#
- 13 IP9: dieses, ja, die haben wir auch schon geht, was mich dann so an diesen Regenmacher erinnert hat und ja (..). #00:03:01-6#
- 14 I: Das heisst, Sie konnten was ausdrücken und können sie noch beschreiben, was Sie da ausdrücken konnten? #00:03:07-5#
- 15 IP9: Ich konnte, mit der Musik kann ich Sachen ausdrücken, die ich nicht in Worte fassen kann, das weiß ich schon seit langem, dass ich (atmet tiefer ein) durch Musik, das geht irgendwie tiefer, manche Sachen kann ich einfach nicht in Worte fassen. Da fehlen mir die Worte oder es geht nicht. Und die Musik geht tiefer, die geht (atmet tiefer ein) in Emotionen, die ich, da kommen Emotionen hoch, die kann ich nicht im, im Reden, nicht in Worte fassen, das geht in Musik, das geht auch mit selbst, mit hören, auch passiv hören und es geht aber auch, wenn ich es selbst mache so. #00:03:52-1#
- 16 I: Das heisst tiefer, was, was meinen Sie mit tiefer? #00:03:54-7#

- 17 IP9: Äh, also ich hab das Gefühl, wenn man das Gehirn in Schubladen da (atmet tiefer ein) aufteilen, da werden Schubladen aufgemacht, die ich sonst nicht aufkriege, so. #00:04:09-1#
- 18 I: Ja, ja. Und was sind das für Schubladen? #00:04:13-9#
- 19 IP9: Das ist so ganz tief, von ganz, ganz, ganz früher, wo ich denke, was war da, was ich dann noch nicht mal benennen kann, aber da kommen so Gefühle hoch, die von (.) von, von ganz früher. #00:04:37-9#
- 20 I: Also von der frühen Kindheit oder was? #00:04:36-8#
- 21 IP9: Ja, auch frühe Kindheit. #00:04:39-8#
- 22 I: Oder was meinen Sie mit früher? #00:04:41-6#
- 23 IP9: Ja, frühe Kindheit auch. Wo ich immer denke, ich habe überhaupt keine Erinnerung an frühe Kindheit. Meine früheste Kindheit ist Erinnerung ist vielleicht, da bin ich fünf oder sechs oder sieben, als ich in die Schule gekommen bin. Da habe ich ganz negative und davor habe ich kaum Erinnerungen. Während ich mit der Musik, habe ich das Gefühl, da kommen Erinnerungen von früher, die ich aber nicht genau benennen kann, da kommt sowas, so (.), das nicht (.), ich kann es nicht, schlecht ausdrücken (lacht etwas) #00:05:17-0#
- 24 I: Jetzt auch nicht? Das ist aber spannend. #00:05:18-7#
- 25 IP9: Das ist schwer, das ist schwer, es ist immer noch schwer. Ich kann es nicht so ausdrücken, das ist dann da, wenn die Musik, mit der Musik kommt das und das ist dann auch drin, wo ich (.) dann auch denke, das kann ja nicht angehen, wieso hast du das jetzt mit der Musik, wenn du im normalen Leben ohne (atmet tiefer ein) hast du, da komme ich da nicht ran. Aber ich komm übr die Musik an sowas ran, so. #00:05:47-3#
- 26 I: Ja und hat das eine bestimmte Qualität, an was Sie da drankommen? Wenn Sie es so umschreiben, so versuchen. #00:05:54-7#
- 27 IP9: So, so das sind so frühe Sachen, die sind aber auch zum Teil (.) nicht immer schön und auch, sind auch traurig, wo ich dann denke ups, armes kleines Kindchen, was du da warst, so ein bisschen, aber ja, das sind schon so, ich glaube, das sind Sachen, die ich ganz doll da in eine Schublade ließ. Diese Schublade ist so fest zu, da komme ich sonst nicht ran. Das ist immer, das geht nur so. Das habe ich, das habe ich auch mal in diesem Stuhl gehabt. Da musste, da war ich dann auch so traurig, dass ich dann weinen mußte. Es hat mich so berührt, dass ich dann auch wieder gar nicht so genau, es war so eine starke Emotion, die mich zum Weinen gebracht hat. (..) (atmet aus). #00:06:59-0#
- 28 I: Und wie war es, das zu erleben, diese starken Emotionen? #00:07:02-8#
- 29 IP9: Das war äh (.), das war auch sehr positiv, ich hab das Gefühl, da konnte ich was rauslassen, auch rauslassen, was sonst da nie rauskommt. Und was immer gut ist, was ich auch in unseren Stunden hier gut fand, dass ich auch hier, dass auch Emotionen da waren und manchmal auch sehr stark bei mir, aber dass ich immer wieder runtergekommen bin. Dann war es auch oft denn mit der Musik dann nochmal zum Schluss nochmal. Musik spielen, was mich dann auch wieder so ein bisschen runtergebracht hat, wenn die Emotionen zu groß waren. #00:07:46-9#
- 30 I: Ja, was ist da passiert, wenn die so groß waren, also wie hat sich das angefühlt, die große Emotion? #00:07:52-7#
- 31 IP9: Das war schon manchmal sehr mit Trauer, traurig (..), also das, aber äh (..), es war aber, wie gesagt, ich konnte das so irgendwie rauslassen. Ich kann es (lächelt etwas) nicht so gut beschreiben, ja (atmet aus). #00:08:17-3#
- 32 I: Und dann hat sich was, das ist ja irgendwie weitergegangen. Also die große Emotion war da, sie waren berührt davon und wie ist das weitergegangen? #00:08:25-2#

- 33 IP9: Ja und dann war es aber auch wieder so, dass es dann, dass ich mich da einlassen konnte, als wenn ich, wenn das so hochkommt und ich muß es dann loslassen so, rauslassen und loslassen und das war mit, mit, besonders dann, wenn ich dann (atmet tiefer ein) hier noch, wenn ich dann noch gespielt hab, als auf der Cantele, meistens auf der Cantele, die war eigentlich immer so ganz oder auch mal hier ordentlich lostrommeln, so, mal versuchen. #00:09:01-0#
- 34 I: Das verbinden Sie dann mit loslassen von dem oder das hat Ihnen geholfen für? #00:09:06-3#
- 35 IP9: Ja, ja und das war dann noch so (atmet etwas ein), dass ich dann ruhiger wurde danach wieder. Es war schon Emotion und dann wieder konnte ich das, weil so, es hat mich aufgewühlt, ich hätte mir nicht vorstellen können, so, jetzt ist Schluss und jetzt gehe ich nach Hause und das wäre gar nicht gegangen und das ist aber auch nie passiert, das war, das fand ich eben das Gute dadran, dass es nie so war, ich war zwar sehr aufgewühlt, aber ich war dann so, dass ich dann wieder runtergekommen bin, also ich sage mal so, dass es dann so ein guter A...Ausklang war so, dass ich danach auch wieder ruhig nach Hause gehen konnte so. #00:09:48-5#
- 36 I: Das heisst loslassen heisst? Also wie, was heisst das für Sie in der Situation? #00:09:53-6#
- 37 IP9: Na, dass ich das zulassen konnte und dann sozusagen selbst verarbeitet oder so oder es war dann jetzt (atmet tiefer ein) äh, hm, (.10), rausgelassen? So, so Stück für Stück was rausgelassen und dann war es so, ja, ich sage einfach, dass ich dann äh, ja, ich kann es gar nicht anders ausdrücken, dass ich dann ruhiger wurde, dass ich ruhiger war danach, also und dann, ja. #00:10:43-9#
- 38 I: Und ruhiger inwiefern? Also ich frag einfach so genau nach. #00:10:45-8#
- 39 IP9: Ja, dass ich, also entspannter, ruhiger, entspannter, also. #00:10:54-4#
- 40 I: Also körperlich eher oder? #00:10:57-7#
- 41 IP9: Beides, körperlich und auch so seelisch-geistig, so ein bisschen ruhiger als so, ja. (.) #00:11:07-7#
- 42 I: Haben Sie vielleicht eine Metapher dafür? Manchmal findet man so ein Bild, was da, nur wenn Ihnen was einfällt? Ist leichter (lacht etwas)? #00:11:17-1#
- 43 IP9: Hm, ja, so ein Stein, der runtergefallen ist, es ist auch so, dass ich was aufbaue so mit Ängsten und dann, wenn es vorbei ist, phhh (atmet aus), da ist mir dann so ein Stein von der Seele gefallen. #00:11:31-2#
- 44 I: Ah, ja. #00:11:31-2#
- 45 IP9: Das knallt dann so ordentlich, so ein dicker, fetter Stein. #00:11:36-0#
- 46 I: Ja. #00:11:36-0#
- 47 IP9: Das ist dann auch oft so, wenn ich eine Untersuchung habe (atmet tiefer ein), die mir bevorsteht, wo ich denke, ich weiß, das kommt dabei raus und dann (atmet tiefer ein) gehe ich da mit Ängsten hin und dann ah, jetzt war auch wieder ein gutes ah, E...(atmet tiefer ein) Ergebnis und dann phh (atmet aus), das fällt dann von mir ab. #00:11:54-1#
- 48 I: Hm, ja. #00:11:55-0#
- 49 IP9: Und nun bin ich wieder entspannt und oh, dann geht es mir wieder besser einfach, wenn man das als Metapher nehmen kann. #00:12:04-3#
- 50 I: Ja, das ist schön, ja, ja. #00:12:04-2#
- 51 IP9: Weiß ich nicht, so, das ist ja, das gibt dann, es bauen sich so, es baut sich was auf und dann jetzt gerade im Februar war die Untersuchung (atmet aus), alles gut, ich brauche keine

- Chemo mehr (atmet aus). #00:12:26-1#
- 52 I: Oh wow, toll ja. #00:12:24-4#
- 53 IP9: Ich muss zwar noch alle Vierteljahr zur Blasenpiegelung und alle halbe Jahre zum MRT und einmal im Jahr die anderen Untersuchungen, aber (atmet ein) keine Blasenchemo mehr. Die letzte war Anfang Februar war die letzte. Und jetzt, das war jetzt auch so ein Erlebnis, wo ich dachte oh (atmet ein und aus). #00:12:45-6#
- 54 I: Ja, ein Stein gefallen (lachend etwas) ja, ja. #00:12:47-2#
- 55 IP9: Ja und. #00:12:54-7#
- 56 I: Das heisst, was entsteht dann für ein Gefühl, was, was für Sie hilfreich ist? #00:12:57-9#
- 57 IP9: Erleichterung. #00:12:58-5#
- 58 I: Erleichterung hm. #00:13:00-8#
- 59 IP9: Erleichterung und Leichtigkeit. #00:13:04-6#
- 60 I: Ja, hm. #00:13:02-8#
- 61 IP9: Positiv, noch, ich bin ja nicht so negativ eingestellt, ich bin ja eher positiv eingestellt (atmet ein), aber trotzdem, wenn sowas ist, diese Untersuchungen anstehen zum Beispiel, dann bin ich dann auch nicht mehr ganz so entspannt, dann bin ich da auch so, hm, das und so und dann jetzt war es wieder gut (atmet aus) und das ja, ist dann eben so. Ja, ich finde das mit so einem Stein, der runterfällt, ist für mich so, ja. #00:13:41-0#
- 62 I: Passt, ja, stimmig. #00:13:44-6#
- 63 IP9: (lacht etwas) da kann ich wieder beschwingter durchs Leben gehen (lacht etwas), wieder lockerer oho (Stimme hoch). #00:13:51-0#
- 64 I: Ja, ja. #00:13:51-0#
- 65 IP9: Schön, gut, bis zum nächsten Mal, aber bis dahin ist erstmal alles gut, so. Immer von Vierteljahr oder halbe Jahr zu halbe Jahr, nicht zu lange im Voraus planen, das mache ich nicht mehr und das geht aber. #00:14:08-0#
- 66 I: Hm, ja, ja. #00:14:11-4#
- 67 IP9: Ja. #00:14:13-7#
- 68 I: Und also war für Sie das, hatten Sie das erwartet, das, nenne ich es mal große Emotionen mit im Spiel sind in der Musiktherapie oder hat Sie das überrascht oder wie? #00:14:29-5#
- 69 IP9: Ein bisschen teils, teils, weil ich habe in einer Reha, das ist schon lange her, 2012 glaube ich war das, da war ich in St. Peter Ording, da hatte ich so was, hatte ich sowas Ähnliches gehabt wie eine Musiktherapie, es war aber doch noch ein bisschen anders, da war noch Bewegung mit darin, das war, vielleicht war es auch eher Tanz so, aber mit Musik, es war Musik und wir in diesem Kursus oder in dieser Gruppe, wir sollten uns ganz frei nach dieser Musik bewegen. Und da hab ich das gehabt, da war auch so bestimmte Musik auch emotional, das war dann so ähnlich wie hier, dass es mich so sehr (atmet tief ein), dass da diese ganz verschlossene Schublade, dass die aufgegangen ist und dass die sozusagen, ich hab mich als Kleinkind gesehen in Kinderbett und sowas, wo ich gedacht hab, ey, was ist das denn? Dass ist ja fast eine Halluzination und da habe ich das gemerkt, dass Musik da emotional, mich sehr emotional berühren kann und es passiert mir auch mit (atmet ein) manchem, mit bestimmter Musik, also so, und deswegen hat es mich nicht so sehr erstaunt und deswegen (atmet ein), als man mich gefragt hat, als ich hier angefangen hab, ob ich auch Interesse an Musiktherapie, da hab ich gesagt "ja" hab ich "ja gerne". Das war auch so, dass ich dachte, ja, das probiere ich mal aus und vielleicht ist dass dann auch so, wie ich das schon mal erlebt habe und es ist auch so. #00:16:12-6#

- 70 I: Das Gefühl, das tut Ihnen gut mit solchen Gefühlen auch mal in Kontakt zu kommen ne?
#00:16:16-2#
- 71 IP9: Ja, ja, und das kann ich nicht verbal nur mit reden so und ich kann das nicht mit malen, vielleicht geht es (atmet ein) mit malen hab ich es noch nicht ausprobiert, gibt ja auch Maltherapie oder so. Aber das habe ich noch nie ausprobiert, das weiss ich nicht so, aber ich weiss, dass diese Musik mich da äh (atmet ein) emotional so anspricht, dass ich da an Sachen drankomme, die so total verschlossen sind. Und das finde ich, finde ich gut, das war ist für mich auch gut. #00:16:55-0#
- 72 I: Und es sind ja Sachen, also die mit Ihrer frühen Kindheit zu tun haben, die welche Bedeutung geben Sie dieser Erinnerung oder diesem Kontakt für Ihre jetzige Situation? Wissen Sie, wie ich meine? Oder haben Sie, also wie, wie bringen Sie das zusammen?
#00:17:12-3#
- 73 IP9: Ja, ich bin mir nicht ganz sicher, ich weiß es nicht so ganz genau, ob das, was das, ob das ein Zeichen ist, warum ich diese frühen Sachen aus meiner Kindheit, da habe ich extrem (atmet ein), weil ich hab da glaube ich so extrem viel verdrängt, weil es nicht so toll war, es war also nicht so eine (atmet ein) tolle Kindheit insgesamt. Und da habe ich glaube ich extrem viel verdrängt, ich glaube, und das (atmet ein) dass da was rauskommt, ist eigentlih, finde ich aber auch wiederum gut, dass ich da was merke oder nochmal spüren kann.
#00:17:53-1#
- 74 I: Ja nicht? #00:17:51-0#
- 75 IP9: Ja, spüren kann, weil das verhärtet, es hat so, ich glaube, es ist nicht umsonst so ganz weg, weggesteckt, weil ich sonst Angst habe, dass das, weiß ich nicht, es überfällt mich oder sonst was, ich weiß es nicht genau. Kann ich da, vielleicht ist es von mir auch ein Selbstschutz, dass ich das so weggepackt hab, dass es nur rauskommt (atmet ein), wenn ich so mit Musik, dass ich die Musik dahinbringt, dass ich das rauslassen kann oder es kommt dann einfach, weiß ich nicht. #00:18:31-8#
- 76 I: Man könnte auch denken, dass ist doch gut, das ist da verschlossen, dann haben Sie da nichts mit zu tun, sage ich jetzt mal so einfach? #00:18:43-9#
- 77 IP9: Das könnte man so denken, aber ich glaube, dass ist für mich gar nicht so gut. Andererseits will ich auch da mal ran, weil ich weiß, viele Sachen, so wie ich mich verhalte oder wie ich bin, sind da auch begründet in diesen ganzen (atmet etwas ein), ganzen Sachen im Verhältnis (atmet ein) zu Kindern, zu Familie, zu Partner oder sonst was, also so, manche Ängste auch. #00:19:11-9#
- 78 I: Ja. #00:19:11-9#
- 79 IP9: Ängste, die ich nicht benennen kann, diffuse Ängste, wo ich dann nicht weiß, ey wieso habe ich das oder wieso bin ich in dem Fall jetzt so ängstlich, kann doch gar nicht sein, mein Kopft sagt mir, mein Verstand sagt mir, du brauchst es nicht sein, ich bin es dann aber. Ich glaube, dass es damit zusammenhängt, so Erinnerungen. Aber wenn ich so bewusst oder vom Kopf her, Vernunft, wenn ich da denke, ich kann mich da mal dran erinnern, das geht dann nicht, kann ich nicht. Deswegen sage ich oft, wenn mit Freunden oder Freundinnen, das habe ich als Kind und das habe ich da gemacht und das und da, ich sage "wieso könnt Ihr Euch dran erinnern?", da kann ich mich nicht mehr dran erinnern. So, aber ich hab es ja erlebt, dass ich es doch kann, aber irgendwie nur mit Hilfe von ja, meistens Musik, Bewegung oder Musik auch, ja hm. #00:20:21-5#
- 80 I: Und diese, um da nochmal kurz nachzufragen, Sie sagen diese hm, Aspekte, die Sie verbinden damit, dass Sie früher bestimmte Dinge erlebt haben, also ich sage mal als Beispiel diese diffusen Ängste, die Sie genannt haben, also spielte das oder spielt das jetzt sagen wir mal in den Umgang mit Ihrer Erkrankung mit hinein? #00:20:44-9#
- 81 IP9: (atmet ein und aus) #00:20:47-0#

- 82 I: Also nimmt das einen Einfluß? Würden Sie sagen, das nimmt ja? einen Einfluß? #00:20:51-3#
- 83 IP9: Also mit der Erkrankung in sofern, dass ich ängstlicher bin als vor der Erkrankung. Früher war ich, überhaupt, hatte ich fast gar keine, also war ich überhaupt nicht ängstlich. Jetzt bin ich nur, ich bin nicht ständig ängstlich, aber manchmal und das habe ich vor der Erkrankung nicht gehabt. #00:21:13-4#
- 84 I: Hm, ja. #00:21:15-8#
- 85 IP9: Und die Ängste sind auch noch da, aber nicht extrem, aber manchmal schon. Kann das gar nicht, kann das nicht am Beispiel festmachen, aber schon, wenn wir sozusagen so 'ne Untersuchung oder sowas bevorsteht oder irgendwie auch manchmal unbekannte Sachen, was ich von mir von früher überhaupt nicht kenne, das habe ich früher nicht gehabt, ich bin eigentlich immer (atmet ein) furchtlos, ich war völlig furchtlos immer und das bin ich nicht mehr (lachend), nicht mehr so. #00:21:48-1#
- 86 I: Ja, ja, ja. #00:21:50-4#
- 87 IP9: Auch wirklich, ich bin durch, durch dunkle Wege gegangen nachts und sonst was, das hat mir überhaupt nicht, vielleicht war es auch ein bisschen (atmet ein) zu riskant, aber ich hatte, ich war völlig, ich hatte so ein Gottvertrauen, ich hatte auch keine Angst irgendwie, nichts und jetzt überlege ich mir dann schon (atmet tief ein) ach, nee, du musst ja jetzt durch diesen dunklen Waldweg, musst du jetzt ja eigentlich nicht gehen, so ganz alleine. #00:22:25-1#
- 88 I: Ja. #00:22:25-1#
- 89 IP9: Eigentlich finde ich es, ja, aber so ist das, das ist natürlich völlig banal, aber und (atmet ein), aber daran merke ich das auch so ein bisschen. #00:22:34-0#
- 90 I: Ja, ja. #00:22:35-1#
- 91 IP9: Oder es hat was mit dem Alter zu tun, ich weiß es nicht (lachend). #00:22:37-1#
- 92 I: Bestimmt auch, ja. #00:22:39-9#
- 93 IP9: Vielleicht kommt noch was dazu (atmet tief ein), aber ja. #00:22:44-7#
- 94 I: Ja, also, was mich beschäftigt, ob die Beschäftigung mit den Themen Ihrer frühen Kindheit, blende ich mal so ein, ob die eine Auswirkung hat auf die Bewältigung oder die Auseinandersetzung mit Ihrer Krankheit jetzt? (..) Oder ist das getrennt? (.) Ich weiß nicht, geht das?(lacht etwas) #00:23:18-9#
- 95 IP9: Ja, weiß ich nicht (... 7), macht das was aus? (...) Ich bin ja so Weltmeister im Verdrängen, ich verdränge ja ziemlich viel, habe ich ja schon immer gemacht und da war dadurch (.) bin ich ja darangegangen, so unbewusst eigentlich und, aber sowas so, was von so ganz früher, was ich da erlebt habe, das spielt da in meinem Verhalten jetzt keine Rolle, das erlebe ich dann und dann ist das für mich eher so ein Aha-Erlebnis, dass ich denke, ach, so war das wohl da, so war das dann. Und dass war natürlich, das kommt daher, weil das und das und das so war (..), das sind glaube ich doch, ich weiß nicht, das sind zwei verschiedene Sachen, dass ich, die Erinnerung, die sind da und dass ist auch gut, dass die da sind, dass ich da so mal raufgucken kann, so dass ich das so, dass ich das in mein Leben jetzt so richtig mit einbaue, kann ich nicht sagen oder ich mache es und ich weiß es nicht (lachend). #00:24:51-8#
- 96 I: Ja, ist manchmal schwer zu fassen (lachend). #00:24:53-7#
- 97 IP9: Ja, schwer auszudrücken. #00:24:57-2#
- 98 I: Ja, genau, das ist es (lachend), genau (lachend) mhm. #00:25:05-7#
- 99 IP9: Es ist ja so, der Mensch oder ich beobachte mich ja nicht ständig selbst. #00:25:10-0#

- 100 I: Ja, ja. #00:25:08-9#
- 101 IP9: Deswegen kann ich das jetzt so schlecht sagen. #00:25:12-3#
- 102 I: Ja, ja. #00:25:17-7#
- 103 IP9: (...) Also ich weiß nur, ich weiß, dass es mir besser geht. #00:25:24-5#
- 104 I: Hm, jetzt als? #00:25:26-6#
- 105 IP9: Als vor der Therapie. Mir geht es jetzt besser. Hat natürlich auch was damit zu tun, dass es mir auch insgesamt mit dieser Sache, dass das schon jetzt langsam besser wird. Damit hat es mit Sicherheit auch zu tun. Aber auch (atmet ein), auch, dass ich diese Therapie hier machen durfte, das war, also, es hat mir auch jeden Fall was gebracht und sei es nur, dass ich an diese (atmet ein) Erinnerungen ran gekommen bin und dass ich da (atmet ein) auch mal genießen konnte, dass was für mich gemacht wird. #00:26:02-7#
- 106 I: Ja. #00:26:02-7#
- 107 IP9: Was ich sonst überhaupt nicht kann. Ich kann auch keine (atmet ein) Komplimente oder sowas annehmen, das ist für mich, war früher gar nicht, ging gar nicht, inzwischen kann ich das schon mal (atmet ein). #00:26:16-8#
- 108 I: Ja hm. #00:26:16-8#
- 109 IP9: Ja, das ist, ja. #00:26:18-3#
- 110 I: Und das war besonders in dem Klangstuhl für Sie? #00:26:21-6#
- 111 IP9: Ja, das war so, ich konnte mich da einfach zurücklehnen und brauchte gar nichts machen, die Augen schließen und das einfach genießen und es war einfach so es macht einfach nur jemand was für mich, ich brauch keine Gegenleistung machen, ich brauche nichts machen, ich bin einfach da und kann das genießen und das (atmet ein) fand ich zum Beispiel auch in der Reha zum Beispiel schön, wenn ich eigentlich in der Reha war oder Anschluss-Heilbehandlung in der Kur (atmet ein), dass da, dass ich soviel bekommen habe, was ich dann auch annehmen konnte und das habe ich natürlich (atmet ein), das war schon ganz toll. Da letztes Jahr und vorletztes Jahr, letztes Jahr die Reha und vorletztes Jahr die Anschluss-Heilbehandlung und dass ich (atmet ein) das, ja, da musste ich schon sagen, dass ich sehr dankbar bin, dass ich das bekommen habe und fand es auch sehr gut. #00:27:19-9#
- 112 I: Hm, ja. Und was war das Genußvolle bei dem Klangstuhl? (lacht etwas) #00:27:27-6#
- 113 IP9: Das war einfach dieses so, mich so fallenlassen können, so entspannen und gar nichts machen und ohne Gegenleistung, irgendwas, einfach so (atmet ein), ich brauche nicht irgendwas machen, dass ich das bekomme, sondern ich war einfach da und konnte, hab das einfach bekommen, durfte, konnte das genießen und war auch dann sehr, ja. #00:27:50-7#
- 114 I: Wie sind Sie da rausgegangen aus dem Klangstuhl? Wissen Sie das noch? (lacht etwas) #00:27:54-0#
- 115 IP9: Ja, manchmal noch ein bisschen upps, ich mußte erstmal mein, nicht Gleichgewicht, aber so ein bisschen schwebend (lacht etwas) und dann war wieder so, ja, war schon hm. #00:28:07-5#
- 116 I: War das auch körperlich spürbar für Sie? #00:28:08-2#
- 117 IP9: Ja. #00:28:11-5#
- 118 I: Hm. #00:28:12-0#
- 119 IP9: War so ein bisschen (atmet ein), es waren keine Gleichgewichtsstörungen, aber es war so, ich hatte so dieses Schaukeln. #00:28:19-2#
- 120 I: Stimmt ja. #00:28:17-5#

- 121 IP9: Ich hab ja auch manchmal mehr oder weniger dann geschaukelt und fand das so angenehm. #00:28:21-1#
- 122 I: (lachend). #00:28:22-7#
- 123 IP9: Dieses Schaukeln, das war sowas Wiegen, Schaukeln, wer weiß, vielleicht war das sowas (atmet ein), in den Arm nehmen oder so (atmet ein), so, ja, aber die Mutter war nicht da (lachend) #00:28:41-2#
- 124 I: Ja, Erinnerungen ne? #00:28:41-2#
- 125 IP9: Ja, ja. #00:28:43-6#
- 126 I: Ja und da haben Sie das? #00:28:47-7#
- 127 IP9: Vielleicht war das so, ich kann das nicht sagen, aber so. #00:28:46-9#
- 128 I: Kann sein, also wenn Ihnen das als Idee schwebt (lacht etwas) ja, hm. #00:28:51-5#
- 129 IP9: Ja (lachend) hm. Ich finde das so frappierend, das so (atmet ein), dieses, dass sowas rauskommt, so eine Erinnerung, ich bin achtundsechzig Jahre als, das isst schon lange her (atmet ein) und es kommt trotzdem noch. #00:29:16-3#
- 130 I: Ja. #00:29:17-0#
- 131 IP9: Also das (atmet ein) finde ich schon sehr, sehr verwunderlich, dass sowas passiert, dass sowas passieren kann. #00:29:24-4#
- 132 I: Ja, ja, also die Erinnerung an die Mutter oder Liebe? #00:29:28-3#
- 133 IP9: Ja oder diese Sachen, wo ich denke, ich war da so klein und so hilflos und so ja, ich war so ein armes Hasch, dann habe ich mit mir selbst Mitleid. #00:29:43-1#
- 134 I: Ja. #00:29:40-9#
- 135 IP9: Dann könnte ich über mich selbst, um mich selbst weinen, weil ich so ein Mitleid hab, was ich für ein armes Hascherl war, damals (lachend), das hört sich ja vielleicht albern an, aber es ist so, dass ich denke, meine Güte hm, ja. #00:29:58-6#
- 136 I: Mitgefühl für sich selbst ist das auch? #00:30:01-8#
- 137 IP9: Ja, ja. #00:30:03-7#
- 138 I: Und das was wichtig ist hm. #00:30:07-4#
- 139 IP9: Nicht immer nur stark sein und auch nochmal so, ja. #00:30:16-6#
- 140 I: Ja, hm. #00:30:18-7#
- 141 IP9: Das wundert mich schon, das finde ich schon erstaunlich, dass das sowas, dass es sowas gibt. #00:30:24-9#
- 142 I: Und in so einer Situation wo etwas? #00:30:29-4#
- 143 IP9: Was ich auch schon mal hatte, was schon zehn Jahre oder noch länger her ist, wo ich das auch hatte so, dieses Gefühl, ich bin da in so (etwas klappt), ich weiß das noch, das war so, als wäre ständig neben mir oder so (atmet ein) und da bin ich so ein kleines Kind in so einem Gitterbett, also. #00:30:49-0#
- 144 I: Ja, das Bild kommt. #00:30:50-6#
- 145 IP9: Ja. #00:30:52-6#
- 146 I: Und was war anders in dem Klangstuhl als im Kinderbett? #00:30:57-2#
- 147 IP9: Äh (..) das war (..) also mit der Bewegung war es noch (..) noch heftiger, also war es

- stärker mit Bewegung, deswegen war vielleicht auch dieses Schaukeln ganz gut, dass ich nicht nur, sondern mich so in dem Stuhl so schaukeln konnte, das war gut. #00:31:24-1#
- 148 I: Ja, ja. #00:31:25-4#
- 149 IP9: Das hat das dann, das ist so, ja, ich merke, dass, das andere war fast fünfzehn Jahre her und das war jetzt, also ich glaube, dass das dieses erste, was ich damals hatte, das war stärker, dieses war auch stark, aber es war, hatte eine etwas andere Qualität, das war nachher ruhiger, ich konnte da bisschen gelassener rausgehen und das andere hat mich sehr (atmet ein) aufgewühlt, mehr. #00:32:03-1#
- 150 I: Hm, auch der erste Kontakt dann oder? #00:32:05-6#
- 151 IP9: Ja und das war, deswegen habe ich das glaube ich auch noch mehr in Erinnerung. Und da war dann glaube ich auch nichts mehr mit noch ruhig oder so, dass man da, da bin ich glaube ich dann so rausgegangen mit diesem sozusagen "Erlebnis" sagen wir mal so (atmet ein). Und das war so, das hätte dann ein bisschen, da gab es dann kein Runterkommen. #00:32:32-9#
- 152 I: Ja, ja. #00:32:34-2#
- 153 IP9: Und das war jetzt so dieses runterkommen ist sehr wichtig finde ich, also, kann dann nicht so rausgehen. #00:32:43-1#
- 154 I: So aufgewühlt hm. #00:32:46-2#
- 155 IP9: Ja, richtig. Und das war auch hier immer gut, so dieses runterkommen. Wir haben auch Stunden gehabt, wo wir gar nicht, fast gar nicht mit dem Instrument nichts gemacht haben, sondern wo ich einfach ganz viel geredet hab, die ersten Male auch und das war dann auch immer gut, dass ich dann so wieder da ruhig aus Ihrer Stunde hier rausgehen konnte. #00:33:14-4#
- 156 I: Nach dem Reden oder nach dem Beschäftigen hm. #00:33:18-7#
- 157 IP9: Ja, ja, ja. #00:33:19-9#
- 158 I: Und was waren so die, wie haben wir das gemacht, das Runterkommen (lacht etwas). #00:33:23-5#
- 159 IP9: Ja meistens, zum Schluss war es dann immer nochmal und wenn es nur zehn Minuten waren mit Musik und das war dann noch, ja, eigentlich fast immer nochmal (atmet ein) fünf oder Zehn Minuten noch, die Musik, dann war ich so, als wenn ich da abschalten konnte und mit der Musik noch so ausklingen oder ausklingen lassen. #00:33:47-1#
- 160 I: Hm. Haben Sie da eine bestimmte Szene in Erinnerung oder sehen Sie sich an Instrumenten? #00:33:56-5#
- 161 IP9: Das war auch mit der Cantele, ja. #00:33:58-4#
- 162 I: Ja, ja die Cantele war ist mehr für Sie ne? #00:33:59-5#
- 163 IP9: Ja, die war so, ja, eigentlich, ich hab ja gedacht, ich würde viel mehr auf diesen Klanghölzern richtg oder trommeln, aber mit den Trommeln, das war eher was für viel mit Aggression, aber ich glaube (atmet ein) soviel Aggression rauslassen, das fällt mir schwer, kann ich nicht so gut. #00:34:24-3#
- 164 I: Aber es war ein Wunsch am Anfang das zu tun oder? #00:34:28-1#
- 165 IP9: Ja, das war ja mal, aber das war nachher, nachher war es eher so, dass die Cantele war dann nachher mal irgendwie, so, dass es dann da mehr, da habe ich ja auch laut und leise ging da ja auch, also. #00:34:42-7#
- 166 I: Hm. Und wissen Sie noch, wie Sie zur Cantele gefunden haben (lachend), wie Sie die

- entdeckt haben? #00:34:52-7#
- 167 IP9: Weiß ich nicht, ich glaube das war weil ich, ne, weiß ich jetzt gar nicht mehr. #00:34:55-9#
- 168 I: Nee (lachend). #00:34:56-1#
- 169 IP9: (lachend) haben wir die vorgestellt oder irgendwie? Cantele oder nein, ich weiß nicht, diese eine, das hier, weil ich wußte, diese kleine. #00:35:08-2#
- 170 I: Die Sansula? Dieses Daumen-Klavier? #00:35:10-4#
- 171 IP9: Nee, nee, dieses hier. #00:35:10-7#
- 172 I: Die Cantele, genau. #00:35:11-2#
- 173 IP9: Die Cantele. Und dieses ist doch auch? #00:35:14-2#
- 174 I: Nee, Tambura (Instrument ertönt) #00:35:15-6#
- 175 IP9: Tambora, die ist aber auch sehr schön, die Tambora (Instrument ertönt), also Tambora fast (Musik ertönt) #00:35:22-8#
- 176 I: Sonst nehmen Sie sie eben, das aber (lachend) #00:35:25-9#
- 177 IP9: Ja, die Tambora ist noch ein bisschen (atmet tief ein) äh so, da kommt noch mehr so raus, die Tambora war auch gut, und die Cantele, auf die Cantele bin ich gekommen über eine verstorbene Freundin, die hatte nämlich eine. #00:35:37-2#
- 178 I: Ja, ach, hm. #00:35:39-6#
- 179 IP9: Und daher war mir dieses Instrument so ein bisschen, hatte ich da schon mal was von gehört. #00:35:46-6#
- 180 I: Ja, hm. #00:35:47-8#
- 181 IP9: Aber die Tambura, die war eigentlich (Instrument ertönt), die war schön, die ist so, die ist glaube ich fast noch besser als die Cantele. #00:35:55-4#
- 182 I: Ja? #00:35:56-4#
- 183 IP9: Ja, weil die ein bisschen mehr, lauter werden kann. #00:35:58-3#
- 184 I: Ja, ah ja, ja. #00:36:01-7#
- 185 IP9: Die kann lauter werden, die Töne. #00:36:04-5#
- 186 I: Geht das? #00:36:06-4#
- 187 IP9: Ja, die sind, da kann man so, kann ich mehr (Instrument ertönt lauter) so richtig auch laut werden #00:36:15-0#
- 188 I: Ja, nach vorne streichen #00:36:15-4#
- 189 IP9: Ja, da kann man leise sanft (Instrument ertönt leiser) oder auch das hier (Instrument ertönt lauter). #00:36:23-4#
- 190 I: Ja (lacht etwas), gut, dass es hier nochmal klingt (lachend). #00:36:25-4#
- 191 IP9: (Instrument ertönt) schön, hat sich aber wieder weg, ein Klangkörper (atmet ein), Vibration. #00:36:39-3#
- 192 I: Ah ja, genau die. #00:36:39-3#
- 193 IP9: Ist auch schön (stellt etwas weg), ja, ist sogar noch mehr als die Cantele. #00:36:51-4#
- 194 I: Ja? Also Sie verbinden so verschiedene Lautstärken oder auch? #00:36:56-3#

- 195 IP9: Ja, ja, dass es noch mehr, weil ich wußte, hatte es jetzt nicht mehr ganz so in Kopf, aber es ist noch das Instrument, noch mehr als die Cantele, die Cantele ust auch hübsch, auch schön, aber die ist (atmet ein), aber die kann man so ein bisschen mehr, wie gesagt, lauter, kräftiger, unterschiedlicher tönen, ich kann ja keine Flöte (hebt die Stimme etwas) (lachend), naja. #00:37:28-9#
- 196 I: Hm, und es heisst, Sie haben dann auch die Tambura von sich aus genommen? Oder einfach als ne? #00:37:39-6#
- 197 IP9: Ich weiß gar nicht mehr, wie das war. Es war glaube ich, Sie haben mir die mal vorgestellt und haben mir die gezeigt und dann, ich glaube, die habe ich am häufigsten genommen, die Tambura. Andere auch, aber es ging mal so (atmete ein), ja. #00:37:53-7#
- 198 I: Und erinnern Sie, ob ich dazu gespielt habe oder haben Sie eher alleine gespielt oder war das wichtiger für Sie oder wie war das? #00:38:06-8#
- 199 IP9: Das war unterschiedlich, aber ich glaube, ich habe mehr alleine gespielt ne? Sie habe auch gespielt, das haben wir ja auch gehabt. Ein-, zwei-, dreimal, aber ich glaube (.), für mich war das auch ganz wichtig so selbst da was zu machen, auf dieser (.). Ich weiß, das eine Mal, da war das auch ganz sanft, da hab, war ich dann auch wieder ruhiger, da hat, war ich, weiß ich noch, da war ich ziemlich erregt, ich weiß nicht, ob wir darüber gesprochen haben? Ob da ein Gespräch drüber war oder? Ja, bestimmt und dann war das ganz gut und dann aber auch, habe ich auch mal ein bisschen wilder, sage ich mal darauf (lachend). #00:38:48-8#
- 200 I: Also erregt war irgendwie ein Thema, was oder was Sie mitgebracht hatten? #00:38:52-4#
- 201 IP9: Bestimmt, was ich mit-, ja, was ich mitgebracht hab mit dem Ganzen (atmet tief ein), diese ganzen Geschichten, Krankheitsgeschichten. #00:39:05-3#
- 202 I: Hm, wissen Sie noch was von dem Gefühl oder? #00:39:08-6#
- 203 IP9: Ich weiß es nicht mehr genau. #00:39:10-9#
- 204 I: Hm. #00:39:14-1#
- 205 IP9: Ne. (...5), nee weiß ich leider nicht mehr. #00:39:25-4#
- 206 I: Aber Sie können Sie erinnern? #00:39:28-0#
- 207 IP9: Ja, ja. #00:39:26-3#
- 208 I: Es hat sich nicht gut angefühlt oder? Es war irgendwas Unangenehmes oder? #00:39:33-4#
- 209 IP9: Ja, ja, dass es für mich ein unangenehmes Thema war, glaube ich, ich weiß aber nicht mehr, was es war, und dann war das gut, da so ein bisschen, also noch zu spielen und dann auch das was dann, dass ich es einfach, es hat mich fast immer nach unseren Gesprächen, diese Musik nochmal, das war dann oder auch selbst Musik machen, das war immer so, das hat mich ruhiger gemacht, geerdeter oder so, runtergebracht, ja, genau, so. #00:40:08-7#
- 210 I: Ja. #00:40:10-8#
- 211 IP9: Dass ich dann hier in Ruhe nach Hause fahren konnte und dann war das gut. #00:40:17-1#
- 212 I: Hm, aha, ja, hm. Und die Cantele, können Sie da noch irgendne Situation oder irgend? #00:40:31-2#
- 213 IP9: Die Cantele (atmet aus). #00:40:35-0#
- 214 I: (Lacht etwas), manchmal kommen ja Bilder oder? #00:40:40-5#
- 215 IP9: So (.) muss ich mal in die Hand nehmen. #00:40:44-2#
- 216 I: Ja, ja, klar, genau. #00:40:44-8#

- 217 IP9: (lacht etwas). #00:40:46-2#
- 218 I: (lacht etwas) gute Idee. #00:40:51-0#
- 219 IP9: (...) (spielt auf einem Instrument) lieblicher ne? (spielt auf dem Instrument) aber wann das war, weiß ich jetzt nicht mehr, aber dass ich die auch gespielt habe, weiß ich auch (spielt auf dem Instrument), aber das ist so, so eine (.....8) schöne Musik #00:41:29-3#
- 220 I: Ja. #00:41:30-1#
- 221 IP9: Leicht und ja (spielt auf dem Instrument) (....12). #00:41:56-0#
- 222 I: Vielleicht auch eine Metapher? #00:41:57-6#
- 223 IP9: (spielt auf dem Instrument) (...6) nein, da fällt mir meine Freundin ein, dass die so ein Instrument hatte, das weiß ich. Und die hat das auch sehr (...6), nein, macht mich jetzt eher ein bisschen traurig, wenn ich dann an meine Freundin denke. #00:42:35-4#
- 224 I: Ja, die Erinnerung ne? Hm. #00:42:38-7#
- 225 IP9: Ja, die hat sich leider selbst, die hat sich umgebracht, sie war sehr schwer asthmakrank und hatte oft so Erstickenanfänge (spielt auf dem Instrument) und das konnte sie dann nicht mehr, dann ist das so, konnte sie das nicht mehr aushalten. Ich weiß gar nicht wer (atmet ein) daher geerbt hat. Sie hatte vier Geschwister, ich glaube ihre eine Schwester hier in Hamburg hat die dann, ihren Nachlass bekommen (spielt auf dem Instrument). #00:43:18-5#
- 226 I: Sie haben die Erinnerungen. #00:43:21-7#
- 227 IP9: Hm, die klingt so schön, so leicht und so schön, sehr schön. (...) Man kann auch sagen, alles wird gut (lacht etwas). #00:43:45-1#
- 228 I: Oh ja, hm. Das heisst, es gibt so eine Botschaft? Eine innere Botschaft? #00:43:49-6#
- 229 IP9: Mhm (bejahend). (...15) #00:44:05-5#
- 230 I: War da nicht auch ein Bächlein mal mit im Spiel? Das kommt gerade? Natursachen? #00:44:10-8#
- 231 IP9: Mhm (bejahend) ja, so das ist schon, das stimmt. Hier fließt jetzt der Bach. Da ist auch Vogelgezwitscher, da auf diesem. #00:44:29-4#
- 232 I: Genau, ja (lacht etwas), ach ja. #00:44:30-7#
- 233 IP9: Auf diesem Ton, da, da sind ja jetzt so viele unterwegs. #00:44:37-4#
- 234 I: Ja, es geht los ne? #00:44:38-1#
- 235 IP9: Ist schön, da, der hier (spielt auf dem Instrument), (...) ja, es wird Frühling, das ist so ein Frühling, sehr jetzt. Mhm (bejahend) ja. #00:45:09-8#
- 236 I: Hm (lacht etwas). #00:45:17-8#
- 237 IP9: (geht ein Stück, stellt was weg) #00:45:27-3#
- 238 I: (lacht etwas). #00:45:27-7#
- 239 IP9: Kann ich hier nochmal was spielen (lachend). #00:45:30-1#
- 240 I: Ja (lacht etwas) #00:45:31-6#
- 241 IP9: Ach schön, ja. #00:45:39-7#
- 242 I: Hm. #00:45:42-7#
- 243 IP9: (unv.) #00:45:45-4#

- 244 I: Bitte? #00:45:45-4#
- 245 IP9: Das war jetzt schön (lachend). #00:45:48-5#
- 246 I: Ja, genau, dass es klingen konnte. #00:45:48-4#
- 247 IP9: Ja. (schenkt sich etwas ein, dreht Flasche zu). #00:46:02-6#
- 248 I: Genau, ich glaube, jetzt haben wir die Instrumente so erkundet so? Die Trommelsachen, Sie habe auch getrommelt? #00:46:08-7#
- 249 IP9: Aber gar nicht so, ja, aber nicht soviel. Auf der großen mit dem großen Klang. #00:46:20-3#
- 250 I: Diese Big Bom? #00:46:21-4#
- 251 IP9: Ja, auch die Handtrommel, weiß ich nicht so, weiß auch nicht. #00:46:29-4#
- 252 I: Und da noch was erinnern oder? #00:46:31-8#
- 253 IP9: Ich glaube, da hatte ich gerade so ein bisschen Stress mit meiner Tochter, da war meine Tochter glaube ich mal das Thema (lachend) #00:46:39-3#
- 254 I: Ja, stimmt, die hat uns beschäftigt ja. #00:46:42-9#
- 255 IP9: Die hat uns beschäftigt. Aber es ist viel besser geworden. #00:46:46-9#
- 256 I: Ja? #00:46:49-1#
- 257 IP9: Ja, das hat sich, sie war ja im Dezember nochmal da mit ihren beiden, mit den beiden Enkeltöchtern und es war viel, viel besser als sonst immer. #00:47:07-3#
- 258 I: Was war besser? #00:47:08-5#
- 259 IP9: Ja, man konnte so ein bisschen mit ihr reden und hat auch, konnte sich auch einlassen und ja, hat sich auch gefreut, dass sie da war. Es ist so, dass sie im Moment nicht arbeitet. Sie macht jetzt eine Ausbildung, ihren Plan B oder was das ist, mit der Schule, dass sie doch an die Schule geht und sie hatte jetzt keinen, hatte sozusagen, hat jetzt gerade eine Zeit, wo sie sich überlegen kann, wie sie das alles macht und kann viel zuhause sein und das tut ihr jetzt sehr gut. #00:47:50-9#
- 260 I: Ja, ah ja gut, hm. #00:47:52-2#
- 261 IP9: Das war auch zu merken, dass es ihr besser geht. Sie ist noch immer genauso dünn wie vorher und ich hab sie jetzt nicht gefragt, ob sie eine Therapie macht, aber sie wollte ja eine Therapie machen, hab das aber nicht gefragt. Aber es war, also das Ganze Miteinander war viel besser. #00:48:13-3#
- 262 I: Ja, hm. Und wenn Sie erinnern, dass das irgendwie Thema war mit den Trommeln, wie würden Sie das, wie beschreiben Sie das aus der Erinnerung, was haben wir damit gemacht mit dem Thema? #00:48:25-4#
- 263 IP9: Ich glaube, das war gerade als ich dieses, so zickig war, das war die Zeit davor. #00:48:32-1#
- 264 I: Ja? #00:48:33-0#
- 265 IP9: Also das war ja im Sommer und davor war sie ja bei mir. Und da war ich sauer auf sie oder weil das so oder nicht nur sauer, sondern ich fand das so schade, dass ich nicht an sie ran gekommen bin. (.) Und jetzt hat sich das vielleicht von selbst so ein bisschen, weil sich ihre Situation auch geändert hat. Gut, meine auch und das es vielleicht von beiden Seiten gekommen ist, von ihr, vielleicht war ich offener, hab das nicht gemerkt, dass ich sie auch so lassen konnte erstmal. #00:49:17-5#

- 266 I: Das heisst, was haben Sie ausgedrückt mit dem dann auf der Trommel dann? #00:49:27-0#
- 267 IP9: (.4) die Anspannung auf dieses (atmet ein), ja, eigentlich das Angespant sein mit ihr, dass das Verhältnis schwierig war, aber jetzt ist es ja viel besser und das war schon sehr schwierig. #00:49:45-5#
- 268 I: Hm, ja. War viel Konflikt. #00:49:51-1#
- 269 IP9: Ja. #00:49:51-1#
- 270 I: Hm, ja. #00:49:57-5#
- 271 IP9: (...) ja. #00:50:01-0#
- 272 I: Hm, hm. #00:50:07-2#
- 273 IP9: (...) #00:50:09-1#
- 274 I: Ja? Ganz spannend, viele Aspekte drin ne? #00:50:11-2#
- 275 IP9: Mhm (bejahend). #00:50:15-3#
- 276 I: Jetzt überlege ich, hm (...) ja, vielleicht schon nochmal, wo Sie sagen, wir haben ja auch viel gesprochen oder auch mal die Stunden ohne Musik verbracht. #00:50:29-2#
- 277 IP9: Ja, ja. #00:50:28-7#
- 278 I: Ähm, wie war das? Oder hätten Sie sich da auch ein anderes Verhältnis gewünscht oder war das stimmig? #00:50:36-5#
- 279 IP9: Das war stimmig, auf jeden Fall, ja. #00:50:40-2#
- 280 I: Also, wie würden Sie die Mischung beschreiben (lacht etwas)? #00:50:44-1#
- 281 IP9: Also (lacht etwas), es war für mich, dass ich hier, bei Ihnen ganz viel, ich hab ja ganz viel gelassen hier, war von meinen Konflikten bzw. von meinen Ängsten, hauptsächlich die erste Zeit (atmet tief ein) war ja viel Thema die Krankheit und auch (atmet ein) diese, diese äh nicht Wut, aber auch schon (atmet ein) doch, ich hab ich ja sehr ungerecht auch da behandelt gefühlt da bzw. das war ja schon fast ein Behandlungsfehler da im Krankenhaus, keine (atmet ein) Schmerzmittel bekommen und da fand ich, das war für mich ja eine große Sache, die ich ja erstmal loswerden mußte, die ich auch loswerden konnte. #00:51:31-1#
- 282 I: Ja, Mhm (bejahend). #00:51:33-8#
- 283 IP9: War echt gruselig (atmet ein) und so (...) ich hab da, ich wollte denen da eigentlich einen Brief schreiben und ich hab das nicht gemacht, weil ich dachte, das bringt sowieso nichts mehr (atmet ein), ich habe nur immer, ich denk immer "hoffentlich mußt du da nicht wieder hin" (lachend) #00:51:51-5#
- 284 I: Okay, ja, hm. #00:51:49-8#
- 285 IP9: Und wenn das sein müßte, dann würde ich da aber gleich anders rangehen, dann würde ich schon sagen "hier, wenn es da irgendwie", also ich hab Angst vor einer OP wieder, wirklich ziemlich Angst, dass ich denke "oh, wieder eine OP", bloss nicht, deswegen mache ich auch keine OP mit meinem Fuß, mit meinem Hallux hier. #00:52:14-9#
- 286 I: Ah, ja. #00:52:14-9#
- 287 IP9: Das mache ich nicht, müßte ich eigentlich machen, aber tue ich nicht, weil ich immer sage, jede unnötige Operation, gar nichts, das mit dem Fuß muß ich so hinkriegen mit Physiotherapie und Einlagen und sowas alles, das muß so gehen (lachend) #00:52:30-8#
- 288 I: Ja, hm, hm, ja, ja. #00:52:33-6#
- 289 IP9: Bloss nicht nochmal ins Krankenhaus mit OP oder sowas, das ist schon (atmet tief ein)

- ne Horrorvorstellung, also, weil dieses nach dieser Narkose damals, das war ja nun wirklich furchtbar (atmet tief ein) und sowas möchte ich nicht nochmal erleben, ne, also das ist, hm. #00:52:55-0#
- 290 I: Hm, hm. Und solche Dinge, die Sie beschäftigt haben, konnten Sie im Gespräch am besten loswerden? #00:52:59-4#
- 291 IP9: Ja. #00:53:00-5#
- 292 I: Oder war es auch sowas mit dem Stein oder hat das eine andere, würden Sie eine andere Metapher dafür nehmen? #00:53:06-4#
- 293 IP9: Hm, ne, das, das (.), das war, es hat mich ja extrem beschäftigt, es war so für mich gut, dass ich das besprechen konnte und zwar auch dieses, was mich sehr beschäftigt hat auch zu Anfang, das war dieser Tod (atmet etwas ein), diese Sterblichkeit, diese ja, wie will ich beerdigt werden (atmet ein)? und wie will ich das machen, das war das, was ich mit meiner Familie nicht besprechen konnte, da wollte ich, das ist mir noch sehr präsent, dass ich das hier (atmet tief ein), dass ich das hier erzählen konnte, was ich, wie ich mir das vorstelle auch, ja, selbst, Grabstein oder wie, wie das alles ablaufen soll (atmet ein), das, da hatte ich mir ja Gedanken drüber gemacht und war ja auch in so einem (atmet ein) Leuchtfeuer heißen die glaube ich? #00:54:07-6#
- 294 I: Nen Hospiz? #00:54:06-7#
- 295 IP9: Leuchtfeuer? Nein, nicht im Hospiz, sondern in so einem Institut, Beerdigungsinstitut, Museumstraße sind die. #00:54:14-1#
- 296 I: Ach, ja. #00:54:13-1#
- 297 IP9: Da war ich am Tag der offenen Tür, hab mir das da angeguckt, hab mir da (atmet tief ein) verschiedene Säрге angeguckt und dies und alles, das waren Sachen, die (hält Luft an), hat mein Mann gesagt "was willst du dahin?", ich sage "ja, ich will mir das mal angucken", ich dachte, "na, muss ich nicht mit ihm so drüber sprechen, das sind so Sachen, die ja (.)". #00:54:40-9#
- 298 I: Heisst, was war anders in diesem Gespräch hier? #00:54:43-1#
- 299 IP9: Ja, hier konnte ich das, war das normal, das ich mich so mit dem Tod beschäftigt hab und mit Beerdigung, ja, so, alles und da, das waren jetzt Sachen, hab ich, das war dann auch alles noch zu frisch, da wollte ich dann, meine Familie belastet das auch und wenn ich dann noch das anspreche (atmet ein), das wollte ich nicht, ich hab, da hab ich dann Angst gehabt, dass ich (atmet tiefer ein) (.), dass es zuviel wird. #00:55:17-8#
- 300 I: Ja, ja, hm. #00:55:20-2#
- 301 IP9: Aber das war, ich wollte das aber auch gerne besprechen, deswegen konnte ich das hier, das war gut, ne, das war, fand ich schon gut. #00:55:29-7#
- 302 I: Das heisst, was haben Sie von den Gesprächen gehabt? Oder wie kann man es fassen? #00:55:35-4#
- 303 IP9: Ich hab was davon gehabt, ja, dass ich dann da auch hingegangen bin, zum Tag der offenen Tür und dass ich mir so (.) klargemacht habe, was ich da will und dass ich schon nochmal gucken muß, nochmal so eine Patientenverfügung, das muss ich noch machen, das will ich noch machen (atmet tiefer ein), haben mein Mann, habe ich aber auch mit meinem Mann besprochen, das haben wir beide besprochen und da wollen wir nochmal zu unserer Hausärztin gehen und das machen, für uns beide, für mich und für ihn und (atmet ein), ja. #00:56:12-4#
- 304 I: Das heisst, wenn Sie das mal gegenüberstellen, Gespräche und Musik, ein bisschen pauschal, was ist da der Unterschied oder das jeweils Eigene? (lächelt) #00:56:24-1#

- 305 IP9: Also das mit der Musik war so, so, die Gespräche waren sehr hilfreich und die Musik (.), das war noch so ein i-Tüpfelchen, so ein Sahnehäubchen (lachend) ((lachend)). #00:56:39-7#
- 306 I: Aha. #00:56:41-2#
- 307 IP9: Es war noch so, ja, sowas Besonderes, noch schön, also war auch, also die, ich glaube aber, dass wir fast immer Musik noch gemacht haben, da so vom (atmet tief ein), als schönes Runterkommen, als Schönes, gutes Nachhause gehen wieder, nochmal so, ja. #00:57:07-2#
- 308 I: Also für was waren die Gespräche gut, für was die Musik? Das ist ja nochmal, aber schon Sachen. #00:57:14-2#
- 309 IP9: Mhm (bejahend), ja die Gespräche waren für mein, mein Wohlbefinden, aber auch die Musik war für mein Wohlbefinden, dass es mir besser geht, dass ich Ängste abbauen konnte (atmet kurz tief ein) und dass ich Sachen, die mich so sehr beschäftigt haben, die ich nicht mit der Familie besprechen konnte, dass ich die hier besprechen konnte, das war so wichtig, weil ich kann natürlich in den Wald gehen und dass dem Wald erzählen, aber das ist was Anderes ne. #00:57:44-3#
- 310 I: Was ist anders? Das ist (lacht etwas) spannend. #00:57:45-4#
- 311 IP9: Also, man kann auch in den Wald gehen und das raus, mit sich selbst sprechen oder versuchen, das zu erzählen, was einen beschäftigt, ist ja auch eine Methode. #00:57:56-8#
- 312 I: Ja? Und was unterscheidet die für Sie? Was war anders? #00:58:00-8#
- 313 IP9: Dass ich einen Gegenüber habe und dass da manchmal, dann kommt auch eine Frage zurück, also was und dann kommt noch wieder eine neue Frage von mir, dann komme ich manchmal auf Ideen, auf die ich nicht komme, wenn ich das in den Wald hineinrufen würde. #00:58:18-5#
- 314 I: Hm, okay, ja. #00:58:20-9#
- 315 IP9: Also ich habe einen Gegenüber, was eine Reaktion bringt. #00:58:24-8#
- 316 I: Ja. #00:58:25-5#
- 317 IP9: Auch selbst beim Zuhören, aber manchmal kommt dann auch eine Frage oder so und dass (atmet tiefer ein) bringt es weiter, kann man das Gespräch weiterführen, also auch, so, das. #00:58:38-3#
- 318 I: Und gibt es sowas Ähnliches in der Musik als Gegenüber? #00:58:41-7#
- 319 IP9: (.) Mit der Musik hab ich das gehabt, dass ich durch die Emotionen, die Musik löst noch mehr Emotionen aus (.), Gespräch beruhigt mich oder kann mich auch von Aufgeregtheit, Ängste runterbringen und die Musik macht noch mehr emotional, bei mir jedenfalls, noch mehr. Gespräche machen das auch manchmal, nicht immer, aber oft, aber (atmet ein) die Musik macht es noch mehr, weil Musik ist ja, ich hab das schon mal gehabt, dass ich (atmet tiefer ein) mal sehr bin, verletzt worden bin und dann nicht körperlich, sondern so (atmet tiefer ein), da hat mir jemand eine Abfuhr gegeben, wo ich so, da war ich so verliebt und dann so "nö, ich will nicht mehr" und ich war so fertig und da habe ich Musik mitgebracht, ich hab ja die Carmina Burana hab ich gehabt und die hab ich, ich glaube, ich habe das glaube ich auch erzählt, dass ich Kopfhörer aufgehört hab und dass ich dann die so laut gemacht hab und am Strand, ich bin alleine am Strand spazieren gegangen und hab auf (atmet sehr tief ein), mit dem Knüppel auf Sand und auf andere Baumstämme eingeschlagen, wie, wie doll und das hat mir unheimlich geholfen und das war damals auch mit der Musik und war schon, deswegen weiß ich, dass Musik beim mir unheimlich, dass das was auslösen kann, so. #01:00:29-5#
- 320 I: Ja. #01:00:29-5#

- 321 IP9: Und dass es hilfreich ist. #01:00:31-8#
- 322 I: Hm. #01:00:34-8#
- 323 IP9: Ja. #01:00:35-8#
- 324 I: Also ein Gegenüber auch, kann man schon so bezeichnen? Ja? #01:00:38-4#
- 325 IP9: Ja, ja. (...) Aber dieses, dieses, dieses hier, was wir gemacht haben, war ja auch ein bisschen geleitet und zielgerichtet, das war so was Anderes, war wohltuender und das Andere, da war ich dann so (atmet tiefer ein) ganz schön fertig. #01:01:03-3#
- 326 I: Nach der Carmina Burana Geschichte #01:01:05-3#
- 327 IP9: Ja, ja, ja. Und das ist ja jetzt anders und das ist für mich selbst, das ist schon besser so, dass ich dann doch mal wieder ruhiger, dann nach Hause gehen kann (lacht etwas). #01:01:22-8#
- 328 I: Hm, hm, also dass es wie so einen Rahmen hatte? Oder so? #01:01:30-2#
- 329 IP9: Ja, ja. #01:01:30-2#
- 330 I: Spannungsauf- und -abbau, sowas vielleicht? #01:01:31-4#
- 331 IP9: Ja, Mhm (bejahend). #01:01:35-6#
- 332 I: Und das war für Sie wichtig, diesen Punkt zu haben? #01:01:38-1#
- 333 IP9: Ja, dass ich schon rauslassen kann soviel, aber dass ich auch dann sozusagen aufgefangen werde und sozusagen, dass ich dann nicht so aufgewühlt irgendwie hier rausgehe, sondern dass ich immer wieder runterkommen konnte und dann auch wieder in Ruhe oder entspannt oder so mit dem Fahrrad nach Hause fahren konnte. Das war mir schon wichtig und ich finde das auch wichtig, dass sowas so geht, nicht dass man, dass man so hier irgendwie, ein Mensch oder so hier so aufgewühlt rausgelassen wird und sowas macht man ja auch glaube ich nicht, das ist ja auch nicht Sinn der Sache, das ist ja glaube ich so mit diesem, ja, so einen Rahmen geben ist ja auch wichtig ne? #01:02:35-0#
- 334 I: Hm, hm. Wovor hätten Sie, also was ist Ihre Phantasie, was geschehen wäre, wenn Sie so rausgegangen wären? #01:02:41-6#
- 335 IP9: Ich hab sowas schon gehabt. Deswegen hab ich solche Angst davor gehabt, weil das war meine Angst, was ich schon mal hatte (.), ich war mal drauf und dran, mich auf die Schiene zu werfen, vor den Zug zu werfen, soweit hat mich mal jemand gebracht, die hat mich so, emotional so fertig gemacht und ich bin da so raus und ich hab gedacht, ich bin nichts mehr wert, ich bin gar nichts (atmet tiefer ein), "was tust du deinen Kindern an" "lass das, am besten du schmeißt dich vor die Bahn" (atmet ein) und das war so furchtbar, das habe ich auch nie vergessen und deswegen wär ich immer froh, dass ich wußte, ich kann hier auch Emotionen und ich werde hier auch nicht (atmet ein), nicht fertig gemacht, weil ich bin selbst Schuld und dies und das, ich habe keine Schuld, ich bin nicht schuldig an dem (atmet ein), was ist, was passiert ist und das war schon gut, das war. #01:03:45-8#
- 336 I: Ja, vor dem Hintergrund auch nochmal, hm. #01:03:47-5#
- 337 IP9: Ja und da hab ich gedacht, wie kann sowas passieren damals auch, wie geht sowas? Ich hab dann nachher, hab ich mich ja wieder beruhigt und dann hab ich gedacht "oh Gott, ich war soweit, ich wollte mich vor den Zug schmeißen, was ist denn hier passiert ne?" #01:04:02-8#
- 338 I: Waren Sie außer sich auch? #01:04:06-3#
- 339 IP9: Ja, ja, hm, naja. (...) (lacht etwas) #01:04:16-6#
- 340 I: Ja, erden, sowas Gutes. #01:04:18-9#

- 341 IP9: Ja, das Erden, Mhm (bejahend). Beide Füße auf den Boden stellen. #01:04:24-4#
- 342 I: Hm. #01:04:28-4#
- 343 IP9: Hm (...), ja. #01:04:33-8#
- 344 I: Ja, es ist ein Stündchen rum (lachend) #01:04:35-7#
- 345 IP9: (lachend). #01:04:38-4#
- 346 I: Vielleicht können wir beide nochmal so einen Augenblick nachspüren, ob es noch was Wichtiges gibt? Oder ob wir was vergessen haben zu erkunden? #01:04:50-8#
- 347 IP9: (.....10) #01:05:04-4#
- 348 I: Also auch, genau, was nicht hilfreich war oder unverständlich? Das ist auch immer interessant, gab es, gab es irgendwas? #01:05:15-8#
- 349 IP9: Ich hab nichts, ich erinnere mich nicht. #01:05:21-2#
- 350 I: Hm, oder was man anders machen könnte oder so (lacht etwas). #01:05:25-9#
- 351 IP9: Oh? (atmet aus) (...) Vielleicht, ne, vielleicht, ne, weiß ich nicht. Schlagzeug? #01:05:34-5#
- 352 I: Ah! #01:05:36-8#
- 353 IP9: So ein richtig lautes. #01:05:37-9#
- 354 I: Ja? #01:05:37-9#
- 355 IP9: Was so richtig Krach macht, wo man fast Kopfhörer aufsetzen muss. #01:05:40-8#
- 356 I: Okay, ja. #01:05:38-8#
- 357 IP9: Vielleicht wäre sowas auch nochmal was so richtig, wo man richtig raufknallt. #01:05:46-2#
- 358 I: Aha, ja? Wäre für Sie auch gut gewesen in einer bestimmten Situation? #01:05:50-5#
- 359 IP9: Joa? Vielleicht gar nicht jetzt in diesen, unseren Gesprächen, vielleicht früher mal, jetzt nicht so oder direkt nach dem Krankenhaus, als ich so sauer war mit diesem (atmet ein) nach der OP, nachdem, wo ich so, nachdem "was haben die da nur mit dir gemacht", da vielleicht. Da war ich schon ziemlich geladen. #01:06:10-9#
- 360 I: Hm, ja, und um was dann zu tun? Also was steckt da für ein Wunsch dahinter? #01:06:15-2#
- 361 IP9: Um so, ja, so dieses Geladen, diese Wut, das war schon Wut da, die mit ganz lauten, viel Bewegung und lauter, also richtig Lärm oder so rauszulassen vielleicht. #01:06:33-5#
- 362 I: Hm, ja. Hörbar zu machen (lachend) #01:06:35-5#
- 363 IP9: Hörbar zu machen (lachend) ja, ja, so, so nach dem, dass gehört wird, was da, was da verkehrt gelaufen ist so, ne? Hm, ja. #01:06:54-9#
- 364 I: Hm, ja! Das ist ja ein klares Thema (lachend). Wenn wir mal so einen großen Therapieraum hätten ((lachend)), kann ja noch kommen, wer weiß (lachend). #01:07:04-5#
- 365 IP9: Ja, wer weiß (lachend), ja. (...) Jetzt fällt mir nichts weiter ein. #01:07:15-5#
- 366 I: Ja? Ja, Sie haben ja viel, wir haben erkundet und so. #01:07:24-2#
- 367 IP9: Ja. #01:07:22-2#
- 368 I: Ja, vielen, vielen Dank. #01:07:26-5#

369 IP9: (trinkt etwas) gerne. #01:07:27-7#

370 I: Ich mach mal aus? #01:07:30-3#

371 IP9: Ja. #01:07:32-7#

IP11_Interviewtranskript

- 1 Patienteninterview IP11 (Therapeutin: PP)
- 2 Geschlecht: m
- 3 Interviewerin: PP
- 4 Zeitpunkt: nach Abschluss MT
- 5 3.3.17
- 6 Ort: Ambulanzraum 1
- 7 Script: RF
- 8 I: So, das läuft. Genau.
- 9 IP11: So, wie lange läuft das jetzt? Nur mal so, als technisch Interessierten; maximal?
- 10 I: Maximal weiß ich ehrlich ehrlich gesagt gar nicht. Aber jetzt die Stunden, anderthalb, wie wir sonst gemacht haben.
- 11 IP11: O. k. das hält der durch.
- 12 I: Ja, ja, hoffe ich doch (lacht). Sonst teilt er uns das mit. Können wir zwischendurch mal gucken. ((Nö,nö, dann kann ja nichts)) ja, genau.
- 13 IP11: So, wo wollen wir dann anfangen?
- 14 I: Also, ich kann mir vorstellen, dass es am besten ist, wenn Sie einfach mal, wenn Sie anfangen und erinnern, was fällt Ihnen jetzt ein. Zu Ihrer Musiktherapie, ne. Was, was kommt da, steht im Vordergrund. Was kommt Ihnen jetzt in den Sinn?
- 15 IP11: (..) (Puh); dass ich einiges, Neues kennen gelernt habe; weil ich ja nun auch überhaupt nicht wusste, was auf mich zukommt. Das wird vermutlich Vielen so gehen. Und, (bhm) hauptsächlich positiv besetzt ist. Also ich wüsste jetzt nicht, dass das mir spontan etwas Negatives einfällt, sondern ich will, Gott, ich will auch nicht, nicht schön Wetter machen. Das muss ja auch nicht ((Ne, eben, darum geht es ja nicht)). Und, und, sondern, sondern, auch dass, wenn ich, wenn ich, dann, dann hier rauskam, insofern, fand ich das, hab ich mir natürlich auch überlegt, was, was das ist schlecht, zu, zu quantifizieren. Was hat es denn nun letztendlich gebracht; oder so, das kann man gar, eigentlich, ich kann das nicht sagen. Aber ich hatte immer, eigentlich, ganz, ganz gutes Gefühl. Und hab mich dann auch, auch, (ph) ja gefreut, auf das nächste Mal. Das klingt jetzt ein bisschen plakativ. So, nicht so dass ich gedacht habe, da brauchst du nicht mehr hingehen. Das, das eigentlich nicht.
- 16 I: Sonst wären sie nicht mehr gekommen, oder? ((Das stimmt)) Oder hätten Sie? Ich weiß nicht. Es gibt ja manchmal andere Faktoren, dass jemand sagt: Soll man hingehen? Oder dass ((nö)) haben Sie schon selbst (lacht) ((also, dass nö)) haben Sie schon selbst
- 17 IP11: Dass, nö ((entschieden)); da bin ich noch, noch, relativ selbstbestimmt. Und, und, das, das, (..) dacht, dachte ich auch schon. Wir haben ja auch, wenn ich mich recht entsinne, das auch einmal verlängert; nä? ((genau, ja)) Genau. So, und das hätte ich ja mit Sicherheit nicht gemacht, wenn ich, wenn ich, der Überzeugung gewesen wäre, dass das das jetzt hier so eine Alibiveranstaltung, oder sowas. Das ganz und gar nicht.
- 18 I: Ja, ja, und wenn Sie sagen, Sie haben sich nicht wirklich gefreut, was war es denn dann? Also können Sie dem noch ein bisschen, nachgehen? Also, was ging ihnen durch den Sinn, wenn Sie hierhergekommen sind?
- 19 IP11: (.) (bhmpff) ja (lautes Ausatmen) (2.30) das ist so ein bisschen schwierig, wie man Freude denn definieren soll ((ja, ja hm)). Also ich (bhm), und, und (.); die (.) nicht gefreut

heißt eigentlich, in dem Sinne, aber ich hab, ich hab mich jetzt auch nicht, nicht; das war, sagen wir mal eher, eher, so, (bhm), der, der neutrale Weg. Sondern, sondern es war jetzt nicht, irgendwie so, überschäumende Freude; oder, das würde ich, würde ich auch gar keinem glauben. Och, ich freu mich so, ich darf da wieder hingehen. Ej, und hast du schon gehört, und weißt du nicht und so, sondern, nein, und, und (.) (bhm), da ich ja, nun auch (bff), nicht das Gefühl hatte, hier irgendwie überfordert zu werden, das wäre ja nun wieder etwas anderes, wenn man, wenn man dann irgendwie richtig versucht wird, in die Zange zu nehmen, oder hier irgendwie so ein Seelenstriptease zu veranstalten. Dass, hätte ich dann natürlich auch nicht mehr gemacht. Weil, weil da weiß ich auch nicht wohin das führen soll ((ja, ja)) Nä? Aber andererseits, wie gesagt, das, das, das offene Gespräch mit, mit Ihnen auf, auf, vertraulicher Basis und, und dann noch so, so die, die Musikeinflüsse da, damit dazu; das hat mir schon ganz gut gefallen. Muss ich schon sagen. Wenn jetzt die Frage käme, äh, wie (bhm) würden Sie das jemand anderem empfehlen so auf einer Fünfer- oder ((soll ich mal die Frage)) Siebenerskala ((Soll ich mal die Frage stellen?)) (Lachen) ähm, so wie man quasi sagt Arbeitgeber jemand anderen empfehlen würde, oder so etwas. Also, da, da würde ich sagen, das muss jeder für sich selber entscheiden. Das, das kann man so nicht, nicht sagen. Für den ist das was. Für den ist das nix. Das, das (.) fühle ich mich auch nicht kompetent genug. Da, da eine Empfehlung auszusprechen.

- 20 I: Und können, können Sie das für sich beantworten? Also, warum, sag ich mal, warum war es etwas für Sie? Also gerade für Sie? Und in der Situation? Und diese Kombination?
- 21 IP11: (..) Weil, weil erst mal, mal war es etwas Neues. Ich habe ja so etwas auch, auch in anderer Form noch, noch nicht mitgemacht. Und, (...); weiß, weiß natürlich von, von, jetzt unabhängig Musik, sondern überhaupt von dem ganzen Therapie Thema, Therapie, dass das etliche Leute pauschal ablehnen. Die sind der Meinung, die brauchen das nicht ((ja, ok)). Die kommen auch alleine zurecht, pi pa po. Und (bhm), so bin ich nun nicht gestrickt, sondern ich wollte das selbst für mich erfahren. Und, ich bin durchaus der Meinung, vielleicht nicht unbedingt Musiktherapie, aber was anderes in der Richtung, also, auch, auch noch wieder machen zu wollen. Aber ich weiß noch nicht was. **(5:25)**
- 22 I: Ja, was ist denn so das, also, jetzt sagen wir mal, wenn man es löst von der Musik, also was, das Therapeutische. Sie haben ja vorhin gesagt, Sie wollen nicht Seelenstriptease machen. Aber es, es gibt ja andere Bedürfnisse. Also was wäre, wäre ein Bedürfnis für Sie in der Therapie? Was, was ((ja, mitteilen)). Mitteilen
- 23 IP11: Mitteilen. Das ist ja klar. Was einen, was einen so selbst bewegt und, und wobei, (.) ich das nicht weiß, und deshalb, kann ich das jetzt auch; aber ich, ich hätte die Befürchtung, wenn das jetzt meinetwegen eine größere Runde wäre, alles irgendwie so Leidgeprüfte, oder Leidtragende, wo man dann sich so mehr oder weniger in so einer Jammertalbegegnung; da will ich nicht hin. (.) ((sondern? Wo wollen Sie hin?)) In die andere Richtung.
- 24 I: Ja, können Sie das benennen? ((lacht)) Wo, also, das ist ja spannend.
- 25 IP11: ja, natürlich. Natürlich kann ich das versuchen zu benennen. Denn, denn, irgendwie da so ein bisschen Nektar zu saugen, wie man so schön sagt. Also, positive Effekte mitzunehmen und, und eben jetzt nicht, nicht, in Richtung hier, da hinten ist dein Ende. Und da geht es dann mal sicher hin. Das weiß ich so. Aber, das will ich ja mir nun nicht jeden Tag, oder jede Stunde vor Augen führen.
- 26 I: Das heißt eher was Stärkendes, ne? ((ja, genau)) **(unv. 6:45)**
- 27 IP11: Etwas Unterstützendes, etwas Stärkendes.
- 28 I: Und, also kommt das dem nahe, die Musik? Dem Nektar, sag ich mal. (lacht) Oder hätten Sie ein anderes, eine andere Metapher
- 29 IP11: Ich, ich fand es ganz gut. Weil, weil, dass das ist dann nicht, nicht nur dieses, dieses Mitteilen und Darstellen und Erklären, oder, oder Gefühle beschreiben, oder Stimmungen, oder, oder wie auch immer. Sondern das eben dies, diese Komponente Musik (.), für mich

zumindest ich, ich fand es, fand es ganz angenehm, dass, dass man dann eben auch bisschen etwas anderes hatte. Ne? ((ja, ok)) und nicht, nicht nur selber da so, so ein bisschen versucht hat (pff), weiß ich nicht, Gefühle oder Stimmungslage auszudrücken, in der Form, sondern eben auch, auch in Kombination mit Ihnen; und, und das, also wie gesagt, mir hat es gut gefallen.

- 30 I: Und, das wirkt spannend mit dem; also wie ist die Verbindung von dem, (.) von dem Gespräch und der Musik? Also sind es zwei getrennte Sachen? Oder, gibt es da etwas Ähnliches für Sie? (.) Oder einen Bezug? Es ist schwer zu formulieren, aber es lohnt sich, glaube ich, danach zu suchen (lacht)
- 31 IP11: Ja (Ausatmen) (...); dazu würde ich dann erst mal die Frage stellen ob es nicht vielleicht auch andere Sachen gäbe, die man ähnlich kombinieren könnte. Ich könnte mir vorstellen, dass man meinetwegen andere kreative Sachen, wie jetzt, dass man da eine Leinwand hinstellt und jemand, jemand fängt an zu malen , oder, meinetwegen auch an zu kochen, oder an zu schnitzen, oder an zu sonst also dass, das denke ich mal könnte auch funktionieren. Aber Musik hat eben (...) Ich könnte mir vorstellen das, dass jemand äh, jetzt um das mal von, vom, von der, von dem, (.) von der anderen Seite zu beleuchten, äh, vielleicht (.) eher in der Lage ist grafisch negative Stimmung auszudrücken als auf der musikalischen Schiene. Also dss, das könnte ich, glaube ich, die müsste man ja irgendwie so dumpf, immer irgendwie so monoton vor sich hin trommeln, sooo . Man weiß nicht was kommt. Wo (lacht)
- 32 I: Also wäre, wäre vorstellbar, aber (.) Oder ((ja, aber))
- 33 IP11: Ja, ja, das, das glaube ich nicht, denn; oder für mich nicht; und, und, sondern, sondern das ist eher, äh, dass man da schneller in, in ver-, in die Experimentier-, oder Erprobungs-, oder Erkundungs-, oder Explorationsphase, oder wie auch immer kommt.
- 34 I: Und, also was, was, (...) Wie frage ich? Was ist das mit der Explorationsphase, das ist ja ein Begriff, ne? Also was, wofür ist das gut; (lacht) für Sie?
- 35 IP11: (lautes Ausatmen) auf jeden Fall irgendwie immer wieder in Richtung, dann, dann , andere Gedanken zu haben . Vielleicht auch etwas Neues, was Anderes, und, und das, das mit dem Schwerpunkt. (..) **(10:05)**
- 36 I: Also dadurch, dass das so neu ist, versuche ich es nochmal zusammen zu fassen, dadurch dass es so neu ist. (..) Ich versuch es lieber nicht zusammen zu fassen (lacht) da kann ich ja gleich **(unv. 10:15)**
- 37 IP11: Ne, ne das ist schon, das ist, ist schon auf der einen Seite was ich, was ich sagte, diese Gruppe wo, wo man dann versucht möglicherweise sich dann immer mehr so oh Gottohgottogott man weiß nicht, wo es hingeht. Und so weiter und sofort. Und, und als Gegenstück wäre, wäre dann das das in Richtung Musiktherapie wo eben versucht wird, das mehr positiv zu besetzen und versucht wird irgendwie noch was, was daraus zu machen; und, und nicht alles aufzugeben . Also das, das glaube ich das das wäre, so, so, und (..) ja, (pff) (..) (pff) (..) warum gibt es (.) das ist doch; das ist ja; das ist relativ simpel. Kinder in der Schule; wir haben in der Schule, ich weiß nicht, ich hab na nun, weiß ich nur Realschule, aber wir hatten immer Musik, das gehörte irgendwie mit, mit zu den, zu den Fächern mit dazu. Und das war auch ganz, ganz unterschiedlich; kann mich daran erinnern. Wir hatten sogar in der (.) pff, ne da muss, muss ich jetzt lügen. Mein Lehrer, der hat sich uns nur, uns nur irgendwie Musik und irgendwelche, das, das war dann Notenkunde, das kam eigentlich nicht so sehr vor, das war dann ein bisschen zu schwierig. Aber der hat dann sein, sein Tonbandgerät von Zuhause mitgebracht, irgendwie so ein Grundig und das konnte schon so ein bisschen etwas. Und dann so mit Hall, Echo, Mehrverfahren und das ist natürlich für jemanden, der so ein bisschen technisch interessiert ist erstmal eine tolle Sache. Und der hat also viele mitgenommen und abgeholt, wie man heutzutage sagt. Und, und das, das war dann auch richtig klasse. Da haben sich die Leute, oder die Kinder, die, die Mitschüler dann auch drauf gefreut.

- 38 I: Und war das für Sie eine ähnliche Erfahrung? So, so in groben Zügen, Also die
- 39 IP11: Joa, ja, das kann man, das kann man, ja natürlich ((ja, ja, dieses Erinnern, ja, naja)). Und ansonsten, in echt, das das sind ja so, so quasi so wie Highlights, und ansonsten Musikunterricht in der Schule weiß ich nicht; also wir haben versucht irgendwie klassisch irgendwelche Kanon oder sowas zu singen und das fand ich ja nun immer grausam, das hörte sich auch immer so komisch an.
- 40 I: Ok, ja, was hat da gefehlt für Sie?
- 41 IP11: Pfff (..) Weiß ich nicht, also da hat, da irgendwie das hat mich nun überhaupt nicht angesprochen dieses, dieses Mehrstufige, das immer nochmal wieder was. Und das war ja nun zu der Zeit oder, oder überhaupt ist es ja nun mit Musik, Musikstil will ich ja gar nicht mal sagen, aber Genre was, was so gut wie gar nicht vorkommt. Wann hört man das heute? Wenn dann vielleicht bei Kirchenmusik oder so, weiß ich jetzt gar nicht.
- 42 I: Wir hatten ja ein mal eine Assoziation von, zu Mike Oldfield, ne? Wobei etwas, wo Sie was wiedergefunden haben. Irgendwie in der
- 43 IP11: Das kam mir irgendwie so ein bisschen bekannt vor. ((ja, ja)) Weil, weil eben das auch, auch, auch von wegen; letztendlich wiederkehrenden Thema, wenn das dann eben, vielleicht dann noch mal wieder ein bisschen ausläuft aber dann auch sich irgendwo wieder findet. Und, und, joa.
- 44 I: Das war das Übergreifende. Etwas läuft aus und findet sich wieder? Oder können Sie noch mehr dazu beschreiben? Was für Sie da ähnlich war?
- 45 IP11: Ja, Mike Oldfield das ist ja nun reine Instrumentalmusik. Also da die ganze Vokalschiene ist ja nicht besetzt. So, und das ist; dass heißt er versucht natürlich irgendwie erstmal ein Grundthema zu haben, was dann mit anderen Instrumenten auch, auch quasi interpretiert wird aber; aber eben die sich dann teilweise dann eben verselbständigen aber es kommt dann alles irgendwie auch, auch wieder zurück und in so eine Art Finale, oder wie man das bezeichnen will. Ich bin ja kein Musikwissenschaftler.
- 46 I: Ne, aber ne darum ((lacht)) gehts ja genau (lacht). Spannend, wie Sie es empfinden, ne? Oder wie Sie es jetzt, (.) ja.
- 47 IP11: So, und das, das war wieder als Mike Oldfield vor, pff keine Ahnung, dreißig Jahren, oder so was damit anfang, war auch etwas Neues und, und das fand ich seinerzeits schon, schon gar nicht mal so schlecht. Und da, das wie gesagt (..) kam mir dann irgendwie bekannt vor; und, und da wir ja nun auf den, den Instrumenten hier bei der Musiktherapie eher wenig, wie soll ich sagen, Melodien spielen, sondern das ist ja freie Interpretation (.) **(15:00)**
- 48 I: Keine Melodien? Oder was meinen Sie mit (..)
- 49 IP11: Ja, so sind die Instrumente ja auch nicht gestimmt. Und, und wenn ich das so richtig verstanden habe.
- 50 I: Ja, ist die Frage, was man jetzt unter Melodie (.) also versteht.
- 51 IP11: Hänschenklein kriegt man da vielleicht noch hin. ((So bekannte Melodien.)) Ja ((ok, ja, ja)) (lacht). Oder alle meine Entchen. Ne? ((schmunzelt)) Aber um jetzt, jetzt meinerwegen da (.) ein Titel von den Beatles zu interpretieren das wird glaube ich schon ein bisschen schwieriger.
- 52 I: Ja, ja. Und haben Sie das; wie ging es Ihnen damit, dass das so, solche Klänge waren? Oder solche Stimmungen (.) der Instrumente?
- 53 IP11: Das (.), das ging mir eigentlich (.) für mich war das ok. Weil, weil man, oder ich war dann nun nicht versucht denn jetzt da irgendwie was, was zu, zu intonieren oder zu interpretieren. Sondern man kann mehr oder weniger so (.) das so laufen lassen, ne? So, läuft ((Ja, lacht, ja)) (lacht) (.) das, das ist doch, wie soll ich sagen, wenn, wenn das dazu (..)

gedacht ist, die Gefühle auszudrücken oder vielleicht überhaupt um, um irgendwelchen, ich will ja nicht sagen Seelenqualen oder Seelenpein oder so etwas, das ist ja Quark. Aber, um eben jemanden vielleicht auch, auch irgendwie so ein bisschen abzuholen oder da weg zu nehmen. Und dass, wenn das, wenn man das mit Musik machen kann, dann ist das doch eine prima Geschichte. Und ich glaube auch dass Musik (.) ja durchaus Stimmung beeinflussen kann. Das ist ja nun, wenn ich, wenn ich, wenn (.) bei Trauerfeiern bestimmte Melodie oder so was; oder nicht eine Melodie, sondern so. Ich kann mich daran erinnern bei, bei, ich habe das im Fernsehen gesehen, die Trauerfeier von Helmut Schmidt, die ist ja nun noch gar nicht so lange her, und da hat ein, ein Hamburger Künstler den, den, den kann man, na gut, man kann ja auch nicht alle kennen. Der hat, wie hieß denn das noch? Lütt Johann (..) auf der Gitarre, platt, im Michel vorgetragen. Das war richtig klasse. Und, und das hat da wirklich gut reingepasst. Und, und, wenn man das in einem anderen Zusammenhang hören würde, dann, dann, ja, ok, das ist, das ist munter, das ist plattdeutsch und gut. Aber das, das war, das finde ich ((da ist ein Bezug zu der Situation, ne?)) Genau, da war auch zu merken, dass, dass irgendwie versucht wurde, dass da, wie gesagt einen Bezug herzustellen. Und eben dass, dass Helmut und Loki Schmidt eben auch, auch noch, noch relativ bodenständig waren. Und, und jetzt der Bezug zu Plattdeutsch und dass sie den auch kannten und, und so weiter und sofort. Und natürlich was ich, was ich großartig fand, dass das der Typ da ganz alleine, und, und der hat ja nun noch nicht einmal auf seine Griffe geguckt. So frei vorzutragen. Und Pff, also (lacht) ((na ja, ja)) da gehört schon ein bisschen was dazu. Und, und das ist natürlich auch was, was Anderes, wenn so ein Solist das so macht, als, als wenn, das, das war ja auch so ein kleines Orchester, aber die haben da jetzt nicht mit, sondern die haben da etwas anderes, und, und da ist dann vielleicht nicht ganz so schlimm wenn sich da mal einer vergeigt, oder so etwas ((ok, ja, ja, lacht)) **(18:50)** Aber das, das muss ich sagen. Und dass, wie gesagt, natürlich mit Musik kann man, kann man natürlich eben auch, auch Stimmungen (.) nicht, nicht nur beschreiben, sondern vielleicht auch beeinflussen.

- 54 I: Ja, haben Sie da für sich eine Erinnerung? Eine bestimmte Stunde vielleicht, wo Sie mit einer bestimmten Stimmung kamen? (..) Und, ob Sie die Musik irgendwie beeinflusst hat?
- 55 IP11: ((seufzt)) Nee, jetzt zu spontan (.....) Nö. Nich, nich. Hm
- 56 I: Dass heißt was für Stimmungen haben Sie wahrgenommen in Ihrer, also in der Musik, die wir gemacht haben? Gab es eine Grundstimmung, oder waren das verschiedene Stimmungen?
- 57 IP11: Pff ((ha, ha)) ((lacht)) ha, jetzt hat sie ihn. Hä! ((lacht)) (..) Wie soll man denn die Stimmung besch, dann müsste man ja, ja öhm (..) also mit eher, eher, ich hab also versucht mög, also ich glaube nicht negative Stimmungen in, in Musik umgesetzt zu haben, sondern, sondern eher dann, dann vielleicht eher neutral einfach mal so ein bisschen darauf los. Um mal zu gucken wo, wo die Reise hin geht. Ne?! Und, und, dass (...) ja aber (pff) wenn, wenn das (.) dann vielleicht von einem dritten Außenstehendem beurteilt werden würde, und der würde sagen, das ist aber jetzt deutlich anders als das oder so etwas ((ja, ja)) denn, denn war das aber mit Sicherheit (..) zufällig, aber jetzt nicht, nicht, nicht beabsichtigt. Das glaube ich nicht.
- 58 I: Also Sie hatten, für Sie war die Stimmung eigentlich nicht so wichtig in der Musik. Oder nicht so bedeutsam oder so?
- 59 IP11: Ne, ich, ich, ich hab, glaube auch nicht dass ich, dass ich unbedingt dazu in der Lage bin das, das so trennscharf auszudrücken. Jetzt würde ich mal das oder das darstellen oder jetzt mal das oder das. Da, ne, das nicht.
- 60 I: Also, weil Sie vorhin, wenn ich Sie richtig verstanden habe; Sie wollten eben nicht in, in so düstere Stimmungen kommen ((hm, Zustimmung)) aber es war auch nicht Ihr Vorhaben jetzt eine Musik zu spielen, die nicht düster ist. Also so, so konkret war es nicht? Sondern es war, wie gesagt, neutral? Oder, also?
- 61 IP11: Ja es war, es war jetzt diffizil gerichtet ((ja, ja, ja)) also jetzt nicht mit der Absicht da jetzt, dieses oder jenes sondern, sondern mal, mal gucken wo es so hingehet. So ein bisschen

mehr experimentell.

- 62 I: Ok, dass war das worum es ging? Ums Experimentieren, ums Laufenlassen? ((Zustimmung)). Ja, ja. Und ist Ihnen das immer gut gelungen? ((Natürlich)) (lacht) Ja, ja? Also von Ihrem Empfinden ((lacht)) **(unv. 21:52)** Von außen kann man das überhaupt nicht, ne?! ((das weiß ich nicht)) Aber so wie Sie es, wie Sie es erlebt haben.
- 63 IP11: Also, also ((lacht)) kann man da so viel verkehrt machen ist die Gegenfrage. Ich glaube nein. Also ich, ich fand es (..) Gott ((lacht)) (..) also, man kann das ja nun abwürgen. Ich sag einfach natürlich ist mir das gut gelungen. Was denn sonst? Aber nein, so plakativ würde ich das nicht sagen. Ich, ich fand, also, mir hat es nicht schlecht gefallen. Also, also mir hat es auch Spaß gemacht. So, fertig. Und wenn einem das Spaß macht, und, kann man ja fragen ob das, ob das einem gut gelungen ist oder nicht, also (...) pff
- 64 I: Also ich meine es jetzt nicht von, bewerten, ob das richtig war oder falsch. Sondern ob Sie das Gefühl haben: Mensch ja, das, da habe ich das was ich, was ich da wollte gefunden. So meine ich das glaube ich, eher. Nicht dass wir uns da missverstehen (lacht)
- 65 IP11: (lacht) ((lacht)) hä? ((das ist auch nicht besser.)) Nein, ((lacht)) (lacht) das gibt ja immer so ein paar Lebensweisheiten mit, und und ich habe das ja irgendwie mal gelernt, achtzig Prozent der Missverständnisse gehen vom Sender aus, also (lacht) ((lacht)) und nicht vom Empfänger. **(23:12)**
- 66 Und nein also, jetzt jetzt Quark, also um um, das das vernünftig zu beantworten (..) ich habe mich nicht unwohl gefühlt, sagen wir mal so herum. Sondern, sondern gut gelungen hin oder her, sondern, sondern mir hat das Spaß gemacht, das war etwas Neues. Ich fand es gut. Es hat mir geholfen und und wie gesagt ich bin eigentlich immer mit einem, mit einem guten Gefühl auch hier wieder herausgekommen und das hat so lange vorgehalten bis zum nächsten Mal. Sonst wäre ich ja nicht wiedergekommen. So.
- 67 I: Na, es könnte ja auch vorbei sein, wenn Sie aus der Tür gehen.
- 68 IP11: Ne, wars aber nicht ((und das)) ne, also wenn mich nun jemand, der das nun gar nicht kennt dahingehend gefragt hätte. Also hier, ich habe gehört du gehst da, weiß nicht, einmal im Monat hin und machst da so Musik oder so etwas, was bringt denn das eigentlich? Also um das jetzt zu quanti, oder zu qualifizieren. Das, das, da, da das wüsste ich, das könnte ich glaube ich auch nicht ((ja, das ist schwer zu sagen)) das ist schwierig, na, so
- 69 I: Genau darum ringen wir jetzt, na, um das irgendwie ((ja, ja)) zu beschreiben, genau. Ich kenne das gut (lacht), ja
- 70 IP11: Ne, und aber, (..) man (..) ich glaube man, man kann das insofern positiv besetzen, indem man, in dem man beschreibt, dass das eben, vielleicht auch dazu verführen soll (..) jetzt, jetzt, nicht, nicht, so, so in die Richtung Krankheit und Opferrolle aufzugeben, sondern, sondern dass das eben auch, auch im kleinen Rahmen, oder in kleinen oder unerwarteten Momenten Situationen gibt um, um auch wieder irgendwie was, was Neues und etwas Positives zu erfahren. Und sei das auch vielleicht für manche Leute nur etwas ganz Triviales. Aber der Eine freut sich, keine Ahnung über Rubbellos mit vier Euro Gewinn, oder so etwas. Und der Andere macht vielleicht gerne mal zehn Minuten oder eine viertel Stunde irgendwie ganz ganz, was ganz friede Musik ne, also, und, und, das das ist ja (...) ja, so dann, wenn man dann im Rahmen der ganzen Geschichte auch noch ein bisschen etwas über seine Stimmungslage erzählen kann, auch nur um das überhaupt mal los zu werden, nicht unbedingt um sich selbst ab zu missen, das muss es ja nicht sein. Oder so so anfangen: der kann mir ja nicht helfen und dabei (...) das war ja auch nichts. So, und aber (..) nein und das glaube ich schon. Das Interessante, ich weiß nicht ob ich das mal erzählt habe, das war mal irgendwann, was haben wir denn jetzt? Dass muss irgendwann im Herbst letzten Jahres gewesen sein. Da war irgendwo mal im Radio, keine Ahnung NDR2 oder 90,3; da war auch etwas in Richtung Musiktherapie. So, und das wurde aber mehr so als, als schon, schon feste Institution dargestellt. Und so, so in die Richtung: da muss ja eigentlich jeder wissen was das so ist und was da so passiert. Und da habe ich gedacht: hoppla; also (lacht), und dann (..)

aber (..), so wie ich das verstanden habe ist das hier ja nun auch noch im Werden oder im Anfang. Und überhaupt ob es weiter gemacht wird, oder nicht.

- 71 I: Genau immer so pö a pö und gut so, zu, das mehr greifen zu können, was es eigentlich ist damit man es besser vermitteln kann.
- 72 IP11: Ja, ((und da)) aber muss man ((lacht)) denn, muss man denn da nicht auch konkret Ergebnisse irgendwann mal vorlegen?
- 73 I: Irgendwann. Dass ist die Vorarbeit, genau. Dass man erst einmal inhaltlich guckt was, was passiert denn da? Was ist das denn? Was, ist das Musik? Ist das keine Musik? (lacht) Ne?
- 74 IP11: Ja, das ist, das ist für meine Begriffe ist das eine, eine substituierende Maßnahme, wie viele andere eben auch. Das sind keine Tabletten, das ist jetzt kein körperliches Training, oder, oder keine, keine Ernährung. Sondern eben wieder noch eine andere Schiene, die besetzt wird. Die man aber für meine Begriffe auch nicht vernachlässigen soll.
- 75 I: Also auch was, auf was zählt die Schiene für Sie?
- 76 IP11: (..) Auf, auf in Richtung (..) ich will jetzt ja nun nicht sagen Heilungserfolg, das ist mir nun immer ein bisschen zu hoch gegriffen; ((na, sondern?)) aber zumindest zu, als unterstützende Maßnahme.
- 77 I: Und was unterstützt die Musiktherapie?
- 78 IP11: Die Musiktherapie unterstützt (...), dass die (.) vielleicht ein bisschen mehr, weiß ich nicht, aufgehoben sein, oder, oder vielleicht auch mit dabei zu sein. Oder etwas zu können, von dem man gar nicht wusste, dass man das kann. Wenn man das als Können, oder zumindest irgend eine Art von Darstellung, die ja nun nicht unbedingt nur auf der verbalen Schiene erfolgen muss, sondern eben auch auf dieser da; aber ist eben (.) nicht, nicht nur eine unterstützende Maßnahme und, und, Gott, wenn jemand krank ist, der versucht natürlich, vielleicht eher selten, egal was er da nun hat, sich, sich in die Musik zu flüchten, das, oder das ist ja keine Flucht. Also, ich sehe das nicht als Flucht an. Sondern das ist, das ist eben eine, eine begleitende Maßnahme, die durchaus dazu führen kann, dass, dass sich die, die sich damit (.) beschäftigen oder auseinander setzen schlicht und ergreifend auch nur wohler fühlen. Das ist ja mal gar nicht so schlecht. ((Zustimmungsgeräusche)) Mir hat ein Arzt mal gesagt er möchte, mein, mein ehemaliger Urologe, er möchte, dass sich seine Patienten wohl fühlen. Das es denen gut geht. Und das fand ich mal gar nicht so schlecht. Der hat gar nicht gesagt, er will sie hier alle als geheilt wieder raus schicken, sondern, sondern erst einmal so. Und das ist
- 79 I: Und das können Sie für sich, also in der Situation als Patient auch so, das würde zu Ihnen passen? Ja. Auch der Wunsch in dem, was Sie so erlebt haben. Dass es da etwas gibt, wo Sie sich wohl fühlen?
- 80 IP11: Ja, das, das schonmal so, so als Zielrichtung und das ist für mein, auch eine Art vertrauensbildende Maßnahme. Dass, dass man eben, und jeder kann sich ja auch anders wohl fühlen, das ist ja nun nicht so eng gefasst. Und das, das hat mir also, mir persönlich gut gefallen, so, da ist ja nun auch erstmal nichts gegen zu sagen.
- 81 I: Ne, ne ((lacht)) genau. Und dieses Wohlfühlen. Können Sie noch vielleicht nochmal umschreiben was das, was das bewirkt hat? Also wie, wie kam das, dass Sie sich wohl gefühlt haben? Habe ich jetzt richtig verstanden? Dass das jetzt der zentrale Punkt war.
- 82 IP11: Ja, ja, ja, ja ,ja **(30:27)** doch, doch ja das ist, das ist Gott (..) „Können Sie das auch mit anderen Worten beschreiben?“ (lachen) Ja, natürlich, versuche ich jetzt Mal (lacht) ((lacht)). Die, die, es ist (...) es ist vielleicht ein bisschen, der sagen wir mal so: Das ist jetzt ein bisschen kitschig, aber das ist auch der Wunsch nach Geborgenheit. Das gehört da irgendwie mit dazu. Die Musik vermittelt so für mich zumindest auch, auch so ein bisschen dann, dann die Atmosphäre dazu. Und ist egal ob man dann so ein bisschen dann sich, sich verliert und vielleicht auch wieder zurückkommt oder denn auf seinem Seiteninstrument ganz

verschwindet in der (**Bar unv. 31:15**) sei es drum, aber das, das glaube ich schon, dass das eben, aber das ist ja ein Grundbedürfnis. Jeder möchte sich irgendwo geborgen oder zumindest in Teilen.

- 83 I: Aber das ist ja spannend. Wie, wie macht die Musik das, oder die
- 84 IP11: Ja fragen Sie mich mal. Ich weiß das nicht (lacht)
- 85 I: Sie haben ja schon da, Sie waren ja nah dran gerade.
- 86 IP11: Ja, und, und das eben auch (..) auf jeden Fall hat es vielleicht auch, wir sind hier nun in einem ganz kleinen Rahmen drin, vielleicht damit zu tun, so, so gut sind meine analytischen Fähigkeiten nicht, damit zu tun, dass das die, die (...) dieser Ausflug auf dieses eher unbekannte Gebiet dazu führt, dass man dann auch erstmal wieder weg kommt von seinem alten Gedankengebilde und wenn, dass dann irgendwann mal geheißen hat hier Krebs und nicht mehr heilbar. Damit schläft man ein und wacht auch wieder auf, das kriegt man auch nicht weg. Da kann man sich auf den Kopf stellen und auch wieder auf die Beine. So, und hier ist man dann aber eben auch erstmal mit anderen Sachen (..) beschäftigt, sag ich mal ruhig so. Es gibt sicherlich andere Leute die machen lieber, keine Ahnung, Zweitausendteile-Puzzle oder Kreuzworträtsel oder keine Ahnung. So, aber es ist für meine Begriffe diese Musiktherapie nicht, nicht nur erstmal so ein bisschen abgelenkt sein sondern, es ist, es hat mir in sofern eben auch, auch gut gefallen dass es eben ja nicht nur ist, wir setzten uns jetzt mal hin und machen eine halbe Stunde Musik, sondern eben auch die Konversation, das Gespräch drum herum.
- 87 I: ja, auch ein wichtiger Bestandteil.
- 88 IP11: Ja. Alleine jetzt hier so, da, komm dahinten ist deine Ecke und mach mal ein bisschen Krach oder was, das
- 89 I: Was wäre dann gewesen?
- 90 IP11: Das weiß ich nicht (lachen).
- 91 I: Oder was hätte gefehlt.
- 92 IP11: Einiges. Denn kann man sich, denn kann man da auch einen Daddelautomaten an die Wand hängen und hier ist zehn Euro und jetzt kann man sich eine Viertelstunde beschäftigen. Also, da, oder da der kleine Manfred da im Spieleparadies, oder da im Bällezimmer, das glaube ich schon, aber die (...) Musiktherapie finde ich ist ja nun nicht, nicht, ist ein interessanter Baustein in dem Ganzen (..) joa, Puzzle kann man es ja nicht nennen. Ein Puzzle hat ja keine Bausteine, also.
- 93 I: Ja, aber in was? Also, hab ich noch nicht ganz
- 94 IP11: Ja in dem ganzen Konstrukt, oder keine Ahnung (schmunzelt); in dem ganzen Milieu, nein (...) ein, ein. (.) der Therapie. (..) ist es eine therapeutische Maßnahme?
- 95 I: Ich fand, ((kann man sich das so)) wenn Sie das so sehen. (lacht) Oder
- 96 IP11: Ich würde es durchaus so sehen. Auf jeden Fall. Aber dann mach ich jetzt Mal einen Schlenker um hier mal ein bisschen von diesem Leitfaden weg zu kommen. Kann man das auch mit Mehreren machen? ((Ja, gibt es auch)) Oder ist das immer nur einzeln? (**34:47**)
- 97 I: Gibt es auch. Gibt es hier im Moment nicht.
- 98 IP11: Und warum nicht?
- 99 I: Weil wir erstmal das so; also weil es üblich ist hier. Na, das stimmt gar nicht, es gibt auch andere Gruppen, also als wir anfangen war es so das normale Setting. Und (..) also sagen wir mal so, wir denken über eine Gruppe nach. Das muss einfach konzipiert werden und dazu braucht es Zeit. Das ist so ein bisschen der Haken. Aber ich kann es mir das gut vorstellen, weil dazu kommt dann eben bei der Gruppe sozusagen die, der Austausch, die Solidarität,

- das Gemeinsame was entsteht. Das ist ein Aspekt, der vielleicht in der Einzeltherapie anders ist. Aber wir sind schon davon ausgegangen, dass für viele Menschen, das ist ja auch unterschiedlich, was sich dann Menschen aussuchen. Ob sie Gruppe oder Einzel wollen, aber für viele Menschen eben dieses, dieser direkte Kontakt wichtig ist und dieses Raumhaben, dass man nur jetzt mal alleine den Raum hat. Aber also das ist jetzt nur mal grob die Begründung, oder
- 100 IP11: Gut das kann man ja auch stufenweise machen, indem man sagt erstmal eine Zeit lang Solist und dann eben in der Gruppe wenn dann, dann da noch Interesse besteht. Oder wie auch immer.
- 101 I: Wäre dss denn, also für Sie, also ein Wunsch auch in der Gruppe etwas zu machen?
- 102 IP11: (lacht) Das ist ja nun eine gute Frage.
- 103 I: Ja? Oder wie kommen Sie darauf? Also, das wäre auch die Frage, ist das mit dem, hat da was gefehlt im positiven Sinne jetzt mal bei der Einzeltherapie?
- 104 IP11: Ne, ne, ne mann muss das ja nicht gleich versuchen irgendwie. Das, das war jetzt nicht negativ gemeint.
- 105 I: Ne, ne deswegen sage ich positiv gemeint, das
- 106 IP11: Das, das; Nein, (lacht) durchaus nicht. Nö, ich hätte vielleicht in der Gruppe, gleich am Anfang wenn es geheißen hätte in der Gruppe hätte ich gedacht: hm, mal gucken. Also, weiß ich jetzt nicht so unbedingt, aber nach einer gewissen Zeit könnte ich mir das durchaus vorstellen wenn das sowas überhaupt gibt, was ich ja nicht weiß, aber ja jetzt nun erfahren habe, durchaus warum denn nicht. Und dann muss man eben mal gucken wer dann am lautesten (lachen) ((spielt, ne? ja, ja ja)) oder wie sich das überhaupt anhört, das weiß ich ja nun nicht. Und, also, ich bin ja nun kein Freund von irgendwelchen, so in Richtung Stockhausen oder so etwas. Also zum Anhören nicht. Zum Machen ist das ja vielleicht noch etwas Anderes.
- 107 I: Ja, was passiert dabei, also für Sie? Bei so einer Musik? Oder was verbinden Sie mit so einer Stockhausenumusik?
- 108 IP11: Destruktion. Das ist für mich wenig Harmonie, und und das, das; zum Anhören ist es für mich nichts. Aber ich bin ja nun auch nicht der Maßstab. Ich muss auch, auch nicht jedes klassische Konzert oder alles in Richtung Operette und Sprechgesang hören, dass ist überhaupt nicht meins. Also klassisch nicht und alles was in Richtung Rap oder so etwas. Kann man mich nicht mit erwärmen. Also, eben, und aber das ist ja nun auch wie gesagt ziemliche Geschmacksache.
- 109 I: Wir haben ja auch sozusagen zusammengespielt. Sie waren ja nicht ganz alleine. Wie war das für Sie? Oder, können Sie da etwas zu sagen?
- 110 IP11: Ich fand das immer angenehm. Weil Sie haben ja versucht immer ein bisschen mit zu gehen. Wobei ich aber nicht weiß, wenn da jetzt fünf oder sechs und jeder macht sein Ding.
- 111 I: Ok, das wäre anders, genau (lachen).
- 112 IP11: Aber, warum, es ist
- 113 I: Ja, und, also wenn Sie sich vorstellen ich hätte gesagt: Spielen Sie mal. Ich höre zu. Wäre es auch, also genau so gewesen? ((Weiß ich nicht.)) Aber, weiß man nicht. Wenn Sie eine Fantasie dazu haben. ((Hab ich nicht.)) Haben Sie nicht. ((Ne, also)) Das ist Ihnen so in den Sinn gekommen so, oder?
- 114 IP11: Ja, muss ich, müsste ich jetzt ja so ein bisschen, ein bisschen; weiß ich nö. Was, was könnte da sein? Also ich fand es so angenehmer und würde dann vielleicht, aber das ist hypothetisch, hätte vielleicht mal gefragt ob man etwas zusammen machen könnte oder sowas. Aber das weiß ich jetzt nicht. Ist auch für mich jetzt nicht so, wie soll ich sagen, so

- kriegsentscheidend. Ist ja nicht gewesen.
- 115 I: Ja, ok. Na ja hätte ja auch sein können dass Sie sagen: Mensch ich hätte da gerne mal alleine gespielt. ((Nein)) So, kann ja auch sein. (lachen)
- 116 IP11: Ne, nein. Ich fand eher, eher so herum besser. Und, und, nö.
- 117 I: Und wenn Sie Instrumente gewählt haben? Können Sie nochmal dazu vielleicht etwas sagen? Was Sie da für Instrumente angezogen haben, oder ob sich etwas, Lieblingsinstrumente gefunden haben. (lacht)
- 118 IP11: Also ich fand die Seiteninstrumente eigentlich immer schöner als, als keine Ahnung wie man die anderen nennt ((Ja, so perkussive Sachen)) Joa ((Ja? So?)) Das weiß ich nicht. Also da ist auch; den Namen habe ich nicht, nicht mehr so im Kopf, irgendwelche Bongos oder so etwas. Oder, das ist auch mal, aber nö. ((Ich glaube ein Mal hatten wir so eine Improvisation)) Aber wenn ich schon gefragt werde, nö dann, dann so, so die Seiteninstrumente fand, gefielen mir eigentlich deutlich besser.
- 119 I: Und können Sie sich jetzt mal kurz an diese perkussive Improvisation erinnern? Was, was da nicht so zugesagt hat? Können Sie sich da noch rein finden?
- 120 IP11: Das ist nicht so vielschichtig für meine Begriffe. Das ist so ein bisschen, bisschen (..) Man hat nicht so viele Möglichkeiten. Das ist, und, und, ja
- 121 I: Und die haben Sie mehr bei den Seiten gefunden ((Ja, genau)) (..) und Möglichkeiten (..) also, Sie sagten ja vorhin, dass es keine, also, man konnte keine richtigen Melodie einzig spielen und dafür sind die nicht ausgerichtet, also die Möglichkeit gab es nicht. Und was gab es dann für Sie für Möglichkeiten auf dem Instrument?
- 122 IP11: Na ja, natürlich, man kann ein wiederholendes eigenes Thema natürlich oder eine Art Rhythmus oder wie auch immer Intonation schon hinbekommen, aber es soll (..) es hat mich jetzt nicht, ich kann ja immer nur von mir ausgehen, jetzt nicht unbedingt dazu verleitet zwanghaft (41:35) versucht irgendein, eine Melodie, oder eine bekannte Melodie versucht irgendwie zu spielen. Sondern, sondern eben mehr zu improvisieren und, und mal gucken, was so passiert. (..) So. Und das finde ich, das ist, vielleicht ist das, ich weiß dass ja nicht, vielleicht ist das ja auch nicht jedermanns Sache.
- 123 I: Es ist sehr unterschiedlich, was Patienten erleben. Deswegen ist das so spannend was Sie erleben (lachen). Genau.
- 124 IP11: Ja, dass kann ich mir schon vorstellen. Wenn das vielleicht jemand eher, oder jemand ist, der, der vielleicht, ah, das ist, das ist aber ganz schwierig. Da muss man ja dann erstmal versuchen die Leute irgendwie in irgendwelche (..) zu kategorisieren oder in irgendwelche Schubfächer zu tun. Ist das nun jemand, der zum Perfektionismus neigt, oder ist das jemand der es gewohnt ist streng hierarchisch oder nach Anleitung oder so etwas sein Leben zu strukturieren oder wie auch immer. Das ist, das, das ist ja nun ein weites Feld, wenn dann das, das da heißt das hier irgendwie Krankheit und lebensbedrohend und denn ist vielleicht jemand, der, der sehr eng irgendwie sein Leben ausrichtet vielleicht auch stärker betroffen als jemand, der, der vielleicht das ein bisschen lockerer sieht. Der sowieso weiß irgendwann ist es mal zu Ende. Natürlich will das keiner möglichst früh haben, ist ja klar, aber, Gott wenn man hier vorne von einem Auto über den Haufen gefahren wird, dann weiß man ja auch nicht. Wünscht man ja nun keinem und sich selber ja am aller wenigsten, aber, aber ne, jetzt unabhängig davon. Die (...) die Möglichkeit um das nun nochmal, um da nun nochmal wieder hin zu kommen. Musiktherapie: mir hat es gut gefallen und und, Thema dass, das mal in der Gruppe zu versuchen, wenn das überhaupt Thema sein sollte: warum nicht. Und ansonsten würde ich für meine Würfel oder für mich selber, ich, ich muss mich noch einmal so ein bisschen umgucken. Also was es noch, noch für Möglichkeiten gibt. Und dann wird hier ja vielleicht noch das Eine oder Andere angeboten.
- 125 I: Genau, können wir gleich nochmal gucken. **(44:00)** Ich fand gerade, dass ich es nicht vergesse, dass eigentlich ganz spannend wo Sie sagten, dass es ist so unterschiedlich. Man

- müsste Leute kategorisieren vorher. Also es geht da so ein bisschen um Indikationsstellung. Für wen, mit welcher, nenn ich es Mal Struktur, ja ist nicht so ein **(unv. 44:20)** Begriff ((joa)) wäre diese Art der Therapie (..) hilfreich, ne?! Oder?
- 126 IP11: Ja, dass kann man nun ganz klassisch oder platt machen: Männer, Frauen, Alte, Junge, Blonde, Schwarze, wie auch immer, blauäugig, braunäugig, keine Ahnung, Große, Kleine, Dicke, Dünne. So, dass wäre natürlich sehr willkürlich, ist mir schon klar, aber das, das versucht man ja nun in der Marktforschung ja nun auch. Nicht, nicht nur bei, bei der Rekrutierung, dass so ein bisschen versucht wird, das zu strukturieren, je nachdem. Sondern das wird ja natürlich dann wenn Ergebnisse dargestellt werden auch in Gruppen (..), also Altersgruppen oder wie auch immer. Und gut, dass ist hier natürlich etwas Anderes, aber
- 127 I: Ja, wenn Sie noch, also spaßeshalber, ich weiß nicht ob das geht, aber wenn Sie für sich mal so eine, also wenn Sie für sich sagen was für eine Indikation hatten Sie, damit Ihnen das hier etwas geholfen hat, geht das? (lacht)
- 128 IP11: Kann ich ja mal versuchen.
- 129 I: Also was bringen Sie für Voraussetzungen mit, oder was haben Sie mitgebracht auch, oder was für Bedürfnissen, an Anliegen, an (..) aber auch an Ressourcen, oder an
- 130 IP11: Och Ressourcen eher weniger. Da hab ich nicht so viel glaube ich nicht. Aber (..) Nein, die, die, eigentlich ist es die gesunde Neugierde, die einen umtreiben sollte und und, nicht nicht dieses, das habe ich ein paar Mal schon gesagt, nicht dieses, so dieses in Richtung Verbannung oder so etwas. Da, da, das, das bringt es. Da, da, weiß ich nicht, da sind natürlich auch Stimmungslagen, die habe ich ja auch, also und jetzt mit dieser Hormontherapie, die jetzt seit gut einem halben Jahr wieder läuft. Das befeuert das immer noch. Das Ergebnis ist nicht besonders zufriedenstellend und, aber, dann sollte man wenigstens versuchen noch irgendwie etwas daraus zu machen. Und, und nicht, nicht immer so die, das, das weiß ich nicht. Das, und das muss, muss eigentlich die, die Grundstimmung sein und (..) die, Gott. In der Marktforschung gibt es so mitunter hin und wieder das Statement, wenn, wenn wir Leute befragt haben, da gibt es, so in die Richtung, probier gerne etwas Neues aus. So das ist, das ist durchaus auch positiv besetzt und, und das kommt häufiger vor als man eigentlich glaubt. Gerade bei irgendwelchen Produkttests oder so etwas und dass, das trifft auf mich auf jeden Fall auch zu. Und die (..) vielleicht auch (...) wenn es denn irgendwie geht, jetzt nicht materiell, eine gewisse Art von wie soll ich sagen Großzügigkeit oder so etwas oder entgegenkommen oder, oder positiv den Anderen gegenüber. Und nicht nicht immer so dieses, hmm, ne? Sondern, ist jetzt wirklich klassisch, wenn, wenn Sie einen Engländer oder Amerikaner oder so etwas fragen wie es ihm geht, dem geht das immer beautiful und great und alles. Und den Deutschen, fragen Sie mal: Wie geht's? Muss ja, so (lachen). Und puh. Das ist ja natürlich auch nicht so gemeint, aber (...)
- 131 I: Und für Sie? Ist das (...)
- 132 IP11: Ja, das ist ((lacht)) Das haben wir ja nun eigentlich, ich ja nun nicht so viel, aber wenn bei, bei internationaler Kommunikation und, und, und, jede e-mail oder so etwas fängt erstmal mit an: hoffe Du hattest einen tollen Tag oder Dir geht das besonders gut, oder wie auch immer. Das sind Floskeln und, und, aber das gehört irgendwie damit dazu. Und, so und (..) das (..) finde ich persönlich, ich muss das nicht haben. Aber es ist eigentlich immer ganz nett. Sagen wie mal so. Das mag ich ja nun auch nicht immer und eigentlich ist es mir immer lieber möglichst, möglichst rational zu sein und, und nicht, nicht so viel Zeit mit Nebensächlichkeiten zu verpläppern. Aber dann muss man auch ein konkretes Ziel haben und das ist jetzt hier ja jetzt erst eher noch ein bisschen diffus.
- 133 I: was wir mit der Musiktherapie erreichen wollen ((wollen, genau)). Und können Sie das für sich noch einmal fassen? Also, was haben Sie erreicht? Sie sagten das ist schwierig?
- 134 IP11: Na ich habe auf jeden Fall erreicht (lacht) (49:15). Ich habe auf jeden Fall erreicht, dass ich hier heute sitzen darf. ((lacht))((ja, dass aber)) (lacht) So, und dazu beitragen kann vielleicht mein keinen Anteil dazu zu leisten. Und ich, wie gesagt, für mich ist es, ist es eine

gute und positive Erfahrung gewesen. Mir hat es gut gefallen. Ich könnte mir, wie gesagt, das mit dieser Gruppengeschichte, muss man dann mal sehen. Aber wir sind dann ja tatsächlich doch so ein bisschen auf einem, in einer experimentellen Phase und, und, das liegt mir eigentlich persönlich eigentlich immer ein bisschen mehr als, als nur so, so irgendwie so ab zu arbeiten, oder so ((da kam Ihnen das entgegen (lacht)) ja, und das, das haben wir ja, wie gesagt, das hat auch mit dem Job, oder mit dem Beruf zu tun und häufig gehabt dass, oder, es ja heute noch, dass, dass man eben in Situationen kommt, wo man nicht genau weiß. Ne, wir sind ja nun, oder, dass, da, da sind wir wieder eigentlich beim Kernthema dass, dass es eben (.) auch, auch an, am, am Typ letztendlich liegt oder, oder, oder an der Veranlagung eines jeden Einzelnen wo er sich, wo er sich wohler fühlt. Und, und manche Leute, oder viele Leute die müssen das eben haben, die brauchen dieses stark Strukturierte. Und das, das ist, ich komme damit auch zurecht, aber ich muss das nicht haben. Mir fehlt nichts, wenn das nicht ist.

- 135 I: Sie brauchen eher das Freiere, oder das ((ja)) Offene.
- 136 IP11: Ja, das, das, da kann ich mehr mit anfangen. Und das, das ist eigentlich auch wieder eher dieses, dieses, was, was mir persönlich mehr liegt, selbstbestimmt als fremdgesteuert. Also das, das, (.) aber, wie gesagt, ich höre ja nun in fünf Monaten auf zu arbeiten, dann geht das, gibt es, also in einen neuen Lebensabschnitt. Das habe ich mir jetzt ja schon einmal, also selber so, zurechtgelegt und vorgenommen, und ich freue mich darauf und ich habe zwei, drei Kolleginnen jetzt gehabt die fanden das, nicht das ich da jetzt abdampf, sondern die sind letztes Jahr oder so etwa gegangen, die, die haben sich da teilweise vor gefürchtet. Die wussten nicht so richtig wohin die Reise geht oder, oder "ich glaube mir fehlt da etwas" und so. Was alles sich mehr oder weniger in Luft aufgelöst hat, wenn ich die dann ein halbes Jahr später oder so gefragt habe "ne, und ist klasse" und stimmt auch. Ist jetzt nicht, nicht geheuchelt oder, oder irgendwie so hart an der Wahrheit vorbei. Sondern, dass ist schon und und das (..) ist das. Und andererseits weiß ich nun auch aus persönlich oder verschiedenen Situationen im Berufsleben, dass das sich teil-, ich teilweise viel zu blauäugig an mache Sachen rangegangen bin, aber, Gott (..)
- 137 I: Ja, das ist der Rückblick. Das ist, gehört alles dazu.
- 138 IP11: Ja, das gehört alles dazu aber missen möchte ich es trotzdem nicht. Und und das, das ist ja nun auch so ein gewisser Lernprozess und das, das ist eigentlich auch, auch irgendwie ein Kernthema. Ich glaube nicht, dass, dass der, der Mensch irgendwie dazu konstruiert ist ,das Lernen irgendwann aufzugeben. Viele meinen dass, dass sie, weiß ich nicht, keine Ahnung, Ende vierzig oder so etwas, alles wissen und schon, und so, und denn (pff), ne, aber, das glaube ich nun überhaupt nicht. Das ist jetzt zwar alles ein bisschen philosophisch, aber warum auch nicht, denn, denn (..) da bewundere ich dann zum Beispiel auch, auch Ältere, die, die meinetwegen, keine Ahnung, Mitte sechzig oder so etwas, nochmal anfangen eine Fremdsprache zu lernen. Gut, dass ist nun nicht so mein Ding, also, aber (53:32) (lachen) ((Kommt vielleicht, kommt vielleicht)) Das glaube ich nicht. Das glaube ich ganz bestimmt nicht. Ne, aber, sondern irgendwas anderes. Aber das, das finde ich dann immer irgendwie richtig cool muss ich sagen.
- 139 I: Mir ist gerade noch etwas eingefallen im Hinblick auf die Zeit. Ein Paar Minuten haben wir ja noch. Mit dem Aktiven: Wir haben ja viel gespielt, oder hauptsächlich. Und wir hatten glaube ich ein Mal, hatten Sie den Klangstuhl ausprobiert. ((ja)) Das ist ja ein bisschen anders, weil ich da gespielt habe und Sie nicht gespielt, Sie haben gehört. Aktiv gehört. ((Ja, da ist ja auch nichts.)) Genau. Also können Sie da vielleicht nochmal etwas dazu sagen? Und das war die einzige Ausnahme, wenn ich mich erinnere, oder? Also Ausnahme.
- 140 IP11: Wir haben auch ein oder zwei Mal gar nicht gespielt. ((Ja das gab es auch.)) Weil ich ja nur erzählt habe. (...) Das war ja ziemlich am Anfang, wenn ich mich recht entsinne. Was soll ich denn dazu jetzt sagen?
- 141 I: Erinnern Sie etwas? Also wie Sie, ja genau. Einfach was Ihnen da in den Sinn kommt bei dem Klangstuhl.

- 142 P: Och ich weiß noch, dass es eigentlich eine, man ist da ja als Hörender so mehr in der passiven Phase. Was ja wohl auch beabsichtigt ist. Es ist, es ist eigentlich ganz schön. Es geht ja so ein bisschen mehr so in Richtung Meditation oder so etwas. Ja, aber (..)
- 143 I: Weil, Sie haben es dann nicht mehr gewählt? Also Sie hat etwas anderes angezogen.
- 144 IP11: Nö, also zuhause müsste ich das auch nicht unbedingt haben. Also ich finde das ganz, ganz nett das und und aber (...) ich kann da eigentlich gar nichts weiter zu sagen. Ich fand es ganz interessant, dass es so etwas überhaupt gibt und, und wie das funktioniert. Und was, was das denn (..) das ist auch eigentlich. Weil das, wie soll ich sagen. Eine relativ warme Stimmung die dann entstehen kann, oder glaube ich auch entstanden ist. Aber das ist, das ist mir dann, das ist mir dann vielleicht auch etwas zu passiv.
- 145 I: Ja, jetzt auch im Vergleich zum selber spielen. ((ja)) Diese Geschichte, die Komponente.
- 146 IP11: Ist natürlich, sind wir ja wieder auf der, auf der Gefühlsebene. So es hat da, hat da natürlich auch ein bisschen mit Stimmungslagen zu tun. Wenn man, wenn man eher dann in die Richtung unterwegs ist jetzt so mal ein bisschen abzuhängen oder so etwas dann kann man sich ja Mal den Klangstuhl antun ((ok, lacht)). So, und dann ist es auch wieder gut, aber ((war nicht ihr Bedürfnis in dem)) ne, wenn das jetzt die Musiktherapie wäre ((nur Klangstuhl)) nur zwanzig Minuten Klangstuhl, dann würde ich sagen das, das ist dann wirklich Nieschendasein und da gehört es auch hin. Aber, das, das, ich glaube, das ist wichtig den, den, die Patienten die, die da mitmachen oder mitmachen wollen auch eben aktiv einzubinden, abzuholen und auch so ein bisschen, fordern ist ein bisschen übertrieben. Fördern. Fordern um zu fördern hm hm hm diese ganzen Dinger. Aber dass man das, dass man den, den Betroffenen auch die Möglichkeit gibt sich irgendwie selber auszudrücken. Und das ist für meine Begriffe Bestandteil. Das sollte es auch sein. Aber es ist eben nicht nur die Musik, sondern dass eben die Therapeutin dann auch da mit einsteigt und nicht den, den Betroffenen alleine da werkeln lässt. Sie könnte dann ja auch raus gehen und mal eine rauchen oder so, oder weiß ich (kurzes Auflachen/lautes Ausatmen), sondern das, das das ganzheitliche Konzept, nennen wir das mal so ((also was ist die Rolle der Therapeutin dabei?)) Einerseits sich, sich quasi auf, auf dieser Musikschiene mit zu bewegen, mit unterwegs zu sein. Und andererseits eben auch als, als zuhörender Part, wenn eben in dem Moment keine Musik gemacht wird. Aber es ist ja auch immer so ein gewisses Geben und Nehmen oder harmonisches Miteinander. Kooperation, hm, hm, hm, hm, hm, joa (kurzes Auflachen) und und versuchen dann eben aus diesen, diesen beiden Teilen vielleicht irgendwie auch, auch etwas Ganzes zu machen. Möglicherweise. Aber und, ich hatte jetzt nie den Eindruck dass dass ich mich bei Ihnen eingehängt habe sondern eher anders herum. So. Obwohl das auch klappen sollte, aber da- (..) durch dass, dass um, um, das einigermäßen rund zu machen ist es vielleicht auch besser, dass, dass der Amateur versucht sich da irgendwie auszudrücken und und der Profi dann, dass das substituiert. Und, und, und andersherum wäre das vielleicht ein bisschen schwieriger, wenn ich dann versuchen müsste (lachen) mich da irgendwie in eine gewisse Konstruktion mit ein zu kriegen.
- 147 I: Nur schwierige? Oder, also (..) ist das
- 148 IP11: Ja, so herum war, fand ich es besser und und (..) schwierig. Nein, also würde ich jetzt nicht, nicht so sehen sondern, sondern eher, dass das Bestreben irgendwie auch etwas zu begleiten. Also jetzt, sondern, sondern, von Ihrer Seite da begleitend und unterstützend unterwegs oder dabei zu sein und, und jetzt nicht, nicht, nicht jemanden irgendwo mit hinnehmen zu wollen, sondern einfach eigentlich nur dabei zu sein und so.
- 149 I: Und Sie sagten gerade auch nochmal mit Ausdruck. Dass das wichtig ist sich auszudrücken. ((ja)) Oder die Möglichkeit sich auszudrücken. Können Sie da nochmal zu fassen kriegen was das bewirkt? Wie man sich ausdrücken kann? Das ist
- 150 IP11: Na ja, das, das bewirkt letztendlich das, dann sind wir ja eher beim Klangstuhl, da ist ja die Möglichkeit nicht gegeben. **(1:00:47)**
- 151 Und das, das mit dem Ausdrücken, das, das ist dann eben, dass, dass man auch ein bisschen

weg kommt von den ausgelatschten Faden. Das ist ja nun auch so ein Klischee. Sondern eben etwas Neues, im relativ kleinen Umfang, das ist ja klar, aber immerhin. Und eben auch zu sehen dass das (...) das möglich ist. Obwohl man sich das vielleicht ja (ff) Gott ich habe ja nun nicht, nicht im Hinterkopf heute lerne ich Gitarre und morgen möchte ich Klavier spielen können oder so etwas. Sondern dann muss man ja irgendwie entweder hat man da Lust zu, oder man wird dazu inspiriert oder, oder es gibt andere Antriebsfedern und, und es ist ja nun aber nicht, nicht so dass, dass, dass man das morgens aufwacht oder wenn dann plötzlich denkt: "Oa ich glaube ich werde, irgendwie werde ich, werde ich mal Posaunist. So, dass kann ich mir richtig cool vorstellen." Das ist, also, wüsste ich jetzt nicht. So und diese ganzen Einflüsse, die dann da sind, das ist hier ja auch. Das ist eine neue Situation und und und, das ist, ich weiß auch nicht, Herausforderung finde ich ein bisschen übertrieben ((also ein Hauch davon vielleicht (lacht)) Herausförderchen. Ich weiß nicht, wie das verniedlicht wird. Eine neue Situation oder eine etwas andere Situation, aber nicht negativ besetzt, durchaus nicht. Sondern, sondern in dem Sinne von Inspiration oder, oder so. Und, das durchaus dazu führt, dass man vielleicht sich dann auch, dass man, das ist doch klar wenn man etwas Neues kennen lernt. Und, und

- 152 I: Hm, also was haben Sie von sich ausgedrückt? (..) Können Sie das sagen? (..) Oder, ja
- 153 IP11: Dss, das jetzt in Richtung des, des (...)
- 154 I: Also welchen Ausdruck hat Ihnen die Musik ermöglicht?
- 155 IP11: Keine Ahnung (pff) ((Nö, könnte ja sein, dass Sie da was (.) (lacht)) Nö, nichts, (.) nix, (lachen).
- 156 I: Also irgendetwas, was aus den ausgelatschten Faden, was, irgendetwas haben Sie ja damit ausgedrückt von sich.
- 157 IP11: ja natürlich um, um, ja auch um ein bisschen, ein bisschen weg zu kommen. Ablenkung finde ich ein bisschen, bisschen, bisschen dünn. Das ist das nicht. Sondern, sondern schon noch ein bisschen substantieller in die Richtung eben auch, auch aktiv darin eingebunden zu sein und was, was mitgestalten zu können. Aber wie gesagt dann können wir auch versuchen gemeinsam ein Bild zu malen oder, oder Brot zu backen oder, oder keine Ahnung, eine Figur zu schnitzen. Aber ich glaube Musik ist da noch ein bisschen, da sind (..) sind die Stimmungen irgendwie die, die, für meine Begriffe ist, ist, kann man, das habe ich auch ein paar Mal erzählt. Warum wird denn in irgendeinem Supermarkt irgendwie Musik gedudelt, wenn das nicht irgendetwas bezwecken würde. Das machen die ja nicht um die Leute zu unterhalten. So, und da gibt es, gibt es viele Faktoren, da kann man die Leute auch mit irgendwelchen Gerüchen beeinflussen. Das weiß ich auch alles. Aber Musik, wie gesagt für meine Begriffe kann eben auch zu, zu einem (.) keine Ahnung, da muss man, weiß ich nicht. Gibt es bestimmt auch mit Kleinkindern oder Säuglingen. Wie die, wie die reagieren oder, das gibt ja sogar nicht nur Experimente, sondern Kühe geben doch mehr Milch wenn sie Mozart oder Beethoven hören. Ne? Also (lachen) ((Also was?)) Ja, das ist doch schon der Beweis hier. Musik bewirkt Positives. Ne? Und insbesondere, wenn man dann dazu noch, sogar noch konstruktiv daran mitwirken kann. Oder sich versucht dann vielleicht auch auszudrücken ((sich auszudrücken?)) Ja ((Ja? Was auszudrücken?)) Ja, da sind wir ja wieder bei Stimmung. Was soll man denn sonst ausdrücken. Stimmungen, Gefühle.
- 158 I: Na, weil Sie vorhin glaube ich sagten, wenn ich das richtig erinnere, dass die Stimmung an sich gar nicht so wichtig war (.) in der Musik. Oder habe ich das falsch in Erinnerung?
- 159 IP11: Ne, ganz und gar nicht. Nur weil, weil die Frage ja dahin gehen war, ob die Musik anders war bei dieser oder bei jener Stimmung. So habe ich das verstanden. Und das kann natürlich sein, aber das kann ich, ich selber, (..) habe ja eher nicht so die Wahrnehmung, bin ich jetzt besonders schlechter, oder besonders guter, oder besonders blauer, oder besonders gelber Stimmung, oder wie auch immer. Deshalb, das, das kann, das kann ja nun auch durchaus sein, dass man wenn man dann anfängt irgendwie etwas zu spielen, irgendwo plötzlich, dadurch dass man da wieder irgendwas aufplopt, von ganz ganz früher oder so etwas, was positiv oder was negativ besetzt war, das ist ja alles möglich. Und wenn man sich

- da so ein bisschen treiben lässt. Und dann kommt eben wieder Mike Oldfield hoch. Bei mir durchaus positiv besetzt, beim Nächsten kann das ja dann "iiih, ne und oah", so.
- 160 I: Das heißt der Mike Oldfield war aufgetaucht. Noch, erinnern Sie noch etwas, was aufgetaucht ist? Wenn Sie das jetzt noch so
- 161 IP11: Ja, wir hatten ja dann irgendwie so mal das Thema Vogelschwarm ((stimmt, ja)) und das (.) das war dann irgendwie so ein Bild was dann, was, was dann da ist und, und, das war ja nun nicht irgendwie vorher gesagt: Hier nun soll hier mal jeder sagen was er hier für Bilder sieht oder so etwas. Sondern das ist eben dann so aufgeplopt und, und
- 162 I: Wissen Sie auch noch was Sie damit verbunden haben, mit dem Vogelschwarm? (.) Also, wofür (.) Was war das für Sie? Wissen Sie das noch?
- 163 IP11: Wie? Was soll das für mich gewesen sein? ((der Vogelschwarm. Was haben Sie damit verbunden? Mit der Metapher?)) Das, das war eigentlich eine relativ, na ja, dass, dass wenn man einen Vogelschwarm sieht, insbesondere wenn es meinetwegen Stare sind, und so die dann da zu teilweise Zehntausenden mehr oder weniger destruktiv, und keiner weiß wozu das überhaupt gut sein soll. Aber trotzdem irgendwelche ganz tollen Gebilde und Wolken darstellen. Und, und sich da auch nicht über den Haufen fliegen. Und da gehört ja auch eine ganze Menge, wie ich finde, dazu. das hatte ich so ein bisschen, bisschen im Bild und das hat auch ein bisschen mit Freiheit, Ungezwungenheit und, und zu tun.
- 164 I: Also Bedürfnissen, die Sie auch (.) haben? Oder?
- 165 IP11: Natürlich, die hat doch jeder. (..) wie? ((zu)) (lachen) ((wahrscheinlich)) Das will ich aber glauben. Der eine mehr, der andere weniger. Und ja, das, das ist also durchaus positiv besetzt und wir sind ja als wir unseren Hund noch hatten auch das eine oder andere mal auf, auf, auf Fischland Darß Zingst gewesen. Und da sind ja auch viele Zugvögel und, da ist es, Stare weiß ich jetzt nicht, aber das ist schon immer toll da. Und so als Stadtpflanze nimmt man das natürlich nicht so wahr, aber das, muss, muss man dann eben auch mal ein bisschen, bisschen mit offenen Augen durch die Gegend gehen ((lacht)). Kann ja nicht schaden. (...) So, was haben wir denn noch?
- 166 I: Ich, also ich glaube, wir sind (.) Also ich. Es war sehr reichhaltig. Ich kann jetzt noch einmal gucken. Vielleicht fällt Ihnen auch noch irgendetwas ein, was wir nicht; was noch wichtig ist. (.....) Ne so. Also für mich wäre es so
- 167 IP11: Wenn Sie einer außenstehenden Person ihre Erfahrung mit der Musiktherapie beschreiben sollten ((Das hier so?)) (lacht) Mit welchen Worten ((ja, gerne, lacht)) Aber ne, das würde ich jetzt auch nicht unbedingt wollen. Das ((ne?)) ja
- 168 I: Ja, weil das so individuell ist? Oder?
- 169 IP11: (...) Na ja, was ich vorhin schon sagte. Ich glaube, ich hatte, das ist, das, das (...) ich mag das ja ganz gerne, auch mal was, was, was Neues auszuprobieren. Und, und (..) es ist, ja es ist schwierig, schwierig zu, das, das kann man auch nicht. Wie soll man, wie soll man unbedingt Anderen eine Situation beschreiben, die mehr oder weniger stark von Gefühlen geprägt ist. Das, das glaube ich nicht, das, Gott, jemand der aus der Marktforschung kommt, natürlich, wenn, versucht sowas dann auch, auch zu, irgendwie als Befreiungsinstrument zu nutzen, aber das kann man machen wenn man jemanden eine Runde mit dem Auto fahren lässt, mit einem anderen. Und sagen wie: beschreiben Sie mal den Unterschied zwischen dem, was Sie bisher hatten und dem da. Das kann der natürlich. Aber, oder, wenn das ein Produkt war, oder keine Ahnung, aber. So jetzt in die Richtung Gefühlsbeschreibung, das, das, ich glaube das geht dann teilweise. Das, das geht auch schief, damit kann man auch nicht viel anfangen (.....) die (...) also interessant zu wissen wäre für meine Begriffe, oder sollte man (..) beim Thema Musiktherapie ob es, gibt es tatsächlich da, das will ich jetzt gar nicht beantwortet wissen, gibt es eine gewissen Klientel, die dazu eher neigt oder da, da mehr, mehr, mehr für zu haben ist, nicht im Sinne von Einfangen oder so etwas. Sondern überhaupt in Richtung Begeisterung, oder, oder (....) man kann ja nun schlecht sagen damit

werden alle Wunden geheilt. Das kann man aber letztendlich mit gar nichts. Ne, wer, wer das behauptet der ist ja so schon auf der ganz falschen Schiene unterwegs, und, aber, wenn das, ich will das ja nicht positiv ausloben, ich bin ja hier nicht der Marketingverantwortliche. Ne, und das muss ja vielleicht auch gar nicht sein. Aber, die, die durchaus die Bereitschaft was, was, was Anderes zu erfahren ist ja nicht dazu da, oder man (.....) das ist, guck mal, das ist doch nun eigentlich der, der, eigentlich der Eingangssatz eines jeden Interviewers beim Interview: Die Teilnahme beim Interview ist freiwillig und es gibt keine falschen Antworten. Und das ist ja letztendlich bei der Musiktherapie genau das Gleiche. Man kann doch nichts falsch machen. Ich will nicht sagen man, oder es ist ja auch nicht dazu da um zu bewerten der macht das richtig oder der macht das falsch. Sondern das ist, das ist ja vollkommen davon losgelöst und man kann sich ja nun, vielleicht haben auch Leute Angst sich lächerlich zu machen, aber das ist doch (...) Und da sollte man dann wenn man an der Musiktherapie teilnimmt auch genügend Selbstbewusstsein haben um, um, um, wie soll ich sagen, sich, sich jetzt da nicht irgendwie als, als, als Versuchs-, nicht Kaninchen, das nicht also irgendwie als Versuchsmedium oder irgendwie so etwas, zu sehen, sondern. Es wird schwierig sicherlich mit Leuten, die sagen " Das macht sowieso alles keinen Sinn." Batsch. So. "Muss ja." Buff, da sind wir wieder, ((So eine Vorarbeit machen, lacht)) "Was soll das hier alles bringen?" So. "Frau Preißler erklärt nun wozu, was, was ist denn wenn ich hier nach sechs Malen raus gehe. Geht es mir dann besser oder nicht?" So, Sie sind hier die Expertin ((Das weiß man ja auch nicht so genau. lacht)) "Überlegen Sie sich mal. Ich muss hier jeden Tag, jedes Mal eine Stunde her, eine Stunde zurück und eine Stunde bin ich hier. Das sind schon drei Stunden wieder weg." So. Batsch. Ne? (lachen) So und ich glaube wenn ich das wäre der, der an Ihrer Stelle wäre, man kann ja mal versuchen das umzukehren. Ich könnte mit solchen Leuten nicht umgehen. Den würde ich gleich sagen da ist die Tür, Tschüß. Oder so und jetzt nicht so platt aber. Das ist ja, das ist ja nichts was man jemandem dann nun, nun irgendwie. Entweder sie, es ist für eine gewisse Zielgruppe geeignet um zumindest als, als begleitende Maßnahme. Und dann ist es schon eine ganze Menge wert. (...) Und es ist mit Sicherheit nicht dafür geeignet alle da durch zu ziehen. Und zu sagen, weiß ich nicht, es gibt sicherlich andere Sachen, die dann besser geeignet sind. Körperliche Ertüchtigung oder Sport. Das sagt ja jeder Arzt: "Sport machen, Sport machen, Sport machen." So, fertig. ((So **(unv. 1:15:03)** Sachen. Ja, ja)) Ne? So, gesünder leben, mehr Sport machen, fertig. Nicht Rauchen, kein Alkohol, Zucker, Bubs, gar nichts (**1:15:10**) ((ja, ja lacht)). Ja, und dann geht es Allen besser. Aber das machen die Leute nicht. ((Ja, das nicht mal. Genau. Trotz der Empfehlungen)) Ja. (lachen) So und, so würde ich das mal sehen und (...) aber jetzt Mal so für mich, vielleicht auch zum Abschluss: Ist das denn hier mehr oder weniger so eine Art Eigenentwicklung? Oder sind, sind, gibt es auch in anderen Bundesländern ähnliche Entwicklungen? Oder, oder europaweit? Oder wie auch immer?

170 I: Hm, also gibt es schon. Es gibt in der Onkologie recht wenig. Also die Musiktherapie an sich ist ja eine kleine Disziplin und in vielen verschiedenen Feldern verortet. Also von Psychiatrie, mit Kindern, mit Erwachsenen, mit dementen Menschen gibt es viel inzwischen. Also da wird, das baut sich so pö a pö aus. Und im onkologischen Bereich ist es viel integriert in der Palliativmedizin, weil es so in der Pauschale mit drinnen ist. Oder es einfach da klar ist, es ist gut Menschen interdisziplinär etwas anzubieten. Und, aber im akutstationären Bereich ist, also so gut wie, also in Amerika mehr, ((ist ja auch größer. schmunzelt)) ja, ok. (lacht) hier recht wenig. Also hier sind wir so mit dem Klinikum recht alleine und auch mit Ambulanzen gibt es drei Standorte in Deutschland. Also das ist schon recht begrenzt. Aber das ist auch keine ganz neue Idee, oder die Grundzüge der Musiktherapie sind natürlich auch wieder ähnlich. Aber eben, das gilt es ja heraus zu finden: Was ist denn spezifisch für die onkologischen Patienten gut. Im Vergleich zu jetzt psychiatrischen Patienten, oder dementen Patienten, oder was auch immer man für Gruppen bilden will. Was ist da eine Situation? Die Faktoren, die wichtig sind? Ja, ist das eine Antwort? ((Geräusch der Zustimmung)) (lacht). Ist denn soweit, wir sind ja ein bisschen, haben ein bisschen überzogen ((pff)), aber ich hoffe das war in Ordnung (lacht). Finden Sie soweit ((Ja)) alles gesagt? ((hm)) Ja? (...) Ok, dann

171 IP11: Ja, also, wie das (.....) Ja, das. Ich fand es; Mir hat es gut gefallen, so, und, und (**unv.1:17:46**) können Sie das auch nochmal in anderen Worten (**unv. 1:17:52**) und

- 172 I: ich glaube da steckt viel drin in dem was Sie gesagt haben jetzt. Auf die Frage auch.
- 173 IP11: Ja, denn, denn, denn (...) Ich glaube das es wichtig Leuten jetzt in diesem, im onkologischen Bereich, man muss die auch irgendwie nicht nur abholen sondern, sondern auch vielleicht ab- bisschen, bisschen mit anderen Gedanken oder irgendwie so mal so ein bisschen woanders hin führen und, und, nicht unbedingt mit der Zielrichtung: Morgen ist nun alles gut oder irgendwie so. Oder wir legen den Schalter hier komplett um. Das ist ja Quark, aber so nicht, nicht, nicht in Richtung passive Unterhaltung, dann sind wir beim Klangstuhl. Dann, dann kann man sich auch Kopfhörer aufsetzen und irgendwie Mike Oldfield hören, wem es denn gefällt. Aber so, so eben auch noch nicht, wie gesagt Herausforderung finde ich den falschen Begriff, aber Interesse und, und ein bisschen, ein bisschen aktiv (...) Teilhabe. Das ist ja auch so bläh, so ((Es gibt so Schlagworte, ne? Aber so)) ja (lachen) (1:19:12) das, das weiß ich nicht, das (..) als ich das das erste Mal gehört habe: Teilhabe am, am Berufsleben oder, oder Teilhabe das ist, Teil, Teil, das ist ja nun, wieso denn Teil? Bin ich nicht ein Ganzes? Ich bin doch nicht nur ein Teil. Und, aber, egal. Aber das finde ich, das, das (..) ist, ist ein begleitender, eine begleitende Möglichkeit irgendwie ein bisschen, bisschen, vielleicht. Da sind wir wieder bei den ausgelatschten Faden, oder aus dem (..) aus dem kleinen Universum in dem man sich dann mehr oder weniger bewegt, was nicht unbedingt nur positiv besetzt ist. Da auch nochmal so ein bisschen heraus zu kommen. Oder ein bisschen mehr, mehr Farbe ins Spiel zu bringen. So etwas in der Art.
- 174 I: Und hat das jetzt speziell etwas mit, sagen wir mit der Tatsache, des onkologischen Patienten zu tun? Wenn ich es mal so formuliere.
- 175 IP11: Ja, das glaube ich.
- 176 I: Ja, ja. Und können Sie das nochmal (unv. 1:20:28)
- 177 IP11: Weil, weil der in seiner ver- oder Gefangenschaft, der dreht sich ja nun doch ein bisschen mehr um, um eher negative Sachen. Und dass, dass da irgendwie ein bisschen etwas Warmes etwas, etwas Helles, etwas Farbiges, etwas Leuchtendes, wie auch immer Schönes, irgendwie süß, sauer, bitter, salzig, keine Ahnung, und so, so als kleiner Wiederpart mit dazu kommt. Und, und eben nicht, nicht jetzt medikamentös oder, oder irgendwie anders, sondern, sondern auf, auf, der, der Richtung Musik oder künstlerische Gestaltung oder freie Exkursion oder wie auch immer. Das, das ist eine schöne Erfahrung. Für mich zumindest (...) genau.
- 178 I: Das hat es rund gemacht. (lachen)
- 179 IP11: Ich habe es versucht.
- 180 I: Ja, mensch. Vielen, vielen Dank

IP12_ Interviewtranskript

- 1 Patienteninterview IP12 (= B)
- 2 Therapeutin: PP
- 3 Geschlecht: w
- 4 Interviewerin: PP
- 5 Zeitpunkt: nach Abschluss MT
- 6 13.12.17
- 7 Ort: Ambulanzraum 2
- 8 Script: SP
- 9 I: Okay. #00:00:09-8#
- 10 B: Dann läuft es. #00:00:12-5#
- 11 I: Ja, dann (lachend). Es ist vielleicht das Beste, wenn Sie einfach mal anfangen, was Sie erinnern von der Musiktherapie. Es geht ja darum, zu erkundigen, ob die Musiktherapie hilfreich sein kann bei der Auseinandersetzung mit der Erkrankung. Ob nicht, wann, wie, was Ihnen dazu einfällt, was Sie so erlebt haben? #00:00:34-5#
- 12 B: Also als ich hierherkam, war mein Problem eigentlich, nicht wirklich richtig sprechen zu können und alles war so eng und beklemmend. Und genau aus diesem Grund eigentlich wurde mir wahrscheinlich auch die Musiktherapie vorgeschlagen, so denke ich mir das zusammen, weil mein Intellekt da nicht soviel machen mußte, sondern spontanen Redebedarf auch hatte und auch anbringen konnte, aber auch einfach bei mir sein konnte und hören, was fällt mir zur Musik ein und das hat die Atmosphäre sehr aufgelockert. Das war für mich ganz hilfreich, dann zu spüren oder zu hören, was für Töne da rauskommen oder dass da doch noch ganz gut Leben in einem steckt. Das fand ich eigentlich (.) ähm ganz gut. Also es gab so ein paar Zeiten, wo ich gedacht habe, hm, jetzt hast du doch irgendwie so ein bisschen Stress bei deinen Eltern, jetzt wäre vielleicht doch eine Gesprächstherapie besser, um das nochmal richtig zu analysieren und den Rahmen nicht zu sprengen. Aber tatsächlich reichte das dann eigentlich aus, was war, also von den Zeiten, die wir uns dann genommen haben, um zu sprechen. Also ohne diese Komponente wäre es für mich schwierig. Also wenn man jetzt sagen würde nur über Musik, man kommt an, das wäre für mich jetzt schwer. Aber zum Lösen und ein schönes Gefühl haben, um rauszugehen oder so, dass man einfach gesagt hat, das war jetzt aber wirklich ganz nett oder man hat sich gefreut oder so, das fand ich sehr gut, das ist bei einer Gesprächstherapie ja nicht immer so oder nicht oft so. #00:02:20-7#
- 13 I: Stimmt, Sie sind einmal rausgegangen und sagten es war schön, und dann hatte es Sie aber irritiert oder? #00:02:23-9#
- 14 B: Ja, genau, ob man das überhaupt sagen darf, genau, ja. #00:02:27-3#
- 15 I: Können Sie nochmal sagen, was Sie da irritiert? #00:02:30-7#
- 16 B: Ja, weil der Grund ist ja eigentlich nicht so schön, weswegen man hier ist und dass es jetzt einfach nur nett war und Spaß gemacht hat, dann kommt so ein bisschen der Leistungsgedanke, war das jetzt überhaupt richtig oder hat man jetzt das Richtige gemacht. Aber ich denke, dass es wirklich eine gute Sache ist, um erstmal in so eine gute Stimmung auch zu kommen. Und tatsächlich hatte ich ja auch ein paar Mal, später erst so eine Melodie, wo ich dachte, wow, das ist ja richtig klasse, die mir dann auch gefiel. Das hat mich dann so richtig aufgebaut, wo ich gedacht habe, oh, da ist ja noch richtig so was Schönes, was aus einem selbst so rauskommen kann. Das ist schon, das koppelt sich dann nochmal zurück.

#00:03:19-7#

- 17 I: Und können Sie noch mehr beschreiben, also wie das ging mit der Melodie, wie fing das an? Was waren das für Schritte oder wie? #00:03:27-1#
- 18 B: Also erstmal war das ja total schräg, die ganzen Instrumente rauszusuchen, was einem jetzt wohl liegt. Also das fand ich schon ziemlich schwierig. #00:03:35-3#
- 19 I: Was war schräg oder schwierig? #00:03:38-0#
- 20 B: Ja, so was entspricht oder war quasi umzusetzen? So die Stimmung, wie ist die gerade und wie setzt man das um, wenn man sich ein Instrument aussuchen muß. Das ist ja dann sehr gedankenlastig und das fand ich dann schwer erstmal. #00:03:53-9#
- 21 I: Und was war das Gedankenlastige daran? #00:03:57-3#
- 22 B: Ja, was passt jetzt eigentlich zu meiner Stimmung? Das macht ja so ein Geräusch und das macht ja eher so eins. Und das über den Kopf entscheiden zu wollen. #00:04:06-5#
- 23 I: Ah. #00:04:06-5#
- 24 B: Anstatt so, wie sie es ja eigentlich vorgeschlagen hatten, mal drauftrommeln, aber es war schon eher mehr so über den Kopf. Das ging aber nachher immer besser. Das war so bei den ersten zwei Malen, fand ich das echt ein bisschen schwierig, wo ich dachte hm, das ist dann vielleicht zu düster. Aber eigentlich entspricht es meiner Stimmung, aber eigentlich mag ich das ja gar nicht oder irgendwie so. #00:04:30-8#
- 25 I: Ja und als Sie das gedacht haben, wie ging es weiter? Also das war das Erste und dann? (lachend) #00:04:38-7#
- 26 B: Ja, genau, da habe ich mir Gedanken halt auch mir rausgesucht und es war schon sehr, also man muß ein bisschen glaube ich wirklich sich drauf einlassen. So gut es einem auch tut, wenn man eigentlich nicht so richtig alles über den Verstand machen will oder auch nicht kann und nicht sprechen kann, muß man sich drauf einlassen. Der Verstand ist eigentlich immer so der Erste und das ging dann glaube ich gleich beim zweiten Mal ging es dann besser. Wenn man also so die erste Runde so musiziert hatten. Weil es ist schon ein bisschen komisch, man fängt an so Töne zu machen und dann sitzt da jemand, der versucht da mit einzusteigen erst und dann Oh Gott, was versuche ich denn jetzt? Oder irgendwie so, am Anfang, wo man so denkt, was mußst du denn jetzt machen, wie soll das jetzt laufen. Das brauchte schon für mich jetzt so ein, zwei Sitzungen oder so. Und dann war es aber besser. #00:05:38-1#
- 27 I: Und was brauchte es, was hat sich entwickelt in Ihnen, dass es besser wurde? #00:05:44-6#
- 28 B: Ja, so eine Selbstsouveränität, erstmal, dass es gar nicht darum geht, was ich da jetzt draufhämmere, dass es eigentlich mehr für mich ist und nicht, dass jeder irgendwelche wilden Sachen rausinterpretiert. Also zumindestens habe ich das nicht im Feedback gekriegt, nur ganz wenig. Ja, also einfach zu gucken und zu probieren, also einfach lockerer und gucken, was passiert. Was Sie auch eigentlich immer gesagt hatten, wir können ja mal gucken oder so, wie es ist, dass dann auch wirklich so freier anzunehmen. Das war für mich, also ich brauchte da ein bisschen. #00:06:23-1#
- 29 I: Und wenn ich nicht wild interpretiert habe, was habe ich dann gemacht? #00:06:28-5#
- 30 B: Sie haben es nicht groß interpretiert, meistens gar nicht, es war so, als ich diese eine kleine Melodie gefunden hatte und da ging es gerade um meine Mutter oder meinen Vater, irgendwie so eine schwierige Situation, da hatten Sie eine Idee für diese Melodie, dass die irgendwo da drin ist in mir oder so ein Anker. Ich weiß gar nicht mehr genau, wie es war. Also quasi so ein Funken Freude oder irgendwie so und das fand ich ziemlich gut, weil ich mir das so noch gar nicht überlegt hatte, genau. #00:07:01-9#

- 31 I: Hatte ich das vorgeschlagen oder? #00:07:02-8#
- 32 B: Ja, es war eine Idee von Ihnen, ja, genau. Ich hatte nur diese Melodie gefunden und hab gesagt "bow, finde ich total toll", irgendwie war ich ganz verliebt in diese Melodie, habe die immer wieder reproduziert. Ja, genau, da kam so eine Interpretation, das war glaube ich das einzige Mal. Da habe ich gedacht, das stimmt auch, das ist auch wirklich gut, genau, so ist es auch. #00:07:23-1#
- 33 I: Also was für eine Interpretation? #00:07:26-1#
- 34 B: Das was also quasi in diesem ganzen Chaos, was dazwischen war, auch zwischen den Tönen, sich so eine Ordnung auch schafft und was Positives in mir, was Freudiges, es war also eine sehr freudige Melodie. Und das war wie so eine kleine Insel halt. Ob es nun ein Anker ist oder aus einem raus, also doch was da ist oder doch noch in den ganzen schwarzen oder tiefen Ängsten doch noch was Positives steckt, wenn man so will, genau, ja. #00:07:59-3#
- 35 I: Und also war das zum Beispiel diese Erfahrung, von der Sie gerade sprechen, naja, vielleicht kann man es Erkenntnis nennen oder wie würden Sie das nennen? #00:08:14-3#
- 36 B: Ja, also jetzt ergebnisorientiert könnte man dann Erkenntnis auch schon sagen. #00:08:21-2#
- 37 I: Und blieb das sozusagen hier im Raum oder haben Sie damit auch im Alltag was anfangen können, hat es irgendeinen Bezug finden können? Finden Sie da, kann man das einschätzen? #00:08:31-9#
- 38 B: Also es geht natürlich erstmal raus aus dem Raum, wenn es noch ganz frisch ist und man läuft hier über das Gelände. Wenn man wie Sie da an dem Tag, das war ja sehr fröhlich, ich weiß aber auch nicht, was für Wetter war, aber das ist eine gute Stimmung, die nimmt man erstmal mit. Und ich habe das auch nicht von Kopf her groß bewertet, sondern das ist einfach so ein gutes Gefühl, was man hat. Ich glaube, es passiert sowas wie eine Rückkoppelung, man kann sich auch noch freuen, es ist nicht alles schlecht oder so. Und das ist ein bisschen so Erkenntnis oder so ein bisschen Vertrauen in sich, ja, das nimmt man mit, ja, genau. Doch ds ist wohl so, das ist auf jeden Fall so, das ist eine ganze tolle Sache, das habe ich zuhause erzählt. Und gerade so in dieser Anfangsphase, gut das war jetzt schon sehr viel später, aber so in der Anfangsphase, wo alles so düster ist, ist das wirklich hilfreich, um einen rauszuziehen. #00:09:37-0#
- 39 I: Hm, ja. #00:09:39-9#
- 40 B: Ja, wo man auch noch nicht großartig was artikulieren will, vor allen Dingen auch. Sonst sitzt man sich gegenüber und muß alles irgendwie erklären und besprechen und kann das irgendwie gar nicht. Und da hat man ein Instrument, was einen da so ein bisschen rausflüchten lässt. #00:09:54-0#
- 41 I: Ah ja. #00:09:56-6#
- 42 B: Das ist eigentlich einen ganz gute Sache, sonst sitzt man sich gegenüber und schweigt, das hält man ja auch als Patient nicht so gut aus und meint dann immer, man muß was dazu sagen und so kann man sagen, hm, so und so und dann ist man bei sich und kann auch erstmal so raus und ist dann erstmal bei Sachen, die man jetzt doch gar nicht mehr so besprechen will oder so. Das finde ich auch ganz angenehm. #00:10:19-9#
- 43 I: Ah, interessant, also wie so einen Druck rauszunehmen so. #00:10:23-4#
- 44 B: Ja, genau, also fünfzig oder fünfundvierzig Minuten können ja ziemlich lang sein. Klar, man kommt an, dann macht man so ein kleines Warm up, man erzählt vielleicht auch ein bisschen was, dann wird es doch unbehaglich oder man möchte nicht, dann kann man switchen und sagen "ja, wir können ja mal gucken, was die Musik macht" #00:10:40-8#
- 45 I: Hm, okay. #00:10:42-1#

- 46 B: Und dann kippt das nicht in so was Düsteres oder man muß jetzt ja oder keine Ahnung wie das dann läuft, wenn man jetzt gar nichts erzählen will, das weiß ich natürlich nicht in der Gesprächstherapie. Aber das fand ich schon ganz gut, weil man dann noch so ein anderes Medium hört, so ist es ja, und für einen selbst kann man dann ausweichen ja. Oder auf einer anderen Ebene mal gucken oder wieder sich gute Laune schaffen oder genau, ja. #00:11:09-2#
- 47 I: Und das war am Anfang oder haben Sie noch irgendso eine Stunde so vor Augen, wo das so war, wo Sie das Gefühl hatten, mensch jetzt wird es so schwierig, vielleicht können Sie nochmal ein Beispiel oder an eine Situation erinnern? #00:11:26-0#
- 48 B: Ja, ich glaube das war so ein Ding, wo es darum ging, eine Grenze eigentlich und dann nicht im Positiven, sondern ich glaube, das war wahrscheinlich im März oder so diesen Jahres. Es war schon sehr negativ, weil immer so wieder rauskam, ich bin ja doch ziemlich krank, immer gut überspielt oder dass ich auch gut halt oder mich nicht so drauf konzentriert habe, sondern immer was Anderes gedacht habe und so. Ja, da kippt die Stimmung dann schnell um, wenn man das nochmal so vor Augen hat oder so und da war ja ganz viel und dann bin ich ja hier diese Gruppentherapie angefangen und da so irgendwie so kurz davor, wo das dann auch mit der Krankenkasse und so losging und diese ganzen Behördengänge und was soll es jetzt eigentlich werden. Und das war sehr unangenehm, genau, da haben wir glaube ich mal drüber gesprochen und da hatte ich dann eigentlich gar keine Lust mehr, irgendwie hier so als kranker Patient zu sein oder irgendwie sowas war. Da kann ich mich nicht mehr dran erinnern, wie das jetzt ausgegangen ist, also was da jetzt für ein Musikinstrument, das weiß ich jetzt tatsächlich nicht mehr, aber das war sowas, wo ich das dann ganz gut fand, da einfach switchen zu können. #00:12:49-1#
- 49 I: Also switchen in etwas, was? #00:12:52-9#
- 50 B: Was man jetzt nicht artikuliert, wo man sich selber, ja, also eigentlich auch so ein bisschen wieder raushevt dann, in dem man hört, ach so düster ist es ja gar nicht, es hört sich ja ganz nett an, so. #00:13:06-0#
- 51 I: Okay, ja. #00:13:04-2#
- 52 B: Es ist nicht alles so, es ist nicht alles so schwarz, das ist es ja nur auf dem Papier eigentlich erstmal, das weiß ja gar keiner, was mit mir ist, so. Ja, das fand ich ziemlich ganz hilfreich. Ja, das war da in der Situation, ich weiß aber nicht mehr genau, was wir da gemacht haben. Ich glaube, da haben wir zusammen, da haben Sie glaube ich ziemlich viel mitgemacht mal eine zeitlang, genau. Das war glaube ich so ein Rhythmus gefunden, irgendwas war, ja. Ich glaube, das war da. #00:13:32-7#
- 53 I: Das heißt das war hilfreich das Zusammenspiel oder, im Vergleich zu, wenn Sie alleine gespielt haben? #00:13:41-2#
- 54 B: Ja. #00:13:41-2#
- 55 I: Was ist da hilfreich? #00:13:41-0#
- 56 B: Ja, man macht was zusammen, man ist nicht so allein. Das gibt so ein bisschen die Illusion, jetzt hat man zusammen mal so eine Session und macht sowas zusammen, man ist nicht der Patient, der sich hier auszieht, sondern ja, ein gemeinsames Projekt das ist angenehm und man wird unterstützt. Es fühlt sich auch nach Unterstützung an, so ganz unmittelbar, das muß man ja gar nicht aussprechen und das ist eigentlich, ja, so fühlt sich das an, dann geht es schneller, also ist es gut, ja. #00:14:20-9#
- 57 I: Was geht schneller, die? #00:14:24-3#
- 58 B: Ja, man kann schneller was spüren, dass man was zusammen macht, diese Unterstützung, als wenn Sie irgendwie sagen "ja, das kann ich verstehen" oder so. #00:14:31-9#
- 59 I: Okay, ja. #00:14:31-9#

- 60 B: Wenn es so über den Intellekt geht. #00:14:32-9#
- 61 I: Das Unmittelbare. #00:14:38-3#
- 62 B: Ja, genau, das ist viel, ja, das wirkt viel besser. Deswegen finde ich auch, ist es glaube ich eine echt gute Sache. Ich war da ja auch ein bisschen skeptisch, aber ja, es ist einfach, man kriegt einfach unglaublich schnell ein gutes Gefühl, ohne je irgendwie was vorsagen zu müssen oder "ach, das war jetzt eine tolle Erkenntnis", sondern es geht direkter und man ist manchmal in Situationen, weil ich glaube, gerade, wenn man an Krebs erkrankt ist, ist es oft so, dass man das so direkter braucht, schneller oder ja. #00:15:16-5#
- 63 I: Fühlbarer. #00:15:15-5#
- 64 B: Fühlbarer, ja, so unmittelbar, ja. Und hat dann gleich ein gutes Gefühl. #00:15:23-8#
- 65 I: An was für Gefühle sind Sie gekommen oder was ist für Sie aufgetaucht in der Musik? #00:15:27-1#
- 66 B: Also ich hatte, kann mich erinnern, dass ich mich mal so ein bisschen klein und traurig und einsam gefühlt habe, bei so Instrumenten mit so einem kleinen Schlegel und auf irgendwelche Metallsaiten, wo ich gedacht habe, mein Gott, das ist ja tatsächlich so und es war dann auch ganz gut, das zuzulassen. Aber es ist auch tatsächlich während des Spiels auch wieder besser geworden. #00:15:52-8#
- 67 I: Ah okay. #00:15:55-0#
- 68 B: Ja, das ist wohl so eine, einfach das so direkt zu spüren und dann war es dann auch wieder besser. #00:16:02-8#
- 69 I: Also Sie haben das, war wahrscheinlich, in die Richtung, dieses grüne Ding, die Hapie, ah, oder die? #00:16:06-7#
- 70 B: Es könnte dieses gewesen sein. #00:16:11-2#
- 71 I: Und Sie hatten das genommen, wissen Sie noch aus welchem Impuls? #00:16:14-3#
- 72 B: Doch das war das, genau. Aber ich hatte wahrscheinlich mehrere aufgebaut und ich weiß noch genau, dass ich dabei irgendwie so ein bisschen traurig oder so fühlt sich das an und alleine. Das war dann auch gar nicht so schlimm, also es wurde dann so besser. #00:16:35-5#
- 73 I: Das Gefühl zu fühlen war nicht schlimm oder? #00:16:34-3#
- 74 B: Ja, genau und dadurch wurde es auch besser. Und ich weiß auch nicht, dass es dadurch war, dass es hier im Raum, es wäre mir gar nicht, also ich hätte es sonst nicht gewußt, dass es mir so geht in dem Moment. #00:16:52-3#
- 75 I: Dass Sie diese Traurigkeit spüren, ja. #00:16:53-8#
- 76 B: Ja, genau, das ist schon so, ja. Also ich weiß jetzt nicht, wie es ist, also ich finde, dass diese Musik, die lebt glaube ich so ein bisschen für den Augenblick und ein gutes Gefühl zu verschaffen oder so oder ein bisschen Leben wieder zu bekommen, was Positives. Aber ich weiß nicht, ob es zur Stressbewältigung, Konfliktbewältigung, ob es dafür reicht, um wirklich das aufzuarbeiten, bin ich mir nicht sicher, also. #00:17:24-7#
- 77 I: Wenn Sie da nochmal an den Konflikt mit Ihren Eltern gucken, was da? #00:17:31-6#
- 78 B: Ja, also das sind so Themen, das ist so ein bisschen klar, aber es ist mehr so eine Ratschlagebene hat es dann, um da richtig dem zu stellen und man muß was sagen oder so, ich weiß nicht, ich glaube, das funktioniert dann glaube ich nicht. Ich bin mir nicht sicher, ich stelle es mir nur gerade so vor. #00:17:57-5#
- 79 I: Also was ist Ihr Gefühl, was bräuchten Sie für so eine Aufarbeitung? #00:18:03-6#
- 80 B: Also für so eine Aufarbeitung brauche ich dann ja doch irgendwelche Worte mehr.

#00:18:11-0#

- 81 I: Was ist mit den Worten oder was können die? #00:18:16-0#
- 82 B: Ja, es ist so, dass ist, die eine Situation, die ich wahrnehme ganz anders darstellen oder ganz anders beschreiben oder entschärfen oder eine andere Geschichte dazu erstellen, daneben zu stellen, dass sich das relativiert, also die Sicht meiner Dinge ändern. Das kann ja die Musiktherapie nicht, die kann aber was auflösen und vielleicht dass man entspannter ist, aber sie kann mir ja nicht eine andere Sicht vermitteln, mit anderen Tatsachen sozuagen. Also wenn ich jetzt sage mir geht es total schlecht, weil jetzt habe ich die Rente durch und das auch noch unbefristet, das muß man erstmal schaffen in meinem Alter und bow, was bin ich ja doch krank. Und Sie sagen "ja, wir setzen das mal in Musik um", dann kommt vielleicht irgendwie so ein doch ganz gutes Gefühl "ach, so schlecht geht es mir ja doch nicht", aber es hat eine andere Wertschätzung, als wenn Sie sagen "ja, auf dem Papier sind Sie auch krank, aber man kann auch schnell solche Diagnosen ziehen, aber Sie müssen auch denken, es gibt immer einen individuellen Krankheitsverlauf, den kann Ihnen keiner sagen". Es gibt immer weiche Faktoren, die auch fehlen und, und und. Und es gibt diese und ich habe das erlebt. Dann hat es natürlich für mich eine andere Botschaft in dem Moment, die wichtiger ist.
#00:19:39-4#
- 83 I: Ja. #00:19:40-8#
- 84 B: Ja, als Beispiel, da kriegt man es glaub ich am besten mit. #00:19:41-9#
- 85 I: Mhm (bejahend), bestimmt. Und wenn man es nochmal abstrakter sagt? Geht das?
#00:19:50-9#
- 86 B: Abstrakter ja, manchmal braucht man einfach andere Informationen. #00:19:56-9#
- 87 I: Okay, ja. #00:19:58-4#
- 88 B: Und die Musik, das ist ja das, was sie immer aus einem selbst rausholt. #00:20:05-0#
- 89 I: Also der Kopf braucht andere Informationen? #00:20:07-0#
- 90 B: Ja, genau. Manchmal braucht man halt noch zusätzliche Informationen, irgendwas, was nicht aus einem selbst generiert wird. Und die Musik, wenn man anfängt, das ist ja alles, was aus einem selber schon da ist oft, wo man sich nicht rangetraut hat, was man vielleicht gar nicht wahrnehmen wollte, irgendwelche Gefühle oder auch, was sich auflöst in Traurigkeit, ach das ist ja gar nicht so schlimm, aber so eine neue Information, einfach, die man gerade braucht, weil man so fokussiert ist auf "mein Gott, was bin ich krank" als Beispiel, genau.
#00:20:47-4#
- 91 I: Also das reicht sozusagen "nur das Gefühl zu verändern", das reicht nicht, ist das das? Oder? #00:20:55-6#
- 92 B: In dem Fall würde sich das Gefühl ja nicht richtig verändern glaube ich, ich will das ja wahrscheinlich nur wahrnehmen. #00:21:02-3#
- 93 I: Sie würden was dann wahrnehmen? #00:21:02-3#
- 94 B: Diese Traurigkeit oder "mein Gott, was bin ich ja krank" und ich fühl jetzt ein Instrument, dann würde ich das wahrnehmen, so. Und dann weiß ich nicht, ob das reichen würde, wenn das jetzt so eine kleine Melodie und mir geht es doch ganz, ja, vielleicht, aber das hat nicht diese Qualität, weil manchmal kann man sich an Worten gut festhalten, man kann sie aufschreiben und man kann sie nochmal nachlesen. #00:21:27-2#
- 95 I: Das heißt, die Veränderungen waren da, von diesem, was Sie geschildert haben, es war was Trauriges und es hat sich verändert. #00:21:35-3#
- 96 B: Ja. #00:21:36-1#
- 97 I: Aber es reichte an sich nicht, so? #00:21:40-4#

- 98 B: Also ich würde sagen, es würde jetzt nicht reichen, alleine, also ja, ausschließlich, genau, ja, genau. Es ist eine Frage der Zeit, wann man das macht. Jetzt so, als ich das so gemacht habe, fand ich, war das auch der richtige Zeitpunkt, wenn man eben selber auch keinen Zugang mehr zu sich hat. #00:22:08-7#
- 99 I: Okay, ja. #00:22:10-1#
- 100 B: Wenn man wirklich irgendwie noch richtig sprechen kann und darüber schon mal gar nicht. Also dies und das war ja am Anfang so, ja, dann ist es sicherlich besser, als wenn man nachher keine Ahnung noch was aufarbeiten will. #00:22:31-1#
- 101 I: Also erstmal wieder den Zugang zu sich zu finden, oder? #00:22:35-1#
- 102 B: Ja, genau, dafür ist das wirklich wichtig, finde ich. #00:22:37-0#
- 103 I: Ah ja. #00:22:38-9#
- 104 B: Ja, doch, ja. (...) #00:22:49-7#
- 105 I: Was war mit dem Kopf? Genau, Sie waren anfangs skeptisch, können Sie noch was dazu sagen, was Sie skeptisch gemacht hat (..) in der Beratung. #00:23:07-2#
- 106 B: Ja, genau, weil ich mir da so gar nichts drunter vorstellen konnte und ich auch kein wirkliches Instrument spiele und dann habe ich gedacht "also was kann die, was für ein Qualität kann das eigentlich haben, um ein Problem zu bewältigen?", das konnte ich mir nicht vorstellen, sondern es ist vielleicht einfach nur, ja, was ist es? Genau, keine Ahnung, ich konnte mir nichts drunter vorstellen einfach. (.) Oder ja, ich hämmere irgendwie auf irgendein Instrument oder so und dann hört man sich das an und wie ist es dann, wird da ein Klang interpretiert oder so oder keine Ahnung? #00:23:57-9#
- 107 I: Ja. #00:23:58-8#
- 108 B: So wie man beim Bild, wenn man das mal oben, das ist ja ganz schwarz und so, warum ist das denn so oder keine Ahnung. #00:24:03-4#
- 109 I: Also auch so eine Sorge vor so einer Interpretation? #00:24:05-8#
- 110 B: Ja, also, nein eher so der Benefit für mich, was könnte ich denn da jetzt rausziehen, das war für mich nicht so klar. (..) #00:24:20-0#
- 111 I: Und wenn Sie das jetzt sozusagen jemandem erklären würden, was? #00:24:29-0#
- 112 B: Also erklären, was Musiktherapie ist? #00:24:29-7#
- 113 I: Mhm (bejahend), wenn jemand anderes skeptisch wäre und hierherkommen soll? (lachend) #00:24:40-0#
- 114 B: Ähm, also ich würde sagen, auf jeden Fall ist es wirklich ein gutes Gefühl und du kriegst ein gutes Gefühl zu dir auch wieder. Das wäre eigentlich so, ja das was ich sagen würde. (..)Ja, genau, du kriegst wieder ein bisschen einen Zugang zu sich selbst, ja. #00:25:05-6#
- 115 I: Ja. Ich meine auch, dass Sie gesagt hatten, Sie hätten einen Artikel von mir gelesen und das hat Sie auch so ein bisschen, Sie wußten nicht, wollen Sie das? #00:25:17-5#
- 116 B: Ja, da hab ich gedacht "mein Gott, bist du doch schon so krank", den Artikel hatte ich gelesen, ich hatte Sie gegoogelt und hatte dann diesen auf der Palliativ-Station, ich kann mich nur so dran erinnern „nachher fand ich dann doch noch den Rhythmus und dann ist sie auch gestorben oder so, die Patientin auf der Station“. Dann habe ich auch gedacht "bow, also, naja". #00:25:37-3#
- 117 I: Und wie ist es Ihnen damit gegangen? #00:25:42-8#
- 118 B: Ja, das fand ich am Anfang schon so ein bisschen ach so ja, aber das kann ja jetzt nicht bei mir auch schon jetzt ein, dass man jetzt nur noch irgendwie versuchen will, ja, mich zu

- beschwichtigen, keine Ahnung. Ich hatte das so gelesen, dass dieser armen Frau, die hatte ja so auch nicht mehr viel und da hatte sie dann Gesellschaft durch und hatte halt noch ein bisschen was Schönes, eine schöne Zeit, bis sie dann starb. #00:26:14-6#
- 119 I: Okay, ja. Und was war für Sie anders hier dann? Also es war ja nicht so, wie Sie es befürchtet haben offensichtlich? #00:26:23-2#
- 120 B: (lacht) #00:26:26-7#
- 121 I: Kann man das sagen, ich weiß auch nicht? #00:26:35-5#
- 122 B: Ja, das habe ich einfach im Laufe der Stunden dann gefunden. Das hatte sich ja schon so gezeigt, dass es jetzt nicht nur darum geht, mich irgendwie jetzt nett zu betüdeln oder zu beschwichtigen oder jetzt machen wir mal so tolle Musik und dann gucken wir mal. #00:26:51-4#
- 123 I: Sondern? Welche Ausrichtung haben Sie erlebt? #00:26:58-3#
- 124 B: Sondern, ja, dass es insgesamt schon ein bisschen zielorientierter war. Wir hatten es ja auch oft, dass wir angefangen haben, was zu besprechen, was gerade aktuell war und dann versucht haben, das in Musik umzusetzen, wenn wir es nicht vergessen haben. Das war eigentlich auch ganz gut, weil ich dann dadurch das auch besser interpretieren konnte. Also ich hatte vorher, also was jetzt gerade war, also für mich war das gerade so, und dann versucht in Musik umzusetzen und dann nochmal zu merken, mensch, das betrifft mich ja jetzt doch oder macht mich das wütend oder ganz chaotisch oder irgendwie, ich weiß das nicht, ich finde gar nichts. Und hab das dann auch in Bezug dazu, zu diesem Thema gesetzt. Das war dann einfach, ja. #00:27:41-9#
- 125 I: Haben Sie da nochmal ein Thema vor Augen? #00:27:46-5#
- 126 B: Ja, ich hatte doch mal mit meinem Vater telefoniert und Mutter und dann hatte ich unterschiedliche Instrumente und es war tatsächlich so ein bisschen chaotisch, aber ich weiß nicht mehr welche das waren. Wahrscheinlich war es eines von diesen hier. #00:28:00-2#
- 127 I: Metallophon. #00:28:06-2#
- 128 B: Ja und mit Sicherheit auch hier dieses #00:28:13-7#
- 129 I: Kantele, dieses kleine, ja? #00:28:16-4#
- 130 B: Ja, dieses hat glaube ich auch einen (unv.) und eventuell noch hier eine von diesen Bongos oder so? #00:28:25-4#
- 131 I: Djembe, ja. Und die hatten Sie gewählt? Wissen Sie das? #00:28:27-6#
- 132 B: Ja, die hatte ich gewählt, die hatte ich mir angeschaut, vielleicht war da noch ein anderes, was ich auch benutzt habe. Und da konnte man dann tatsächlich oder es kam dann von Ihnen, mensch, ich konnte richtig merken, wie so hin- und herspringen und sich da irgendwo in der Mitte auch suchen. Und so konnte ich quasi meinen Vater einmal erkennen und meine Mutter, das waren so unterschiedliche Spielelemente da drin und ein bisschen chaotisch und das stimmte auch, das war auch so. Ja, genau. #00:28:58-3#
- 133 I: Das heißt es war wie so ein? #00:29:02-9#
- 134 B: Ja, das räumt einen nochmal so ein bisschen auf, man spricht dann darüber "ja, wieso, was weiß ich, ruft er mich nicht an, wenn mit meiner Mutter irgendwas ist? Ja und sie freut sich doch immer so und jetzt habe ich doch keine Lust mehr da anzurufen und immer dahinterher" und so dieser ganze Konflikt. Und dann haben wir das besprochen und es ist auch irgendwie klar, dass mich das nervt, aber dann noch mal so dieses Chaos so, so dass man merkt, es macht wirklich was auch mit einem so. Ja, genau, ja. #00:29:37-0#
- 135 I: Ging das noch weiter für Sie diese Improvisation? #00:29:41-5#

- 136 B: Ähm, nein, es ist glaube ich nur nochmal so ein Verstärker, dass man denkt "man, du mußt wirklich ganz schön auf dich aufpassen, das liegt so auf allen Ebenen so diese Konflikte", also das ist nochmal so ein Verstärker, wenn man das so merkt so, weil das ist schon so ein körperliches Erlebnis, wenn man merkt bow, du bist jetzt total chaotisch beim Spielen. #00:30:03-6#
- 137 I: Wie haben Sie das gemerkt körperlich? Also was hat da? #00:30:06-3#
- 138 B: Ja, einfach diese Unruhe, die sich in den Klängen halt widerspiegelt und dieses nicht mehr so fokussiert sein, sondern so hin- und hergerissen zu sein, das macht einen ja nervös. Ja, genau. #00:30:21-9#
- 139 I: Das wahrzunehmen. #00:30:22-7#
- 140 B: Ja, dadurch, genau, nochmal besser wahrzunehmen eigentlich. Nochmal auf eine anderen Ebene zu wissen, "ach guck mal, das macht dich wirklich ein bisschen konfus oder so, du mußt jetzt gucken, dass du dich da irgendwie nicht verlierst", das nimmt man dann mit, stärker noch, überzeugter, sonst "ja, aber ach, das macht mir nichts aus", aber so, wenn man das so nochmal spürt, ist das nochmal anders "hey, das ist ja doch irgendwie total so und springst immer hin und her und so", ja. #00:30:53-8#
- 141 I: Und ist es bei dem Springen, hin- und herspringen geblieben oder bei den Tönen in der Musik? #00:31:00-9#
- 142 B: Ja, an dem Tag ist das so geblieben. #00:31:02-4#
- 143 I: Und das war? #00:31:04-2#
- 144 B: Ja, wie gesagt, das war dann irgendwie Erfahrung nochmal zu machen, dass mir das also so auch nicht gut tut, dass ich mich da ein bisschen zurücknehmen muß. #00:31:13-9#
- 145 I: Das heißt da hatten Sie im Nachhinein die Erkenntnis, dass Sie sich zurücknehmen müssen oder war es in der Musik nochmal, das interessiert mich halt gerade? #00:31:23-1#
- 146 B: Nein, in der Musik habe ich gemerkt, meine Güte, das ist überhaupt nicht fokussiert, aber auch nicht so gedanklich ausgesprochen, sondern es kommt einfach kein Rhythmus rein, es ist so echt chaotisch irgendwie so, und das war der Zustand ja auch, genau. Aber jetzt nicht währenddessen gesagt "ach, das nimmt mich jetzt total mit", so ist es ja gar nicht, sondern wenn man das so macht, dann ist man ja, schon ziemlich im Hier und Jetzt, was ich auch sehr gut finde. Klar, man ordnet das so ein bisschen noch dazu und denkt "das ist ja chaotisch jetzt, das liegt wahrscheinlich daran, dass wir gerade darüber gesprochen haben", aber es ist halt ja, so eine Jetzt-Erfahrung in dem Moment, wenn man sich darauf einlässt. (.) #00:32:13-0#
- 147 I: Und was bedeutet jetzt die Erfahrung für Sie? #00:32:14-1#
- 148 B: Ja, dass man da nicht irgendwie abdriftet und Erklärungsversuche hat mit irgendwelchen anderen Erfahrungen nochmal, wie man das sonst immer macht, wenn man das über den Verstand macht, dann versucht man immer noch, ja, sich irgendeine andere Information heranzuholen und zu vergleichen, irgendwie sowas, sondern da muß man halt schon direkt jetzt merken, das ist einfach nur chaotisch und durcheinander, ja. #00:32:46-4#
- 149 I: Also man könnte auch sagen, es ist nicht schön, chaotisch und durcheinander zu erleben? #00:32:53-8#
- 150 B: Nein, ist auch nicht schön, aber ist auch hilfreich, zu akzeptieren, dass man manche Sachen eben nicht abkann oder die einen eben auch dann durcheinander machen, weil wie schon gesagt, oft ist es ja so, dass man das dann negiert oder zumindestens runterspielt und sagt "naja, jetzt bin ich gerade ein bisschen aufgeregt, aber phh, sollen die doch da machen", aber dann zu spüren, man ist doch ganz schön aufgewühlt oder durcheinander, das lässt einen dann auch ein bisschen vorsichtiger umgehen. #00:33:25-6#

- 151 I: Ja. Also hat einen Impuls gegeben für eine Veränderung oder würden Sie nicht so weit gehen? #00:33:33-5#
- 152 B: Naja für eine Veränderung? Also zumindestens ein bisschen sensibilisierter zu sein. #00:33:44-2#
- 153 I: In? Also für sich? #00:33:44-8#
- 154 B: Ja, für mich halt, zu spüren "ach, das macht dich jetzt wieder nervös im Kontakt, guck mal wieder was und nimm dich da ein bisschen zurück", so halt. Also zumindestens ein Versuch dafür, irgendwas zu verändern, aber eine Veränderung hat es nicht bewirkt. Also letztendlich habe ich mich immer wieder aufgeregt und immer wieder in diese Fettnäpfchen-Fallen getappt, weil die ja auch nicht immer identisch sind und da muß man ja schon ziemlich ausgeschlafen sein, also, (lacht etwas), ja ist so. Aber ein bisschen aufmerksamer und vielleicht auch nicht mehr ganz so tief oder so, sondern schon früher dann "ach guck mal, das tut dir aber nicht gut". #00:34:30-7#
- 155 I: Nicht ganz so tief reingehen. #00:34:30-6#
- 156 B: Ja, genau, ja. #00:34:38-0#
- 157 I: Das heißt, da würden Sie sagen, es ist anders geworden und es hat vielleicht was mit Musiktherapie zu tun? Ich meine, es ist immer komplex, warum was anders wird, oder? #00:34:49-5#
- 158 B: Ähm (...) das ist schwer zu sagen. #00:34:58-5#
- 159 I: Ja. #00:35:01-8#
- 160 B: Ähm (7), es ist ja die ganze Zeit hier, die mir eigentlich sehr gut getan hat. Das ist natürlich so ein Entwicklungsprozess, je mehr Zeit verging, desto besser konnte ich natürlich auch mit diesem Rückfall umgehen. Ähm, die Musiktherapie, inwieweit die da jetzt reingespielt hat, ich weiß nicht, also, es ist auf jeden Fall ein Teil davon. Das war ein Teil auf dem Weg halt, wo es mir besser ging, von daher würde ich erstmal sagen, ja, bestimmt irgendwie halt. Und einfach nur auch mal, um sich Zeit für sich zu nehmen und mehr zu fühlen, wie es einem geht oder man gerade ausdrücken will, was immer gut ist. Ähm, aber ich habe ganz viel, gerade zu der Zeit unglaublich viel gemacht und unglaublich viel parallele Betreuung gehabt. Das ist jetzt, ich weiß es nicht, ich kann jetzt keinen konkreten Bewältigungsprozess nennen, der jetzt alleine, also, das fällt total schwer. Aber es ist gut, eine Regelmäßigkeit zu haben, dahingehen zu können, da sich irgendwo den Instrumenten zu öffnen, so rauszufinden, was mit einem ist und das kontinuierlich, ist auf jeden Fall eine gute Sache und auf jeden Fall hilfreich gewesen auch. Das war auch ein fester Anker, wie andere auch und das habe ich auch wirklich gebraucht, das ist auch so. Aber wie gesagt, da war viel in der Zeit, aber, ja. #00:36:54-4#
- 161 I: Es ist nicht konkret festzumachen. #00:36:56-8#
- 162 B: Ich kann es nicht konkret an irgendwas, genau, an was festmachen, aber es ist auf jeden Fall auch gut, wenn man mit einem guten Gefühl rausgeht, irgendwo, wenn man mal wieder gespürt hat "ach guck mal, das war ja jetzt wieder was ganz Fröhliches. Wie konnte das denn da auf einmal, diese Melodie, wo kommt das denn her?" Oder einfach zu merken, das war total das Chaos, das ist ja wirklich aufgewühlt, das ist schon ganz gut, ja. #00:37:22-1#
- 163 I: Also mit der Melodie? Können Sie da nochmal sagen, was Sie damit verbinden? #00:37:26-4#
- 164 B: Also das war richtig so, die war auch tatsächlich so isoliert, also das war dazwischen irgendwie düster und da war diese kleine Melodie, die war isoliert auf diesem Saiteninstrument (summt), nein, das war gar nicht auf der Saite, das war hier auf den Metalldingern, da war das. #00:37:44-6#
- 165 I: Wir können auch kurz, ein Glockenspiel, oder? #00:37:47-7#

- 166 B: Ja, genau, da war das. Das war sowas wie da ist ja noch ganz viel Freude und Positives und das schafft Vertrauen, das kam ja von mir, aus mir selber raus. #00:38:05-4#
- 167 I: Diese Melodie, die haben Sie nicht sich ausgedacht? #00:38:11-5#
- 168 B: Ja, das weiß ich jetzt nicht, wie das läuft, ob man da dann an irgend ein Lied dann denkt, was einem total gut gefällt, aber ich kann das ja gar nicht spielen ich hab das dann irgendwie (summt) und da kam und das hörte sich total toll an und das war total positiv. Ich hab nicht versucht, irgendwas nachzuspielen, genau, sondern das war so, ja, und das ist gut, das gibt ein gutes Gefühl. #00:38:35-9#
- 169 I: Dass da was Schönes entsteht, oder? #00:38:41-2#
- 170 B: Dass was Schönes immer noch ist, ja. Weil ich hab das, ja, stimmt, ich hab das für mich wirklich so interpretiert, ich will nicht sagen, als Substanz von mir, aber da ist noch ganz viel Potential, was noch leben will, dem es gut geht und was Freude hat. Und das wirklich, genau, das ist vielleicht tatsächlich so ein Punkt an der Musiktherapie, also ja, der außerordentlich ist, den man vielleicht wirklich so beschreiben kann. Also das, das stimmt, das ist wirklich so, ja, weil man geht da raus und denkt, cool, man hat ja noch! (lacht etwas) und das ist vor allen Dingen eine Sache, die man nicht glauben muß. Das ist ja der Unterschied, jetzt können Sie mir ja irgendwas erzählen und in dem Moment hört sich das ganz toll an und Sie wollen mich aufbauen und dann muß ich das glauben. #00:39:36-2#
- 171 I: Wenn ich Ihnen erzähle, Sie können doch was oder Sie? #00:39:39-7#
- 172 B: Ja, soviel Potential und Freude, dann glaube ich Ihnen das auch unbedingt und renne dann nach Hause und muß dann immer Ihre Worte wiederholen und mir das einreden oder so. Und letztendlich muß ich mir das dann glauben und sagen "ja, die wird es wohl wissen". #00:39:50-6#
- 173 I: Okay. #00:39:51-6#
- 174 B: Aber das ist ja dann eine Erfahrung, das hat man erfahren, das muß ich ja dann nicht glauben. #00:39:59-0#
- 175 I: Okay, ja. #00:40:00-9#
- 176 B: Und das ist so ein großer Unterschied. #00:40:00-9#
- 177 I: Oh ja, da sind Sie an was dran, ja. #00:40:04-4#
- 178 B: Verstehen Sie, was ich meine. Das muß mir keiner einreden "oh, das ist eine positive Melodie, dann wird es Ihnen gutgehen", sondern man spürt das einfach, auf einmal, das kommt ja aus mir dann, das ist ja toll, das koppelt sich ja zurück und das ist schön. Und das ist gut, ja. Also wenn man jetzt soweit gehen will, dass da irgendwas Heilsames oder was Positives passiert, dann vielleicht dadurch, dass manchmal richtig was Schönes spielt, keine Ahnung, so wie in dem Fall, wo eigentlich sonst alles dunkel ist, ja. #00:40:42-9#
- 179 I: Und es nicht von außen ein Lied spielt, was ich vorgebe, sondern da/ #00:40:50-2#
- 180 B: Ja, das entwickelt sich, wo kommt das her, warum kommt eine fröhliche oder liebevolle Melodie, so eine harmonische, wie kommt das denn jetzt? #00:40:56-8#
- 181 I: Ja (lachend). #00:41:01-1#
- 182 B: Ja, das ist genau. Das ist vielleicht das konkrete Beispiel. Das Wichtigste ist ja auch, dass wieder so ein Vertrauen geschaffen wird in sich selbst, das ist ja schon ziemlich zerstört oft. Gerade bei einer Krebserkrankung, das kommt ja von innen und also weiß man ja nicht genau, hm, wie geht man damit um. Der Körper selber ist ja dann auf einmal der Feind auch, weil er so viele Sachen macht zerstörerisch oder sich so äußert und dann wieder so ein Selbstvertrauen noch zu entwickeln oder so "oh, da ist noch was ganz Gutes", das ist auch hilfreich und vielleicht ist es deswegen auch in dem Bereich ganz hilfreich, genau ja.

- #00:41:54-3#
- 183 I: Zwei Dinge, die von innen kommen, aber verschieden. #00:41:57-2#
- 184 B: Genau, dementsprechend kann nicht alles so schlecht sein in einem oder vielleicht ist auch gerade alles gut, ja, genau. (..) Ja, das finde ich so. (...) Vielleicht hab ich auch schon gedacht, ich habe ja einmal da in diesem Sessel gegessen, also in dem da. #00:42:23-1#
- 185 I: Im Klangstuhl. #00:42:26-7#
- 186 B: Im Klangstuhl, das hat ja nicht so richtig funktioniert, aber ich denke grad, um also Trauer zu erzeugen oder irgendwie sowas wie liebevolle Zuwendung und Traurigkeit oder man möchte weinen, ist es bestimmt ein hilfreiches Instrument, glaube ich. Oder in der Gruppe, wo ich war "ja, ich muß unbedingt mal wieder weinen, ich kann gar nicht weinen" oder so, das haben ja einige, die sich so verschließen. Das könnte auch dann hilfreich sein, gerade so da, wo es so nahe ist und so richtig an den Ohren und man hat diese Zuwendung, weil Sie machen dann ja was und so, also das um da richtig was zu lösen, das könnte ich mir auch gut vorstellen, aber das habe ich selber nicht erfahren. #00:43:14-1#
- 187 I: Und bei Ihnen? Wie war es bei Ihnen, also? #00:43:17-3#
- 188 B: Genau. Jetzt (.) das war mir glaube ich zu intim oder so (lacht). Ja, es ist wirklich sehr intim halt, es ist schon irgendwie komisch. #00:43:30-3#
- 189 I: Was ist intim dabei? #00:43:32-6#
- 190 B: Ja, so in diesem Klangstuhl, der einen so halb umschließt und an diesen Seiten, die einen umschließen, macht jemand anderes Musik und das finde ich schon sehr fremdbestimmt irgendwie, so, also so habe ich das empfunden. Aber ich könnte mir auch gut vorstellen, wenn ich jetzt in der Phase richtig schlimm verschlossen wäre, hätte ich bestimmt angefangen zu weinen oder so, dann wäre es hilfreich gewesen. #00:44:03-0#
- 191 I: Aber in der Situation war das Weinen gar nicht für Sie wichtig? #00:44:05-3#
- 192 B: Nein, ich hab schon soviel geweint, also das war jetzt nicht so mein Problem. Und deswegen, ich fand es nicht so, also da man dann wirklich selber passiv ist, also nicht so toll, genau. (..) #00:44:31-1#
- 193 I: Wäre es ein Unterschied, also jetzt am Ende das nochmal zu probieren, wenn man sich besser kennt, wenn Sie mich einschätzen können oder hätte das keinen Unterschied gemacht? #00:44:42-3#
- 194 B: Ähm, (10) also ich glaube, nein ich glaube, das hätte mit dem Kennen glaube ich keinen Unterschied gemacht, eher so von der eigenen Befindlichkeit, also das es einfach nicht meins ist halt. #00:45:09-8#
- 195 I: Nicht Ihr Bedürfnis, das Gefühl zu geben, was Sie davon erwarten würden. #00:45:15-0#
- 196 B: Ja, genau. (..) #00:45:20-7#
- 197 I: Ja und doch zu nahe ist es ja, ist es eine wichtige Information. #00:45:22-3#
- 198 B: Ja und trotzdem, ja, genau. #00:45:28-5#
- 199 I: Und das aktive war offensichtlich wichtiger in dem Prozess oder was ist da wichtig? #00:45:40-3#
- 200 B: Ja, was wichtig war, dass ich so ein bisschen was kreieren konnte. #00:45:45-4#
- 201 I: Ich hätte Ihnen ja auch was vorspielen können und Sie hätten hören können? #00:45:50-8#
- 202 B: Ja, wir haben ja mal eine CD da gehört, von J. und interpretieren, das war ja ein passives Zuhören, das ist auch gut. Aber es hat nicht, vielleicht ist es auch Stimmungssache. #00:46:16-1#

- 203 I: Ja, aber Sie können ja nochmal schildern, was Sie da beim Hören, wie war dieser Prozess, da haben wir ja ein bisschen gesucht, was wie was machen mit den Stimmen, wie geht das Hören? #00:46:25-0#
- 204 B: Ja, also manche Töne sprechen einen dann sofort unmittelbar an, die Musik. Und wenn das dann gerade passt so, dass es so die gleiche Sehnsucht ist, die in dem Lied ist, die man auch in sich hat, dann funktioniert es natürlich wunderbar, weil man dann auch spürt "boh, das ist ja auch meine Sehnsucht". Aber das ist ja dann eher ein Glücksfall. Wenn man das selber probiert, dann kommt man ja schon eher dahinter, was jetzt eigentlich aktuell sich innen regt halt, was man möchte oder was man nicht möchte. Ist man nervös, ist man aufgeregt, ist man sauer, ist man fröhlich, traurig? So, da kommt man selber dann eher dran. Es sei denn, man kriegt keinen Zugang zu sich, das kann auch passieren, dass man einfach nicht sich drauf einlässt. Dann wäre Zuhören besser im ersten Moment, glaube ich, genau, ja. #00:47:43-7#
- 205 I: Habe ich noch nicht ganz verstanden, also wie? #00:47:47-1#
- 206 B: Dieses Zuhören wäre dann besser, wenn man selber noch keinen Zugang zu den Instrumenten kriegt, weil man nicht weiß, wie soll das jetzt gehen oder sich nicht drauf einlässt, wo man das so sehr versucht über den Kopf auszumachen oder so und dann ist es natürlich auch ganz gut, dann zuzuhören. Aber ich glaube nicht, dass Musiktherapie, wenn Sie eine Stunde CD spielen (lacht etwas) oder so funktioniert, das weiß ich jetzt nicht. Da müßten Sie ja vorher festlegen, welche Stimmung der Patient hat. Deswegen, das ist es ja. #00:48:25-8#
- 207 I: Ja, das waren ja Stücke, die Sie mitgebracht hatten, die sozusagen Ihrer Stimmung entsprechen. Und wir hatten ja glaube ich einmal ein Musikstück, wo Sie so eine innere Reise auch gemacht haben, ein paar Bilder. #00:48:40-1#
- 208 B: Ja, genau. #00:48:41-5#
- 209 I: Das war ja was, was ich rausgesucht hatte. War das eher eins, wo Sie sagten, ach es entspricht meiner Stimmung, oder? Können Sie sich daran erinnern? #00:48:51-7#
- 210 B: Nein, ich glaube das war eins, was ich mitgebracht hatte, soweit ich weiß. Oder war es das von Strauß, daran kann ich mich jetzt gar nicht mehr dran erinnern. Eins hatten Sie ja rausgesucht, ein Instrumentales. Aber ähm (..) ich meine nein, nicht mehr, aber das mit dieser Reise, das war glaube ich eins von diesen Liedern, die ich mitgebracht hatte. Da bin ich mir ziemlich sicher, ja. #00:49:22-8#
- 211 I: Aber da erinnern Sie nicht viel dran, oder? #00:49:28-1#
- 212 B: Das war ja so, ja, doch, ich kenne das Lied ja, ich kenne die Lieder ja, die mir da gefallen. Das war halt schon so, da schwankte halt viel von aufgewühlt sein und sich wieder beruhigen und zu beschreiben, wie man im Leben versucht, halt klarzukommen, halt. #00:49:45-1#
- 213 I: Die Texte an sich oder die? #00:49:46-5#
- 214 B: Ja, genau, das hat mich dann natürlich immer gut mitgenommen. #00:49:48-8#
- 215 I: Das war so ein Programm, was diese Texte und die Musik vorgegeben haben? #00:49:52-7#
- 216 B: Ja, genau und das passte aber und das war schön. Auf der Suche nach sich selbst und man ist ganz unruhig und man will aber. Und manche Leute mag man und manche eben nicht und dies passiert einem im Leben so. #00:50:04-1#
- 217 I: Aber es war schon vorgegeben durch diese CD an sich? #00:50:07-8#
- 218 B: Ja, genau, diesen Text und durch die Melodie natürlich auch, genau. #00:50:14-5#
- 219 I: Und jetzt nochmal im Vergleich zur Improvisation? #00:50:16-4#

- 220 B: Ja, genau und da ist es eben nicht vorgegeben, das heisst, es können ja ganz andere Dinge im Moment in einem los sein und das kann man dann natürlich dann entdecken besser. Das ist ja klar, da ist der große Unterschied. Wenn bei der Musik da irgendwas passt oder so, dann ist es in Ordnung, weil es jemand hört, aber es ist vorgegeben und dann vielleicht nur ein Teilaspekt, vielleicht ist da noch viel mehr los und das findet man ja dann ja nicht raus, sondern nur das, was sich in der Musik sich abspielt. Deswegen ist es schon besser, sich selbst auszuprobieren. Aber ich bin mir nicht sicher, ob man das sofort schafft und wieviel man schafft, weil es auch gar nicht so einfach ist, diese Instrumente erstmal, man muß ja da neben dieser Djembe oder wie das heißt, dann muß das schräg, irgendwie muß man doch einen Rhythmus finden, bis man dann, das ist eigentlich bei jedem Instrument so. #00:51:15-9#
- 221 I: Erstmal kennenlernen. #00:51:18-7#
- 222 B: Ja, genau. Also es klappt ja auch nicht immer dann. #00:51:26-6#
- 223 I: Was heißt nicht klappen? Also wann? #00:51:30-1#
- 224 B: Ja, manchmal denke ich, es passt so gar nicht, was da rauskommt (lacht etwas). #00:51:31-4#
- 225 I: Und für was passt es nicht? #00:51:35-0#
- 226 B: Ja, also es hängt vom Hören ab, nach meiner Stimmung, aber dann ist das so, weiß ich nicht, dann hat man, entweder schafft man es wirklich nicht, sich drauf einzulassen, das Instrument ist einfach falsch, man will aber verstehen, wie es funktioniert oder so, also weiß ich nicht, ja, das kann auch passieren. #00:51:54-6#
- 227 I: Und was haben Sie dann gemacht, also wenn Sie? #00:51:57-7#
- 228 B: Ich habe aufgehört oder so, da war dann glaube ich die Stunde zu Ende. #00:52:03-2#
- 229 I: Ah okay. #00:52:03-4#
- 230 B: Aber das nervt dann. #00:52:03-7#
- 231 I: Wenn es irgendwie, wenn Sie nicht? #00:52:08-0#
- 232 B: Wenn das nun so gar nicht hilft. #00:52:08-6#
- 233 I: Sich vorstellen, oder? #00:52:08-4#
- 234 B: Ja, genau, wenn das so gar nicht funktioniert, dann ist das einfach nur doof. Also es kann natürlich, das hab ich Gott sei Dank ja nicht immer gehabt oder so, aber das ist schon. #00:52:22-2#
- 235 I: Also im Sinne von frustrieren oder ärgerlich oder was ist doof. #00:52:26-3#
- 236 B: Ja, es ist dann so, dann fängt es an so eine Beschäftigungstherapie zu werden vielleicht. #00:52:36-2#
- 237 I: Aha. #00:52:37-1#
- 238 B: Weil man dann irgendwas macht, um sich mit dem Ding zu beschäftigen, aber es gibt nichts zurück, weil es passt überhaupt nicht. #00:52:44-1#
- 239 I: Ah okay, #00:52:46-1#
- 240 B: Aber ich beschäftige mich eine Stunde, weil das gehört zur Musiktherapie, krieg die aber nicht gehandelt, so wie mit dem Ding, das hat vorne und hinten nicht hingehauen. #00:52:56-6#
- 241 I: Der Ocean Drum. #00:52:56-5#

- 242 B: So, häh? Ja, dann noch so irgendwie eins und dann da noch und dann jetzt, was macht man dann? #00:53:08-3#
- 243 I: Wenn nichts passt? #00:53:09-1#
- 244 B: Ja, ja, das ist alles, vielleicht besteht ja auch die Gefahr, ich weiß es nicht, keine Ahnung, also mich würde es nerven, dann hätte ich keine Lust mehr. #00:53:22-7#
- 245 I: Wenn Sie sich ja mit was beschäftigen sollen, wo Sie nicht für sich zurückbekommen oder? #00:53:29-6#
- 246 B: Ja, wo Sie einfach denken, das geht ja irgendwie so, da versuche ich irgendwie mich auszudrücken, ja, es ist genauso, wenn Sie Gitarre spielen und Sie können die Akkorde irgendwie immer nicht greifen und Klang und das hört sich total doof an, dann mache ich das mal anders und das funktioniert nicht, so ist es da ja auch, nur so ein bisschen, es muß ja irgendwie ein leichter Rhythmus oder so eine leichte, irgendwas muß ja dabei rumkommen, sonst kriegt man ja keinen Zugang dazu, also, ja. #00:54:02-0#
- 247 I: Und war das für Sie, ja, mit bestimmten Instrumenten verbunden? Was war das, was ist da passiert bei der Ocean Drum zum Beispiel und was war das für ein Klang, zu dem Sie keinen Bezug gefunden haben? #00:54:09-0#
- 248 B: Ja, mit dem Ding auf jeden Fall. Also ich glaube, das war dieses Träge, dieses Nachsacken immer, da konnte ich nichts mit anfangen. Irgendwann kippt es ja und dann rauscht es ja so langsam und dann wollte ich schon irgendwie wieder, keine Ahnung, weil man ein bisschen hektischer ist, also es war alles träge, genau, es funktionierte nicht, genau, passte einfach nicht, ja oder so, genau. #00:54:43-4#
- 249 I: Ja, habe ich vielleicht jetzt schon zuviel interpretiert, passte nicht zu Ihnen oder passte nicht? #00:54:46-0#
- 250 B: Ja, es passte zumindestens nicht zu dem Augenblick, genau. Ich glaube, das Ding da, ich glaube da habe ich auch drauf rumgekloppt, das ist glaube ich genauso, das ist auch glaube ich ein bisschen träge oder so oder sehr, sehr ruhig, ja, genau, naja. Also das heißt, es gibt wahrscheinlich für jeden Typen Mensch auch noch bestimmte (unv.) oder für jede Gefühlslage muß man sich dann natürlich das auch noch raussuchen, genau. #00:55:19-7#
- 251 I: Ja, also nicht jedes Instrument passt gerade zu dem. #00:55:24-7#
- 252 B: Ja, wenn Sie jetzt nur diese Instrumente gehabt hätten, also #00:55:28-8#
- 253 I: Eine Ocean Drum Therapie (lachend) #00:55:31-1#
- 254 B: (lacht) Ja, was dann? Keine Ahnung, dann hätte man das wahrscheinlich irgendwann abbrechen oder so, weil das nervt. #00:55:38-1#
- 255 I: Also die Auswahl war schon wichtig? #00:55:41-5#
- 256 B: Ja, die Auswahl ist wirklich wichtig, ja, genau. Die Auswahl ist total wichtig und dieses sich Zeit nehmen lassen, man kann es jetzt in Ruhe wirklich mal ausprobieren, dieses so Dahintragen, dass es auch dazu gehört und erstmal dieses Antesten und so, also das ist auch wichtig, genau. #00:56:02-7#
- 257 I: Oder bräuchte es aus Ihrer Sicht noch mehr Anleitung? #00:56:07-5#
- 258 B: Also ja, ähm, cool wäre schon mal, die Instrumente vorgestellt zu kriegen, nicht im Sinne, was das jetzt und so, sondern hier diese, ach das gibt es doch nicht/ #00:56:25-7#
- 259 I: Die Djembe. #00:56:27-8#
- 260 B: Djembe. #00:56:30-5#
- 261 I: Also Einzahl, Mehrzahl ist es gar nicht. #00:56:31-9#

- 262 B: Djembe oder so, also es funktioniert so und so und hier, ich mach das immer so, einmal kurz vorgestellt. Dann hat man nochmal so eine Idee "ach, das hört sich dann so an, wenn man darauf spielt, würde es fast", also es ist dann schneller glaube ich rauszufinden, "oh, das passt gerade gar nicht", wenn man so typische Sachen damit macht, ich glaube, das wäre ganz hilfreich, muß aber nicht. #00:57:03-0#
- 263 I: Aber für Sie wäre das vielleicht was gewesen? #00:57:05-2#
- 264 B: Ja, ich glaube ich hätte es, dann kann man das einmal gehört haben, ach, das hört sich ja toll an, ja, das finde ich auf jeden Fall produzierend und wenn es dann bei einem selber dann gar nicht klingt, dann gibt man sich glaube ich doch noch ein paar Mal mehr Mühe, um rauszufinden, wann spielt der endlich das nach, was ich jetzt eigentlich spielen will oder so. Wenn ich dann alleine anfangen und ach das ist ja doof, weil es passt ja irgendwie gar nicht. Wenn ich aber gehört habe, wow, das hört sich genauso an, wie ich eigentlich auch spielen wollte, dann kriegt man vielleicht nochmal mehr, lässt man sich noch ein bisschen mehr darauf ein, weil man weiß, oh, da kommen ja eigentlich ganz tolle Sachen bei raus, wenn man das immer richtig macht. #00:57:50-6#
- 265 I: Also Möglichkeiten so? #00:57:52-0#
- 266 B: Ja, Möglichkeiten, genau. #00:57:52-3#
- 267 I: Also nicht Richtigkeiten sondern Möglichkeiten? #00:57:56-7#
- 268 B: Möglichkeiten, genau, genau, ja, für welche Möglichkeiten passt es jetzt eigentlich, genau, ja. (..) #00:58:10-3#
- 269 I: Ich guck mal eben ein bisschen drüber. #00:58:14-2#
- 270 B: Ja. #00:58:16-6#
- 271 I: (30) Ach, ja. Ich hab nochmal ein bisschen über die Sitzung und das Protokoll geguckt, Sie sagten ziemlich am Anfang oder es war immer mal wieder ein Thema dieses Selbstbewußtsein mit der Erkrankung, das war ja ein wichtiges Thema. Und einmal habe ich nachgelesen, Sie waren auf dem Gang mit Frau H. und Frau H. fragte "na, wie ist es denn so?" und dann sagten Sie irgendwie auch "gut", also das habe ich jetzt nicht mehr so genau und Sie wußten aber nicht, ob Sie mit dem Thema weiterkommen, selbstbewußt mit der Erkrankung zu sein in der Musiktherapie. Erinnern Sie, wissen Sie ungefähr, wo ich bin? Also so die Frage, ja, genau, sind Sie mit dem Thema, das für Sie wichtig war und es war ja ein wichtiges Thema, dass Sie nicht in Tränen ausbrechen, sind Sie da weitergekommen? #00:59:39-6#
- 272 B: Stimmt, ja, genau. #00:59:40-1#
- 273 I: Hat etwas mit Akzeptanz der Erkrankung zu tun vielleicht? #00:59:43-8#
- 274 B: Stimmt, das war das große Thema, sich darüber mitzuteilen und was ist, wenn andere das wissen und dann nicht gleich zu weinen und mich unter Leute zu trauen, die das wissen. (8) Das kann ich nicht sagen. (..) Ich glaube, also das war ja der Kuraufenthalt, der da richtig (unv.) hat. Ich weiß nicht, inwieweit, also das. #01:00:28-9#
- 275 I: Der Kuraufenthalt, also können Sie nochmal kurz sagen, was Sie da? Also ich erinnere ein bisschen, aber was da eigentlich? #01:00:34-2#
- 276 B: Ja, der hat mich total geöffnet, ja, das war einfach so, also was mir da jetzt geholfen hat? #01:00:41-3#
- 277 I: Genau, was war bei dem Kuraufenthalt das Wichtige? #01:00:45-2#
- 278 B: Ja, das Wichtige war, da waren drei kompetente Frauen, jede auf ihrem Gebiet, einmal die Ärztin, einmal vom Sozialdienst und einmal die Psychotherapeutin, ähm, (.), die eigentlich die ganzen Sachen, mit denen ich mich auseinandergesetzt habe, für mich gemacht haben

und die mir signalisiert haben "das ist total in Ordnung, Sie brauchen auch Hilfe und wir können Ihnen helfen und das ist völlig in Ordnung, dass Sie in Rente gehen wollen und wir ziehen das jetzt durch" und die andere "mit dem Arbeitsamt und so, da kümmere ich mich jetzt mal eben drum und schreib da mal eben was hin und so" und so zum Beispiel da ist richtig Last weggenommen, das war befreiend und dann waren die anderen Patienten, das war ja eine völlig Normalität und das waren die zwei Sachen, die da richtig mich geöffnet haben. Und ich glaube, das hätte keine Therapie so hingekriegt, ob das jetzt Musiktherapie, Kunst oder Gespräche, Tiefenpsychologie, keine Ahnung, das glaube ich nicht, da mußte unglaublich viel von außen wirken und da mußte auch Tatkraft her. Das habe ich richtig gemerkt. Also das war das, was dann echt geholfen hat, boh, da können sich Leute einsetzen, die setzen sich für dich ein und die unterstützen dich, das heißt so verkorkst kannst du gar nicht sein, wie du das empfindest und es ist auch tatsächlich alles schwierig und das war natürlich sehr geballt und dann noch die Mitpatienten und so, deswegen, also. Das weiß ich nicht, das kann ich nicht sagen. Vielleicht hätte man sich dann öfter oder so sehen müssen oder keine Ahnung, dass da so eine Kontinuität halt irgendwie, vielleicht wäre das dann hilfreicher, genau, dass man dann wirklich sagt, man legt das dann auf einen wöchentlichen Rhythmus erstmal oder so. #01:02:42-3#

279 I: Das heißt, die Kontinuität hab ein bisschen gefehlt? #01:02:46-7#

280 B: Ja, genau. #01:02:45-0#

281 I: Durch das Setting halt. #01:02:50-4#

282 B: Das war natürlich dann, das hat schon richtig gut. Da ich in diese Kur ja gar nicht reinwollte und Widerspruch und was weiß ich alles und mich ja so dahin, das war echt stark, ja. #01:03:04-8#

283 I: Ja. (...) Das war mir noch im Hinterkopf. Sonst haben wir, aber alles, finde ich, was ich so gedacht hatte. #01:03:19-6#

284 B: Ja. #01:03:20-4#

285 I: Aber Sie können ja auch nochmal in sich gucken, haben wir irgendwas noch nicht? Ist Ihnen noch was wichtig, ein Punkt? #01:03:27-7#

286 B: (7) Nö, also ich glaube, das ist schon alles ganz ordentlich gefragt. (lachend) #01:03:42-1#

287 I: (lacht) #01:03:43-4#

288 B: Nein, also Entschuldigung ordentlich habe ich deswegen gesagt, weil teilweise ist doch ganz viel nachgebohrt, da mußte ich dann doch erstmal richtig grübeln, manches war auch nicht mehr so präsent, genau, das meinte ich jetzt damit, ordentlich (lachend). #01:03:57-3#

289 I: Ist gut (lacht) #01:04:03-1#

290 B: Genau. #01:04:04-9#

291 I: Ja? Dann mache ich mal aus. #01:04:05-5#

292 B: Ja. #01:04:07-9#

293 I: Vielen Dank. #01:04:09-6#

294 B: Gerne, gerne. #01:04:11-1#

IP13_ Interviewtranskript

- 1 Patient*inneninterview: IP13
- 2 Geschlecht: w
- 3 Therapeutin: PP
- 4 Interviewerin: PP
- 5 Datum des Interviews: 16.1.18
- 6 Zeitpunkt: nach Abschluss MT
- 7 Ort: Musiktherapieraum
- 8 Script: SP
- 9 IP13: Dieselben Antworten werden Sie nicht nochmal von mir bekommen. #00:00:05-8#
- 10 I: Das ist es, genau. Doch, also es läuft und zeigt an, dass es aufnimmt. #00:00:12-4#
- 11 IP13: Okay. #00:00:14-9#
- 12 I: Ja, dann können wir einfach beginnen. Vielleicht ist es wirklich am besten, Sie beginnen von sich aus, was Ihnen jetzt gerade durch den Sinn zieht, wenn Sie an die Musiktherapie denken, an Ihre Erfahrungen hier, also mit was möchten Sie beginnen, was fällt Ihnen ein? #00:00:39-4#
- 13 IP13: Also, ähm, wir haben ja ganz lange auch miteinander gesprochen, wir haben einen großen Zeitraum gehabt. Ähm, das, was mich fasziniert hat, wenn ich zurückdenke ist, dass ich schon das immer auch als Termin angesehen hab, den ich halt wahrnehmen möchte und auch gemerkt habe, dass ich das brauche, also das. #00:01:08-4#
- 14 I: Was heißt brauchen? Also ich frage mal direkt nach? #00:01:12-5#
- 15 IP13: Ja, dass es mir ein Stück weiterhilft, also dass ich das Gefühl habe, das ist etwas, wo ich hingehen kann, wo ich auch negative Sachen loslassen kann und wo ich mich halt nicht verstellen muß, wo ich nicht sagen muß "es wird alles gut, sowieso wird alles gut" (lachend) und trotzdem es nicht so drückend, also dadurch, dass die Möglichkeit gegeben war, das Negative auszudrücken und auch Platz dafür da war, ist gar nicht soviel Negatives passiert. Also das, wenn ich zurückdenke ist es das, wo ich denke ja und das, was mir wirklich am meisten geholfen hat, war dieses auch sagen können, dass es eine Endlichkeit gibt und dieser Vergleich mit der Ton, der halt nachhalt, das hat mir wahnsinnig gut geholfen, weil ich glaube, dass das Leben wirklich so aufgebaut ist, dass man ein Ton oder eine Melodie ist und dann halt, wenn man nicht mehr ist, sie verklingt und dass es ganz normal ist, dass der Ton runtergeht und diese Zusammensetzung von Musik und Seele fand ich sehr schön, fand ich sehr schützend, als einen Schatz, den ich immer noch habe, den ich auch nicht bereit bin loszulassen. #00:02:57-1#
- 16 I: Ah ja, Sie erinnern sich? #00:03:01-8#
- 17 IP13: Ja, ich erinnere mich dran, ja. Und das war für mich sehr wichtig. #00:03:09-5#
- 18 I: Haben Sie da eine bestimmte, sage ich jetzt mal Szene, Begegnung oder bestimmtes Spiel im Kopf, wenn Sie sagen mit dem verklingenden Ton? #00:03:21-6#
- 19 IP13: Naja, wir haben immer mal wieder, ich fand es schön, dass ich den Raum hatte, dass ich verschiedene Töne ansetzen konnte. Also Melodie würde ich ja nicht unbedingt sagen, also kein für mich kein richtiges Spiel, sondern halt Töne und dass ich gucken konnte, wie weit sie klingen und was sie machen, das fand ich schön, das war ein schöner Rahmen dafür. #00:03:51-2#

- 20 I: Also im Spiel haben Sie das erlebt? #00:03:56-5#
- 21 IP13: Nicht nur im Spiel, wir haben darüber gesprochen gehabt, das war die Sitzung darüber und die Verknüpfung davon, ja. Das Praktische mit dem Theoretischen. #00:04:13-6#
- 22 I: Wie ging für Sie diese Verknüpfung, das war spannend, wie spricht man eigentlich darüber? (lachend) Was erinnern Sie da? Wie geht das? #00:04:22-7#
- 23 IP13: Ich überlege, ob ich das in Worte fassen kann (...). Es war, ich hab häufiger das Gefühl gehabt, dass meine Seele dann halt auch Töne von sich geben kann (lacht etwas) und dass man das halt versucht, mit Instrumenten auszudrücken, das war für mich wichtig und das war, (.....) dieser Bild, dass ein Mensch halt einen Ton darstellt und versuchen, einen Ton auf einer anderen Ebene auch darzustellen, diese Verknüpfung fand ich gut und fand ich richtig und hat das innere Bild gefestigt. Mehr kann ich, das ist, ja? #00:05:24-2#
- 24 I: Sie haben, also wenn ich mal versuche, das zu verstehen, Sie haben wie so eine Idee, dass sie Menschen oder sich als Ton wahrnehmen? #00:05:39-6#
- 25 IP13: Auf jeden Fall, dass jeder Mensch auch eine bestimmte Melodie hat, einen bestimmten Rhythmus, eine bestimmte Ausstrahlung, bestimmte Farben, Farbtöne, also Klangtöne auch hat und dass man halt, dass es eine andere Form von Ausdruck ist, Töne sind ein anderer Ausdruck von dem, was in der Seele passiert und das ist nicht immer ein und derselbe Ton, sondern es sind halt mehrere verschiedene und in der Form, wo man gerade steht, ist die Zusammensetzung halt eine bestimmte. Und das glaube ich, hat jeder Mensch. Das glaube ich wirklich, dass jeder Mensch, man könnte sagen, wenn man die Töne rausnimmt, dass es halt auch eine Charaktersache ist, aber bei den Tönen ist das noch was Anderes, anders wahrzunehmen, als wenn man sagt, das ist ein Charakter, weil das ist, bei Tönen kann ich mehr zurückgehen, mehr gucken, mehr hören, was der Mensch gerade bringt, ohne dass ich irgendwie das bewerte, ja, vielleicht ist es dann tatsächlich dieses nicht bewerten, bei diesen Tönen. #00:07:11-8#
- 26 I: Bei diesen Tönen, die wir gespielt haben oder die Sie gespielt haben, ja? #00:07:17-9#
- 27 IP13: Ja, dadurch, dass ich hier diese Töne gemacht habe und für mich immer halt das Konzept eigentlich stand, wenn man irgendwas spielt, ein Musikinstrument spielt, immer auch Noten verfolgt und bestimmte Melodien halt annehmen muss und sie weiterführt und dass es universelle Melodien gibt, die man dann finden muß, dass dieses Finden anders aussieht, als dass ich es mir vorgestellt habe zum Beispiel, das war für mich auch wichtig. #00:07:48-3#
- 28 I: Das Finden der Töne hier war anders? #00:07:53-2#
- 29 IP13: Ja, und auch das Gefühl von, dass das Klopfen des Herzens auch ein Ton ist, auch ein Ton ist. #00:08:09-0#
- 30 I: Das haben Sie beim Spielen entdeckt oder erfahren oder so? #00:08:15-7#
- 31 IP13: Ich habe das schon vorher gewußt, ich hab das schon gedacht, theoretisch gedacht, aber dieses Empfinden, also rangehen und dann gucken, was im Augenblick meine Seele wirklich haben will, was für Töne es macht, es war was ganz Anderes, als was ich es mir eigentlich vorgestellt hatte. Das fand ich gut, weil das war ein anderer Zugang. Das ist einfach was Anderes, als wenn man sagt, die und die Fähigkeit habe ich und darauf kann ich mich berufen und kann ich mich verlassen, als wenn ich halt Töne von mir gebe, wo ich erstmal selber hören muß, was sagt mir eigentlich dieser Ton, was ist das, warum ist das für mich gut, wenn ich gerade, wenn diese kleine Harfe da oben, diesen hellen Ton macht, denn ich mag doch normalerweise immer nur ganz tiefe Töne, warum ist das für mich schöner, wenn ich jetzt da oben mich bewege. Diese Art von Spiel, diese Art von anders spielen mit mir, das fand ich schön, also das ist eine neue Erfahrung und ein guter Kontrast zu dem, dass man halt doch sehr viel über den Verstand normalerweise macht oder ich sehr viel damit arbeite, mit dem was ich weiß, was ich mag und was ich nicht mag. #00:09:53-4#

- 32 I: Ja, also es war etwas Anderes als das zu spielen, was in Ihrer Vorstellung war an Tönen? Oder es war auch ein Teil? #00:10:03-7#
- 33 IP13: Ja, dass es manchmal gar nicht harmoniert hab mit dem, was ich mir vorgestellt hab, also so ein Bruch. Ich hab das irgendwann mal bei der Töpferei gehabt, dass ich die Vorstellung hatte, ich möchte gerne eine Teekanne töpfern, weil ich alle runden Teekannen so schön finde. Und ich saß da und hab da eine mit einem eckigen Rad gemacht und das ging überhaupt nicht anders. #00:10:27-3#
- 34 I: Ah ja. #00:10:29-9#
- 35 IP13: Und so ist es teilweise mit der Musik auch gewesen, dass ich das Gefühl hatte, da ist die Vorstellung meinetwegen, ich bin ganz traurig, also muß ich ganz dunkle Töne, ganz langsame Töne. Aber da ist dann doch eine lustige Melodie dabei (lacht etwas), also so dieses gucken, was wirklich rauskommt. Ich habe ja immer die Schwierigkeiten, dass ich nicht so genau weiß, was draußen, also wie ich wirke und wie ich mich innen drinnen fühlt, also wie man das übereinkriegt. Und mit (...) der Musik ist es teilweise so gewesen, wo ich gedacht habe, ja, das ist halt ein Weg, es ist ein Weg, den man gehen, also den ich gehen kann, der nicht schlecht ist, also so (lachend). #00:11:33-2#
- 36 I: Ein Weg, der irgendwo hingeht oder? #00:11:34-7#
- 37 IP13: Der mich begleitet, der wo man einfach, nicht wo man irgendwohin kommt, sondern wo man halt sich bewegt, Bewegung ist für mich leben, also so. Kein unbedingt Stillstand, sondern man sieht halt diese Landschaften, die ich teilweise gesehen habe, während ich auch was gehört habe. Das war für mich sehr schön, das war für mich gut, weil ich gedacht habe, dass ich diesen Zugang total verloren habe, diese bildliche Vorstellung noch mal gucken, was es da so alles gibt. #00:12:22-2#
- 38 I: Das war neu, also ganz neu oder ein bisschen neu? #00:12:22-4#
- 39 IP13: Nein, neu war es, es war überhaupt nicht neu, gar nicht neu, aber ich habe das lange Zeit überhaupt nicht mehr gehabt, also es ist eher, wenn wir Musik gemacht haben und dann auch bestimmte Bilder halt in mir hochgekommen sind oder Landschaften, dann waren das meistens Landschaften, es waren nicht unbedingt Situationen mit Menschen und das war bei mir früher oder es ist ein Mechanismus, den ich glaube ich drauf habe, dass ich teilweise meine Phantasie habe, dass ich bestimmte Muster sehr gut bei Menschen auch erkenne und dann halt den Faden weiterspinne, also soziale Phantasien, wie jemand lebt. Bei der Musik ist es halt wirklich so, dass ich dann Bäume gesehen habe und so Rasen und Wasser und sowas alles und das ist was ganz Anderes. Das ist für mich sehr angenehm, wenn ich das Gefühl habe, ich kann nochmal durch Landschaften fahren und dann halt so mich bewegen. #00:13:48-0#
- 40 I: Also das Bewegen ist das bedeutsam bei der Landschaft oder was ist das mit der Landschaft, was ist da? #00:13:55-8#
- 41 IP13: (...) Muss ich überlegen (lachend). #00:14:00-9#
- 42 I: Wir haben Zeit (lachend). #00:14:01-7#
- 43 IP13: Ja, das Bewegen ist schon wichtig, also dass es keinen Stillstand soweit gibt, selbst wenn ich auf einem Punkt stehe und halt gucke halt, dann ist das auch eine Bewegung, also dieses Einfrieren von Momenten, das ist es nicht so, sondern es ist eher so, man sieht eine schöne Sache, also ich finde Landschaften teilweise sehr schön, wenn ich mit der Bahn fahre oder so, das mag ich sehr gerne sehen, Fahrrad fahren auch, aber da habe ich ein bisschen Angst, dass ich runterfalle (lachend) oder dass da irgendwas dazwischen kommt oder so. Autofahren kann ich ja nicht mehr, das geht dann ja auch nicht. Aber so neue Sachen sehen. Ich glaube von einem vertrauten Standpunkt sich zu einem anderen hinzubewegen, was Neues erforschen oder wahrzunehmen, erforschen ist zu groß, einfach nur zu sehen. #00:15:15-5#

- 44 I: Das war in diesen Reisen, in den Phantasien oder Imaginationen, das war der Punkt, das Neue? #00:15:22-1#
- 45 IP13: Es war das Gefühl, sich tragen zu lassen von Tönen, die bringen einen woanders hin, also es sind, es ist gut, es ist eine gute Begleitung, besser kann ich das nicht, ich will nicht Paritäten, ich will, ich will nicht irgendwie das zu groß machen. #00:15:55-1#
- 46 I: Was Sie erlebt haben? #00:15:57-9#
- 47 IP13: Ja, ja. #00:16:01-5#
- 48 I: Also nicht zuviel draufsetzen? #00:16:05-4#
- 49 IP13: Ja, ich will nicht, dass es einen florigen Schein bekommt. #00:16:16-7#
- 50 I: Aber sozusagen, um das zu verstehen, was Sie meinen mit es ist schön, die Landschaft zu sehen, verstehe ich jetzt, das Schöne ist, dass es Sie weiterführt? #00:16:32-9#
- 51 IP13: Ja, dass ich einfach damit auch leben kann. Selbst wenn ich bei dieser Fahrt irgendwas gesehen, also ich sage jetzt Fahrt oder Gang, aber an sich Fahrt, selbst wenn da Sachen sind, die nicht so schön waren, so ist es doch gut gewesen, sich zu bewegen. Und man kann sich das angucken, das Schlechte auch angucken und einfach weiterziehen. Man kann seinen Blick auch woanders hinrichten oder sein Gehört, so und manchmal gehört es auch dazu, dass es halt nicht perfekt ist, sondern dass es halt so einfach weitergeht, dass man es nicht festhalten kann, dass es wieder was Neues kommt immer, wenn es das ist verlinkt, das ist halt wirklich so, es wäre schrecklich, wenn es eingefroren wäre, wenn das Geräusch eingefroren wäre beispielsweise oder ein Bild eingefroren wäre, sondern es muß sich bewegen. Und diese Bewegung mitzumachen, finde ich schön. Das ist das, häufig, nicht immer. Und ich weiß ganz genau, ich hab Momente, wo ich das so packen will, dass ich das nie wieder loslasse, weil ich das so schön finde. #00:18:03-4#
- 52 I: Die Momente? #00:18:05-5#
- 53 IP13: Ja, die Momente oder einfach die Blickwinkel oder irgendwas. Und man kann es halt nicht immer wieder spielen. Man kann es nicht, das ist auch diese Vergänglichkeit, dass man das, dadurch, dass wir halt nicht mit Noten gearbeitet haben oder nicht irgendwie vorgegebenen Rhythmus gefolgt sind. Es ist nicht wiederholbar, es war nicht genau wiederholbar. Und ich erinnere mich an eine Stunde, wo genau das passiert ist, wo ich mich versucht habe, von einem bestimmten Rhythmus halt nicht mehr treiben zu lassen und er kam aber wieder. (lachend) Er war auf einmal wieder da. Und ich hab gedacht, man kann, wenn man mit diesen Instrumenten hier spielt, kann man das gar nicht, aber es war, dass der Rhythmus halt nicht wegging. Und das war dann auch okay. Aber das ist halt ganz selten. Ich glaube, ich habe das einmal erlebt. Ich es einmal im Unterricht, Unterricht ist quatsch, in den Stunden, Musikstunden. #00:19:23-2#
- 54 I: Und wissen Sie noch, was Sie in dem Rhythmus, haben Sie da irgendwas mit verbunden oder? #00:19:29-5#
- 55 IP13: Ich glaube das war, ich weiß, glaube ich, dass ich auf diesem komischen Teil da war. #00:19:33-3#
- 56 I: Der Big Bong? (lachend) #00:19:36-8#
- 57 IP13: Ja (lachend), Mhm (bejahend), ich glaube, ich habe damit Regentropfen verbunden. Aber ich weiß es nicht mehr so ganz genau. #00:19:45-3#
- 58 I: Ja, könnte sein, ja. #00:19:50-1#
- 59 IP13: Wo ich glaube auch dann, weil ich gedacht habe, das kann nicht wahr sein, dass dieser Rhythmus so stark in mir drin ist, dass ich glaube ich dann zu diesen Bongos gegangen bin, aber so genau weiß ich das nicht mehr. Kann auch sein, dass ich dann ein anderes Instrument genommen hab. Aber das fand ich schon interessant, für mich interessant.

#00:20:16-8#

- 60 I: Die Erfahrung mit dem Rhythmus? #00:20:19-1#
- 61 IP13: Ja, dass der dann ab und zu, dass es doch ab und zu sowas wie eine Wiederholung gibt oder eine Festigung oder so. #00:20:32-8#
- 62 I: Und das ist aber was, was Sie sonst nicht kennen? Aber was verbinden Sie mit Wiederholung oder Festigung? #00:20:42-6#
- 63 IP13: Ich glaube, dass die Umstände immer ein bisschen anders sind, dass es immer ein bisschen variiert und dass es eigentlich so eine richtige Wiederholung eigentlich nicht gibt. Jedenfalls bei mir nicht. #00:20:57-4#
- 64 I: So auch in Ihrem Leben? #00:21:01-6#
- 65 IP13: Ja, genau in meinem Leben gibt es sicherlich Situationen, die sehr ähnlich aussehen, sehr, sehr gleich wirken, aber ich glaube, dass es dieses Gefühl und dieses tatsächliche Handeln eigentlich kaum funktioniert. (...) Ich glaube, dass es Menschen gibt, die das durchaus hinkriegen, aber ich gehöre halt nicht dazu (lachend). #00:21:33-6#
- 66 I: Ja. #00:21:34-5#
- 67 IP13: Und ich weiß auch nicht, wieviel Kraft die dafür aufwenden, dass die das dann halt hinkriegen, ja. #00:21:43-8#
- 68 I: Das heißt, es gibt nicht viel Stetigkeit? #00:21:48-4#
- 69 IP13: Nein, das ist nicht, sondern es gibt eine bestimmte Richtung, die eingehalten wird, also mein Gefühl, dass ich schon (...) Prinzipien, das hört sich blöd an oder Werte oder einen Rahmen hab oder eine Straße hab, die ziemlich breit ist und auf die ich mich halt hin- und herbewege, aber dass ich meistens an den Rändern nicht so häufig abfalle, also dass das nicht, sondern ziemlich kontinuierlich halt mich in meinen Möglichkeiten bewege und dass ich da nicht sehr festgelegt bin. Also dass dieser Rahmen oder diese Einrahmung (...) für viele Menschen sehr irritierend ist, weil es nicht ein kleiner, schmaler Weg ist, wo man sich immer bewegt, sondern dass ich ziemlich hin- und herwandern kann, in dem, was ich mache. Dass ich da schon, aber flexibel ist nicht das richtige Wort dafür. Ich weiß, dass viele Leute sagen, dass sie glauben, dass ich sehr flexibel bin, aber das bin ich gar nicht (lachend), also ich glaube schon, dass ich bestimmte Sachen mag und ziemlich genau weiß, dass ich sie mag und dann halt auch ziemlich genau glaube, dass ich bestimmte Sachen nicht mag und da auch viel tue, dass ich das nicht machen muß, was ich nicht mag, ja, so. #00:23:35-3#
- 70 I: Und ging das für Sie dann mit der Musik, also bleibe ich mal bei dem flexibel sein, wie war das, können Sie das mit der Musik zusammenbringen oder war das auch so eine Art von erkunden, oder? #00:23:47-4#
- 71 IP13: Es war eher das erkunden, weil flexibel finde ich, muß man etwas können (lachend), muss man eigentlich was und dadurch, dass ich nun wirklich von den Musikinstrumenten keine Ahnung hab, also keine praktische Erfahrung auch damit habe, war das schon was auszuprobieren und was mich dann eher ernüchert hat oder was mich dann insgesamt auch stört, ist es halt, dass ich nichts wirkliches kann mit dem Musikinstrument. Also ich könnte, wenn man mir sagt, jetzt spielen wir das und das, könnte ich das ganz bestimmt nicht. Aber das war auch nicht das Ziel für mich hier. #00:24:38-9#
- 72 I: Etwas zu können? #00:24:39-9#
- 73 IP13: Ja, sondern wirklich dieses ausprobieren und das ist halt in dem kleinen, dass ist wirklich dann ein kleiner Rahmen. Um irgendwann mal weiter zu werden, muß man ausprobieren können. Man muß halt gucken können, was einem gefällt, was einem nicht gefällt. Glaube ich zumindestens. Also für mich ist das so. Und ich fand das sehr spannend, was teilweise dabei rausgekommen ist. Also wirklich, wie gesagt, dass ich da sehr überrascht teilweise selber war von mir (lachend). #00:25:29-2#

- 74 I: Können Sie da noch erinnern, wovon waren Sie überrascht? #00:25:33-0#
- 75 IP13: Naja, wie gesagt, das eine Mal halt, als ich tatsächlich die Melodie wieder nachgespielt hatte, die ich eigentlich gar nicht, wo die Hände oder der Körper was Anderes gemacht hat, als mein Verstand es gesagt hat "du machst das jetzt nicht nochmal" und dann hab ich es trotzdem gemacht. #00:25:49-5#
- 76 I: Bei dem Rhythmus jetzt? #00:25:50-1#
- 77 IP13: Ja, diese Art von Spielerei, die ich mit mir machen konnte hier. Dass ich Töne machen konnte, ja, ich kann es im Augenblick nicht anders sagen, als dass es eine Art von Spielerei mit mir selber war. Und das fand ich sehr schön, also fand ich eine neue Art zu spielen (schmunzelt). Und das in meinem Alter (lachend). Ich glaube, Kinder machen es wahrscheinlich auch und auch andere, aber halt diese Möglichkeit hatte ich nicht in Betracht gezogen. Also dass ich wirklich mit mir selber spiele. Ich kenne mich. #00:26:43-4#
- 78 I: Und können Sie nochmal zu dem Spielen, weil es ist ja so ein Begriff, wo jeder eine Vorstellung hat, aber was meinen Sie jetzt gerade mit dem Spielen (lachend). #00:26:51-6#
- 79 IP13: Es ist ganz schwierig, weil, wie Sie schon sagten, das Wort Spiel ist schon so abgegriffen, dass jeder sofort weiß, was damit gemeint ist. #00:26:58-2#
- 80 I: Genau, deswegen muß ich fragen (lachend), ja. #00:27:00-4#
- 81 IP13: Aber es ist halt deswegen auch so wahnsinnig schwierig. (.....) Es ist wirklich schwierig, weil diese Art, dass ein Spiel mit mir selber, das ist (..), das hat was mit einem Dialog zu tun, das hat was mit Nehmen und Geben zu tun, das hat was mit Verweigerung auch zu tun und mit Schummeln, also alles das, was man normalerweise auch mit einem Partner, also Spielpartner, gute Spiele sind immer darauf aufgebaut, dass man halt irgendwie Züge macht und dann der Andere auch. Und das in sich selber zu haben, finde ich schön. Weil diese Art von Spiel ist mir nicht so vertraut, ist mir nicht so bewusst vertraut, sondern ich bin eher darauf gepolt, halt mit anderen das zu machen als mit mir selber. #00:28:19-1#
- 82 I: Ach ja. #00:28:21-4#
- 83 IP13: So, ja. (.....), ja, ich glaube schon, ich habe das Bild vor mir, wie ich mit Leuten "Mensch ärgere dich nicht" spiele zum Beispiel und man kann dann würfeln und man kann dann halt schimpfen und man kann halt dem anderen drohen "wehe würfelst du nochmal eine sechs oder" (lachend) und man weiß eigentlich ganz genau, das hat eigentlich ganz, also ob ich demjenigen drohe oder nicht, die sechs fällt oder sie fällt nicht, egal, was ich da sage. Aber daran Spaß zu haben, das zu gucken, was da passiert, die Zeit, die man damit verbringt, das ist gut, also so. Mehr kann ich dazu, also das ist so meine Vorstellung von Spiel. Und ich hab immer, da ich ja im pädagogischen Bereich arbeite, hab ich immer die Vorstellung gehabt, ich müßte mehr Spaß am Spielen mit anderen haben. Oder empfand das als ein Manko an mir, dass ich keinen Spaß habe zu spielen, sondern auch so dieses, man muß ernsthaft an eine Sache herangehen und man muß halt vertrauensvoll mit den Situationen umgehen und man muß, man muß, man muß. (...) Ich glaube, dass viele Sachen halt erst Spaß machen, wenn man ein bisschen eine Regelübertretung macht, wenn man ein bisschen Spaß dabei hat. Wenn man halt nicht hundertprozent nur vertrauenswürdig ist, sondern auch, dass man zulässt, dass man was unpädagogisches sagt, dass man den anderen an einer Stelle packt, wo der andere es eigentlich nicht will oder nur so und dass alles im Rahmen dann halt nicht bedrohlich ist. #00:30:47-4#
- 84 I: Das heißt, was konnten Sie zulassen beim Spiel? Wenn Sie das nochmal? #00:30:51-0#
- 85 IP13: Ja, für mich? #00:30:53-8#
- 86 I: Ja. #00:30:56-7#
- 87 IP13: Erstmal, dass ich gemerkt habe, dass ich sehr wohl auch mit mir spielen kann und dass es mir Spaß gebracht hat. Das ist etwas sehr Schönes. Das ist wirklich etwas Gutes.

#00:31:16-8#

- 88 I: Kann ich mal beim schön nachfragen. Was ist denn schön für Sie? Oder können Sie da noch mehr zu sagen? #00:31:26-7#
- 89 IP13: Sich selbst zu vergessen, bei einigen Sachen. Also es zulassen, dass etwas passiert, ohne dass man irgendwie versucht zu steuern. Dass glaube ich, wenn man mit sich selbst spielt, ist das glaube ich ziemlich schwierig (lacht). Das hört sich vielleicht auch nicht so richtig an. Aber dieses sich drauf einlassen, dass es da auch einen Punkt gibt, der halt auch spielen will. #00:32:04-4#
- 90 I: In Ihnen ein Teilpunkt? #00:32:06-4#
- 91 IP13: Ja, ja (...), gut, ja (.....). #00:32:23-4#
- 92 I: Dann frage ich da mal nach, weil es mich interessiert, wenn man sich an der Stelle die Frage stellt, hat es auch was zu tun mit der Erkrankung? Also steht es sehr für sich und hat eine Bedeutung für sich, was Sie erzählt haben, finde ich bei Zuhören? Und ist das, gibt es da eine (.) #00:32:50-5#
- 93 IP13: Verbindung? #00:32:50-5#
- 94 I: Beziehung oder kann man, muß man nicht oder vielleicht kommt Ihnen was in den Sinn, ob sich die Umstände? #00:32:56-2#
- 95 IP13: Naja, durch diese Krankheit ist halt einiges ins Wanken geraten, einfach auch dieses Ernsthafte, dass man etwas halt sehr ernsthaft auch bearbeiten muß. #00:33:16-4#
- 96 I: Dass ist ins Wanken geraten? #00:33:21-6#
- 97 IP13: Doch, ja, nein, die Frage war halt, wie setze ich mich damit auseinander? Und dieses (.....), man kriegt so eine Art von Tunnelblick. Ich hab das Gefühl gehabt, dass diese Krankheit einen sehr Tunnelblick bei mir ausgelöst hatte, dass ich nicht mehr so viel sehen konnte, was auch noch an den Seiten passiert. #00:33:56-8#
- 98 I: Sondern, was war der Tunnel, also was haben Sie da gesehen? #00:34:05-6#
- 99 IP13: (.....) Dass man eigentlich nur durchgehe muß. Naja, es hat halt auch was damit zu tun, dass ich doch (.) früher auch immer das Gefühl hatte, ich krieg alles hin und es wird alles gut (lachend), es wird auf jeden Fall alles gut. Und die Vorstellung, dass es halt doch Sachen gibt, die nicht alles gut gehen, ist natürlich theoretisch alles da, man weiß es, ich weiß es auch, aber halt (...) damit zu leben, dass es wirklich einen selber trifft, dass es nicht unbedingt alles gut wird und dass es nicht unbedingt immer eine Erweiterung gibt, sondern es schon, also für mich selber, eine Beschränkung immer stärker stattfindet. Und dass ich halt nicht mich darauf verlassen kann, dass bestimmte Fähigkeiten erhalten bleiben bei mir, die mich immer geschützt haben, also die ich mir angeeignet habe, um halt bestimmte Situationen gut zu managen. Dass die auf einmal in Frage gestellt waren, ob die wirklich so gut sind, ob sie wirklich so tragbar sind. #00:35:31-8#
- 100 I: Können Sie ein Beispiel geben für die Fähigkeiten? #00:35:35-1#
- 101 IP13: Ach, mir fällt nur im Augenblick das ganz praktische ein, dass ich nicht mal Autofahren kann und da zurückgehe muß, dass ich teilweise Schwierigkeiten hatte, Fahrrad zu fahren, weil ich schon ab und zu runtergefallen bin, Gleichgewicht verloren hab. Dass sind so die ganz praktischen und (.) die Krankheit zeichnet sich ja dadurch aus, dass es lauter Symptome gibt, die allgemeingültig sind, also die nicht spezifisch sind, sondern jeder mal hat. Also das Witzigste, was mit Höhen zusammenfiel war, dass ich irgendwann halt im Bus saß und der Busfahrer, also die haben ja manchmal so Ansprachen, wann den welche Busstationen kommen und da sagte er etwas und ich hörte, was ganz Anderes, also ich hörte dasselbe Wort, aber einige Busstaben waren einfach weg, also so, wo ich gedacht habe "ah, jetzt muß ich zum Ohrenarzt" (lacht) und dann halt festgestellt habe, dass ich das wirklich über einen Zeitraum hatte, dass ich bestimmte Buchstaben nicht mehr gehört habe und es mir sehr viel

Mühe gemacht hat, das halt zusammensetzen (.) und dann war es halt wieder weg. Dann war es auch alles wieder gut (.). Und so gibt es an fast allen Sinnesorganen gibt es da bei mir Einbrüche, die erstmal sehr verwirrend sind (lacht etwas), aber auch spannend halt, auch das ist spannend. Wenn man auf einmal auf dem eigenen Auge nicht mehr sehen kann, dann liest man nicht besonders gerne. Und wenn es das erste Mal passiert und man kann am Computer einfach bestimmte Zahlen nicht mehr erkennen, weil man nicht mehr gucken kann, dann kriegt man schon Angst, dass man das halt, dass es nicht wiederkommt.

#00:37:52-0#

102 I: Das heißt, was für Gefühle waren da hauptsächlich im Spiel bei dieser Erkrankung?

#00:37:56-6#

103 IP13: Ich glaube das ist schon wirklich Verzweiflung, das ist wirklich fassungslose Verzweiflung. Diese Art von Tunnel, das muß irgendwann vorbeigehen, das muß irgendwann aufhören. Das Gute ist halt daran, dass so welche Sachen sich auch wieder auflösen.

#00:38:18-0#

104 I: Ja (schmunzelt). #00:38:16-6#

105 IP13: Und dass ist aber, das zu wissen "okay, ich müßte jetzt eigentlich eine viertel Stunde meine Augen zumachen und dann kann ich vielleicht wieder normal sehen, dann kann ich vielleicht nicht lesen, aber dann kann ich wieder mich im Rahmen bewegen". Das ist schon etwas, wo dann Fähigkeiten ganz anders hinterfragt werden und auf einmal die Möglichkeit, dass alles, was man sich irgendwann mal erarbeitet hat oder was man glaubt, sicher in petto zu haben, diese Schatztruhe, die man hat, die man aufmachen kann und man holt was Schönes raus, wenn man in ein Geschäft geht. Dass man nicht weiß, wenn man dann das nächste Mal den Deckel aufmacht, auch wirklich noch die Sachen drin sind, wo man sich holen kann, wo man sich was Schönes machen kann. Ich finde es manchmal ganz unangenehm, Leute zu hören (lacht etwas), also wirklich zu hören, das strengt mich an teilweise. Ich mag das nicht unbedingt. Selbst Radio oder so ist es teilweise so, dass ich das Gefühl habe, ich muß Stille um mich haben. Wie gesagt, es ist nichts Spezifisches, sondern es ist so halt, das hat jeder mal, jeder und je älter man wird, hat man es wahrscheinlich häufiger. Damit umzugehen ist halt dieses, erstmal zu merken, dass es wirklich mit einem selbst was zu tun hat und nicht unbedingt von außen da ist, sondern dass es wirklich so diese innere Anspannung war oder innere Erschöpfung war, dass man es halt dann nicht mehr haben will, so. #00:40:24-4#

106 I: An dem Punkt sind Sie ungefähr hierhergekommen? Wenn Sie sich erinnern, wie es vor zwei Jahren gewesen ist? #00:40:31-7#

107 IP13: Ja, ich versuche, mich zu erinnern. Ähm (..) nein, als ich herkam, war ich ganz verwirrt, weil da waren Ängste und ich hab normalerweise nicht sehr viele Ängste gehabt, also schon Ängste, aber die haben sich irgendwie alles so im Rahmen, fand ich immer, im Rahmen bewegt, die waren, ich würde nicht sagen, dass ich ängstlich gewesen bin, also bevor die Krankheit so. Aber wenn man merkt, dass der Körper irgendwie bestimmte Sachen nicht mehr leisten kann und dann wieder leisten kann, also dieses verwirrt sein von, mir fällt ab und zu eine Tasse aus der Hand oder ich hab, irgendwann hab ich im Mittelfinger halt kein Gefühl mehr drin gehabt und Daumen auch. Dann ist natürlich so dieses, was macht man? Irgendwie muß man drauf eingehen, also eine Schiene, zum Arzt gehen, gucken, der Arzt sagt "ist alles in Ordnung, bestens, organisch alles in Ordnung" (lacht). #00:41:53-3#

108 I: Ja. #00:41:54-0#

109 IP13: Aber das Gefühl ist halt immer noch da, also kein Gefühl in den Fingern und dann fallen mir Sachen runter und dann löst sich das auf einmal wieder auf, dann hat man schon ein Gefühl, dass man so den Sinneswahrnehmungen nicht unbedingt trauen kann, so. Diese Selbstzweifel, den ich da hatte, weil das hat mit Selbstzweifel zu tun. Wenn ich irgendwas anfasse und es tut weh, dann versucht man halt, das nächste Mal, es nicht mehr anzufassen oder irgendwie anders anzufassen, aber wenn das halt, einmal tut es weh und einmal tut es nicht weh, dann ist das keine Kontinuität, wo man halt eingreifen kann, wo man sagen kann

"okay, wenn du jetzt mit dem einen Fuß hinkst, dann kriegst du halt eine Einlage rein". Das ist halt (...) #00:42:50-9#

- 110 I: Sie wußten nicht, was tun oder wie? #00:42:51-1#
- 111 IP13: Ja, ich wußte nicht, wie ich mit den Informationen, die mir mein Körper gesagt hat, umgehe, ob ich ihn nun in Grund und Boden stampfe, weil er rmir da irgendwie immer falsche Informationen gibt und mich in die Irre führt und sagt "ich habe Krankheiten" und es ist organisch alles in Ordnung und so. Das war, an dem Punkt bin ich praktisch hierhergekommen, wo ich gesagt habe "ich muß auch mit dieser Angst, die ich habe", weil ich halt sehr, ich kann, wenn ich will, kann ich halt gut Angst vermitteln und wie gesagt, ich glaube, dass Angst ansteckbar ist, dass man, wenn man sehr überzeugend wirkt, dass der andere die Angst dann spürt und dann sie mitträgt und ich das Gefühl hatte, ich bin mit Angst beladen und wenn ich sie äußere, dann gebe ich die Angst weiter, an jemanden, der halt damit nicht umgehen kann. #00:44:04-2#
- 112 I: Und Sie selbst? Sie sprechen sehr von der Wirkung auf Andere? Für Sie selbst wäre das tragbar gewesen, oder? #00:44:14-5#
- 113 IP13: Wie gesagt, das war für mich, ich kannte diese starken Ängste, dieses "was passiert mit mir? Warum kann ich mir selber nicht trauen?" Wenn ich mir selber nicht trauen kann, wie kann ich dann anderen trauen, das war der Punkt, wo ich hierhergekommen bin. #00:44:33-1#
- 114 I: Mit welchem Wunsch? Oder haben Sie da einen Wunsch gehabt? Oder war es einfach das Gefühl und? #00:44:38-7#
- 115 IP13: Den Wunsch hatte ich gehabt, tatsächlich mit der Angst auch ein bisschen anders umzugehen. Und wenn man von der Angst beherrscht wird, dann wollte ich gerne, dass das mich das nicht wieder wie eine Welle immer überschwappt, wenn es tatsächlich mal, wenn irgendeine, ja, wenn man Schnupfen bekommt, dann weiß man, in vierzehn Tagen ist der Schnupfen weg. Aber wenn man nicht weiß, ob das nun wirklich Schnupfen ist oder ob da vielleicht ich vermute halt, ich habe halt Nasenbluten ab und zu und ich habe eine Stirnhöhlenentzündung. Ich habe wahrscheinlich eine Stirnhöhlenentzündung vor ein oder zwei Monaten gehabt. Und ich war bei der Ärztin und die sagte natürlich wieder mal "organisch alles in Ordnung". #00:45:38-1#
- 116 I: Ja. #00:45:38-8#
- 117 IP13: Und das war ein (Hamburger Arzt?) (lachend). Aber der Schmerz war dermaßen stark, dass wenn ich mich gebeugt habe, das Gefühl hatte, mir sticht jemand mit dem Messer ins Ohr oder in den Nacken rein, also in den Kopf rein. Also bin ich nochmal hin und sie hat das mit dem Ultraschall nochmal durchleuchtet. Und sie sagte, da ist kein, sie sagte da ist eigentlich nichts, außer dass jetzt die Nebenhöhlen eigentlich voll sind. Und ich weiß ganz genau, auf dieser Seite, da kommt bei mir kein Schnodder raus, also kein Schleim, auch kein Blut, aber ich hatte in der letzten Zeit viel geblutet mit der Nase und es war auf der Seite war es mir rausgelaufen. #00:46:28-9#
- 118 I: Ja, Verwirrung. #00:46:31-2#
- 119 IP13: Ja, sie tastete mit dem Ultraschallgerät und sagte "das könnte vielleicht eine Viruserkrankung sein", aber ich bin mir ziemlich sicher, dass es wahrscheinlich blutig war, also einfach nur nichts Schlimmes, aber halt, und diese Art von (...) von Verwirrung und von nicht wissen, ob derjenige dann auch halt mir die richtige Diagnose sagt, das (...) ist schon (...) blöd gewesen. Aber das ist etwas, womit ich jetzt besser umgehen kann. Weil ich weiß halt, dass die einfachen Methoden halt oder die einfache Einschätzung der Ärzte auch Schubladen-Denken ist und die testen erstmal alles aus, was Standard ist. Und ja, wenn ich dann halt darunter falle, ja dann falle ich halt darunter, dann ist das. #00:47:37-6#
- 120 I: Und wenn Sie sagen, das ist jetzt besser, würden Sie sagen, die Musiktherapie hat was damit zu tun oder wäre das, sind das getrennte Dinge? #00:47:49-0#

- 121 IP13: Es hat mir wirklich gut getan (.), es hat mir sehr gut getan, dass ich halt keine Angst haben mußte, dass Sie von meiner Angst mit weggerissen werden oder da rauskriegen und dann irgendwie traurig sind oder so, sondern dass ich das alles so sagen konnte und machen konnte, was in dem Augenblick möglich war. Also das fand ich sehr angenehm. Ich hatte das Gefühl, dadurch andere Menschen nicht so belasten zu müssen. #00:48:31-3#
- 122 I: Also hier so ein? #00:48:34-8#
- 123 IP13: Einen geschützten Raum, wo ich sein konnte, wie ich bin, so. Das fand ich sehr schön, ja. (..) #00:48:50-2#
- 124 I: Wenn Sie das Gefühl beschreiben oder die Gefühle, die damit zusammenhängen, die Sie hier, vielleicht gibt es so ein Grundgefühl, was Sie hier erlebt haben oder was sich entwickelt hat oder? #00:49:10-0#
- 125 IP13: (...) Also ich finde schon, dass es ein sehr großes Geschenk ist, irgendwohin zu gehen und das Gefühl zu haben, man kann sein, man kann so sein, wie man möchte. Und man muß sich nicht, man muß nicht unbedingt eine Fassade aufrechterhalten, sondern man kann auch hinter die Fassade gucken lassen. Das finde ich schon ein sehr gutes, großes Geschenk, ja. Also ohne Angst zu haben, den anderen zu schädigen, so. Dadurch glaube ich schon, dass ich auch in der Lage war, halt mit dem, was in mir vorgeht, besser umzugehen. Also nicht nur ich verträglicher für die Gesellschaft, sondern für mich einfach angenehmer, für mich auch selber, also für mich annehmbarer so, weil ich Sachen ausprobieren konnte, für mich selber, nicht für andere, für mich jeden Augenblick dazusein und ich auch wieder auf das zu verlassen, was ich fühle. Ich bin nicht der Meinung, dass mein Körper böse ist oder dass ich mich nicht auf meinen Körper verlassen könnte, habe ich ja auch gehabt, aber ich glaube, dass mein Körper mir schon Signale sendet, die ich nur nicht richtig interpretiere. Dass ist so, dass ich einfach mehr zuhören muß oder noch im Größeren, dass der Körper mir vielleicht mir noch ein bisschen mehr das sagen muß, was er braucht, so diese Art von Wahrnehmung, diese Art von Spiel oder dieses Miteinanderumgehen. #00:51:23-4#
- 126 I: Sie mit sich miteinander? #00:51:25-6#
- 127 IP13: Ja (lacht etwas), hört sich so, ja. #00:51:30-0#
- 128 I: Ja, das ist schon (lachend). #00:51:29-8#
- 129 IP13: Ja, ähm, das ist besser geworden, das ist einfach schöner, also der eine Teil, der halt ernsthaft und der immer nur aufs Gemeinwohl aus ist, den konnte ich auch beiseitelegen und ich hab halt Spaß daran gehabt, einfach Sachen mit mir zu machen, so. #00:52:00-1#
- 130 I: Das Spielen, was Sie vorhin sagten, die Sachen mit sich machen? #00:52:11-5#
- 131 IP13: Ja, das ist das schon, (..) ja so, das war für mich sehr wichtig (.) ja. Weil ich glaube, wenn ich ab und zu halt mit mir selber so umgehen kann, dann kann ich auch nett mit mir umgehen, also wenn ich spielen kann, wenn ich merke, da ist eine Art von ein Miteinandersein, das nicht allzusehr getrennt ist, also das nicht, ich hab früher immer, ein inneres Bild von mir, was ich als Kind hatte, war auf einer Treppe zu sitzen mit Zöpfen, so zwanziger Jahre, ich hab mal irgendwann eine Postkarte gesehen, halt so mit zerrissenen Kleidern und so und dann hab ich aber das Bild später gehabt, dass ich irgendwie an der Wand stand mit Arbeiterkleidung, also keiner guten Kleidung, sondern halt auch sehr schmal, aber sehr hart, sehr drahtig, nicht stark, aber halt starrköpfig wahrscheinlich, auch mit Zöpfen und sehe den anderen beim Spielen zu und selber halt stehe ich im Hintergrund und gucke und passe auf, irgendwie so. Dieses Bild habe ich jetzt nicht mehr, ich hab eher das Gefühl, dass ich, dass dieses Kind, dieser Mensch (lacht etwas), dass ich in der Ecke gesunken war und dass aber ein anderer Teil von mir sich dann halt dazu und ich dann davorstand, also dass das andere Teil und ich davorstand und dass dadurch das Kind oder der Mensch oder wie man das, hinten aufrecht stehen konnte, sich hochziehen konnte und dann halt wir uns angefasst haben, es hört sich kitschig an (lacht). #00:54:51-3#
- 132 I: Nein, aber vielleicht versuchen Sie es nochmal zusammenzufassen. #00:54:54-1#

- 133 IP13: Also dass dieser Teil, der halt gerne spielen möchte oder dieserjenige, der nicht unbedingt soviel spielen durfte oder nicht mitmachen durfte/ #00:55:09-7#
- 134 I: Was der vernünftige Teil ist oder? #00:55:12-7#
- 135 IP13: Nein, das ist nicht der vernünftige, sondern das war eigentlich eher der Teil, der dann auf dieses Kind zugegangen ist und halt geholfen hat aufzustehen, dass das Kind aufsteht und halt gesagt hat "ich beschütze dich, ich stelle mich vor dir, also du kannst jetzt", so und das finde ich halt, das ist so ein innerer Prozess gewesen, wo ich denke, das finde ich gut, früher hätte ich wahrscheinlich, wäre ich auf dieses Kind losgegangen und hätte gesagt "jetzt stehe mal auf oder mache mal und tue mal und stell dich nicht so an" oder so, also wesentlich massiver und mehr fordernder und jetzt denke ich mir ja, okay, das geht auch sanfter. #00:56:11-5#
- 136 I: Ja, okay. Das heißt sanft passt auch zu dem, wie Sie sich hier erlebt haben oder so? #00:56:20-0#
- 137 IP13: Ich weiß nicht, ob ich mich sanft erlebt habe (lacht), ich muß mal (.) ich hab mich verlässlich gezeigt. #00:56:25-6#
- 138 I: Aha. #00:56:27-0#
- 139 IP13: Also ich glaube eher, dass ich die Verlässlichkeit gezeigt habe und nicht unbedingt das Sanfte. Sanft ist, wie man auf jemanden zugeht und so, freundlich oder nett oder sanft ist, so. #00:56:46-7#
- 140 I: Und da ist ja spannend, haben Sie mir das gezeigt, haben Sie sich das gezeigt, haben Sie das, wem haben Sie das gezeigt? #00:56:51-1#
- 141 IP13: Ich hab es zugelassen, ich glaube ich habe es selber mir zugelassen. Ich glaube, ich hab es mir gezeigt, zugelassen (.) ja. #00:57:07-9#
- 142 I: Und wie ist das, wenn Sie das gerade so sagen? #00:57:09-2#
- 143 IP13: Gut (lacht etwas). Es ist gut, weil ich (...) weil das auch was mit Eigenverantwortung zu tun hat. Für mich, dass das Leben eigentlich, also dass das einfach gut ist so, dass wie das so funktioniert ist nun gut. Es ist nicht mein Ziel gewesen oder nicht meine Intention gewesen, dass Sie mich völlig verstehen, weil das war es nicht, das ist es eigentlich nicht. #00:57:50-9#
- 144 I: Sondern? #00:57:52-9#
- 145 IP13: Das ist wirklich so, dass ich gedacht habe, ja, das ist halt erstmal auch zu gucken, wo der Schmerz sitzt, also wo eine Verletzung da ist, weil ich das Gefühl hatte, mein ganzer Körper ist irgendwie schmerzhaft und ich hab halt kein Fleck, wo ich sagen könnte, das ist unverletzt, sondern es war irgendwie so alles umfassend, so. Und zu gucken, wo wirklich was sitzt, war für mich auch wichtig. #00:58:32-6#
- 146 I: Also jetzt somatisch oder auch umfassend? #00:58:37-7#
- 147 IP13: Schon, wo ich auch geguckt hab, was ist nun wirklich medizinisch bedingt, also wo, wenn ich Kopfschmerzen hab oder sonst was, könnte man ja auch sagen, dass es psychosomatisch ist, ja? (lacht etwas) Aber ich bin mein Leben lang damit rumgelaufen, dass es immer nur psychosomatisch war, also keiner ist auf die Idee gekommen, mal wirklich zu gucken, ist das eine Krankheit? (lacht etwas) Weil das war immer klar, die Psyche macht nicht richtig mit, so. Also wo, was halt medizinisch bedingt war und was dann halt wirklich im Augenblick schmerzt. Ist es die ganze Umwelt? Ist es nur meine persönliche Situation oder Berufssituation? Oder vielleicht leide ich ja wirklich an einer starken Depression oder sonst was. Zu gucken, was es ist und dann halt eine Möglichkeit zu haben, darauf zu reagieren und vielleicht es abzubauen. #01:00:01-4#
- 148 I: Und das war in der Musiktherapie ist das auch so vorgekommen oder ist das? #01:00:04-4#

- 149 IP13: Das war, wenn Sie es nicht gemerkt haben (lachend). #01:00:06-8#
- 150 I: Ich bin in einer anderen Rolle jetzt (lacht). #01:00:12-0#
- 151 IP13: Ich hab das für mich schon gemerkt, dass ich das abgeklopft hab und dass ich das hier machen konnte in diesem Rahmen. #01:00:17-5#
- 152 I: Und können Sie da nochmal, es möglichst konkret nochmal, geht das? (lacht etwas) #01:00:28-4#
- 153 IP13: (lacht etwas, seufzt) Nee, das war ein fortlaufender Prozess, das ist wirklich nicht irgendwie so, dass ich ein Thema geblockt hab, sondern es war, es ist halt wirklich eine Reise für mich, obwohl ich will nicht, dass die Reise zu Ende, also es ist ein Prozess, der halt da unterstützt worden ist oder ermöglicht worden ist. Und das finde ich großartig, wirklich für mich ein großes Geschenk, also wirklich so dieses (.) ich wiederhole mich. #01:01:07-0#
- 154 I: Gerne, ist immer gut (lacht) #01:01:11-7#
- 155 IP13: (lacht) Ich krieg auch keinen anderen Blickwinkel dafür hin, vielleicht sind meine Gedanken dann schon, dass ich das Gefühl hatte, ich darf auch Sachen gucken und ich darf dazu mich äußern und ich darf halt auch nervige Töne machen beispielsweise, wo ich gedacht hab "ja, also das ist schon ganz gut", es war wirklich ein Prozess, es war, wo ich denke ja. Also die Ängste, es ist nicht einfach so, es ist bei mir ja nicht so, dass ich sagen kann, jetzt habe ich die Angst, ich hab Angst vor Schmetterlingen oder sonst was und jetzt arbeiten wir daran, sondern es war so, was passiert, wenn das? Dieses Vielfältige, was das ja auch immer beinhaltet, diese Krankheit beinhaltet. Dass ich damit eine Möglichkeit, dass ich das Gefühl hatte, mir wird geholfen, dass ich Möglichkeiten finde, wie ich damit umgehen kann. #01:02:31-3#
- 156 I: Das heißt, haben wir die Angst behandelt oder? (lacht etwas) #01:02:30-7#
- 157 IP13: Wir haben auf jeden Fall auch die Angst behandelt (wühlt etwas) nee, ich hab, hier reinpacken (schnupft aus). Auf jeden Fall, daran erinnere ich mich noch ganz genau, also ich erinnere mich soweit daran, dass ich das Gefühl hab, die Angst übermannt mich, also wie eine Welle und dass wir das glaube ich auch mit den Musikinstrumenten halt versuchen nachzubilden. #01:03:03-6#
- 158 I: Mal die Angst zu spielen, ja? #01:03:08-4#
- 159 IP13: Ja, genau, dieses (..) ich weiß nicht, ob ich das Wort Angst benutzt hab, aber es war auf jeden Fall dieses Gefühl von, da kommt etwas auf mich zu und ich muß damit umgehen und ich weiß aber noch nicht, wie ich das mache und (.) das war auf jeden Fall auch, das war auch in Form von Versuchen, neue Sachen halt hinzubekommen, zum Beispiel das, wo ich dachte, ja, das ist einfach ein Ort, wenn ich diese Sachen spiele, dann erinnere ich mich daran, wie es am Meer war und dass es eine gute Rückzugsmöglichkeit für mich, diese Vorstellung. #01:03:54-8#
- 160 I: Die Ocean Drum? (lachend) ja? #01:03:58-0#
- 161 IP13: (lachend) so, die Möglichkeit, eröffnet zu bekommen, mir Orte zu suchen, wo ich mich wohlfühlt hab, wo ich, das war mit den Tönen schon gut. #01:04:16-2#
- 162 I: Das heißt, das waren vielleicht zwei Aspekte oder? Also Sie sagten gerade, Sie haben (...) ähm, also etwas in der Musik gespielt, was Sie nicht wußten, was das sein, also jetzt mit der Angst, Sie haben nicht die Angst gespielt, sondern was sagten Sie? #01:04:35-5#
- 163 IP13: Ich weiß es nicht mehr, was ich gesagt habe (lacht). #01:04:39-3#
- 164 I: Dass wir nochmal hören, sowas Offenes oder was Ihnen begegnet? #01:04:44-1#
- 165 IP13: Eine Möglichkeit, ja, Sachen, die ich nicht unbedingt mag, sondern auch halt, das eine auf jeden Fall, diese Rückzugsmöglichkeiten, dass ich gemerkt habe, ich kann, wenn ich

schöne Musik höre, mich drauf einlassen und auch dahinschweben oder dahinfahren oder sonst wie, die Eröffnung von Räumlichkeiten, die dadurch aufgemacht werden. Und dieses miteinander spielen, also mit mir selber spielen, das fand ich auch sehr schön, diese Erfahrung einfach machen zu können, dass ich mit mir selber spielen kann, ohne dass das irgendwie ein Produkt dabei rauskommt, was man dann zeigen muß oder eine Leistung, die dann oder irgendeine Fähigkeit, die dann dazu führt, dass man eine neue Fähigkeit, also dann doch zielgerichtet wäre. Und das war es halt nicht, es war nicht zielgerichtet und das war für den Moment und es war Spiel, es war wirklich Spiel. Und das habe ich mir halt lange Zeit nicht gegönnt, sage ich glaube ich eher und auch nicht mehr gewußt, wie ich das so machen kann. Ich weiß, dass ich das mit Töpfeln häufig hinbekommen hab, aber dazu muß ich dann auch Stunden an einer Sache sitzen, also fünf Stunden oder so, dann kriege ich dieses Gefühl von spielen, ist anstrengend (lachend). Und ist natürlich dann auch ein Produkt. #01:06:39-1#

- 166 I: Ich wiederhole mich jetzt gerade auch, aber also vielleicht nochmal die Frage, wie passen Spiel und Angst zusammen? Sie haben da schon was zu gesagt, aber? #01:06:49-7#
- 167 IP13: Ja, aber das, wie passen Angst und Spiel zusammen? Dass ich um den Punkt herum mich dem annähere die Angst, um zu gucken, mir dadurch die Möglichkeit gebe, von verschiedenen Punkten einfach mal die Angst anzusehen. Ja, so nähere ich mich Angst, ich gehe nicht direkt drauf, sondern ich muß eigentlich ringsherum irgendwie mich bewegen. Also ich bin ja eigentlich ein sehr direkter Mensch, aber bei dem, was schmerzhaft ist, gucke ich doch eher, wo ich dann halt mich, das zu umrunden, nicht direkt reinzugehen, so. #01:07:48-1#
- 168 I: Und umrunden mit Bewegungen oder mit Orten oder? #01:07:54-7#
- 169 IP13: Ja, mit Möglichkeiten, sich das anzusehen, Möglichkeiten, auch zu spüren, weil so einen Schmerz muß man dann auch, also man muß ja dann auch das Gefühl halt zulassen. Und wenn ich dann halt, ich muß erstmal bereit sein, zu gucken, wo der Schmerz ist, um dann halt ihn vielleicht abzustecken. Und da das ein ganz großer Ball war (lachend) oder ringsherum um meinen Körper herum war viel Schmerz, mußte ich erstmal sehen, mußte ich ein bisschen raus-, weggehen, distanzierter. #01:08:52-7#
- 170 I: (lachend) #01:08:54-5#
- 171 IP13: (lachend) Mir kommt es manchmal sehr kitschig vor, was ich. #01:08:58-6#
- 172 I: Das sind Bilder, wichtige Bilder. #01:08:59-5#
- 173 IP13: Das sind halt die Bilder, die ich hab und erst bei diesen Umrundungen, also wenn man von weiter weg guckt, man kann ja meistens, wenn man viel Drogen zu sich nimmt, kann man aus seinem Körper gut herausgehen. Und dann sieht man vielleicht. Oder wenn man halt träumt, kann man auch von seinem Körper weggehen. Aber die ganzen Möglichkeiten waren halt nicht so, haben halt nicht sowas gebracht, aber das so mit den Tönen, dass bestimmte Töne bei mir bestimmte Schmerzen halt aus- oder angestoßen hatten, ein paar Sachen und dann von außen das trotzdem zu machen, ist das wie ein Abklopfen von einem. #01:09:55-6#
- 174 I: Okay, manche Töne haben auch den Schmerz spürbar werden lassen oder verstärkt? #01:09:58-9#
- 175 IP13: Ja, zum Beispiel dieses Lied ohne (unv.)/ #01:10:08-3#
- 176 I: Ja. #01:10:06-5#
- 177 IP13: Wo ich das Gefühl hatte, das ist so schön, dass es mich schmerzt (lachend). #01:10:15-8#
- 178 I: Ja, ja. #01:10:15-3#
- 179 IP13: Und das zuzulassen und dann das Gesamt-Ding oder nicht das Gesamt, halt diesen

- Schmerz zuzulassen, dass es auch ein Schmerz ist. #01:10:30-3#
- 180 I: Eine Facette oder? #01:10:33-5#
- 181 IP13: Ja, dass es halt auch eine Möglichkeit ist und dass es okay ist, so. Dass es so wie weinen, von Lachen kann man auch weinen. Die Unterschiede ist nicht mehr, nur der Hintergrund ist der andere, ob man traurig ist und weint oder ob man lacht und weint, beides ist weinen. Und beides ist okay. Beides ist schön. Beides ist gut. Man kann nicht nur aus Freude weinen, sondern man muß auch aus Traurigkeit weinen. Und wenn man das Eine zulässt, kann man vielleicht das Andere auch zulassen. So diesen inneren Ausgleich so hinzukriegen. Das ist einer meiner Ziele. (lachend) #01:11:31-8#
- 182 I: Ja. #01:11:33-3#
- 183 IP13: Ja, also dann an diesen Rändern von meinem Weg dann doch eher die Mitte zu finden als hin- und herzuschauen (.) so, (.....), das Zulassen von Gefühlen. Ich ziehe mich normalerweise nicht emotional so schnell aus, das braucht eine Zeit und diese Zeit hatte ich hier. Und ich hatte nicht das Gefühl, dass ich rausgehe und nackt bin, was ich ganz häufig von Pädagogen, von Kollegen halt kenne, dass die sehr viel Wert darauf legen, dass derjenige sich entblösst und den dannin der Kälte stehen lässt. Das Gefühl hatte ich nicht. #01:12:33-3#
- 184 I: Und haben Sie eine Idee, woran das lag, dass Sie das nicht hatten? #01:12:38-1#
- 185 IP13: Ich glaube, weil wir uns beide Zeit gelassen haben. Weil Sie mir die Zeit gelassen haben, es auch mein Tempo zu machen und auch nicht darauf bestanden haben, dass das so passiert, sondern die Möglichkeit zugelassen haben, dass es halt, dass ich mich halt nicht öffne oder nicht das mache, das fand ich vertrauenswürdig (lachend), ja und ich erinnere mich an Kollegen von Ihnen, wo ich das Gefühl hatte "nee" (lachend), da, dass ich das Gefühl hatte "nee ich bin besser", also wenn die ihre Schubladen aufziehen, dann kann ich das bedienen und (..) da kommen sie mit ihren Fachkenntnissen, wie sie glauben zu wollen, da lächel ich sie an und das bringt mir gar nichts. #01:13:54-2#
- 186 I: Das heißt, hier mußten sie nichts bedienen oder was war das? #01:13:58-8#
- 187 IP13: Ich hatte nicht das Gefühl, dass ich unbedingt in so einer Schublade, also ich hab nicht das Gefühl gehabt, in eine Schublade reinzukommen, dass Sie das zulassen konnten, dass das, was mich bewegt nicht so einfach zu erfassen ist, sondern dass das schon einen zweiten Blick wert ist, also nicht nur die Oberfläche, so. #01:14:23-9#
- 188 I: Und Sie machen es an meiner Person fest und ich hab die Frage, ob das auch was mit der Musik zu tun hat, also mit den Schubladen oder mit dem doch darüber hinausgehend? #01:14:43-3#
- 189 IP13: Ich glaube es war eine günstige Einschätzung von Ihrer Kollegin, dass sie mich halt in die Musiktherapie gesteckt hat, weil ich glaube, da ich ja wirklich mit vielen Kollegen auch zu tun hatte und einer meiner Partner war halt Therapeut (lachend), deshalb bin ich schon ein bisschen vorgeschädigt, was Sprache auch angeht. Ich glaube, wenn die Musik nicht gewesen wäre, hätte ich nicht gespielt und dann wäre das nicht soweit gekommen. Also ich glaube schon, dass die Musik der Schlüssel dafür war, dass ich gespielt hab, weil das war was völlig Neues, eine Möglichkeit. Also ich glaube nicht, dass es mit Malen zum Beispiel bei mir funktioniert hätte. #01:15:46-8#
- 190 I: Weil? #01:15:48-4#
- 191 IP13: Weil ich da selber auch Schubladen habe. #01:15:53-5#
- 192 I: Ja. #01:15:57-1#
- 193 IP13: Weil ich weiß wir haben in der Kur, wo ich halt auch war, habe ich auch Therapie gehabt, Kunsttherapie, weil ich eigentlich töpfeln wollte (lachend). Ich habe es auch gemacht. Aber da haben wir halt auch gemalt und da war eine der Aufgaben war, malen Sie

- ihren inneren Teich oder ihren See, Ruhe. Da habe ich gedacht, ich weiß ganz genau, was damit, oder malen Sie einen Schmetterling. Ja, natürlich weiß ich das, was damit verbunden wird. #01:16:34-7#
- 194 I: Wie es gedeutet wird? #01:16:37-0#
- 195 IP13: Ja, wie das gedeutet wird, in welche Richtungen das reingeht. Ich sage "ja, ich mache es" und es ist auch ein schöner Schmetterling rausgekommen (lachend) und auch, was war das denn noch? Ein Schild, ein Wehr-Schild, wo ich gedacht habe "ja, ist schön, aber das läuft für mich unter Beschäftigung". #01:17:04-2#
- 196 I: Und was war anders mit der Musik? #01:17:08-1#
- 197 IP13: Das war ein Spiel. Das Malen von Schmetterlingen, das war eine Aufgabe erfüllen, das mache ich jetzt. Und das ist nicht schlecht geworden, das war kein wirkliches "oh jetzt nehme ich das Rosa und dann nehme ich aber das Orange noch dazu, das passt ja eigentlich überhaupt nicht zusammen, aber bringt mir Spaß", das war es nicht, sondern ich hab dann halt, der Spaß fehlte glaube ich. #01:17:37-6#
- 198 I: Ah ja. #01:17:39-6#
- 199 IP13: Ja, weil es war nichts Neues, das war halt Programm, was ich auch hätte machen können mit irgendwelchen Leuten. Das weiß ich ganz genau. Auch wenn ich da eine kleine Schelle hätte oder sonst wie und mich mit meinen Leuten hinsetzen würde, das würde nicht dasselbe sein, das wäre nicht. #01:18:03-3#
- 200 I: Und was macht der Spaß? Also außer, dass es Spaß macht (lacht). #01:18:08-4#
- 201 IP13: (lacht) Wenn ich das nochmal vormachen sollte, dann könnte ich das nicht (lachend), Spaß vorbei. Nee, ich glaube, tatsächlich das war ja nichts Bewußtes, dass ich mich hingesezt hab und gesagt hab, jetzt spiele ich mit mir. Es ist entstanden, (.) ja, dass es entstehen konnte, das fand ich schön. Dass es was Neues war auf jeden Fall für mich, dass es aus dem Rahmen rausgefallen ist für mich, was ich normalerweise kenn, so, das war für mich was Neues. Dass ich die Zeit auch hatte, zu gucken, was macht das mit mir. Also der Spaß lag vielleicht auch daran, was macht es mit mir, was machen die Töne da, wo treffen die mich, also wo kommen die auf mich zu. #01:19:13-5#
- 202 I: Das war der Spaß oder? Oder Teil dessen? #01:19:16-4#
- 203 IP13: ein Teil des Spaßes. Ja, wozu bin ich in der Lage, also welche Töne bin ich überhaupt in der Lage herzustellen? Und das Schöne finde ich eigentlich auch daran, dass es halt nicht dokumentiert ist. (lacht) Dass es halt wirklich aufgeflammt ist und entstanden ist und da abgeflammt ist, so dass es wirklich kein Produkt war. Das ist wahrscheinlich das, was für mich Spiel bedeutet, kein Produkt, nicht, damit man auf eine höhere Stufe kommt, um dann seine Fähigkeiten weiter, so. Wirklich ziellos, also nicht sinnlos, also nicht zweckmäßig, also nicht das so, ich klopfe mal mit dem Klöppel damit drauf und dann wird mein Arm bewegt, also krieg dann einen Muskel, sondern einfach nur, da passiert was, es klingt an und es verklingt wieder und dann ist es vorbei, das ist so, (.) ja (...). #01:20:56-3#
- 204 I: Hat auch irgendwas gefehlt, also vielleicht nochmal dahin schauen? #01:21:05-4#
- 205 IP13: Muß ich erst überlegen. #01:21:08-8#
- 206 I: Ja, genau, ich guck auch mal eben auf meine Liste (...). #01:21:21-3#
- 207 IP13: Ich hatte, als wir anfangen, hatte ich davor Angst, dass ich so schutzlos entblösst würde, das habe ich vorhin auch schon mal gesagt. Das hat gefehlt. #01:21:32-4#
- 208 I: Ah (lacht) #01:21:30-3#
- 209 IP13: (lacht) Das war etwas wo ich gedacht habe, ich will nicht hierherkommen und jedes

Mal weinen müssen, also ich will nicht irgendwohin gehen, um dann irgendwie den Schlacker des täglichen Lebens loszuwerden. Das fand ich ganz gut, dass das halt nicht so war (.) ja, dass es nicht zwingend nötig war, dass ich halt jedes Mal (..) mich verletzlich gezeigt habe, jedes Mal irgendwie auf den Grund meiner tiefsten Gefühle gehe und dann wieder hochgeholt werden muß, das fand ich sehr schön, also das war das, was gefehlt hatte, wovor ich Angst hatte. #01:22:34-9#

- 210 I: Ja, Mhm (bejahend). #01:22:38-7#
- 211 IP13: Dass man mich nieder macht, um mich dann wieder gut bestückt wieder aufzubauen so. #01:22:47-9#
- 212 I: Sondern? Also was haben Sie, wenn Sie es nochmal zusammenfassen stattdessen für sich? #01:22:56-1#
- 213 IP13: Dass diese Ängste, man hat ja auch bestimmte Ängste, wenn es darum geht, sich zu entblößen, also seelisch zu entblößen, dass diese Ängste nicht begründet waren, also klar waren Ängste da, aber sie wurden nicht bestätigt. #01:23:14-2#
- 214 I: Sie haben es nicht vermieden, das einzubringen? Das könnte man ja auch jetzt daraus führen, wenn man wollte? #01:23:23-0#
- 215 IP13: Ja, könnte man. #01:23:23-0#
- 216 I: Aber das ist nicht das, was? #01:23:24-1#
- 217 IP13: Nein, dazu bin ich viel zu elastisch. Also auch das, dass ich egoistisch sein durfte, das ist für mich ein großes Geschenk. Weil viele Leute mich halt nicht als egoistisch wahrnehmen und als Gut-Mensch wahrnehmen und ich bin auch sicherlich nicht schlecht (lachend), aber ich bin normal, aber ich bi genauso egoistisch wie alle anderen auch. #01:23:52-3#
- 218 I: Sagen Sie nochmal, was Sie unter egoistisch verstehen? #01:23:56-1#
- 219 IP13: Was ich unter? Das ist jetzt aber wieder eine große Frage (lacht) #01:23:58-7#
- 220 I: Eine große Frage (lacht). Versuchen Sie es einfach so ein bisschen kurz zu beschreiben. #01:24:05-9#
- 221 IP13: Für mich selber zu sein. #01:24:07-4#
- 222 I: Ah, Mhm (bejahend). #01:24:10-8#
- 223 IP13: Das ist egoistisch. Oder darauf Wert legen, dass meine Sachen an erster Stelle kommen, dass ich fühlen kann, was da kommt. Und das empfinde ich als, das ist ein Teil von Egoismus, von meinem, dass ich nicht so häufig lebe, ich bin eher dabei, mich zurückzunehmen und andere, wie das kleine Mädchen halt, den anderen den Vortritt zu lassen. Also den größeren Teller, das schönere Spielzeug, ich weiß nicht, was noch, was da so alles war. (..) Ja und mit dem zufrieden zu sein, was man mit dem erreicht ist auch etwas, was auch eine gewisse Art von Egoismus voraussetzt, ja, ich weiß, es hört sich komisch an. #01:25:30-0#
- 224 I: Also erreicht, was Sie für sich auch hier entdeckt haben oder? #01:25:31-9#
- 225 IP13: Ja, was man an eigenen Werten hat, dass das nicht unbedingt für die Mehrheit der Menschen dann halt etwas Lohnenswertes ist. #01:25:47-6#
- 226 I: Sondern erstmal für sich, für Sie? #01:25:48-9#
- 227 IP13: Ja, für mich, für meinen momentanen Zustand, dass ich mich sehr wohl darüber freuen kann, wenn ich mit dem Fahrrad fahre und nicht runterfalle und dann halt irgendwohin fahre, wo ich das halt schaffe, ohne dass ich das Fahrrad hinterher nach Hause schieben muß, weil ich nicht mehr Fahrrad fahren kann. Das weiß ich, dass es viele, wenn ich das, ich hab es meinem Sohn erzählt und der sagte "ja, das ist ja ganz schön" und dann merkte ich so

ganz genau, das ist halt aus seiner Position ist das das Minimum und eigentlich erbärmlich, dass jemand halt nur Fahrrad fahren will, kann, muss oder wie, um dann halt glücklich zu sein, sondern man müßte doch mindestens irgendwie in den Vogesen Fahrrad fahren oder so. Oder mit dem Motorrad irgendwo langfahren. Dass das halt, dass ich damit zufrieden sein kann ist ein Teil von dem, was halt bei mir jetzt ein Möglichkeitsspektrum ist.
#01:27:19-0#

- 228 I: Ja, hm. #01:27:22-0#
- 229 IP13: Und ich will mich dafür nicht finden (lacht etwas). Und natürlich würde ich wirklich gerne ein großartiges Leben haben, also so mit vielen Facetten und mit vielen tollen super Highlights (.) ja, ich finde es blöd, dass ich nun soviel schlafen muß, dass ich keine Kraft mehr für so viele Sachen habe. Und ich glaube, dass es gerechtfertigt ist, dass ich darüber wütend bin und nicht nur (.) dass ich dafür Verständnis haben will, sondern dass ich wirklich wütend über bestimmte Sachen auch bin. Aber dass die Wut mich nicht so packt, dass ich nichts mehr mache oder überbordend mit irgendwelchen Sachen auf einmal was mache, was ich eigentlich doch gar nicht so toll finde, aber was andere toll finden, so. (..) #01:28:39-8#
- 230 I: Spannend, was da alles für Aspekte auftauchen, da könnte man jetzt noch wirklich viel vertiefen. #01:28:47-5#
- 231 IP13: Ich bin froh, dass ich jetzt nicht mehr so ganz genau weiß, was ich jetzt alles gesagt hab, weil ich, das ist fließend, ja. Und ich glaube ja auch wirklich, dass wir alles schon in der Therapie besprochen haben, dass wir eigentlich schon alles gesagt haben, also alles ist schon da drinnen gewesen, so. #01:29:13-2#
- 232 I: Ja, nochmal versucht zusammen zu suchen die Gespräche (lacht) #01:29:16-7#
- 233 IP13: Ja und ich fand, deshalb finde ich die Therapie auch gelungen, weil es war alles drinne, alles was mir wichtig auch war. Und es war wie gesagt, es war nicht dieses mich am Boden zerstören, um mich dann mit netten Worten wieder aufzubauen, sondern es war ein guter Prozess (.) ja, dazu stehe ich (lacht etwas). #01:30:02-4#
- 234 I: Es ist vielleicht auch ein guter Punkt es zu beenden oder? #01:30:06-1#
- 235 IP13: Das kommt drauf an, ob Sie nicht vielleicht noch ein paar Fragen haben, die Sie unbedingt (lacht). #01:30:08-1#
- 236 I: Genau, ich kann nochmal schauen, eigentlich haben wir ziemlich viel, also das, was vorkommt, da haben Sie, haben wir alles tangiert, ja. Also für mich ist alles vorgekommen oder mehr. Jetzt wäre die Frage, haben Sie, wenn Sie jetzt kurz in sich gehen, ist noch irgendwas, kommt Ihnen nochwas in den Sinn oder haben Sie das Gefühl, es ist das, was wichtig war, ist vorgekommen? #01:30:39-8#
- 237 IP13: Ich hatte gedacht gehabt, dass ich die Art von Fragen mir merken könnte. Also dass ich das, aber das ist nicht der Fall (lachend), auch das ist der Prozess gewesen, also auch das ist wirklich ein (.) oder ein Weg, Weg ist schlecht. #01:30:59-5#
- 238 I: Vielleicht ein Spiel? Kann man das sagen, nicht? (lacht) #01:31:03-3#
- 239 IP13: Nein, weiß ich nicht, ob das ein Spiel war? Ähm (..) es war nichts, was irgendwie (.) abgehakt war, also es war nicht dieses, man fragt eine Frage und es kommt eine vorausschauende Antwort, man hat nicht das, hab ich nicht so erlebt, sondern ich hab das wirklich als ein aufeinander aufbauendes Gespräch gesehen. So, deshalb kann ich auch nicht, vielleicht wird mir heute Abend nochmal eine Frage einfallen, aber/ #01:31:53-8#
- 240 I: Ja, gehört dazu. #01:31:51-9#
- 241 IP13: ich hab jetzt im Augenblick auch nichts, wo ich sagen würde "das müßte ich noch unbedingt loswerden oder so". (.....) #01:32:11-2#
- 242 I: Ja, vielen Dank, dass Sie sich auch drauf eingelassen haben auf so eine Art des Suchens, ja,

- dann. #01:32:23-5#
- 243 IP13: Ja, es ist vielleicht tatsächlich eine Art von Spiel gewesen (lachend). (...) Nein, damit bin ich nicht einverstanden, doch mhm (verneinend). #01:32:36-6#
- 244 I: Das Spiel gehört eher zu was anderem. #01:32:41-4#
- 245 IP13: Das Spiel gehört an sich eher zum Musikmachen und dass in einem (..), das würde ich eher als Tanz ansehen. #01:32:52-3#
- 246 I: Ah ja (lacht etwas). #01:32:56-6#
- 247 IP13: Ja. #01:32:59-0#
- 248 I: Dann mache ich mal aus? Ja? #01:33:01-2#
- 249 IP13: Mhm (bejahend). #01:33:01-7#
- 250 I: Gut, vielen Dank. #01:33:04-1#

IP14_ Interviewtranskript

- 1 Interview IP14 (Therapeutin PP)
- 2 Zeitpunkt 13.3.18
- 3 Interviewerin: UH
- 4 Teiltranskript: PP
- 5 Anmerkung zur Transkription: [...] bedeutet Teilaussagen im Erzählfluss; [...] sind größere Auslassungen
- 6 Bis (3:10) Grund für MT: Erfahrungen in der Reha mit Bewegungstherapeutin, berührt worden
- 7 Vorherige Psychoonkologin: sie kann ihr nicht helfen, weil sie sehr reflektiert ist und schon alles weiß, sie bräuchte etwas „Alternatives“
- 8 I: Was waren so Ihre Erwartungen, was haben Sie sich so vorgestellt?
- 9 IP14: ich hatte zum Glück keine Erwartung, hatte aber glaub ich im Unterbewusstsein schon so ein bisschen drauf gehofft, dass das wieder so ein Knackpunkt gibt wie in der Reha, dieses eine Erlebnis. Mir gings da auch nicht schlecht, nicht so, dass ich in Tränen aufgelöst war oder wie auch immer, das war einfach, ich bin einfach anders berührt worden und das hat bei mir eine emotionale Schleuse aufgemacht. Und ich glaube im Unterbewusstsein hatt ich so diese Hoffnung, dass wenn ich jetzt eine Musiktherapie beginnen, dass das bei mir nochmal irgendetwas auslöst in welche Richtung auch immer. Also es ist jetzt auch nicht so, das ich dort hingegangen bin und gesagt hätte, mich belastet jetzt irgendwas ganz extrem, das Krebsthema hat mich jetzt auch nicht so sehr belastet, ich bin ja sehr gut mit umgegangen, aber ich dachte, irgendwie bricht da noch was auf, und ich glaube, dass das so im Unterbewusstsein war, aber so nach außen hin hab ich eigentlich versucht, mich drauf einzulassen und so wenig Erwartungen wie möglich zu haben, um das einfach mal auf mich wirken zu lassen, weil ich das auch noch nie gemacht hab, Musiktherapie. (4:22)
- 10 I: können sie mal beschreiben, was da so für Sie gewesen ist in der Musiktherapie?
- 11 IP14: Also am Anfang haben wir das so gemacht, dass mir Frau P die Instrumente gezeigt hat, dass ich mich damit ausprobieren konnte, wie sich das anfühlt, wie sich das anhört, also jetzt auch gar nicht, Frau P hat immer gesagt, am besten gar nichts erwarten, es kann was passieren, muss nicht, es gibt keine Wertung oder irgendwas, sondern dass ich halt erst mal gucke, wie sich das für mich anfühlt, ob ich mich wohl damit fühle oder ob ich sag, das liegt mir jetzt irgendwie gar nicht; und dann hatte sie mir noch von dem Klangstuhl erzählt, dass das halt auch eine Möglichkeit wäre oder auch Musikhören; und das war so die erste Stunde, also erstmal so dieses Kennenlernen, was es überhaupt alles für Möglichkeiten gibt und das nächste Mal hab ich dann für mich so musiziert und konnte dann relativ schnell herausfinden, was eher, was weniger; mit manchen Instrumenten kam ich gar nicht in so einen Rhythmus rein, das waren dann so diese großen, ich nenn sie mal Xylphone, auf denen man drauf sitzt, diese Hohlräume, und so kleinere Instrumente, dass mir das mehr lag; und da gabs dann so ein Instrumente [.. [Hapi]], das war etwas, was sich für mich gut angefühlt hat, also sowohl das selbst produzieren als auch das Vibrieren, das fand ich halt sehr angenehm. (6:03) Dann haben wir den Klangstuhl ausprobiert, wo ich dann nur passiv mitgearbeitet hab [..] das war auch schön, dass war auch entspannend, aber es ist jetzt nie so gewesen, dass jetzt irgendwas bei mir im Inneren angekommen ist, dass sich was gelöst hätte oder dass ich jetzt irgendwelche anderen Gedankengänge oder Ideen oder ähnliches dadurch hatte (6:40) [..] (7:10) so eine Art Jam, also ich fand das hat Spaß gemacht, aber es war jetzt nichts wo ich gesagt hätte, das hat mir jetzt irgendwie einen Mehrwert gebracht, dass mich das jetzt vorangebracht hat mit irgendetwas.
- 12 I: Sie hatten ja eine Erwartung, haben Sie eine Idee, wie hätte das aussehen können? (7:44)

- 13 IP14: Ich glaube, wenn ich mir etwas gewünscht hätte, ich glaub das wär tatsächlich so gewesen, dass mich die Musik, nicht nur dass ich das höre, sondern dass ich das körperlich dann auch wahrnehme, dass da sich irgendwas löst, dass mir dann die Tränen kommen, dass ich irgendwas rauslasse, was raus muss, weil in der Reha ist es halt so interpretiert worden, dass da was drin ist in mir und was gehört werden möchte und was unterdrückt wird von mir.
- 14 [...]
- 15 IP14 (9:20): [...] schon auch Berührung, aber eher auf der physischen Ebene, also dass das halt so ein leichtes Kribbeln im Körper auf der Haut war, also physisch, in ein oder zwei Stunden, das war eher so temporär, dass ich das Gefühl hatte, dass mich das physisch so ein bisschen berührt [...]
- 16 I: War das etwas, was Sie gebraucht haben, wie war das für Sie, das physisch so zu spüren? (10:45)
- 17 IP14: Also durchaus positiv, aber es ist nicht so, dass ich sagen würde, das hab ich jetzt gebraucht.
- 18 I: Was hätten Sie gebraucht?
- 19 IP14: Also tatsächlich so diesen Knackpunkt, dass da etwas aus mir rausbricht.
- 20 [...]
- 21 IP14 (13:18): ... ich hatte gar keine [Anliegen]. Also dass war eher von meiner Onkologin, bzw mein Umfeld [...] da hieß es, es ist gut, sich psychoonkologisch begleiten zu lassen [...] ich hatte gar keine Erwartung, ich dachte, schaden kanns ja nicht. Also ich hatte schon einen Leidensdruck, aber das hab ich dann mit mir ausgemacht, weil ich mich ja auch kenn und ich hatte jetzt nicht durchgehend, also ich bin da glaub ich generell recht positiv durchgegangen und weil ich das auch von mir kenne, dass ich mich in der Regel ganz gut selber therapieren kann. (14:09)
- 22 [...]
- 23 [erinnert Hapi, dass sie beim Spiel schöne Urlaubsimaginationen hatte; Frage von UH: Zusammenhang von diesen schönen Erinnerungen/Gefühlen beim Spiel und der Krankheitsverarbeitung]
- 24 IP14: (23:02) also ich fand das schon gut für den Moment, aber es ist nicht so, dass ich da jetzt etwas draus ziehen konnte, wahrscheinlich war das auch das drumherum, ich bin ja immer von der Mittagspause hierher, dann wieder zurück, also das war immer alles so zwischengeschoben, das waren immer so ein paar Momente [...] zum Entspannen so für den Moment war es gut, so dieses kurzfristige, zu sagen, es erinnert einen an Urlaub, man hat ein positives Gefühle [...].
- 25 I: (25:10) wo erleben Sie Entspannung am ehesten?
- 26 IP14: also am ehesten im Kopf, weil ich halt so eine leichte ADHS – Ausprägung habe [...] also ich leb halt damit, dass ich eher weniger Entspannung habe [...] aber ich bin nie wirklich ruhig.
- 27 [...]
- 28 I: (27.13) Frage nach dem gemeinsamen Spielen
- 29 IP14: gut, ich hatte nicht das Gefühl, man macht was vor und jemand anderes hört sich das an [...] weil es ist doch ein Stück entspannender, wenn jmd mitmusiziert [...] es war sehr harmonisch und wir habnen sehr gut miteinander agiert. Das war so ein Rhythmus, es klang relativ eingespielt.
- 30 [...]

- 31 I: (30:30) haben Sie drüber gesprochen über das Erlebte?
- 32 IP14: ja, wir haben schon danach drüber gesprochen, ich glaube in der Regel war das so, dass ich ein, zwei Sätze dazu gesagt habe, und dann hab ich am ehesten gesagt, das und das lag mir; aber ich weiß jetzt nicht, ob ich was an Emotionalem wiedergegeben hab [...] darüber sprechen war nicht wichtig.
- 33 I: (35:40) konnten sie sich verbal mitteilen oder war es auch möglich, sich auf einem Instrument mitzuteilen?
- 34 IP14: drüber reden ja, aber auf einem Instrument nicht, da hat ich nicht die Ruhe oder den Zugang, da war für mich jetzt nichts, was ich transportieren konnte.
- 35 I: Hätte noch was gefehlt, dass das möglich geworden wäre?
- 36 IP14: ich weiß das nicht, ich hab nur so das Gefühl, dass Musiktherapie einfach nicht das richtige für mich ist.
- 37 [...]
- 38 I: (37:35) hätte das auf der Gesprächsebene weitergeführt werden können?
- 39 IP14: ja, aber ich weiß nicht, ob mir das wirklich was gebracht hätte; also ich glaub ich suche noch nach irgendwas, wo ich das Gefühl hab, da drückt jemand die richtigen Knöpfe; wo ich endlich mal von diesem Punkt runterkomme, wo ich das Gefühl habe dass ich schon alles weiß und alles besser weiß.
- 40 [...]
- 41 I: (41:40) Wie würden Sie jemandem von den Momenten in der Musiktherapie erzählen, in denen sie eine Berührung wahrgenommen haben?
- 42 IP14: [...] kann mir vorstellen, dass jemand in der Musiktherapie seine Gefühle ausdrücken kann, aber das waren bei mir jetzt Momente, die ich auch sonst in meinem Privatleben hervorrufen kann, durch irgendwelche schönen Erlebnisse.

IP15_Interviewtranskript

- 1 Patienteninterview IP15 (Therapeutin: PP)
- 2 Geschlecht: w
- 3 Interviewerin: PP
- 4 Zeitpunkt: nach Abschluss MT
- 5 19.7.17
- 6 Ort: Musiktherapieraum
- 7 Script: SP
- 8 I: Das müßte so klappen. Brauchen Sie was zu trinken? #00:00:09-6#
- 9 IP15: Nein, danke, im Moment nicht. Ich würde sonst Bescheid sagen. #00:00:10-9#
- 10 I: Sonst sagen Sie Bescheid, wenn wir soviel reden (lachend). Ja, ähm, vielleicht es am besten, wenn Sie mal beginnen und mal gucken, was Sie erinnern, wenn Sie an diese Musiktherapie denken. Wir haben uns ja glaube ich dreißig Stunden glaube ich gesehen in so ungefähr zwei Jahren. #00:00:30-2#
- 11 IP15: Ja. #00:00:31-2#
- 12 I: Was kommt Ihnen da so als erstes in den Sinn? #00:00:36-1#
- 13 IP15: Entspannung. #00:00:37-1#
- 14 I: Ja. #00:00:38-8#
- 15 IP15: Äh, ja und wie soll ich das sagen, also Entspannung auf jeden Fall und dann ja, Lust auf mehr, also weil hier wurde Musik gemacht, das habe ich vorher noch nie gemacht, es hat wirklich viel, viel Spaß gebracht. Ich hab mit Instrumenten, ja, gearbeitet, sage ich mal. Und das hat schon Lust gemacht auf mehr. Also das auf jeden Fall. #00:01:06-6#
- 16 I: Also Lust auf mehr, um das zuhause noch weiterzuführen? #00:01:09-9#
- 17 IP15: Ja, genau, zuhause das weiterzumachen und eben auch für mich zu sehen, wie wichtig auch Musik für mich ist. Das wußte ich schon vorher, aber dadurch, dass ich nun auf ein paar Instrumenten spielen durfte, habe ich schon gemerkt, wie wichtig mir Musik ist. #00:01:26-5#
- 18 I: Und was ist der Unterschied zu vorher, also wenn Sie sagen, Sie wußten es schon vorher? #00:01:28-6#
- 19 IP15: Da habe ich sie nur gehört, also Musik nur gehört, aber als Kind mal selber auf einer Gitarre geklumpft oder wat, aber nicht wirklich mir irgendwie mal richtig Mühe gegeben. Und das hab ich hier eben getan und das hat schon richtig viel Spaß gebracht, also das muß ich sagen. Ja und wenn ich dann mal unruhig war oder nicht so gut drauf oder unglücklich, traurig, ängstlich, dann hat mich das in dieser Stunde schon runtergebracht. #00:01:59-4#
- 20 I: Runtergebracht heißt? #00:02:04-5#
- 21 IP15: Runtergebracht heißt, dass ich eine andere Sichtweise wieder bekommen habe, also nicht ganz so negativ. Also es hat schon geholfen, dann wieder wenigstens über den Tag so ein bißchen einen anderen Blickwinkel zu kriegen und nicht so negativ, also das kann ich sagen. #00:02:22-1#
- 22 I: Und können Sie das noch irgendwie näher beschreiben, wie das funktioniert? Also Sie kommen in einer bestimmten Weise, spielen Musik und gehen anders raus? (lacht)

- #00:02:34-9#
- 23 IP15: Ja, beschwingt. Ja, ich kann das auch wirklich schlecht beschreiben. #00:02:38-4#
- 24 I: Ja, es ist auch nicht leicht (lachend). #00:02:43-0#
- 25 IP15: Tatsächlich beschwingt und positiv, weil ich eben, wie ich finde, was gemacht hab, was mir gut getan hat. Und naja, das stimmt mich eigentlich schon positiv, als wenn ich mehr oder weniger meine Zeit damit verbringe, Angst zu haben oder mir Gedanken zu machen und nicht wirklich was dagegen tun kann oder tun will. Und die Stunde eben hier, du tust jetzt was dagegen, du versuchst es zumindestens. Ja, die Musik hat eben geholfen, dass ich das positiver und schöner gesehen habe wieder, mein Leben, also für die Zeit. Nachhaltig war es auch, keine Frage. Nur, es hat mich jetzt nicht durch diese zwei Wochen gebracht oder wie lange. #00:03:31-4#
- 26 I: Ein bisschen Abstand, ja, zwei, drei Wochen. #00:03:33-5#
- 27 IP15: Ja, da muß ich sagen, hat es doch immer wieder Momente oder Tage gegeben, wo mir das jetzt nicht nachhaltig war, wo ich eben da wieder verfallen bin, wo ich war oder wo ich jetzt ja auch teilweise noch bin. #00:03:47-1#
- 28 I: Also kurzfristige Änderung, wie lange ungefähr? #00:03:53-0#
- 29 IP15: Also wenn ich, das war auch unterschiedlich, aber wenn ich das jetzt mal so zusammenfassen soll, drei, vier Tage, ja, das kann ich wohl sagen. Mal mehr und mal weniger. #00:04:06-3#
- 30 I: Was war in den drei, vier Tagen dann anders? #00:04:08-3#
- 31 IP15: Ja, dass ich versucht habe, wenn diese negativen Gedanken kommen oder die Ängste, dass ich das dann einfach, ja, mich dran erinnert habe, an hier, auch an das, was ich getan habe, die Musik zum Beispiel, geredet und dass mich das wieder so ein bisschen weggelockt hat von diesen negativen Gedanken. #00:04:28-9#
- 32 I: Hatten Sie die Musik denn noch im Ohr oder was haben Sie davon erinnert? #00:04:32-5#
- 33 IP15: Also die Musik hatte ich auf jeden Fall im Ohr, auch die Erinnerung an das Instrument, weil ich hab mir ja meistens die ausgesucht, die mir wirklich besonders gut gefallen haben. Und das hatte ich schon noch im Kopf. Also die Lieder natürlich nicht, das waren ja keine. Das war einfach so dahin gespielt, aber ich erinnerte mich, wie ich gespielt hab. War das eher locker oder war das eher so ein bisschen aggressiv oder traurig, also daran habe ich mich schon erinnert, in was für einer Verfassung ich war. #00:05:03-4#
- 34 I: Das heißt, diese drei Aspekte, Traurig, wütend #00:05:07-8#
- 35 IP15: Wütend und ja verzweifelt, hoffnungslos. #00:05:11-4#
- 36 I: Ja, die waren für Sie in dem Spiel? #00:05:12-6#
- 37 IP15: Ja, auf jeden Fall. #00:05:16-3#
- 38 I: Noch andere oder diese drei haben Sie da? #00:05:21-6#
- 39 IP15: Also ich denke mal sowas, was ich jetzt erinnere, ist es tatsächlich, die drei hauptsächlich gewesen. Trauer, hatte ich das schon gesagt? #00:05:33-3#
- 40 I: Ja. #00:05:33-3#
- 41 IP15: Ja, also das ist ja meistens, diese Verzweiflung und Trauer ist ja meistens bei mir ganz weit vorne, dieses Gefühl. #00:05:39-9#
- 42 I: Grundstimmung oder mit der Sie auch oft hier waren. #00:05:46-1#
- 43 IP15: Ja, genau. #00:05:46-8#

- 44 I: Und das haben Sie gespielt? #00:05:46-9#
- 45 IP15: Mhm (bejahend). #00:05:47-8#
- 46 I: Oder ausdrücken können oder? #00:05:50-2#
- 47 IP15: Versucht, auszudrücken, ob es mir gelungen ist während des Spiels muß ich mir auch ganz ehrlich sagen, wenn wir so schön harmoniert haben, dann fand ich das eher schön und es hat mir eher Freude gemacht, als dass ich das jetzt rübergebracht hab, wie eigentlich meine Stimmung war. #00:06:01-3#
- 48 I: Wollten Sie das denn oder? #00:06:06-7#
- 49 IP15: Am Anfang wahrscheinlich schon, aber als ich dann gehört hab, wie wir gespielt haben, da war dann irgendwie nur noch die Konzentration aufs Spielen und darüber habe ich mich gefreut. #00:06:15-8#
- 50 I: Das heißt, im Spiel hat sich was verändert? #00:06:17-5#
- 51 IP15: Ja, definitiv, meistens, nicht immer, aber meistens. #00:06:25-0#
- 52 I: Ja, wenn sich nichts verändert hat, erinnern Sie sich da an eine Situation, wo sich nichts verändert? #00:06:34-2#
- 53 IP15: Hm. #00:06:35-0#
- 54 I: Vielleicht kommt Ihnen was? #00:06:35-5#
- 55 IP15: Naja, wie meinen Sie das jetzt? Im Prinzip, dass ich hier so reingegangen oder ich bin so rausgegangen, wie ich hier reingegangen bin? #00:06:42-5#
- 56 I: Genau, ich hab jetzt eine bestimmte Improvisation mal, wo Sie mit einem bestimmten Gefühl rein sind und da hat sich nichts verändert, nichts getan? #00:06:53-7#
- 57 IP15: (...) Ja. #00:06:58-3#
- 58 I: Weil Sie sagten, das gibt es auch? #00:07:00-8#
- 59 IP15: Ja, dass ich reingekommen bin mit einer gewissen Stimmung, ob Trauer, Angst oder Verzweiflung und ich auch eher so wieder rausgegangen bin, also dass ich weiter gegrübelt habe und dass ich dann wirklich alles in Frage gestellt hab. #00:07:18-0#
- 60 I: Und erinnern sie eine bestimmte Sitzung zufällig, eine bestimmte Musik, ein Instrument? #00:07:22-2#
- 61 IP15: Nee, nee. #00:07:21-6#
- 62 I: Was Sie da benutzt hatten? #00:07:24-4#
- 63 IP15: Nein, das tut mir leid, erinnere ich mich überhaupt nicht (...) nein, leider nicht. #00:07:35-8#
- 64 I: Also wenn Sie sich, Sie können sich ja mal kurz umgucken, vielleicht kommt was. #00:07:41-0#
- 65 IP15: Ja, ich habe gerade mal so schnell Revue passieren lassen. Aber ich erinnere mich beim besten Willen nicht, was ich da gerade für eine Stimmung hatte? (...) Also nee, tut mir leid. #00:07:53-1#
- 66 I: Und das sozusagen die andere Seite, also wenn Sie sagen, Sie sind mal in eine Improvisation gegangen mit einer bestimmten Stimmung und in der Improvisation hat sich was verändert? Können Sie da ein Instrument oder eine Sitzung erinnern? #00:08:07-0#
- 67 IP15: Ja, da bin ich, wie hieß das hier noch? #00:08:09-2#

- 68 I: Die große Tambura und die kleine Kantile. #00:08:16-1#
- 69 IP15: Genau, die beiden Instrumente haben mich eigentlich wirklich, ja, haben meistens meine Stimmung verändert, also ins Positive, muss ich schon sagen. Das sind so die beiden Instrumente, wo ich das Gefühl hatte, das passt und das ist stimmig und das ist jetzt einfach nur schön. #00:08:33-0#
- 70 I: Und wie haben Sie gespielt? Können Sie das beschreiben? #00:08:36-4#
- 71 IP15: Ich glaube, also die Male, wo ich mich jetzt dran erinnere, denke ich, dass ich recht positiv gespielt habe, also eher schneller und auch gerne mal mit ein bisschen mehr Kraft und nicht so leidend oder so leise, sondern doch eher so ein bisschen mit Wums. Und das ist eigentlich bei mir, also denke ich, wenn ich mich noch recht erinnere eher ein Zeichen, dass ich da jetzt voll drin aufgehe. #00:09:12-9#
- 72 I: Ja. #00:09:14-5#
- 73 IP15: Wobei, wenn ich jetzt wütend wäre oder traurig, dann glaube ich, habe ich eher so dieses, mehr die Trommel oder irgendwas genommen, wo ich mehr so die Wut zeigen konnte. #00:09:30-4#
- 74 I: Das heißt, die Gefühle haben Sie in der Musik wiedergefunden oder wie soll man sagen? #00:09:39-0#
- 75 IP15: Ja. #00:09:47-0#
- 76 I: (...) War das auch, erinnern Sie da körperliches Erleben beim Spiel? Manchmal ist es eine Erinnerung? #00:09:58-1#
- 77 IP15: (...) Körperlich, was meinen Sie damit? Dass ich irgendwas gemerkt hab? #00:10:04-7#
- 78 I: Ja, ob es irgendwo körperlich spürbar war? #00:10:11-4#
- 79 IP15: Nur wenn ich im Klangstuhl gesessen hab. #00:10:13-1#
- 80 I: Ah. #00:10:14-5#
- 81 IP15: Also da ist es wirklich durch den Körper gegangen, bis in die Füße, durch diese Beschallung, ja, dass es auch vibriert so ein bisschen, das habe ich tatsächlich aber nur im Klangstuhl empfunden. #00:10:28-9#
- 82 I: Und wie war das? #00:10:31-1#
- 83 IP15: Toll, also auch sehr entspannend und beruhigend. Also da konnte ich wirklich mich fallen lassen. #00:10:37-0#
- 84 I: Und also, wie kommt es, dass Sie sich fallenlassen konnten? Haben Sie da? #00:10:47-6#
- 85 IP15: Wahrscheinlich, weil ich nur zugehört habe. Also weil ich, ja, ich brauchte nichts machen, ich brauchte nicht nachdenken. Und da ich ja dazu neige, alles was ich tue richtig machen zu wollen oder gut machen zu wollen, fange ich ja an, auch bei Kleinigkeiten drüber nachzudenken "wie machst du das, machst du das richtig? Hört sich das gut an in dem Falle?" Und da brauchte ich einfach nur sitzen und entspannen und deswegen war das jetzt für mich schon Entspannung pur. #00:11:16-9#
- 86 I: Kam dann noch was dazu zur Entspannung oder was oder wie hat sich die Entspannung geäußert, ist ja von bis, Entspannung kann viel sein? #00:11:32-1#
- 87 IP15: Ja, die Musik als solche, meinen Sie jetzt vom Klangstuhl? #00:11:35-4#
- 88 I: Ja, bleiben wir mal dabei. #00:11:38-1#
- 89 IP15: Ja, also die Melodie, die Sie angegeben haben, die schon. Dann wie gesagt das Gefühl, dort drauf zu sitzen, die Vibration zu merken, ja und dass ich so meinen Gedanken so freien

- Lauf lassen konnte, das empfand ich jetzt als Entspannung. Aber vor allem so die Töne, die Klänge. #00:12:02-4#
- 90 I: Das heißt ein entspannter Zustand ist für Sie dort gewesen? #00:12:06-5#
- 91 IP15: Ja. #00:12:07-4#
- 92 I: Aber was ist für Sie da der entspannte Zustand? Wenn Sie es nochmal in Worte fassen? #00:12:14-3#
- 93 IP15: (..) Körperliche Entspannung, das heißt, ja, meine Gliedmaßen sind nicht angespannt, ich konzentriere mich auf die Musik, das heißt, ich grübel nicht, also meine negativen Gedanken, die sind in dem Moment weg und das bedeutet für mich Entspannung, das muß ich schon sagen. #00:12:41-0#
- 94 I: Und haben Sie das also öfter? Wir haben es ein paar Mal gemacht mit dem Klangstuhl? #00:12:47-5#
- 95 IP15: Mhm (bejahend). #00:12:51-0#
- 96 I: Und war das, wie kam das eigentlich, dass wir den Klangstuhl gewählt haben? War das Ihre Initiative? #00:12:58-8#
- 97 IP15: Ja, das war meine und ich glaube, das war immer dann, wenn ich tatsächlich hier nervös reingekommen bin, also wenn ich so Fluchtgedanken hatte oder permanent das Gefühl, ich muß irgendwie was bewegen oder vor allem auch in Kopf unentspannt. Wenn ich nicht gut drauf war, zuviel gegrübelt hab, dann brauchte ich das. #00:13:25-0#
- 98 I: Ja. Und das Aktive, wann brauchten Sie das eher oder wann haben Sie das eher gewählt? #00:13:34-0#
- 99 IP15: Ja, das denke ich mal, wenn ich das noch so richtig zusammenkriege, war wohl häufig, wenn ich traurig war und ja teilweise auch wütend, so auf die Dinge, die eben passiert sind und die ich nicht ändern konnte. Ich glaube, das sind so die beiden Punkte, wo mir am meisten danach war zu spielen. #00:14:03-8#
- 100 I: Also andere Gefühle, andere Stimmungslagen? #00:14:10-7#
- 101 IP15: Ja, oder auch wenn ich, es gab ja nun durchaus Zeiten, wo ich ganz gut gelaunt war, wenn ich kam, also wo nichts passiert ist, wo eigentlich die Woche oder die zwei Wochen ganz gut gelaufen sind, dann war mir auch nach spielen. #00:14:21-0#
- 102 I: Okay, ja. #00:14:22-8#
- 103 IP15: Weil das hat dann irgendwie, dann war ich frei, dann habe ich jetzt das Gefühl gehabt, ich müßte das jetzt mal ach, in Musik ausdrücken. Also nicht nur bei negativen, sondern auch tatsächlich, wenn es mir mal gut ging. #00:14:40-3#
- 104 I: Und waren das dann andere Instrumente, die Sie gewählt hatten, wenn Sie nicht? #00:14:41-8#
- 105 IP15: Ich glaube nicht, ich glaube, ich bin tatsächlich da hingengeblieben, weil mir die einfach/ #00:14:45-9#
- 106 I: Unabahängig welches Gefühl? #00:14:47-5#
- 107 IP15: Ja, genau. Das hat sich dann wie ich glaube ich empfand, glaube ich einfach nur auf das Spielen ausgewirkt, dass ich lockerer war und hab nicht drüber nachgegrübelt, ob sich das nun gut anhört oder nicht. #00:14:59-5#
- 108 I: Wenn Sie wie waren? #00:14:58-2#
- 109 IP15: Wenn es mir gut ging. #00:15:02-5#

- 110 I: Ja, dann sind Sie einfach rein? #00:15:05-0#
- 111 IP15: Dann habe ich einfach gespielt. #00:15:06-0#
- 112 I: Ja. (.) Und war das, ging das von Anfang an? Also wie, ja, genau, wie ging es Ihnen mit dem Spiel? #00:15:18-1#
- 113 IP15: Na zu Anfang war es für mich alles ungewohnt, Lampenfieber hatte ich auch, muß ich auch sagen. #00:15:25-5#
- 114 I: Ja, das kommt durch die Anwesenheit oder? #00:15:30-5#
- 115 IP15: Ja, ich sitze ja nicht allein in dem Raum und spiel darauf rum. (lacht) Deswegen, also ich hatte schon Lampenfieber, also so ein bisschen Angst war schon dabei. Das ist ja eben typisch für mich und ja, dieses Ungewohnte. Und so eben nach, naja, ich weiß nicht wie lange, aber so nach drei, vier Mal wird das dann schon lockerer. Und als ich dann eben auch noch gemerkt habe, dass wir, wie ich empfinde, gut zusammengespielt haben, da hatte ich dann schon richtig Lust. Und da war es auch nicht mehr so extrem mit diesem Lampenfieber. #00:15:59-7#
- 116 I: Ja. (.) Das heißt, da gab es eine Entwicklung oder Verlauf? #00:16:07-2#
- 117 IP15: Ja, auf jeden Fall, dass ich selbstbewußter wurde, wenn man das so sagen darf. also dass ich das eben alles nicht mehr so hinterfragt habe. #00:16:18-9#
- 118 I: Ja, Ihr Spiel jetzt? #00:16:23-3#
- 119 IP15: Genau. #00:16:25-0#
- 120 I: Und was hat das verändert, also wenn Sie sagen, Sie spielen selbstbewußt, wie würden Sie das beschreiben? #00:16:28-9#
- 121 IP15: Na, dass ich mich auf jeden Fall besser gefühlt hab. Also auf jeden Fall, dass diese Angst schon mal weg war, also eine Angst, die ich ja auch so immer hab zu versagen oder irgendwo negativ aufzufallen, die war dann schon mal weg. Und das ist ja, empfand ich jetzt als wichtig. #00:16:45-5#
- 122 I: Ja, ja. (..) Also haben Sie sich einlassen können, kann man das so sagen? #00:16:54-9#
- 123 IP15: Doch, das kann ich sagen, ja. Was ich eben zu Anfang nicht gedacht hatte. Weil auch, wenn ich jetzt Freunden davon erzählt hab, die konnten sich darunter gar nichts vorstellen, also null. #00:17:05-2#
- 124 I: Nein? #00:17:06-2#
- 125 IP15: Und außer "aha und das soll helfen?" Und "beschreib mal, was machst du da? Was, du machst Musik?" #00:17:11-1#
- 126 I: Ja, wie haben Sie es Ihren Freunden beschrieben? #00:17:11-9#
- 127 IP15: Ja, genauso wie es ist und dass es mir gut tut, auch wenn ich mit verschiedenen Gefühlen hierherkomme. Und ich glaube, da war keine bei, die das irgendwie so richtig begreifen konnte. Aber das war mir jetzt auch egal. #00:17:25-6#
- 128 I: Okay, ja. #00:17:27-0#
- 129 IP15: Also da habe ich jetzt zu gestanden, habe gedacht "gut, probier da mal" und wenn nicht, dann können die auch nichts darüber sagen, mir gefällt es und mir tut es gut und alles ist schön. #00:17:38-2#
- 130 I: Ja. #00:17:39-0#
- 131 IP15: Aber ich kann es denen ja nicht verübeln, ich konnte es mir ja vorher auch nicht so wirklich vorstellen. Also ich mußte mich damit auch erstmal kundig machen. #00:17:53-2#

- 132 I: (25) Ja, also gab es sozusagen, (...) Phasen oder Momente oder Situationen oder auch in der Musik, dass ich vielleicht was vorgeschlagen habe, was nicht gepasst hat? (..) Oder ein Versuch, wo Sie sagten "konnte ich nichts mit anfangen oder hat mich nicht interessiert odre wollte ich nicht" oder irgendwie? #00:18:36-2#
- 133 IP15: Nein, das kann ich jetzt überhaupt nicht sagen. Also weder, wir haben ja auch schon mal dieses, wie nennt man denn das? Wenn Sie da so eine Geschichte erzählt haben, auch, damit man entspannt? Haben wir doch auch schon mal gemacht? #00:18:55-4#
- 134 I: Ich habe die erzählt? #00:18:57-0#
- 135 IP15: Ja. #00:18:57-0#
- 136 I: Ich glaube eher eine Imaginations-Reise zur Musik? #00:18:59-9#
- 137 IP15: Richtig, genau. #00:19:00-6#
- 138 I: Aber da haben Sie wahrscheinlich die Geschichte erzählt? #00:19:04-7#
- 139 IP15: Jaa? Also ich weiß/ #00:19:07-3#
- 140 I: Also die Methodik ist ja eigentlich, dass ich eine Induktion mache und die Musik läuft und Sie imaginieren dazu. #00:19:12-1#
- 141 IP15: Ach so war das, genau. #00:19:14-7#
- 142 I: Das ist dann Ihre Geschichte und da haben wir uns wahrscheinlich ausgetauscht. #00:19:15-7#
- 143 IP15: Ja, das war auch toll, das sind ja so Sachen, die wir sonst ja nicht gemacht haben und die haben mir alle sehr gut gefallen, also wirklich. #00:19:23-5#
- 144 I: Und nochmal bei dieser Reise, was erinnern Sie von dieser Reise? #00:19:27-5#
- 145 IP15: Ich glaube, da habe ich mich doch da an dieses kleine Wäldchen erinnert oder war das, haben wir die mehrmals gemacht eigentlich? #00:19:35-5#
- 146 I: Ich meine nur einmal, aber ja? Im Klavierstück. #00:19:43-6#
- 147 IP15: Irgendwie habe ich nicht auch mal was mit dem Strand, mit Wasser oder verwechsel ich das? #00:19:48-6#
- 148 I: Das kann sein, dass es darin vorkam. #00:19:53-8#
- 149 IP15: Also ich weiß definitiv, es war was mit Natur, das weiß ich, so. Und das in diesem Augenblick hat es mir gut gefallen, ich konnte es auch genau sehen und hören und riechen sogar. #00:20:03-0#
- 150 I: Ah, okay. #00:20:03-2#
- 151 IP15: Also das war schon, das weiß ich noch. Nur ich weiß jetzt nicht mehr was, war es das kleine Wäldchen mit dem Bach oder war es Sonne und Meer, was weiß ich jetzt nicht mehr. #00:20:17-6#
- 152 I: Also irgendwas mit Natur. #00:20:18-5#
- 153 IP15: Auf jeden Fall. #00:20:19-6#
- 154 I: Und wenn Sie sagen, da war viel, Sie konnten da viel wahrnehmen? Wie frage ich da jetzt? (lachend) Also wie war das? (lacht) #00:20:30-8#
- 155 IP15: Ja, beruhigend auf jeden Fall und schön und eben auch, weil ich da von meinen negativen Gedanken wegkam und an was Positives gesehen habe. Also das ist eigentlich immer bei mir das Wichtigste, dass ich abgelenkt werde im Hirn durch schöne Dinge, so was auch durchaus immer mal funktioniert. #00:20:54-5#

- 156 I: Sie hatten ja, wenn ich mich richtig erinnere, Sie hören eh auch viel Musik? #00:20:59-2#
- 157 IP15: Ja. #00:21:01-8#
- 158 I: Was war für Sie der Unterschied, also bei dieser Musikreise, das hier zu hören in dem Rahmen, einfach auch ein Musikstück? #00:21:11-6#
- 159 IP15: Zu der Musik, die ich sonst höre? #00:21:12-8#
- 160 I: Oder zu Musikhören, nicht zu der Musik konkret, aber zu der Art des Musikhörens. #00:21:18-6#
- 161 IP15: Naja, wenn, ja, das ist eine gute Frage. Also ich muß das so sagen, wenn ich Musik irgendwo nebenbei höre, dann höre ich Musik nebenbei, hab aber entweder meine Arbeit oder meine Tätigkeit oder ich bin mit den Gedanken was weiß ich so. Höre ich meine Musik morgens, zur Arbeit oder wie auch immer, dann höre ich sie eigentlich auch und gehe meinen Gedanken trotzdem nach. Also ich bin dann nicht unbedingt nur in diesem Stück. Ich registriere, das ist jetzt vielleicht mein Lieblingslied oder ein schönes Lied und hänge da auch so ein bisschen drin, aber in großen und ganzen gehen ja meine Gedanken wieder "was machst du morgen, was machst du hier und da?" und bei diesem, bei dieser Geschichte war es, dass ich mich wirklich drauf eingelassen hab und hab definitiv und explizit was Angenehmes mir vorgestellt und nicht "was mache ich nachher?" und "was hast du noch auf dem Zettel?", sondern da habe ich mich wirklich für dieses Stück bemüht, an irgendetwas, wie jetzt diese Naturgeschichte drüber nachzudenken, was mir sonst eben im Alltäglichen nicht wirklich passiert. Also da setze ich mich nicht hin bei einem schönen Lied und denke "ach ja und jetzt am Strand", ich bin da tatsächlich eigentlich permanent in Gedanken. Entweder was ich in der U-Bahn sehe oder was ich noch vorhab oder was passiert ist oder sonstiges. Das sind nicht immer negative Gedanken, aber mein Gehirn arbeitet eben immer. Und hier hab ich wirklich die Entspannung gesucht und es hat ja auch geklappt. Und hab mir eben wirklich was Schönes vorgestellt und ja, an nichts anderes gedacht. #00:23:01-2#
- 162 I: Und durch die schönen Bilder ist Entspannung entstanden oder nicht? #00:23:06-1#
- 163 IP15: Ja, auf jeden Fall. Weil ich es mir eben auch vorstellen konnte. Ich hab ja das Gefühl gehabt, ich sitze tatsächlich dort. Das kann ich ja ganz gut, also meine Phantasie funktioniert noch einwandfrei. #00:23:14-6#
- 164 I: Ich glaube, jetzt erinnere ich auch gerade, was Sie meinten, ich glaube, wir haben mal ohne Musik überlegt, wir hatten mal so einen Spazierweg an einem Fließchen entlang. #00:23:24-9#
- 165 IP15: Ja, genau, das wäe ja meine Laufstrecke gewesen bei mir zuhause. #00:23:28-6#
- 166 I: Genau, das hatte was mit nicht schlafen können zu tun. #00:23:31-1#
- 167 IP15: Stimmt. #00:23:29-3#
- 168 I: Ich glaube, ob Sie sich das nachts auch mal vorstellen können, das war glaube ich sowas. #00:23:34-7#
- 169 IP15: Stimmt, richtig. #00:23:35-7#
- 170 I: Ja, das war ohne Musik und dann noch einmal mit Musik. #00:23:38-0#
- 171 IP15: Und das war glaube ich das Wasser mit Strand. #00:23:40-5#
- 172 I: Das mag sein, ja, genau. Und das ist ja eigentlich ganz spannend. Da einmal mit Musik, einmal ohne, was sollte die Musik? Also was hat die? (lacht) #00:23:52-8#
- 173 IP15: Die Musik finde ich jetzt, die macht es einfacher, mich da noch reinzusetzen. #00:23:58-7#
- 174 I: Ah. #00:24:00-6#

- 175 IP15: Also es ist ja auch bei einer traurigen Stimmung, wenn ich dann noch ein trauriges Lied höre, also dann fließen ja die Tränen viel, viel einfacher, als wenn ich nur in trauriger Stimmung bin. Also ich finde, das verstärkt das noch. Und deswegen war das jetzt mit Musik, finde ich besser, als mir das einfach jetzt nur vorzustellen und das ist alles ruhig um mich. Also wie gesagt, ich finde alles schöner mit Musik, wirklich alles, ob es meine Arbeit ist oder ob es Handwerken ist, ob es Sport ist, ob es einfach nur Sitzen ist, ich mag alles lieber mit Musik, als es ruhig zu haben oder Leuten beim Reden zuzuhören, das ist auch nicht so meins. Also Musik ist schon für mich das Wichtigste im Leben. Also abgesehen von Menschen. #00:24:49-6#
- 176 I: Ja. #00:24:52-1#
- 177 IP15: Und deswegen hat mir das natürlich mit Musik besser gefallen. #00:24:58-9#
- 178 I: Ja und ist Musik immer nur schön? Wenn Sie das? #00:25:02-7#
- 179 IP15: Nein, wenn das ein Stück ist, was ich furchtbar finde, ist es nicht schön. #00:25:08-1#
- 180 I: Okay. #00:25:07-4#
- 181 IP15: Aber ansonsten ist es für mich tatsächlich immer schön, wenn das meine ausgewählte Musik ist oder Stücke, die ich irgendwo höre, die mich ansprechen, ja, doch, selbst wenn ich richtig traurig bin und ich muß dann noch mehr weinen, dann finde ich es trotzdem schön, weil es berührt einen oder mich, es berührt mich. Oder es gibt ja auch Stücke, wo man sich an irgendwas erinnert, das ist ja auch nett. Wo man sagt "ach mensch, das habe ich doch damals immer gehört" und dann kommen einem die schönen Erinnerungen oder vielleicht auch traurige und das passiert mir eigentlich wirklich sehr, sehr oft mit Musik. #00:25:52-5#
- 182 I: Bei den Improvisationen auch? Gab es da auch Erinnerungen an etwas? #00:25:57-3#
- 183 IP15: Nein, da habe ich mich im Prinzip wirklich nur jetzt da auf diese schöne Geschichte konzentriert. Aber da waren keine Erinnerungen, nicht, dass ich wüßte. #00:26:14-9#
- 184 I: Ja. (20) Es gab ja auch, also Sie sind ja auch mit einem bestimmten Anliegen oder bestimmten Themen in die Ambulanz gekommen und irgendwie hat es Sie auch in die Musiktherapie geführt. Vielleicht können Sie nochmal so sich zurückerinnern? #00:26:48-3#
- 185 IP15: Weswegen ich hier gelandet bin? #00:26:48-9#
- 186 I: Genau, ein bisschen einfach gucken. #00:26:53-7#
- 187 IP15: Naja im Prinzip ist es ja so gewesen, die Therapieformen, die ich meinte, die ich machen möchte waren ausgeschöpft. Dann bekam ich ja den Krebs und das wurde dann, dadurch, dass eben Tiefenpsychologie ja ausgeschieden ist, Verhaltenstherapie habe ich gemacht und irgendwie wollte ich ja jetzt was tun gegen diese Ängste des Krebses. Und da wurde mir, ich weiß gar nicht mehr wer, war es die Onkologie? Ich weiß jetzt nicht mehr, da wurde mir ja vorgeschlagen, diese Musiktherapie zu probieren. Das war glaube ich hier bei diesem Vorgespräch. Weil ich einfach wußte, ich muß was tun noch. Also ich brauche irgendwie da Unterstützung, irgendwie noch eine Therapie. Und das wurde mir vorgeschlagen, wurde mir erklärt und da habe ich gesagt "mensch, das hab ich wirklich noch nie gemacht und es wird in Form der Psychoonkologie angeboten". Und das ist für mich wichtig, also muß ich so sagen. #00:27:52-7#
- 188 I: Also aufgrund des Umgangs mit den Ängsten? #00:27:57-2#
- 189 IP15: Ja, dieses eben ich hab Krebs und damit muß ich jetzt leben und wäre ja schön, wenn ich darüber reden kann bzw, da irgendwie besser nit klarkomme. Und können Sie vielleicht kurz andeuten, was Sie mit Ängsten, also was das für Sie sind? #00:28:19-8#
- 190 I: Das ist ein großer Begriff. #00:28:21-1#
- 191 IP15: Das ist ein großer Begriff, weil sich meine Ängste ja so breit fächern. Aber was jetzt den

Krebs angeht, ist es ja wirklich Fakt gewesen, erstmal glaube ich mußte ich mich erstmal mental sammeln, weil das alles so schnell ging. Es ging ja von der Diagnose bis zur OP, bis zur Bestrahlung, ging ja alles so wahnsinnig schnell, dass ich funktioniert hab und hab alles gemacht und es war ja wirklich innerhalb von drei Wochen oder was und ich glaube, das mußte ich erstmal verarbeiten, als ich mit allem fertig war. Dann kam die Angst, so jetzt bist du mit allem fertig, jetzt nimmst du diese Antihormon-Therapie, das ist jetzt alles, gehst regelmäßig zum Frauenarzt, aber irgendwie stehst du jetzt da. Du hattest Krebs. Meine Mutter ist daran gestorben, so, mein Vater auch, aber meine Mutter ja an Brustkrebs. Und dann kam die Angst, ja, wie lange? Kommt er wieder? Wie lange lebst du noch? Wenn er wiederkommt, muß ich dann sterben? Muß ich dann die Chemo kriegen, die mir erspart blieb? So und das sind diese Ängste, womit ich dann auf einmal, wo alles vorbei war. Da hatte ich soviel um die Ohren, dass ich da nicht drüber nachgedacht hab, aber als alles vorbei war, da kamen diese Ängste und da wußte ich "nein, das geht so nicht". Also gut, dann habe ich ja diese Tagesklinik gemacht, was mir auch wirklich viel gebracht hat, aber es war eben auch Verhaltenstherapie, es war nicht wirklich auf meine Krankheit bezogen.
#00:29:55-4#

- 192 I: Das hat Ihnen gefehlt? #00:29:58-9#
- 193 IP15: Ja, mein Gott, da saßen welche, die wurden geschlagen, ich saß da nur mit Krebs, weiß ich nicht. Ich hab meine Probleme, meine Sorgen, ganz klar. Und ich werde, das merke ich auch jetzt, ich werde wahrscheinlich immer mehr oder weniger Therapie brauchen. Aber in dem Falle, weil ich mit diesen Ängsten zu kämpfen hatte. So und das war jetzt, weiß ich nicht, das war mir zu unspeziell. #00:30:25-4#
- 194 I: Und würden Sie sagen, dass das in der Musiktherapie Platz hatte oder dass Sie da? Wie hing das mit den Ängsten zusammen? Wo waren die Ängste in der Musiktherapie, sage ich mal so? (lacht etwas). #00:30:38-9#
- 195 IP15: Wie wo waren die? #00:30:39-0#
- 196 I: Also waren die Thema oder hat sich daran etwas verändert oder irgendwie sind die behandelt worden? Sagen wir es mal so grob? (lacht etwas) #00:30:51-0#
- 197 IP15: Also ich glaube, ich denke schon, dass sie behandelt worden sind, weil wir haben ja auch gesprochen, Gott sei Dank und das ja nicht zu wenig. Und alleine die Tatsache, das ist mir dann auch hinterher bewußt geworden, allein die Tatsache, dass ich jetzt in die Psychoonkologie gehe, nur diese Tatsache, dass ich jetzt wegen meines Brustkrebs' hierher komme, mache eine Therapie, wie auch immer die ausfällt, ob wir nun Musik gemacht haben oder ob wir geredet habne, alleine das hat schon geholfen. Ich glaube, das wäre was Anderes gewesen, wenn ich hier zu Dr. R. gegangen wäre zur Tiefenpsychologie oder was. Aber diese Tatsache, dass ich in eine Psychoonkologie gehe, das hat schon irgendwie, hat mir schon geholfen in der Zeit. #00:31:32-8#
- 198 I: Okay. #00:31:34-6#
- 199 IP15: Abgesehen natürlich von den Gesprächen und der Musik. Aber diese Tatsache, dass ich hier diesen Weg hier hatte in eine spezielle Behandlung, die ist ja sehr speziell, und das fand ich jetzt schon hilfreich. #00:31:49-3#
- 200 I: Und was ist das Spezielle? Also was haben Sie als speziell erlebt bei uns? #00:31:54-5#
- 201 IP15: Naja, ich denke, hier kommen wohl Menschen, entweder, die an Krebs selber erkrankt sind oder Menschen verloren haben und das hat mich irgendwie aufgebaut. Weil diese Einrichtung ist für diese Menschen gedacht. #00:32:07-9#
- 202 I: Und wie haben Sie das Spezielle erlebt bei sich, also wo tauchte das auf? #00:32:15-5#
- 203 IP15: Meistens vor allem, wenn ich wußte, wann hier wieder Termin ist. Dass ich dann für mich sagen konnte "so, nächste Woche Mittwoch tust du wieder was, du tust etwas gegen deine Krankheit oder gegen deine Ängste, versuchst es zumindestens", dass, als wenn ich so

- wie jetzt, wo nichts ansteht, wo ich nicht wüßte, dass ich jetzt irgendwohin gehe, wo mir geholfen wird. #00:32:41-2#
- 204 I: Und von den Themen, die wir hier so behandelt haben, war das dann darauf bezogen oder war das eher bekannt? #00:32:47-8#
- 205 IP15: Ja, es ging ja oft um meine Mutter, die ja nun auch um die Zeit, wo sie krank wurde, was ja mich wirklich belastet. Und da ich eben sie gesehen hab, stelle ich mir mich später vor, wie es sein könnte. Das wurde auf jeden Fall behandelt, ja. #00:33:09-5#
- 206 I: In den Gesprächen oder auch in der Musik? #00:33:12-5#
- 207 IP15: Sagen wir mal eher in den Gesprächen, weil wie gesagt mit der Musik bin ich angefangen hier zu spielen, also bei jedem Mal, wenn wir gespielt haben, bin ich schon mit diesem Gefühl reingegangen, was ich gerade hatte, ob es Trauer war, Angst, aber während des Spiels war ich auch da zu abgelenkt, da habe ich mich aufs Spielen konzentriert und auf das, was ich da eingelegt hab. Also ob nun leichter oder mit mehr Schwung, das war eher die Konzentration aufs Spielen. Also da hatte ich jetzt nicht mehr unbedingt die Ängste, die Sorgen, die Trauer. Die waren jetzt während des Spielens nicht mehr so präsent. #00:33:59-0#
- 208 I: Und hatte es dann einen Zusammenhang oder waren es zwei getrennte Dinge? Das ist ein total interessanter Punkt, vielleicht schwer zu benennen, aber vielleicht haben Sie eine Idee dazu? (lacht etwas). #00:34:13-2#
- 209 IP15: Also sicherlich gab es Stunden (.....), wo die Musik eine Rolle gespielt hat, also wo ich tatsächlich während des Spielens dieses Gefühl noch drin hatte bzw. versucht habe, mein Gefühl dadurch zu erklären oder zu verstärken oder zu vermindern, während des Spielens. Aber es gab eben auch Tage, wo das Spielen dann im Vordergrund war, was nichts mit meiner Krankheit oder mit dem Tod meiner Mutter oder der Krankheit meiner Mutter nichts zu tun hatte, das war dann einfach das Spielen. #00:35:13-3#
- 210 I: Also mit was hatte es zu tun? #00:35:17-0#
- 211 IP15: Mit Spaß. #00:35:18-0#
- 212 I: Ja? #00:35:19-1#
- 213 IP15: Ja, mit Spaß. #00:35:26-0#
- 214 I: Sie sagen das so ernsthaft gerade (lacht). #00:35:29-9#
- 215 IP15: Ja, ich hab gerade, durfte ich das jetzt sagen ? (lacht) Mache ich, hallo. Ich bin ja wegen des einen speziellen Grunds hier, aber ich muß schon sagen, es gab Tage, da hat es mir wirklich nur der Musik wegen Spaß gemacht, also zu spielen so. #00:35:45-6#
- 216 I: Was irritiert Sie an dem Spaß? #00:35:47-3#
- 217 IP15: Ja, es soll ja eine Therapie sein und es soll ja irgendwie mir helfen. #00:35:55-8#
- 218 I: Und Spaß? #00:35:56-6#
- 219 IP15: Ja, hilft, natürlich. #00:35:57-7#
- 220 I: Naja ist eine Frage. #00:35:58-8#
- 221 IP15: Ja, natürlich, es ist auf jeden Fallo positiv, das ist klar. Aber sonst könnte man ja sagen "mein Gott, gehen Sie in die Volkshochschule und spielen ein paar Instrumente", dafür muß ich nicht in die Psychoonkologie. #00:36:13-0#
- 222 I: Ja? Wäre das was für Sie? #00:36:16-5#
- 223 IP15: Ja, aber da kommt eher schon wieder bei mir das durch, dass ich mich nicht festlegen mag, es ist ja immer noch dasselbe. Also, wenn ich irgendwelche Termine habe, die ich dann

- eventuell, wo ich auch mal sagen kann "oh nö, das lasse ich heute", dann mache ich es auch, da bin ich eben nicht, wie nennt man denn das? (...) Da bin ich nicht, wenn man das nicht so durchhält? Sie wissen, was ich meine? (.) Also ein bisschen so schlusig, dann ging es mir mal wieder nicht gut und dann sage ich "ach nein, da gehst du heute Abend nicht hin" oder tagsüber oder was und dann würde ich es wieder schleifen lassen. Deswegen ist es bei mir immer so eine Sache, so mit Sportclubs oder irgendwelchen Sachen, Tanzstudios wäre es genau dasselbe. Also da habe ich das noch nicht wieder, dass ich diese permanente Lust habe, solche Dinge zu machen. Also es muß bei mir eher solche Sachen jetzt, die Sie meinen, die müssen bei mir spontan sein. Dann habe ich richtig Spaß und auch Lust. Aber sobald das anfängt eine Pflichtveranstaltung zu werden. Also da müßte ich schon was machen, wo ich wirklich sage, das habe ich mir immer schon gewünscht, das füllt mich aus. Aber ich weiß jetzt nicht, ob das jetzt Musikmachen wäre, ob ich da wirklich mit soviel Leidenschaft hinterstehen würde, dass ich dann da einmal die Woche, permanent oder ich weiß nicht, wie die sind, das durchziehen würde, das weiß ich nicht. (30) #00:38:27-9#
- 224 I: Also, wenn wir sozusagen, wir hatten gesagt, am Anfang waren die Ängste ein großes Thema und die waren auch in der Musiktherapie ein Thema und wenn Sie jetzt im Rückblick oder jetzt schauen, also gehen Sie in irgendeiner Weise anders mit der Erkrankung um? Können Sie das festmachen oder beobachten oder? #00:38:58-5#
- 225 IP15: (10), nein, nicht wirklich. Also ich denke Gott sei Dank nicht jeden Tag drüber nach. #00:39:14-1#
- 226 I: Ja. #00:39:14-8#
- 227 IP15: Das ist sehr gut, aber das habe ich ja noch nie gehabt, also selbst in Anfangszeiten nicht. Ich leb schon im Prinzip, als wenn nichts wäre und es gibt natürlich aber immer noch wieder zu oft Tage oder, ja, Tage, wo ich eben drüber nachdenke und wo es mir Angst macht und wo es mir nicht gut geht. Ob das nun tatsächlich eine Sache ist, dadurch, dass ich so oft krank bin. Ich finde, ich weiß nicht, ob es damit zu tun hat, aber könnte ja sein, durch diese Antihormontherapie oder irgendwas, da denke ich jedes Mal drüber nach, wenn ich wieder meine Erkältung hab oder jetzt die Mittelohrentzündung oder mir geht es auf einmal schlecht, also schlecht schlecht, so, als wenn ich mich übergeben müßte, dann werde ich jedes Mal dran erinnert "aha, da ist was" und dann spinne ich weiter. Vielleicht ist es ja auch wieder der Vorbote für eine neue Krebserkrankung oder vielleicht soll dir das sagen, du lebst nicht lange. Das sind eben so Sachen, die kommen dann tatsächlich noch und ich glaube, da kann auch ne Therapie, keine Therapie helfen, weil das sind die Ängste, die ja vielleicht klar sind. Aber es ist Fakt, dass ich nun nicht jeden Tag drüber nachdenke, Gott sei Dank. Aber sie sind leider noch zu oft Thema und zu oft präsent, als dass ich sagen kann, also ich leb damit wunderbar, alles gut, das kann ich jetzt überhaupt nicht sagen. Weil ich bin eben und das macht auch Freunde von mir bestimmt und mich auch ziemlich fertig, weil ich bin überzeugt davon, dass ich nicht alt werde. Und diese Überzeugung ist leider noch nicht weg. #00:41:00-7#
- 228 I: Hm, ja. #00:41:02-1#
- 229 IP15: Also ich glaube, da kann ich auch soviel Musik spielen, wie ich möchte, das geht auch nicht. Das liegt wahrscheinlich auch daran, dass ich ja eh zu Depressionen neige. Und da bei mir ja eh alles negativ anstatt positiv ist, ist also klar, dass ich über diese Krankheit dann eher negativ denke oder über meine Gesundheit als positiv. #00:41:20-6#
- 230 I: Und haben Sie eine Phantasie, was da helfen würde Ihnen? #00:41:27-1#
- 231 IP15: Nein, weil dann hätte ich die bestimmt schon angewandt, nee, wüßte ich überhaupt nicht. Ablenkung immer gut, aber man kann mich ja gar nicht soviel ablenken. Dann müßte ja jeder Tag richtig, richtig schön sein, dass ich das total in den Hintergrund schiebe und das ist eben nicht, das ist nicht so. Dafür habe ich doch noch zuviele Baustellen. #00:41:48-0#
- 232 I: Hm, ja. #00:41:50-0#

- 233 IP15: Und es ist immer so schön, das entfacht dann auch immer gleich so diese negativen Gedanken, was meine Krankheit angeht. #00:42:01-7#
- 234 I: Hm, also das ist sozusagen auf die Erkrankung bezogen. Sonst, also hat sich irgendwas verändert bei Ihnen, jetzt mal durch die Musiktherapie? Ist was anders geworden? #00:42:21-0#
- 235 IP15: Also jetzt so im Nachhinein so die Erkenntnis, dass mir das Spaß bringt, dass ich zwei Lieblingsinstrumente habe und dass ich sie gerne privat hätte (lacht). Also wenn es irgendwann mal bei mir mal ein bisschen finanzieller besser läuft, möchte ich mir auf jeden Fall irgendetwas davon tatsächlich zulegen und würde das gerne in der Tat zuhause auch weitermachen. Also das ist eigentlich das, was tatsächlich jetzt hängengeblieben ist. #00:42:45-8#
- 236 I: Und mit was ist das verbunden oder womit verbinden Sie das, dass Sie diese Idee haben? #00:42:53-1#
- 237 IP15: Die Erinnerung, weil es mir eben gefallen hat und weil es sich schön anhörte und weil ich das Gefühl hab, dass ich, ja dass es eben Spaß bringt und schön ist, auf diesen Instrumenten zu spielen und das ist auf jeden Fall für mich schon mal gut. Für die Zeit, wo ich spiele, dass ich ja total raus bin aus allen negativen Gedanken und mich nur aufs Spielen konzentriere und mich über die Töne erfreue, die Klänge. So und deswegen möchte ich gerne und da bleibe ich bei, so ein Instrument zuhause haben, weil das würde ich auch nutzen. Und das ist eigentlich jetzt das, was hier auf jeden Fall ganz, ganz nachhaltig, weil ich weiß, dass mir die Musik selber zu spielen auch gut tut und mit Sicherheit auch für meinen Gedankenfluß, für meine negativen Gedanken. So und das kann ich sagen. Aber ansonsten, ja und das ist aber wohl ein Problem von mir sind die Ängste und die Sorgen und die Trauer immer noch da. Und das nicht zu knapp. Wie gesagt jetzt eigentlich müßte es bei mir jetzt genau umgekehrt sein, weil ich ja einen Freund hab, der ja so lieb ist, aber es ist das ganze Gegenteil, ich bin fast jeden Tag nur am Heulen. #00:44:05-0#
- 238 I: Okay, ja. #00:44:06-3#
- 239 IP15: Und das ist ganz komisch, wahrscheinlich ist das dieses Emotionale, was ich vorher ja nicht hatte, wozu, war ja keiner da und jetzt ist man nun mal emotional und ich könnte jetzt bei allen Dingen, die ein bisschen ansatzweise traurig sind, weinen, so und das ist für mich völlig neu. Und wenn ich jetzt mal ganz latsch sagen muß, geht es mir heute schlechter als vorher, ich weiß auch nicht warum. Dann kommen die Ängste durch, wieder die Verlustängste und das ist nicht gut, das ist überhaupt nicht gut, weil eigentlich müßte es umgekehrt sein. Eigentlich müßte ich frohlocken. #00:44:40-2#
- 240 I: Durch die Beziehung jetzt? #00:44:39-5#
- 241 IP15: Ja, ja, aber es ist leider das Gegenteil und das ist eben wieder so eine Sache, also ohne, egal was, ohne Therapie geht es nicht. #00:44:53-5#
- 242 I: Und da werden Sie jetzt sich was suchen oder? #00:44:55-5#
- 243 IP15: Auf jeden Fall. Weil das muß sein. Weil gerade, wo ich jetzt die Tabletten nicht mehr nehme, also keine, da bin ich ganz stolz drauf, ich nehme ja keine Antidepressiva mehr, aber das merke ich auch. #00:45:11-5#
- 244 I: Ja, das kann ich mir vorstellen. #00:45:11-7#
- 245 IP15: Muß ich schon sagen, also das merke ich und deswegen wäre das ganz schön, wenn ich da nochmal so ein bisschen meine Ängste nochmal so ein bisschen durchleuchten lassen könnte. Weil ich denke, die sind zu, ich sage mal, Krebs nicht so, aber was die anderen Dinge betrifft, zu vierzig oder fünfzig Prozent unberechtigt. Das wäre ja schön, wenn ich das mal rauskriegen würde. Und deswegen wäre eine Therapie echt vonnöten. Gerade weil ich das jetzt merke und es wäre schade, gerade wo es jetzt so schön läuft und es soll ja noch weiter so laufen, damit kann ich auch alles kaputt kriegen. Wenn ich eben so, naja, und deswegen

- (.), aber dazu neige ich und das wird wahrscheinlich auch immer so bleiben. Ich kann höchstens so Hilfestellung, dass die immer so für die Zeit hilft. #00:46:08-0#
- 246 I: Ja Mhm (bejahend). (..) Mir kam jetzt gerade im Hinterkopf noch eine Frage, gab es ein Instrument oder Klang, das springt jetzt ein bisschen, die Sie gar nicht mochten oder vermieden haben? #00:46:25-3#
- 247 IP15: Vermieden, nicht mochten? #00:46:28-8#
- 248 I: Also so, ist ja vielleicht das Gleiche (lacht etwas). #00:46:33-8#
- 249 IP15: Ja, also diese, wie heißen die? #00:46:40-4#
- 250 I: Bassklangstäbe, diese Stäbe? #00:46:41-7#
- 251 IP15: Ja, das ist ja nun nicht unbedingt meins, die habe ich ja auch glaube ich vermieden. #00:46:48-0#
- 252 I: Ich glaube, ich hab die mal gespielt. #00:46:50-7#
- 253 IP15: Ja und auf diesem hier waren Sie immer ganz besonders gut, das konnte ich ja nicht so gut. Nee, das waren eigentlich nur diese dahinten. Und ansonsten? Nee, nee, fand ich alle irgendwo schön, hat mir nichts, nichts, wo eine Antisypathie. #00:47:15-6#
- 254 I: Und das war einfach zu? #00:47:17-0#
- 255 IP15: Ja, das war nix, da kam bei mir nichts an. #00:47:20-5#
- 256 I: Okay, ja. #00:47:21-8#
- 257 IP15: (.....) würde mich mal interessieren, ob andere Patienten diese Teile oft wählen? Ich glaube nicht. Also könnte ich mir vorstellen, aber (klappt mit der Hand). #00:47:49-6#
- 258 I: Ich guck mal eben durch und Sie können ja auch nochmal in sich gehen, ob Ihnen noch was einfällt. #00:48:35-4#
- 259 IP15: (25) Also von meiner Seite (..) fällt mir nichts mehr ein. #00:48:41-0#
- 260 I: Ich hatte gerade noch die Überlegung, wir haben ja, haben Sie mal alleine auch gespielt? Oder haben wir immer zusammengespielt? #00:48:50-9#
- 261 IP15: (...) Ich glaube zu Anfang hab ich alleine gespielt und zwar auf diesem (..) #00:48:55-0#
- 262 I: Ja, die ist kaputt gegangen leider die Sansula. #00:49:01-6#
- 263 IP15: Ja, da, das weiß ich noch, da habe ich alleine gespielt, ich glaube, das war so in den Anfängen. Und dann haben wir eigentlich immer zusammengespielt, jedenfalls erinnere ich mich so. #00:49:14-6#
- 264 I: Und wie kam das für Sie, ist vielleicht schwer nachzuvollziehen, ist da irgendwo ein Unterschied oder wissen Sie noch, warum Sie da alleine gespielt hatten? #00:49:28-7#
- 265 IP15: Nee, das weiß ich überhaupt nicht mehr. #00:49:29-8#
- 266 I: Kein Zusammenhang. #00:49:31-9#
- 267 IP15: Überhaupt nicht mehr, warum wir das gemacht haben. Weil die meiste Zeit haben wir ja zusammengespielt und ich dachte, das wäre auch so Sinn und Zweck und es hat mir auch tatsächlich viel besser gefallen, weil ich konnte, naja, auf mich wurde ja nicht so geachtet, weil Sie waren selber beschäftigt. #00:49:49-6#
- 268 I: (lacht etwas) ja. #00:49:49-6#
- 269 IP15: Und ich wiederum hatte irgend so (..), Ich hatte noch mehr Klänge im Ohr, also ich konnte mich dann auf was einlassen, eventuell sogar mitspielen, also das war so so

- aufregend? Oder (.) kreativ? (...) ja, also kann ich wirklich nicht so beschreiben. #00:50:30-1#
- 270 I: Abere was bringt das, wenn jemand mitspielt? Vielleicht so nochmal. #00:50:32-6#
- 271 IP15: Was bringt was, wenn jemand mitspielt? Naja, man (.) ist nicht so im Mittelpunkt, das ist ja für mich auch immer ganz wichtig, dass ich das nicht mag (.) und es klingt besser, also es hört sich besser an. Gerade weil ich ja fand, dass wir immer so schön zusammengespielt haben und darauf hab ich mich gefreut, weil es sich eben toll anhörte. Also auch wieder was Positives, was ich so mitgenommen hab. Weil mich das gefreut hat. Es hat mir Freude gemacht. Das kann ich sagen. Und es macht mir nicht soviel Freude, wenn ich da jetzt alleine spiele. #00:51:11-8#
- 272 I: Da fehlt irgendwie was? #00:51:16-0#
- 273 IP15: Mhm (bejahend). #00:51:26-4#
- 274 I: Hm (50) Soweit oder? #00:52:08-8#
- 275 IP15: Nee, alles gut. #00:52:08-8#
- 276 I: Ja? #00:52:11-2#
- 277 IP15: (lacht) Ich hatte mich jetzt nur gerade erinnert, an so einige Lieder, die wir hier gespielt haben, die ich wirklich toll fand, wo es mir richtig, richtig Freude gemacht hab. #00:52:26-0#
- 278 I: Ja. #00:52:23-7#
- 279 IP15: Und da hab ich mich gerade dran erinnert, dass es durchaus Tage gab, wo wir so richtig schön harmoniert haben beim Spielen, was mir jetzt so rein für die Ohren und auch so zum Spielen richtig, richtig Spaß gemacht hat. Daran hab ich mich gerade erinnert. #00:52:35-9#
- 280 I: Ja. #00:52:37-8#
- 281 IP15: Alles gut. #00:52:39-4#
- 282 I: Aber vielleicht ist schön, die nochmal zu beschreiben, also was Sie genau erinnern? #00:52:45-7#
- 283 IP15: Ja, also es war einfach perfekt, also ich hab mich gut gefühlt auf ganzer Linie. Beim Spielen hab ich mich gut gefühlt, das Zuhören, das hat mir Freude gemacht, ich hatte Spaß dran, also es hat mich richtig so für den Moment richtig glücklich gemacht. Also da war alles vergessen und nichts war schlecht. Es war einfach nur, es hat mir eben einfach nur Freude gemacht, so. #00:53:13-7#
- 284 I: Ja. Und waren es bestimmte Tage, also waren Sie in einer Bestimmten Stimmung dann, wenn man es nochmal? #00:53:22-0#
- 285 IP15: Ja, das weiß ich nicht mehr, ob ich tatsächlich an den Tagen auch so besonders schlecht drauf war oder besonders gut drauf war. Ich glaube, das hat auch variiert. Ich glaub, das habe ich ja gesagt, sobald ich dann gespielt hab und wenn sich das für mich gut anfühlte, waren die Sorgen ja vergessen. Also ich denke, das war bestimmt so, dass ich hier Tage hatte, wo es mir überhaupt nicht gut ging und auch umgekehrt, wo wir aber schön zusammen gespielt haben. #00:53:43-7#
- 286 I: Ja, hm. Okay, das heißt Schluss. #00:53:57-0#
- 287 IP15: Ja, das war es schon? #00:53:56-7#
- 288 I: Ja. Ich habe meine Fragen gefragt (lacht) #00:54:00-7#
- 289 IP15: (lacht) Das ist ja noch nicht mal eine Stunde (lachend). #00:54:03-5#
- 290 I: Ja, aber ich hab ja gesagt, es kann, je nachdem. #00:54:05-7#

- 291 IP15: Na dann, ich glaube, ich habe jetzt auch genug drüber geredet, wie ich mich gefühlt hab, das ist ja nicht ganz unanstrengend, wenn man überlegen muß und sich ausdrücken muß, das ist für mich ja immer so eine, nee, also ich hab jetzt soweit nichts mehr hinzuzufügen, ich glaube, ich habe jetzt alles gesagt, ich ich das hier empfunden hab. #00:54:25-2#
- 292 I: Okay, ja, dann vielen Dank (lacht). Ich mache mal aus. #00:54:29-4#
- 293 IP15: Ja, gerne. #00:54:31-2#
- 294 I: So. #00:54:31-2#

IP16_Interviewtranskript

Therapeutin: PP
Geschlecht: w
Interviewerin: PP
Ort: Musiktherapieraum
Script: SP

- 1 Interview mit IP16 (26.02.18)
- 2
- 3 I: Draufdrücken und jetzt geht es los, genau. Ja. Gut, dann können wir beginnen und ja, vielleicht fangen Sie einfach mal an auch zu erzählen, was Ihnen jetzt gerade durch den Sinn geht, wenn Sie an die Musiktherapie denken, an die Stunden, die wir hier hatten. Vielleicht kommt einfach was spontan und da beginnen Sie einfach mal, was war für Sie da bedeutsam, immer im Hinblick auch auf die Auseinandersetzung mit Ihrer Erkrankung. Es geht ja darum, zu schauen, wie die Musiktherapie da hilfreich sein kann oder ob sie hilfreich sein kann und wie das geht. Wie das für Sie gegangen ist. Ja, steigen wir mal irgendwo ein (lacht etwas). #00:00:52-1#
- 4 IP16: Ja, ich hab sicher verschiedene Eindrücke gehabt und es war auch jedes Mal irgendwie was Anderes so und es hat sich für mich zunehmend so entwickelt, dass ich auch so in die Stunden gekommen bin, ohne mich jetzt so vorzubereiten, also ganz bewußt auch, sondern ich hab versucht, das irgendwie zu spüren, was ist jetzt heute, was könnte jetzt passen, was nehme ich wahr. Also ein paar Gedanken habe ich natürlich auch immer mit reingetragen oder auch dieser Hintergrund mit dem Krebs natürlich, dass das auch irgendwo Thema sein kann. Aber das war auch ganz wichtig immer zu erspüren, was ist jetzt gerade für mich irgendwie. Das war ein Teil und dann hab ich das so erlebt, dass ich mich durch diese Musik und auch, die ich also selber mache und das Spielen von Instrumenten, irgendwie ein bisschen mehr wahrnehmen kann, so habe ich das empfunden. Dass ich mehr Zugang kriege zu meinen Gefühlen. Und da ist auch plötzlich was aufgetaucht. Ich erinnere, dass ich auch mal geweint habe, das fand ich bedeutend oder dass ich mich manchmal auch getragen gefühlt hab. Vor allen Dingen so ein tragendes Gefühl war, wenn ich in diesem Stuhl gesessen hab. #00:02:35-5#
- 5 I: Im Klangstuhl. #00:02:37-5#
- 6 IP16: Klangstuhl heißt das, ja genau (lacht). Das war so etwas Haltendes, Stützendes auch, das fand ich auch sehr hilfreich. Und dann auch diese Auswahl der Instrumente, die waren mir ja nicht so bekannt, diese Schlitztrommel heißt das glaube ich. #00:03:04-0#
- 7 I: Die Große, ja. #00:03:06-1#
- 8 IP16: Ja, die habe ich häufiger ja mal benutzt und das hab ich auch als sehr intensiv erlebt irgendwie. (.) #00:03:19-5#
- 9 I: Wenn Sie sagen, Sie haben sich nicht vorbereitet, sondern Ihr Vorhaben war, einfach in den Moment zu schauen, was gebraucht wird oder auf was Sie kommen, wie kam es dazu? War es einfach eine Idee oder hatten Sie eine bestimmte Idee dazu oder wie soll ich? #00:03:39-3#
- 10 IP16: Ja, also wie ich zu dem Gedanken gekommen bin sozusagen? #00:03:39-9#
- 11 I: Genau, ja, das so zu machen. #00:03:45-7#
- 12 IP16: Ja, weil ich sonst immer so bin, dass ich häufig sehr strukturiert, sehr geplant irgendwie bin. Und ähm, das wollte ich dann nicht nur, sondern ich wollte ja als Ziel auch meine Gefühle mehr wahrnehmen können und auch irgendwo meinen Schmerz zulassen können oder dass, was für mich auch, was ich erfahre habe in der Krebskrankheit mehr

- zulassen können. Deswegen dachte ich, wenn ich jetzt das wahrnehme, wie fühle ich mich jetzt, dass ich irgendwo auf dem Weg bin, stimmiger mit mir zu werden, irgendwie so, dass als ein Ziel empfunden hab. Also auch in Bezug auf die Krebskrankheit. Also ich habe mich in der Zeit mehr damit befasst, was ist jetzt wirklich wichtig für mich? Was brauche ich vielleicht irgendwie in der Zeit? Stille für mich jetzt #00:04:55-1#
- 13 I: In der Zeit heißt? In welcher Zeit jetzt? #00:04:56-2#
- 14 IP16: Während der ganzenn Krebserkrankung, während der ganzen Chemotherapien, während der Bestrahlung in dieser ganzen Zeit habe ich mich das gefragt. Und das habe ich als unterstützend in der Musiktherapie empfunden, dass ich das zulassen kann so ein Gefühl. Dass es darum auch häufig geht, was passt jetzt? Oder die Frage war ja häufig auch, so sind wir ja auch, so haben Sie es auch manchmal gefragt "was würde jetzt passen so mit diesem Gefühl?" Es hat sich manchmal aus dem Gespräch dann entwickelt. Das war auch ganz wichtig, dass das zusammenkam, also Gespräch und die Musik. Das muß für mich beides sein. Und dann hat sich das daraus ein Stück entwickelt. #00:05:56-1#
- 15 I: Ja, wenn Sie jetzt "Gesprächstherapie" hier gehabt hätten, wären Sie dann auch so rangegangen hypothetisch? (lacht etwas) Oder wären Sie da anders in die Stunden hineingegangen? #00:06:18-9#
- 16 IP16: Vielleicht hätte ich mich da noch mehr vorbereitet, kann sein (lachend). #00:06:24-8#
- 17 I: Das heißt, das wäre was, was eher dann wirklich zur Musiktherapie passt, so Ihr Gefühl? #00:06:30-1#
- 18 IP16: Scheint mir so zu sein, ja. #00:06:33-4#
- 19 I: Ja. #00:06:34-3#
- 20 IP16: Also ich hab vorher, bevor die Stunde anfing, meistens noch nicht genau gewusst, welches Instrument wird das heute sein irgendwie? Also so kann ich es glaube ich richtig benennen (lacht), genau. Das schon. Das hat sich dann entwickelt. #00:06:58-0#
- 21 I: So im Nachhinein, macht es Sinn, dass Sie es vorher nicht wußten, welches Instrument passt? #00:07:02-5#
- 22 IP16: Ja, unbedingt, das war eine Erfahrung, die ich dann für mich zugelassen habe, weil mir das wichtig war, dass ich das überhaupt erst erspüre, was es sein kann, welches Instrument vielleicht zu meinem Gefühl irgendwie passen könnte. #00:07:21-8#
- 23 I: Haben Sie da vielleicht, können Sie da nochmal eine Szene beschreiben oder eine Stunde, die Sie erinnern, dieser Prozess, von dem Nichtwissen und dann eine Wahl treffen oder etwas finden? #00:07:36-9#
- 24 IP16: Ja (.), da waren (.) mehrere. #00:07:43-7#
- 25 I: Wir haben ja noch Zeit. #00:07:44-8#
- 26 IP16: Das eine war mit dieser Schlitztrommel, wo ich auch irgendwie geweint hatte oder wo mir irgendwie die gnazen Schmerzen wieder gegenwärtig waren, wo ich das nochmal zulassen konnte. #00:07:58-6#
- 27 I: Die körperlichen Schmerzen oder auch die? #00:08:00-7#
- 28 IP16: Beides irgendwie. Und da hatte ich dann diese Schlitztrommel irgendwie gewählt und gleichzeitig noch so Steine. Sie hatten hier was ausgelegt, da konnte ich mir was zu suchen und das konnte ich da mit rauflegen und so verbinden, weil das war ein Teil Musik, ein Teil mit diesen Steinen, über die wir auch gesprochen hatten, wie ich mich da fühle. Da war ein Stein, so uneben mit verschiedenen Löchern drin, weiß ich noch (lachend) irgendwie und das hat mich sehr an meine Verletzungen irgendwo herangeführt, das

- konnte ich für mich zum Ausdruck bringen , war so mein Eindruck, das ist so ein Beispiel.
#00:08:53-9#
- 29 I: Und wie ging das? Ich meine, ich erinnere das, aber ich frage es trotzdem noch mal, oder wir suchen trotzdem nochmal, also Sie hatten das Symbol in Stein vor sich und Sie hatten das Instrument. Wie haben Sie das gewählt in der Situation, wissen Sie es noch?
#00:09:16-1#
- 30 IP16: Ähm, ja (.), also das, das hatte ich gewählt, weil das auf ganz verschiedenen Ebenen für ich wahrnehmbar ist. Einmal von dem Klang, also verschiedene Klänge waren da möglich, tiefe, höhere, laut, leise irgendwie. Und dann war es auch gleichzeitig ein körperliches Gefühl, weil ich hab darauf gesessen (lacht etwas) irgendwie und das war für mich einerseits durch Hören irgendwie spürbar, und auch durch den Körper fühlbar. Und das ist vielleicht nicht bei jedem Instrument so (lacht). #00:10:00-3#
- 31 I: Aber da irgendwie für Sie in eine besonderen Weise? #00:10:07-3#
- 32 IP16: Ja, ich hatte das Gefühl, das bringt aus und ich kann es auch ein Stück mitbestimmen irgendwie, also ich mache ja selbst die Musik, also ich variiere das irgendwie. Das habe ich auch bei der Musiktherapie in Erinnerung, dass sich während dieses Spielens etwas für mich entwickelt. #00:10:37-1#
- 33 I: Ja, ja. #00:10:38-9#
- 34 IP16: Das ist das vielleicht auch nochmal mit diesem vor herplanen. Wenn ich zum Beispiel reinkomme und sage "heute will ich Trommeln " und den und den Rhythmus oder so. Dann nehme ich mir, denke ich mal, dass ich eine Möglichkeit, eine Erfahrung vielleicht nehme. Es wäre dann eine andere Erfahrung. Aber so, wenn ich es so versuche zu gestalten, also mich darin zu üben, dass ich entwickeln kann diese Musik sozusagen und gucke, was kommt irgendwie bei mir. Dann überrascht mich das manchmal selbst, wenn ich es schaffe, also das ist mir ab und zu, dann ist die Therapie so gegangen, dass sich da plötzlich etwas entwickelt innerhalb dieser Musik. #00:11:23-3#
- 35 I: Hm, innerhalb der Musik? #00:11:29-7#
- 36 IP16: Ja und wie ich es spiele, also wie schnell oder wie laut oder leise, von den Tönen her, das hat sich oft entwickelt, das ist mein Eindruck gewesen, so habe ich das erlebt. Dass ich, ja, ein ganzes Stück bestimmen kann, wie ich diese Musik eben spiele und dass Sie mich da im Hintergrund unterstützen, also Sie machen dann ja auch Musik mit mir und begleiten das so (lacht). Und das war dann eben auf der Ebene immer was Tragendes oder für mich auch eine Art Kommunikation, die ich erlebt habe in dieser Form des Spielens. Ich hoffe, mal, dass es zu durcheinander ist (lacht). Wahrscheinlich kommen dann die Gedanken nach und nach auch. #00:12:39-6#
- 37 I: Genau, das ist genau richtig (lacht). #00:12:41-7#
- 38 IP16: Und ich denke mich auch so langsam wieder rein. #00:12:44-3#
- 39 I: Genau, Sie greifen immer mal wieder irgendwas auf. #00:12:44-3#
- 40 IP16: Ich hoffe, es ist nicht zu durcheinander oder so (lachend), wenn ich das sage.
#00:12:50-1#
- 41 I: Ja, ich wollte nochmal bei dem "es entwickelt sich was" bleiben, weil das ist ja sehr spannend, was Sie da so erzählen. #00:12:56-7#
- 42 IP16: Ja. #00:12:58-0#
- 43 I: Wenn man das jetzt von außen hört, könnte man sagen "aha, es entwickelt sich die Musik" oder ist es was Anderes? #00:13:09-9#
- 44 IP16: Das stimmt, es hat sich auch Musik entwickelt und da war ich sogar erstaunt drüber

- (lacht), weil ich mich gar nicht für musikalisch oder so halte, weil ich früher eigentlich gar nicht den Zugang hatte, irgendwie so, also gar keinen Zugang irgendwie hatte in meiner Kindheit zu Instrumenten oder so, das gar nicht wirklich gelernt habe. Und ich fand es sehr spannend, dass diese Musik sich entwickelt hat in einer gewissen Improvisation auch. Das fand ich ganz spannend. Ich hatte auch das Gefühl, das bin ich irgendwie so, ich kann da was gestalten so. #00:13:56-5#
- 45 I: Okay, also es war nicht die Musik etwas außerhalb, sondern irgendwie war es verbunden? #00:14:04-6#
- 46 IP16: Also Sie meinen jetzt mit mir verbunden sozusagen? #00:14:05-6#
- 47 I: Genau, so. #00:14:09-1#
- 48 IP16: Ja, das ist also die Musik, die hab ich körperlich gespürt, meine ich jedenfalls, diese Klänge. Durch dieses Hören entsteht auch ein Gefühl irgendwie, das können verschiedene Gefühle sein. Traurigkeit war da sicher dabei oder auch, aber nicht nur, das waren auch Momente, wo ich mich lebendig gefühlt hab irgendwie, wo Energie aufkam auch, also sowas war da auch bei. Also diese Musik, diese Geräusche und Töne, die haben sich mit mir verbunden, so empfinde ich das schon. So habe ich das zumindestens empfunden. #00:15:04-3#
- 49 I: Vielleicht nochmal zurück zu dem Beispiel mit der Big Bong und den Steinen. Wollen Sie da noch was zu sagen? #00:15:12-6#
- 50 IP16: Mhm (bejahend), also wie es, das habe ich jetzt nicht ganz verstanden? #00:15:22-4#
- 51 I: Vielleicht nochmal konkret an dem Beispiel mit Verbinden oder mit? #00:15:31-0#
- 52 IP16: Ja, hier hatte ich mich verbunden gefühlt durch die Töne, die ich selbst erzeuge, durch dieses, ja, es ist ja so ein leichtes Trommeln, anschlagen, dieses Instrumentes, was dann auch mal leiser, lauter wurde. Dann war ich in einer Verbindung mit Ihnen wieder, weil Sie das auch mit begleitet haben oder zwischendurch auch mal so einen Ton gesetzt hatten, der ja, so ein bisschen wie sowas, (.) nicht unbedingt Streit, aber (.) ein anderer Ton, etwas dagegen, war so dazwischen. Also ich hab das nie als irgendwas Aggressives erlebt, bei mir auch nicht. Aber doch in einer Art, genau, irgendwie Streitgespräch oder so. #00:16:30-5#
- 53 I: Und hat das Sinn gemacht, solche Töne? #00:16:36-5#
- 54 IP16: Ja, das hat Sinn gemacht, weil ein Thema ist ja auch für mich, mich abgrenzen, auch mal nein sagen können (.) und das habe ich dadurch so empfunden irgendwo durch Töne, die plötzlich so dazwischenkamen. Ich konnte das dann auch erwidern, das war ein hin und her ein bisschen und so und dann meistens oder eigentlich ist es immer so geendet, dass es dann sich irgendwie eingependelt hat wieder. #00:17:15-0#
- 55 I: Das heißt? Also das einpendeln? #00:17:19-6#
- 56 IP16: Also es ist zum Beispiel nicht im Streit ausgeartet oder so etwas und dann damit stehengeblieben, sondern (.) meinerwegen es hat sich wieder ein bisschen reguliert irgendwie diese Art Gespräch so, fand ich. Also das es mal auf und ab ging und dann gab es wieder so eine Ebene von Verständigung oder Ausklingen oder so (lachend). Solche Momente gab es, das hab ich ja, das hab ich so erlebt. #00:17:58-7#
- 57 I: Und was nehmen Sie daraus mit oder was, wenn Sie sagen, also blieb das hier odre was haben Sie damit gemacht mit solchen Erfahrungen, so vielleicht? #00:18:12-1#
- 58 IP16: Auch in meinem Alltag oder? Meine Krebserkrankung. #00:18:15-0#
- 59 I: Wenn es da etwas gibt oder? #00:18:18-6#
- 60 IP16: Ähm, ja (.) also (..) ich denke, dass ich das versuche, umzusetzen irgendwie in

meinem Alltag oder in Begegnung auch mit Menschen irgendwie, wie ich reagiere oder wie ich selber spreche, das ist mir irgendwie bewußter geworden. Ich denke da manchmal drüber mehr nach "so ist das jetzt zu laut oder wie rede ich jetzt mit jemandem? Oder bin ich selbst noch ich, wenn ich mit dem anderen rede? Kann ich meine Meinung, meine Ideen jetzt einbringen irgendwie?" Also das ist stärker da und vor allen Dingen auch, wie fühle ich mich jetzt? Wie geht es mir irgendwie tatsächlich in einer Situation irgendwie, dass ist stärker aufgekommen irgendwie. #00:19:37-9#

- 61 I: War das in der Musiktherapie teilbar oder erinnern Sie nochmal vielleicht Szenen in der Musiktherapie, wo Sie so mit Gefühlen in Kontakt waren? #00:19:51-2#
- 62 IP16: Also es war häufiger, einmal eben dieses, wo ich auf dieser Schlitztrommel sozusagen gesessen hatte und da war ja zusätzlich auch noch dieser Stein, den konnte ich noch so ein bisschen mit einbeziehen irgendwie, rein körperlich, da hatte ich so kreisende Bewegungen glaube ich gemacht. Das erinnere ich noch, das war auch ein direkter Bezug zu meinem Krebs irgendwie, den ich hatte, dass der mit ein Teil von mir ist, den ich annehme und gleichzeitig aber auch einen Weg finde, damit irgendwie umzugehen und damit ja, zu leben oder auch anderes noch zu sehen im Leben. Also das war auch immer so eine Erfahrung mit dieser Musik, dass es soviel Anderes noch gibt. Es fällt mir jetzt ein, dass ist für mich auch was Wichtiges, also es kann immer irgendwas anders sein. Es gibt immer irgendwie eine Entwicklung. Da ist der Schmerz und Leid und diesem Krebs und auch früher mit meinem schweren Busunfall, wo ich einen Leberriß hatte, was alles irgendwie ein Stück hochkommt, aber dann gab es immer noch andere Wege und Möglichkeiten, irgendwas anders zu sehen, das fand ich durch die Musik auch, weil da konnte ich andere Klänge machen und das kann ich eigentlich auf mein Leben auch übertragen irgendwie (lacht etwas). Dass immer noch eine andere Perspektive möglich ist. Oder ja, ich kann irgendwas anderes fühlen oder plötzlich erlebe ich mich auch anders. Allein dadurch, dass ich schon Musik mache, ist für mich ja schon ein Schritt, wo ich mich ja anders erlebe. #00:21:39-8#
- 63 I: Ja, was Neues im Leben so. #00:21:43-7#
- 64 IP16: Ja und dass das möglich ist, dass da noch vieles möglich ist. Dass habe ich ganz oft erlebt, wenn ich ein Stück zulasse und mich traue, irgendwie sowas zu machen. Also wenn ich mich traue, Musik zu machen, kann ich mich auch trauen, irgendwas anderes zu machen. Das ist so die Vorstellung dazu. #00:22:04-7#
- 65 I: Wie ging es Ihnen mit dem Trauen? #00:22:09-6#
- 66 IP16: Mit dem Trauen, wo ich in dem Sessel, wie heißt dieser Stuhl? #00:22:11-5#
- 67 I: Klangstuhl #00:22:15-0#
- 68 IP16: Klangstuhl saß. Ja, also das war für mich ein sehr tragendes Gefühl, auch ein Gefühl von Halt irgendwie. Also da konnte ich das einfach nur so dasein, einfach nur sein wie ich bin. Und das ist ja auch nicht leicht. Das sind ja auch Momente, die nicht oft sind im (lacht) Leben, die nur so sein können, alles lassen. #00:22:48-4#
- 69 I: Wie hat der Klangstuhl das gemacht, sage ich jetzt mal? Also wie kann das sein? Was war da hilfreich, um dieses Gefühl zu finden? #00:22:59-5#
- 70 IP16: Ja, das Erste war glaube ich, ich muß es einmal zulassen können, eine Atmosphäre haben oder das Gefühl haben, ich kann das zulassen. Ich fühle mich vertraut. Es passiert mir nichts, in diesem Raum nicht und mit Ihnen nicht (lachend) und so. #00:23:14-0#
- 71 I: Wie kam es? #00:23:17-1#
- 72 IP16: Als Grundvoraussetzung wahrscheinlich. Und dann durch die Klänge selbst, die hab ich gewissermaßen (lachend) gespürt an bestimmten Stellen, vor allen Dingen natürlich viel im Rücken, in diesen verspannten Schultern, da war natürlich eine gewisse Entspannung dann da. Das waren Töne, die sich irgendwie in Wellen, irgendwie in so

- Wellen in meinen Körpergekommen sind, so war das Gefühl. Weil das ja auch von hinten war und das dringt dann so ein in den Rücken (lachend), das hab ich selbst komisch beschrieben, aber. #00:23:57-1#
- 73 I: Ja, das kann man ja so beschreiben. #00:23:56-8#
- 74 IP16: So etwa habe ich das wahrgenommen. Und das ist natürlich was sehr Vertrautes, das schafft irgendwie Vertrauen. #00:24:04-1#
- 75 I: Die Wellen? Oder was schafft? #00:24:08-1#
- 76 IP16: Auch die Klänge, die Klänge auch, ja. #00:24:11-9#
- 77 I: Also das Spüren der Klänge schafft das Vertrauen oder das Wellenartige oder? #00:24:19-0#
- 78 IP16: Also das Hören der Klänge erstmal und auch das körperliche Gefühl, würde ich sagen. Ich hab das jedenfalls so wahrgenommen, dass da irgendwie eine Übertragung irgendwie in den Körper ist, zum Beispiel in die Schultern irgendwie. Zum Beispiel, dass der Klang da irgendwie reingeht sozusagen (lacht etwas). Oder dass ich eins werde mit so einem Klang, auch sowas. #00:24:57-5#
- 79 I: Und das hat was für Sie zu tun mit dem Gefühl, wie sagten Sie es vorhin? Kann sein? #00:25:08-7#
- 80 IP16: Ja, ich kann sein, einfach da sein und auch so wie ich bin. Das ist so ein Moment, wo ich nichts darstellen muß, wo ich nichts leisten muß, wo ich einfach nur dasein kann, so wie ich gerade bin auch. (..) Ja und dann habe ich noch die andere Erfahrung, wo ich mal Sie gehört habe. Das war aber glaube ich nur einmal mit dem Teil aus dem Brandenburgischen Konzerten oder so. Das war auch so etwas. Ich fand das immer beides wichtig in dre Musiktherapie, einerseits die Musik selber machen, das Spielen mit Instrumenten. Dann bin ich ja selber aktiv, ich gestalte etwas und hier habe ich dann etwas wahrgenommen und gehört. Ich hab mich da aber nicht völlig passiv gefühlt. Ich hab das nämlich bewußt dann auch aufgenommen, war so der Eidruck. #00:26:23-9#
- 81 I: Und können Sie da noch mehr dazu sagen, z udiesem Hören von diesem Musikstück, was Sie da erlebt haben? (.. Oder auch wie das kam, dass wir das so gehört haben zusammen? #00:26:42-4#
- 82 IP16: Es kam aus der Stimmung glaube ich heraus, dass ich so einen Halt brauche oder das auch ein Stück suche, das was mich trägt und unterstützt irgendwie. Und diese Art Musik war irgendwie so, was Tragendes irgendwie. Es hatte sowas Verbindendes irgendwo, weiß ich nicht (lachend) mit der Welt oder so, kann ich schwer beschreiben irgendwie. #00:27:24-2#
- 83 I: Aber so in die Richtung verbinden? #00:27:26-8#
- 84 IP16: Ich, ja, Mhm (bejahend). #00:27:28-9#
- 85 I: Das haben Sie mit der Musik oder in der Musik? #00:27:32-2#
- 86 IP16: Hatte ich irgendwie so verbunden, ja Mhm (bejahend). Und ich nehme auch seitdem ich diese Musiktherapie gehabt habe, bewußter Musik wahr irgendwie. Also ich möchte dass das viel mehr Raum hat in meinem Leben, weil es mir immer wieder hilft. Also ich finde darin Trost zum Beispiel oder ich finde mich wieder in einer Stimmung, es kann aber auch was Trauriges sein, aber auch was Anderes. Also ich merke, wieviel Halt mir Musik geben kann. Ich bin noch auf der Suche teilweise, was zu finden, aber es ist sehr viel bedeutender geworden in meinem Leben. Und ich merke auch, wieviel mir fehlt, wenn ich so ohne Musik irgendwie lebe (lachend), da fehlt was. Da fühle ich mich gar nicht so ganz (lacht etwas), irgendwie. #00:28:30-0#
- 87 I: Ah, okay, ganz. #00:28:38-2#

- 88 IP16: (.....) ja (.....) Und die Gespräche waren natürlich auch bedeutend. Also nur die Musik wäre auch, dann hätte mir sicher was gefehlt, ich muß das auch verarbeiten können oder ich hatte hier auch Raum dann etwas zu sagen, wie es mir geht, wie ich mit meinen Problemen hier sein kann. #00:29:14-2#
- 89 I: Ja, es ist spannend, wenn Sie sagen, nur die Musik. Vielleicht können wir das nochmal erkunden, was fehlt oder was? Also ist die Verarbeitung da nicht in der Musik, sondern nur im Gespräch? Wie kann man das differenzieren oder wie es zusammenbringen. Vielleicht können Sie nochmal was so dazu? #00:29:38-2#
- 90 IP16: Das stimmt, also Gespräche sind natürlich Klarheit über bestimmte Probleme einfach und kann es nochmal anders benennen auch. Also die Musik ist auch viel das fühlen irgendwie. Es ist ein körperlicher Zugang, ein emotionaler Zugang für mich. Und für mich ist das eine Herausforderung zur Musik. Also ich muß mehr von mir zeigen, glaube ich, wenn ich Musik mache irgendwie (lachend)- #00:30:20-1#
- 91 I: Wie meinen Sie das? #00:30:22-6#
- 92 IP16: Ja, ich muß das Gefühl, ich muß es direkter ausdrücken dann durch irgendwie Töne oder durch ein Instrument. Und beim Sprechen ist es manchmal so, da kann ich das erstmal alles auf einer ganz sachlichen Ebene auch häufig (lachend) abhandeln so, so Probleme. (...) #00:30:58-7#
- 93 I: Und in der Musiktherapie war es eine Mischung, Sie haben erst gesprochen? #00:31:04-7#
- 94 IP16: Ja, das war für mich eine Mischung, die auch wichtig war Mhm (bejahend). #00:31:13-1#
- 95 I: Also, wenn ich jetzt mal wiederhole, aus so einer Klarheit, die entsteht beim Sprechen (.) und dem Fühlen in der Musik? #00:31:23-3#
- 96 IP16: Ja und das auch nochmal umsetzen in Musik. #00:31:25-3#
- 97 I: Ja. #00:31:26-1#
- 98 IP16: Also wenn ich das benannt habe ein Gefühl oder wie es mir ging oder auch gerade in diesem Moment geht, dann ist das für mich noch eine Vertiefung, wenn ich es irgendwie ausdrücken kann auch, über diese Töne, über ein Instrument oder wenn ich es richtig nachspüren kann, indem ich da einfach sitze und das höre so. Das ist so eine Bestätigung eines Gefühls auch oder ein intensives Wahrnehmen auch von allem, ein Gefühl nochmal. #00:32:12-3#
- 99 I: Das ist Vertiefung für Sie oder? #00:32:14-2#
- 100 IP16: Ja, eine Vertiefung ist das für mich und manchmal auch ein Zulassen überhaupt erst Mhm (bejahend). #00:32:29-3#
- 101 I: Das heißt, wenn man mal sitzt jetzt vorstellt, es gibt nur die Musik, wie wäre es Ihnen damit gegangen? Also wenn man sagt, man spricht einfach gar nicht, sondern steigt gleich ein und? #00:32:44-9#
- 102 IP16: Wäre vielleicht auch vorstellbar gewesen, dann müßte aber hinterher noch ein Gespräch (lacht). Ist ja auch sowieso so gewesen (lacht). Wir haben ja hinterher auch drüber gesprochen, wie das jetzt war und was das bedeutet hat auch nochmal. Das schon. Wenn ich meinetwegen zuhause ganz alleine die Musik gemacht hätte, ja, dann hätte sich das vielleicht nicht so klären können irgendwie, so habe ich ja ein Gegenüber, also da können Sie mir nochmal was zu sagen und auch wie Sie das dann wahrgenommen haben. Und das auch für mich, ob ich das dann auch so empfunden habe, also das ist ja eine ganz wichtige Rückmeldung auch immer. Wie haben Sie ich da erlebt dann? Das haben Sie ja auch dann immer gesagt. Das hätte ich so alleine nicht mit der Musik irgendwie. #00:33:47-7#

- 103 I: Also ein Gegenüber dann, der dabei ist? #00:33:51-6#
- 104 IP16: Ja. Und auch, Sie haben ja selbst auch Musik mitgemacht, also das war ja immer eine Wechselwirkung, immer in Kommunikation sozusagen, entweder durch das Gespräch oder immer beides durch das Gespräch und dann eben auch dieses ja, dass Sie auch eben Musik gemacht haben selber und sich da allerdings, so habe ich es wahrgenommen, orientiert haben, wie es für mich so war. Das hatten Sie irgendwie glaube ich aufgenommen und dann entsprechend sagen wir mal so (lacht) mitgespielt so. Dass so eine Art musikalisches Gespräch da entstanden ist meistens. #00:34:51-2#
- 105 I: Das heißt, da haben wir auch das Gespräch gehabt (lacht) oder? #00:34:51-9#
- 106 IP16: Ja, genau. #00:34:55-1#
- 107 I: Kann man das so sagen? #00:34:53-9#
- 108 IP16: An sich ja, auch, in einer Form ja. #00:35:00-2#
- 109 I: Und was ist jetzt die andere Form, das ist jetzt spannend, was unterscheidet das Gespräch, das verbale Gespräch und das Gespräch in der Musik? Haben Sie da eine Idee? #00:35:12-7#
- 110 IP16: Naja, dass wir beide Gespräche ist richtig dieses Durchdenken irgendwie, irgendwie klar auch durchdenken, wie jetzt etwas ist. Äh und dass die Musik, da lass ich mich mehr treiben, auch von meinen Gefühlen, von meinem Zustand irgendwie. Es ist für mich mehr ein Ausdruck von fühlen noch. (..) Also ich kann natürlich auch in Worten sagen, ich fühle mich traurig oder so, das (.) oder irgendwelche Rückschlüsse ziehen auf die Kindheit oder so, das schon (.), aber hier ist nochmal ein wirklich, ja, wie soll ich das sagen (.) ein Erleben, ein direktes Erleben von einem Gefühl auch. Das ist sehr viel direkter die Wahrnehmung irgendwie. (..) Und ich muß es nunmal ganz anders zulassen auch selber so, es ist für mich immer der Schritt, ich lasse richtig ein Gefühl zu über so eine Musik, mich da ranzutrauen, das ist so ein, hab ich immer als Problem in meinem Leben wahrgenommen, wirklich Gefühle nicht zu unterdrücken, auch sein lassen zu können. Und das beziehe ich auch auf Krebskrankheit, also das auch mal zulassen können, wie das für mich war irgendwie, auch ein Schmerz oder eine Trauer damit und nicht nur immer diesen ganzen Kampf irgendwo mit Chemo usw, mit dieser ganzen Behandlung irgendwie. #00:37:23-5#
- 111 I: Und das Funktionieren in der Zeit oder? #00:37:26-4#
- 112 IP16: Mhm (bejahend) #00:37:28-1#
- 113 I: Das heißt, da kam was von der Zeit nochmal hier vor auch oder? #00:37:34-1#
- 114 IP16: Ja, das hab ich auch nochmal erlebt. Und dann auch weiter, wenn ich mit mir alleine war. Ich hab mich in dieser ganzen Zeit der Musiktherapie auch immer viel mit diesem Krebs irgendwo befaßt und mit dem wie es mir geht auch und dort auch ergangen ist oder. Also dass einfach auch nochmal ein Stück aufgearbeitet in dieser akuten Therapiephase, also mit Chemo und so, da war das häufig so, dass ich eben viel gemacht habe, also von einer Behandlung in die nächste und so. Ich hab zwar auch viel drüber nachgedacht, aber mich viel mit beschäftigt auch und auch versucht, irgendwie auch ein Stück Hilfe zu finden in dieser Zeit. Aber jetzt, wo diese Phase nochmal rum ist äh, kann ich das nochmal ein Stück anders verarbeiten auch. Das finde ich auch nochmal wichtig. #00:38:44-8#
- 115 I: Sich dann nochmal Zeit zu nehmen? #00:38:47-9#
- 116 IP16: Ja (.), Zeit zunehmen, darüber nachzudenken oder auch Wege zu finden, mit mir umzugehen und vor allen Dingen, mit mir vielleicht auch anders umzugehen, bisschen liebevoller (lacht) mit mir, das wäre nicht schlecht (lacht etwas), ja. #00:39:07-9#
- 117 I: Ja. Darf ich da nochmal fragen, Sie haben diesen Begriff des Liebevolleren, können Sie da eine Verbindung ziehen zur Musiktherapie oder ist das was, was sich immer wieder aus

- verschiedenen Dingen ergibt? Das fand ich jetzt gerade mal spannend. #00:39:30-4#
- 118 IP16: Ja, also ich finde, also ich habe viele Momente erlebt, wo ich sage ich mal liebevoller mit mir umgegangen bin, wenn ich ein Instrument spiele, wenn ich selber Töne erzeuge. Das fand ich schon. Ich hab mich hier nicht als aggressiv erlebt oder so, sondern (.) ja, ich hab mehr wahrgenommen, wie ist es jetzt für mich? Und allein schon diese Wahrnehmung, wie bin ich jetzt, wie fühle ich mich jetzt? Das ist schon ein etwas positiverer Umgang mit mir selbst. #00:40:16-0#
- 119 I: Ja, das ist liebevoller. #00:40:16-0#
- 120 IP16: Anstatt es einfach so beiseite zu lassen und zu sagen "oh, ich muss ja und das muss irgendwie gehen" und hart immer durchkämpfen so. Also dass ich da noch eine andere Seite zulassen kann. Und dass es auch möglich ist Mhm (bejahend). #00:40:36-2#
- 121 I: Und können Sie die andere Seite nochmal beschreiben? #00:40:38-2#
- 122 IP16: Meine andere Seite so? Ja, ich bin eigentlich eher immer so ein leistungsorientierter Mensch irgendwie, ähm, mute mir sehr viel zu, halte auch viel aus irgendwie. (..) Ja (..) und traue mich manchmal gar nicht, so gut zu mir zu sein irgendwie, also einfach etwas schön sein lassen oder so. Und dass, ja, das möchte ich mehr (lacht etwas) natürlich, ja. #00:41:31-7#
- 123 I: Ja. Und da waren Momente, wo Sie diese andere Seite gespürt haben oder? #00:41:36-4#
- 124 IP16: Ja, das habe ich auf jeden Fall erlebt. In diesem Klangstuhl oder auch da, wo ich Musik gemacht habe. Und da hatte ich auch so dieses Gefühl von entdecken irgendwie. Das fand ich immer irgendwie spannend, es gibt was zu entdecken. Es ist Entwicklung möglich. Ist nicht alles nur Krebs, ist nicht alles nur furchtbar, sondern es gibt immer auch was, was daneben sein kann, was es auch noch irgendwie gibt. Und diese Seite finde ich ganz wichtig zu sehen. Und das, das hab ich schon in der Musiktherapie irgendwie erlebt Mhm (bejahend). #00:42:27-4#
- 125 I: Mhm (bejahend) #00:42:31-2#
- 126 IP16: (15) #00:42:36-9#
- 127 I: Es war ja relativ begrenzt mit den dreizehn Terminen glaube ich, die wir hatten? #00:42:37-8#
- 128 IP16: Ja, Mhm (bejahend). #00:42:40-5#
- 129 I: Hat denn was gefehlt oder hätte, also wie, oder wenn, ja, das könnte man erstmal, hat denn was gefehlt? Und dann die zweite Frage, erstmal diese Frage. #00:42:54-6#
- 130 IP16: Mhm (bejahend), ähm, (10) also ich hatte mir irgendwann gedacht, vielleicht hätte ich noch mehr Instrumente ausprobieren sollen (lacht) #00:43:09-3#
- 131 I: (lacht) #00:43:07-6#
- 132 IP16: Das war ne Idee, ja, das hätte ich mal machen, ja. Nochmal vielleicht andere oder so, also ein paar hatte ich, aber es gab ja glaube ich auch noch mehr und so (.), ich weiß nicht, dieses eine hatte ich hier auch mal, ich weiß nicht? #00:43:30-6#
- 133 I: Metallophon? #00:43:28-9#
- 134 IP16: Ich glaube ja, das hatte ich auch mal, ja, ich glaube. So in der Richtung, ah ja Trommel auch mal. Weil wenn ich das jetzt so aufzähle waren doch ein bisschen (lacht), ja, klar waren da einige. #00:43:46-6#
- 135 I: Aber es hätte irgendwie noch? #00:43:47-1#

- 136 IP16: Ja, war halt so eine Idee, noch mehr zu probieren an Musik. Das muß ja alles in die Zeit reinpassen, das Gespräch, die Musik und darüber auch reden. Das hatte ich manchmal gedacht, vielleicht noch mehr Musik oder nochmal eine Musik nach dem, also wenn ich zum Beispiel Musik oder wir Musik gemacht haben, haben wir drüber gesprochen, dann vielleicht nochmal ein Teil Musik oder so, aber das ist ja ein ganz anderes Zeitvolumen auch. Dann nochmal gucken, also wenn ich einmal jetzt Musik gemacht hab, wie ist es dann im zweiten Gang sozusagen, hat sich nochmal was verändert? Erstmals dadurch, dass ich das einfach nochmal jetzt aufgearbeitet hab, dann hatten wir das Gespräch drüber und dann war ja eigentlich Schluß und da könnte es vielleicht interessant sein, nochmal so eine kleine Runde (lacht) in irgendeiner Form zu spielen und zu gucken, wie ist es jetzt nochmal? Das ist so eine Idee, die ich hab. #00:45:10-2#
- 137 I: Vielleicht doch längere Stunden, wenn man sich jetzt was wünschen dürfte? #00:45:11-5#
- 138 IP16: Mhm (bejahend), ja, vielleicht, weil es ist ja für ich erstmal, ich muß immer ein Stück, ich glaube ich muß immer ein Stück so reinwachsen, so ankommen sozusagen in der Stunde und äh (.) ja, dann war erstmal Gespräch, da haben wir geguckt, was bewegt mich jetzt oder ist es nochwas, was ich sowieso noch aufarbeiten wollte, also den Teil gab es ja auch immer, ja schon, also habe ich manchmal gedacht, das muß ich jetzt nochmal ansprechen (lacht etwas) oder so, das gab es natürlich auch immer. (.) Ja und dann habe ich manchmal das Gefühl "oh, das darf jetzt nicht zu kurz kommen" ich möchte unbedingt noch irgendwas noch mit Musik machen. #00:46:01-2#
- 139 I: Ja, haben Sie auch selbst das Gefühl. #00:46:01-2#
- 140 IP16: Und ich könnte mir auch vorstellen, mal dieses Musik hören, aber das ist auch, dann brauch man auch mehr Zeit in der Gesamtheit. Das eine ist ja immer das Spielen auch und das andere auch dieses Hören. Das fand ich auch sehr wichtig nochmal, also das zu erspüren, wie geht mir das, wenn ich einfach irgendwie eine Musik höre auch. Das könnte auch noch einen gewissen Raum einnehmen so. Mal ein bestimmtes Stück zu hören Mhm (bejahend) (10). #00:46:50-6#
- 141 I: Ich guck auch mal eben durch. #00:46:52-7#
- 142 IP16: Ja, gerne. Ist da hoffentlich nichts durcheinander, was ich da (lacht). #00:46:59-3#
- 143 I: Nein, fast so beabsichtigt. #00:47:00-6#
- 144 IP16: Ach so, ja, es entwickelt sich auch manchmal, dann kommt doch nochmal irgendwie ein Gedanke dazu. #00:47:08-4#
- 145 I: Mhm (bejahend) (25) Ja, also ich hab den Eindruck, wir haben zumindestens das, was hier auf dem Leitpfaden steht oder Themen berührt (.). Aber vielleicht gibt es noch was, was Ihnen jetzt einfällt, was noch wichtig wäre? Wir können uns noch einen Augenblick Zeit nehmen. #00:47:56-8#
- 146 IP16: Ja, ich denke auch so an die Instrumente. Ich kenne mich ja nicht so gut aus mit Instrumenten, ob da vielleicht noch, wie ist das zum Beispiel mit so einem Gong? (lacht) #00:48:12-1#
- 147 I: Ja. #00:48:12-9#
- 148 IP16: Da sagt sie wahrscheinlich, irgendwie, äh (lachend). #00:48:18-6#
- 149 I: Ja, was verbinden Sie damit? #00:48:19-1#
- 150 IP16: Vielleicht auch so ein Klang irgendwie (.), man da, das ist mir jetzt so eingefallen, ob man (.) sowas auch mal dazu nimmt vielleicht. Oder auch eine Klangschale oder so, das ist ja Mhm (bejahend). #00:48:40-9#
- 151 I: Also was sind das für Sie für Klänge? #00:48:47-0#

- 152 IP16: Ja, das sind wahrscheinlich ein bisschen dumpfe Klänge irgendwie (lacht), könnte sein. #00:48:52-5#
- 153 I: Ja. Und wie sagen Sie, Sie haben ja eine Wunsch nach diesen Klängen? Was suchen Sie da? Ohne jetzt genau zu wissen wie es klingt, aber so eine Phantasie zu haben? #00:49:09-6#
- 154 IP16: Mhm (bejahend) ja, vielleicht, das ist so ein bisschen was, hm, das ähm, (.) naja, vielleicht dieses Probieren, wenn man so einen Gong lauter oder leiser spielt, wie sich das auswirkt irgendwie oder diesen Gong auch anders zu probieren. Also vielleicht nicht nur einfach so rauf und dann ist es ein Klang, der nachhallt, es ist wohl dieses Nachhallen bei dem Gong, was mir so einfällt (lacht etwas), das ist es, also das erspüren. Wie ist es, wenn ein langer Ton kommt und die Stille danach oder so, was könnte das bewirken? Aber das ist auch nur so eine spontane Idee (lachend), habe ich gerade irgendwas, die mir in den Sinn kommt. #00:50:12-9#
- 155 I: Also dieses Spiel. #00:50:15-2#
- 156 IP16: Bei den Klangschalen ist es ja auch ähnlich, da klingt ganz lange ein Ton nach irgendwie. #00:50:22-5#
- 157 I: Ja, Mhm (bejahend). #00:50:25-3#
- 158 IP16: Und wie klingt dieser Ton in mir, das könnte vielleicht eine Erfahrung sein. #00:50:32-1#
- 159 I: Ja Mhm (bejahend). #00:50:40-7#
- 160 IP16: (..) Ja. #00:50:43-3#
- 161 I: Das heißt das hat gefehlt? Etwas zum Nachhören? #00:50:46-9#
- 162 IP16: Ach nee, das fällt mir nur jetzt so ein bisschen ein, wenn ich jetzt so über verschiedene Instrumente nachdenke, könnte sowas vielleicht dazukommen. Aber hm (lacht etwas), ich kann nicht mal sagen, ob ich den tatsächlich benutzt hätte, wenn er hier gewesen wäre (lachend). Vielleicht ist es auch nicht so. #00:51:08-7#
- 163 I: Aber die Idee Spielweisen zu finden oder auszuprobieren? Obwohl das, hatten Sie das auch ausprobiert? Oder Spielweisen, war da? Weiß ich jetzt gerade nicht. #00:51:22-2#
- 164 IP16: Andere Instrumenten ja? Eigentlich ja, es war immer sowas Vielseitiges da drin, fand ich. Meistens kamen da verschiedene Töne, Klänge, so eine gewisse Musik raus, eigentlich schon. (..) #00:51:46-6#
- 165 I: Stimmt, jetzt erinnere ich mich, bei der Big Bong und dem Stein, da war irgendwas mit den Schlägen? Kann das sein oder erinnere ich mich nicht? #00:51:59-4#
- 166 IP16: Ja (.), da gab es ja immer verschiedene Arten von diesen Schlägen, nein, einen, nein diesen größeren, ja, hatte ich sogar mal probiert, zwei verschiedene genau (lacht), jetzt, wieder, genau (lacht). #00:52:14-2#
- 167 I: Da sind wir, ja. #00:52:18-7#
- 168 IP16: Ja, Mhm (bejahend) (.) #00:52:24-6#
- 169 I: Ja, dann vielleicht einfach soweit oder? #00:52:25-8#
- 170 IP16: Ja, wenn das für Sie so (lacht) von den Fragen her (lacht) passt so. #00:52:32-0#
- 171 I: Und wenn es für Sie auch so, dass Sie das gesagt, was für Sie wichtig war? #00:52:37-3#
- 172 IP16: Ja, das war auch rückwirkend nochmal so ein Stück aufarbeiten, gucken, wie geht es mir damit und was nehme ich auch mit so. (.) Und ich glaube, ganz viel nehme ich mit so, es kann auch noch ein bisschen was anders ein irgendwie. Wenn ich ein Stück zulasse,

- kann sich plötzlich auch ein bisschen was anders entwickeln, das nehme ich ganz stark mit zum Beispiel. Unter anderem, aber das ist nochmal was Besonderes, das hab ich so erlebt, ja. #00:53:17-5#
- 173 I: Und wenn Sie das Andere zusammensammeln, wenn Sie jetzt gerade sagten unter anderem, vielleicht klang es als Fazit oder was nehmen Sie mit, noch mit? #00:53:27-8#
- 174 IP16: (.) Ja, einfach diese Gefühle, Gefühle mehr zulassen, mehr sein können wie ich bin, einfach in einem Moment, das möchte ich auch weiter übertragen in meinem Leben irgendwie, also dieses stimmiger mit mir sein irgendwie. Das und (..) ja und auch eine bestimmte Form von Gespräch. Also dieses, es kann mal ein bisschen was, ja, wie soll ich es sagen, es ist nicht mehr alles auf einer gleichen Ebene ein Gespräch, man ist sich auch nicht immer einig, es kann auch ein bisschen was gegeneinander sein, aber man findet auch wieder zueinander (lacht etwas), das ist gerne, was ich gerne in meine Beziehung, meine Ehe mitnehmen möchte (lacht), diesen Eindruck so. #00:54:37-7#
- 175 I: Das Vertrauen, dass das geht oder? #00:54:39-1#
- 176 IP16: Ja, dass das möglich ist irgendwie. (.) Aber das hab ich oft so erlebt, dass diese Art von Kommunikation war am Ende immer ein bisschen ausgeglichen, irgendwie haben wir uns da gefunden, fand ich immer. Also es war nicht so ein völliger, wie in der Trommel völlig rabiater Abbruch, so bong und jetzt ist Schluss oder so. So war das immer irgendwie nicht. Und das finde ich auch ganz wichtig eigentlich. #00:55:25-5#
- 177 I: Das sind ja Dinge, die sozusagen für das, wenn ich das jetzt mal trennen sollte, fürs Leben wichtig sind. #00:55:32-0#
- 178 IP16: Mhm (bejahend). #00:55:33-9#
- 179 I: Und wenn man es jetzt nochmal ganz konkret versucht zu fassen, ja, wie diese Erfahrungen, die Sie mitnehmen für Sie im Moment wichtig sind für den Umgang mit Ihrer Erkrankung, nur wenn das geht, wenn sich das trennen lässt, das spielt ja alles zusammen, aber vielleicht gibt es nochmal eine Antwort darauf. #00:55:53-0#
- 180 IP16: Wie diese Erfahrungen sich auf meine in Bezug sind. #00:55:57-6#
- 181 I: Konkret, ja, genau, wie Sie mit Ihrer Erkrankung umgehen, ob es da einen Bezug gibt oder ob der zu? #00:56:08-2#
- 182 IP16: Ja, ein Bezug ist, dass ich meinen Körper, also nicht nur als schlimm und mit Schmerzen wahrnehme irgendwie, sondern dass gleichzeitig auch etwas anderes in meinem Körper ist und möglich ist. Also es gibt zum Beispiel oder gab eben diesen Krebs und die Operation und auch dieses fürchterliche Gift, was ich zu mir genommen hab mit den ganzen, ich hatte ja sehr schwere Nebenwirkungen. Und dass es trotzdem auch eine Seite gibt, in mir und vor allen Dingen in meinem Körper auch, der sich gut anfühlt und dass es geht mit diesem Körper so. Da sind gute Gefühle möglich oder intensive Gefühle möglich und die habe ich viel durch diese Musik erlebt eigentlich. Dass das sein kann. Also ich kann traurig sein über einen Körper, es kann ein Schmerz da sein, aber es kann auch etwas Anderes da sein. Da waren wohlige Gefühle irgendwie zwischendurch, da war ein entspanntes Gefühl, da war auch keine Ablehnung, selbst auch nicht abgelehnt irgendwie. Und auch dadurch, dass ich selber was mache mit meinem Körper oder mit meinem Arm und Händen oder so, dieses Spiel, kann ich also was machen, da ist ein bestätigter Teil in meiner Brust und Schnitte und so, aber Anderes, was ich einsetzen kann, ja, womit ich gut leben kann. Und gerade auch mit diesen Händen fällt mir jetzt nochmal ein. Ich hab ja jetzt seit einigen Monaten habe ich irgendwie die Tablette gewechselt und da ist immer häufig nachts so eine Nervenanspannung, also die Finger werden manchmal ganz dick und ich wache dadurch davon auf und es ist ein ganz unangenehmes Kribbeln und so. Da nehme ich dann meine Hände ganz unangenehm wahr. Das ist nicht gut. Aber wenn ich dann zum Beispiel im Laufe des, also es geht dann irgendwann weg, dann massiere ich das und so. Das habe ich wirklich ganz oft und dann kann ich aber auf einer anderen Seite

wahrnehmen mit diesen Händen, kann ich an einer anderen Zeit am Tag zum Beispiel oder in so einer Therapie kann ich dann was machen irgendwie, anders. Da kann ich positiv gebrauchen. #00:59:17-1#

183 I: Oh ja. #00:59:19-0#

184 IP16: Das ist beides parallel irgendwie da. Also das wird dann auch nicht gut dadurch. Die Beschwerden sind nicht gut und Krebs mal sowieso nicht, also schlecht ist schlecht. Aber es gibt noch parallel etwas, wie ich mich selber spüren kann. Und da einfach den Fokus draufzulegen, zu sagen, das geht eben auch noch. Oder zum Beispiel mit den Beinen. Ich hab irgendwie durch die Tablette ganz viel Probleme Treppen zu steigen, das tut immer richtig weh. Und das hört auch gar nicht auf. Das ist ein Dauerproblem schon, irgendwie Treppen hochzukommen, ganz komisch. Aber ich kann auf der anderen Seite kann ich gut Sport machen. Also Wassergymnastik, da kann ich springen und hüpfen, überhaupt Gymnastik und Fahrradfahren, alles mögliche geht mit den Beinen, nur mit den Treppen irgendwie nicht so komischerweise. Und da dann eben auch noch mehr drauf achten, wie nehme ich das wahr. (.) Zumindest in Teilen soweit das geht. Und auch dieses kleinere sehen, ich hab auch immer früher gedacht oder so ein bisschen von der Art, entweder oder oder so, alles oder nichts, so dieses harte Denken. Und doch mal lieber dieses zu erspüren, kleinere Dinge, das sind zum Beispiel Töne ist was Kleines, begrenztes, da kommt plötzlich ein Ton, da kommt plötzlich Musik, das ist ja nur ein kleiner Teil vom Tag (lacht), ich halte da immer so, aber die dann eben wahrzunehmen, das gibt es jetzt, das ist ja jetzt in meinem Leben und dahin zu hören. Das weitet sich dann natürlich aus, auch wenn ich dann zuhause mal Musik oder so höre. Dann ist vielleicht, da ist das alles übel am Tag, aber dann gab es vielleicht drei Dinge, die doch gut sind und mich darin einzuüben in diesem, was war heute mal gut? Ja und dieses hören über die Ohren, den Zugang da zum Körper zu kriegen, ich hab mich auch nochmal viel mit Ohren und Hören befaßt. Da habe ich mir diese CDs geholt, die sind glaube ich auch, weiß ich nicht, zwanzig Jahre alt von diesem Behrend, heißt er Hans-Joachim oder so ähnlich? #01:02:12-5#

185 I: Ja, das stimmt. #01:02:14-0#

186 IP16: Behrend? Die Welt des Hörens, habe ich mir aus der Bücherhalle geholt dann. Also da habe ich schon nach sowas gesucht und dann irgendwie bin ich auf ihn gekommen (lachend) und dann diese vier CDs und das alles gehört, was der da alles über hören auch gesagt hat und so. Ja, auf so einer Spur zu sein dann auch. Sowas nehme ich dann, ja. Ist so ein bisschen auf den Weg gebracht (lacht) sozusagen. Könnte natürlich noch länger gehen, die Therapie als solches, aber da liegt jetzt eben auch an mir, das ist eins der Hauptprobleme mit der Uhrzeit eben. Das ist so immer, direkt in der Arbeitszeit und da bleibe ich dann sehr lange weg und ich habe so noch viele Arzttermine und so, das ist so ein bisschen so ein Knackpunkt. Das wäre natürlich auf jeden Fall wünschenswert (lachend), ein großer Raum und ein paar Instrumente mehr (lachend) und Übungen und so klar, das ist so das allgemeine Wunschdenken (lacht etwas), ja. #01:03:32-5#

187 I: Ja, ist wichtig. #01:03:35-3#

188 IP16: Naja, das ist ja im Allgemeinen unglaublich ärgerlich, dass die Krankenkassen da total sich sperren, was Musiktherapien betrifft. Das ist unmöglich, das ist jetzt hier gerade mal im UKE irgendwie angebunden, aber so ein sagen wir mal draußen als Therapie oder so ist das meistens nicht anerkannt, das kann man gar nicht nachvollziehen. Die Krankenkassen denken da ja immer ein bisschen anders (lacht). #01:04:03-8#

189 I: Wir arbeiten dran (lacht) ja. #01:04:08-3#

190 IP16: Ja. #01:04:09-7#

191 I: Ja, gut, ja, vielen Dank. #01:04:13-4#

192 IP16: Ich hoffe (lacht), dass es irgendwas gebracht hat (lachend) mit auf. Also für mich schon. Also es sind noch mal viele, viel nochmal aufgekommen an Gedanken auch.

#01:04:26-5#

193 I: Ja, danke, dann mache ich mal aus. #01:04:30-5#

194 IP16: Gut, ja. (lachend). #01:04:31-4#

IP18_Interviewtranskript

Patienteninterview IP18 (= B) (Therapeutin PP)

Geschlecht: w

Interviewerin: PP

21.3.18

Ort: Musiktherapieraum

Script: SP

- 1 I: Ja, es nimmt auf. Ich hab hier ein bißchen den Leitfaden
2 als Orientierung, aber da gucken wir vielleicht später
3 nochmal drauf. Ich glaube, es ist das Beste, wenn sie
4 beginnen mit etwas, was Ihnen jetzt einfällt aus der
5 Musiktherapie, vielleicht einfach eine Szene oder einfach
6 mal frei beginnen. #00:00:30-8#
- 7 B: Äh, ich habe ein ganz spezielles Bild in Erinnerung, was
8 mich irgendwie immer wieder so erfreut und ja, so richtig
9 glücklich macht eigentlich, wenn ich es angucke und ich bin
10 eben mit dem Fahrrad durch den Park gefahren und da viel es
11 mir auch wieder ein, das Bild, wo ich so ganz hell gemalt
12 habe und die Blätter, das war im November nach meinen
13 Operationen, den ersten drei Operationen. Im September war
14 ja die Italien-Operation und dann im November war der Termin
15 und das hat mich auch erstaunt, als ich das nochmal
16 angeguckt hab und auch sortiert habe so datumsmäßig, dass
17 ich da so ein Glücksgefühl hatte auch. Es war so ein
18 sonniger Tag auch und die gelben Blätter und es war alles so
19 strahlend und das hab ich so mit reingenommen und die Musik
20 hat das auch nochmal, weiß ich nicht, hervorgerufen oder
21 oder unterstützt oder wie auch immer, dass ich das so, also
22 das war so ein ganz tiefes Empfinden so, auch in Erinnerung
23 nochmal. #00:01:55-6#
- 24 I: Also in dieser Reise haben Sie das so erlebt. Hab ich es
25 richtig verstanden, ist es für Sie eine Erinnerung an etwas
26 gewesen, was Sie erlebt hatten oder war das in der Reise neu
27 oder hat sich das entwickelt, wie war das? #00:02:09-0#
- 28 B: Nee, das war eine, also als ich hier war die Erinnerung
29 von dem Weg, als ich durch den Park gegangen bin und das so

30 strahlend wahrgenommen habe. Das war das eine und durch die
31 Musik scheint das nochmal so hervorgerufen, diese Erinnerung
32 an diesen Weg eben und an dieses Strahlende und dass ich das
33 auch für mich so schön zu Papier bringen konnte. Also das
34 strahlt eben auch so. Und das ist eins der Bilder, die am
35 intensivsten sind. Ich glaube, dass es eben auch damit zu
36 tun hatte, also diese Italien-Operation war ja sehr
37 lebensbedrohlich und November, war ich ja dann bis Anfang
38 Oktober im Krankenhaus und im November ist ja nicht soviel
39 Zeitabstand, aber dass ich da schon wieder sowas Positives
40 wahrnehmen konnte oder dass das auch so durch verschiedene
41 Dinge. Natürlich durch den Weg, den ich hierher gemacht hab,
42 das war die Anregung, aber die Musik dann nochmal das
43 hervorgerufen hab und das Malen hinterher, das zu Papier zu
44 bringen und dass ich mir das immer nochmal angucken kann und
45 mich erinnern kann. Das ist ein schönes Gefühl einfach.

46 #00:03:52-9#

47 I: Es ist ja spannend, weil es der Unterschied ist zwischen
48 dem Spaziergang und dann dem Erfahren von der ähnlichen
49 Qualität hier in der Stunde. Das ist ja nochmal, oder?

50 #00:04:04-7#

51 B: Ja, das war richtig so diese Reise im Körper habe ich
52 nochmal dieses Leuchten dieser gelben Blätter durch diese
53 Sonne, also dieses Licht einfach nochmal innen gespürt. Ich
54 denke auch hervorgerufen durch die Musik, das war ja gleich
55 so am Anfang, dass ich so das Gefühl hatte oh ja. Oh, das
56 hat so eine Leichtigkeit und sowas, einfach was Helles, was
57 Strahlendes so. #00:04:42-7#

58 I: Und das hatte eine bestimmte Bedeutung in der Zeit?

59 #00:04:46-1#

60 B: Ja, also einfach nach dieser dunklen Zeit sowas
61 wahrzunehmen (.), ja, das war einfach ein total schönes
62 Gefühl, das weiß ich noch. Und das ist so, das ist ja nun
63 schon zwei Jahre her. #00:05:14-3#

64 I: Ein bisschen mehr sogar (lacht etwas), ja. #00:05:17-6#

65 B: Ja, das war im November fünfzehn, ja. #00:05:24-4#

66 I: Ja, hm. #00:05:26-4#

67 B: Ja, das finde ich so, ja, ganz wertvoll, so dieses, das

68 ist ja eine Sache so durch den Park zu gehen, das

69 wahrzunehmen und das schön zu finden und dann ist es auch

70 wieder weg. Aber dann hier nochmal durch die Musik das

71 hervorzurufen und dann auch noch zu Papier zu bringen, also

72 war das nochmal von der Intensität dieses guten Gefühls

73 nochmal so verstärkt, ja? Wenn ich sonst so durch den Park

74 gegangen wäre, hätte ich das wahrgenommen, aber dann wäre es

75 auch wieder wahrscheinlich wie so vieles, auch wenn man es

76 schön findet, geht es vorbei oder, nicht so? Durch dieses

77 hier nochmal Erleben, Nacherleben, Nachfühlen oder sowas,

78 ist das so ganz präsent geblieben, so. Und das ist

79 eigentlich ein schönes Gefühl dazu. #00:06:41-5#

80 I: Und das ist jetzt auch noch da? Sie haben vorhin, kurz

81 vor dem Interview gesagt, Sie haben die Bilder nochmal

82 angeguckt. Oder wie gehen Sie da mit den Bildern um oder was

83 haben Sie damit gemacht oder wie immer? (lacht etwas)

84 #00:07:01-2#

85 B: Ich hab sie so vom Datum her so gelegt und bin einfach

86 nochmal diese Zeiten durchgegangen, wie es mir da in der

87 Erinnerung ging und was ich da so zu Papier gebracht habe,

88 also so durch diese Reisen, die wir gemacht haben. Es sind

89 ja so einfach tiefe Gefühle gewesen, die dann irgendwie

90 hervorgekommen sind. Und das war ganz spannend. So das

91 Erste, was ich so gemalt habe mit dieser Tänzerin, wo eben

92 für mich Musik und Tanz auch immer zusammengehört in der

93 Bewegung, so habe ich Musik bisher immer überwiegend

94 wahrgenommen (lacht etwas). Dies war jetzt ja nochmal eine

95 ganz andere Herangehensweise, so Musik intensiv zu hören,

96 nach innen zu hören, was es bewirken kann oder was es

97 hervorrufen kann. #00:08:06-5#

98 I: Ja, was ist da passiert beim Musikhören? #00:08:12-5#

99 B: Ja, das war äh, habe ich ja gleich mit Tanz verbunden

100 auch bei meinem ersten Bild, so diese Tänzerin auf der
101 Bühne, die dann auf diesen steinigen Weg kommt, da kommen
102 mir schon wieder die Tränen (lacht etwas). #00:08:25-7#
103 I: Ja, ich hole mal die Taschentücher, ja, hm, so einfach
104 hierhin. #00:08:34-5#
105 B: Ja, hm. (.) Ja, das war ja die erste Stunde und das war
106 so wirklich dieser steinige Weg (...), ja, das ist so dieses
107 (...), dieses Musik, das wirklich hervorholt einerseits
108 erinnere ich noch diese Leichtigkeit mit dieser
109 Primaballerina, die über diese Bretter schwingt und schwebt
110 und dreht und dann aber auch diese andere Seite eben, dass
111 es im Inneren, in meine Inneren diesen steinigen Weg gibt,
112 der das so erschwert oder eben auch eine Seite ist und die
113 jetzt eben so oder zu der Zeit so präsent war. #00:09:51-2#
114 I: Ja, können Sie vielleicht die Metapher nochmal erklären,
115 den steinigen Weg, was das für Sie bedeutet? #00:10:01-4#
116 B: Naja, diese Krankheit erwischt oder hat mich erwischt,
117 wie wahrscheinlich jeden auch, völlig kalt erwischt und ich
118 hab nicht damit gerechnet, dass ich eine Krebserkrankung
119 kriege und (..) ja, dass ich im Prinzip ja diese
120 Leichtigkeit habe in mir, so das Leben so zu nehmen, auch
121 mit allen schwierigen Phasen, die ich ja auch hatte, aber
122 immer wieder das hingekriegt hab, so eine Leichtigkeit
123 wiederzuerlangen so. Das war mir da ja noch nicht so klar,
124 wie dieser steinige Weg sich sozusagen entwickelt, oder
125 bleibt er steinig, kann ich den bewältigen, diesen steinigen
126 Weg? Und das war ja zuerst diese Leichtigkeit und dann kam
127 das Steinige. Also das war (...) #00:11:23-2#
128 I: Ja, was denken Sie dazu? #00:11:23-7#
129 B: Naja, das war quasi so mein Innerstes, im Prinzip hab ich
130 diese Leichtigkeit, aber in dem Moment, zu dieser Zeit war
131 das irgendwie dunkel, steinig und schwer und schwierig und
132 (atmet aus)... Und genau das irgendwie äh, aus der Musik
133 hervorzubringen und (.) dass ich mich damit beschäftige, der
134 steinige Weg, was wird der für mich bedeuten oder wie

135 beeinflusst mich diese Krankheit und das Gefühl dazu?
136 #00:12:17-4#

137 I: Und das war auch in der Musik vorfindbar? Oder wie war
138 das vorfindbar? #00:12:22-2#

139 B: Naja, das war vorfindbar in dieser anfänglichen
140 Leichtigkeit und (.) die Musik hab ich ja leider nicht, von
141 daher das hätte ich auch gerne nochmal so nachempfunden
142 sozusagen. Ähm, was diesen steinigen Weg ausgelöst hat bei
143 mir? #00:12:52-9#

144 I: Ob es was in der Musik gab? #00:12:55-2#

145 B: Ja, ob es was in der Musik gab oder ob es einfach, so wie
146 in meinem Leben auch, so ein Bruch war, so Leichtigkeit,
147 wutsch, jetzt ist was Anderes dran, so dieser Schnitt eben,
148 Diagnose Krebs und jetzt geht es ums Überleben so.
149 #00:13:18-3#

150 I: Und es ist nicht so klar, ob das an der Musik lag oder?
151 #00:13:21-8#

152 B: Das kann ich nicht erinnern, ja. #00:13:24-0#

153 I: Ob da was passiert ist in der Musik, was das ausgelöst
154 hat, das ist nicht so klar ne? #00:13:30-7#

155 B: Das weiß ich jetzt nicht mehr, aber ich denke ja, ich
156 denke, dass es irgendwas war in der Musik. #00:13:37-3#

157 I: Und wie war das für Sie? Wissen Sie noch in dem Moment,
158 das so zu erleben? Also Sie können auch sagen, mensch ich
159 will, also diese vielen Gefühle oder auch diese schwierigen
160 Gefühle zu erleben, sagen wir es mal so. #00:13:54-3#

161 B: Ich weiß, dass in diesem Bild eben dieser steinige Weg
162 war und dann teilte sich der Weg und das war auch so ein
163 Gefühl irgendwie, also es liegt ja an mir zu entscheiden,
164 wie dieser Weg weitergeht, wie ich damit umgehe so. Und ähm
165 (..) also das war jetzt offen, was, ich hätte sie doch
166 mitbringen sollen (lacht etwas). #00:14:30-8#

167 I: Ja, gucken wir, was Sie erinnern. #00:14:32-0#

168 B: Also ich hab es genau vor Augen, das war so dieser
169 steinige Weg und darauf so eine Prima-Ballerina in blau und

170 dann gab es diese Gabelung eben, ich hab da sogar drei, ich
171 weiß nicht, warum drei, also der eine ging weiter und dann
172 zweigte links und rechts ein Weg ab so. Und das war so
173 dieses Gefühl, es gibt verschiedene Möglichkeiten, damit
174 umzugehen und ich muß halt meinen Weg finden. (..)
175 #00:15:14-3#
176 I: Das hat sich eingestellt oder? #00:15:13-0#
177 B: Das hat sich eingestellt, ja.(..) Naja und ich denke, ich
178 hab dann, das nächste Bild war dann dieses goldene Dach
179 sozusagen. #00:15:31-8#
180 I: In der nächsten Reise glaube ich. #00:15:32-7#
181 B: In der nächsten Reise und das war dann so ein gutes
182 Gefühl, dass ich einen Weg für mich gefunden habe, der hell
183 ist und den ich wahrnehmen kann als bestärkend positiv.
184 #00:15:53-3#
185 I: Ja, ja. Das heisst, da waren "positive" und "negative",
186 das ist eine Bewertung, aber für Sie wie war das?
187 #00:16:05-9#
188 B: Eine Schwere würde ich eher sagen. #00:16:07-3#
189 I: Eine Schwere, hm. #00:16:12-3#
190 B: Also so (atmet aus) ja, schwere Gedanken (...). Ich
191 erinnere mich da in Italien, also die ersten zwei, drei
192 Tage, wo es mir ja so dreckig ging nach dieser Operation
193 habe ich irgendwie einen Satz gesagt "ach, wenn das so
194 weitergeht, dann will ich das alles nicht". #00:16:42-3#
195 I: Ja, Mhm (bejahend). #00:16:47-9#
196 B: Naja, das habe ich dann auch wieder überwunden. Und es
197 war dann natürlich irgendwie klar, natürlich geht das weiter
198 so (lacht etwas). #00:16:58-3#
199 I: Mhm (bejahend). #00:17:01-3#
200 B: Ja. (...) #00:17:10-8#
201 I: Also nochmal kurz, Sie sagen, wenn es zuviel wird an
202 diesen Punkten. #00:17:15-2#
203 B: Mhm (bejahend). #00:17:17-1#
204 I: Aber das mit den schweren Gefühlen, das finde ich nochmal

205 interessant #00:17:28-1#
206 B: (schnupft aus). #00:17:28-1#
207 I: Inwieweit hat das seinen Platz für Sie hier geschafft
208 oder war das hilfreich, könnte man ja fragen, sind schwere
209 Gefühle hilfreich? #00:17:34-9#
210 B: Hier? Ja. Überhaupt, dass ich mich damit beschäftigt
211 habe, dass es diese schweren Gefühle gibt. #00:17:49-1#
212 I: Das war für Sie was Besonderes oder? #00:17:51-7#
213 B: Hm, (.) ja, ähm, ich weiß jetzt nicht, wie ich das genau
214 formulieren soll? (...) Es ist ja nicht so, aber ich hab die
215 Tendenz glaube ich, das ist mir so deutlich geworden, als
216 mein Vater gestorben ist, da hab ich mich sozusagen
217 beruhigt, so dass ich gesagt habe, er war öfter auf Reisen,
218 der ist erstmal weg und dann gucken wir weiter so. (.) Und
219 dann ist das irgendwann mal, dann haben meine Mutter und ich
220 dieses Grab gepflegt und gemacht und getan und ich hab ihm
221 auch alles mögliche immer erzählt am Grab, so was ich
222 gemacht hab und so. Da habe ich mich schon manchmal gefragt,
223 ob ich das damals sicherlich einfach nicht bewältigen
224 konnte, so anders, als das so zu nehmen. Aber ich glaube,
225 dass das sowas geworden ist für mich, dass ich so schwere
226 Gefühle einfach nicht so gerne zu lasse (lachend).
227 #00:19:36-5#
228 I: Hm. #00:19:41-8#
229 B: Das war auch hier immer wieder darauf zurückzukommen,
230 einfach in der Beschäftigung mit meiner Krankheit und was
231 überhaupt alles für Schwierigkeiten daraus entstanden sind,
232 so mich wirklich so damit nochmal anders auseinanderzusetzen
233 und auch eben über diese Stunden hinaus. #00:20:06-2#
234 I: Und was war daran hilfreich? Wenn es hilfreich war?
235 (lacht etwas) Also ist das eine Strategie, die jetzt in
236 dieser Erkrankungszeit geholfen hat oder kann man das so
237 nicht? #00:20:24-6#
238 B: Also ja das Gefühl habe ich schon, (...5) so in diesem
239 Bild mit diesem hellen Blätterdach war ja auch eine Phase,

240 wo ich da um einen Teich gegangen bin und auf so einem
241 Holzponton gesessen habe am See und irgendwo habe ich einen
242 dunklen Fleck gemalt. Da habe ich ja lange überlegt, weil er
243 war nicht so richtig zu fassen für mich, was war das jetzt
244 für ein dunkler Fleck? Und das war, meine ich, eben
245 insgesamt, ich hab erst gedacht, dieser dunkle Fleck war
246 noch dieses Italien-Trauma sozusagen bezogen auf meine
247 Krankheit. Dann könnte ich aber auch sagen, es ist so ein
248 dunkler Fleck, wo ich alles Schwere so reingepackt habe,
249 also überhaupt alles Schwere. Das ist eigentlich eine ganz
250 schöne Vorstellung, dass ich so die Schwere so kompakt,
251 irgendwo ist sie da, aber ich hab sie so umkreist oder so..
252 #00:22:10-3#
253 I: Gepunktet (lachend) #00:22:06-5#
254 B: Gepunktet, genau. Ja und insofern finde ich das
255 hilfreich, so das bildlich darzustellen auch. Ja, dieses
256 Bild ist ja entstanden durch diese Musik, die ich gehört
257 habe, von daher ist das ein Zusammenspiel. Ist das eine
258 Antwort, mit der Sie was? #00:22:42-6#
259 I: Ja, also was ich verstehe, dass es hilfreich ist, die
260 Gefühle also auch wahrzunehmen und sie aber irgendwo zu
261 verorten sage ich mal oder anschaulich zu machen oder sowas.
262 #00:23:02-1#
263 B: Ja, also sie sind einfach da und es ist nicht so, dass
264 ich sie ignoriere, also akzeptiere, dass sie da sind, so.
265 #00:23:14-3#
266 I: Und was ist der Unterschied zum Ignorieren? Man könnte
267 auch sagen, eine gute Strategie in der Krebserkrankung ist
268 eben, sich diesen schweren Gefühlen nicht zu widmen, das
269 könnte man auch annehmen, man könnte sie ignorieren oder?
270 Vielleicht wird es dann leichter. Das sind so Phantasien,
271 deswegen finde ich das interessant, weil Sie sich ja dem
272 gestellt haben und schon die Frage, was, wie, ja, was ist
273 die Frage? Wie erging es Ihnen mit der Bereitschaft und mit
274 dem auch Einlassen auch auf die schweren Gefühle, also

275 letztendlich, was haben Sie davon? Wenn man das so fragen
276 kann und darf. #00:23:56-3#

277 B: (lacht etwas). #00:23:54-6#

278 I: Aber Sie wissen vielleicht, worum es mir geht oder?
279 (lacht etwas). #00:24:03-6#

280 B: (.) Naja, ich habe was davon, in dem ich das wahrnehme,
281 dass es da ist. Also das, ich hab das Gefühl, dass ich das
282 akzeptiere, anders als eben damals, als mein Vater gestorben
283 ist, da habe ich das nicht akzeptiert, also so. Und hier
284 habe ich das so ein Stück weit mehr akzeptiert und hab dem
285 einen Platz gegeben, weil es einfach da ist. Es ist ja
286 einfach da, ja. Und ich denke, dass das schon ein guter
287 Umgang ist, das zu akzeptieren. #00:25:07-6#

288 I: Sie denken es oder Sie können es auch erleben?
289 #00:25:13-0#

290 B: Ja, doch, ich fühle das auch. Wenn ich diese Bilder
291 angeguckt habe, habe ich mir natürlich auch diesen dunklen
292 Fleck angeguckt im Gegensatz zu diesem goldenen Blätterdach
293 und Umgebung und bin irgendwie auch ganz froh, dass das, also
294 es ist nicht so ein Gleichgewicht, aber sozusagen Yin und Yang,
295 es ist so ein Ausgleich, das ist auf jeden Fall auch da. Und
296 das ist eine bessere Balance vielleicht für mich, das so und
297 so zu sehen. Ich bin ganz froh, dass diese helle Seite
298 überwiegt sozusagen (lacht etwas). Aber die dunkle ist eben
299 auch da. (.) (trinkt etwas). Aber das kommt mir jetzt gerade
300 mit Yin und Yang, das ist ja auch der dunkle Fleck im
301 Weißen. #00:26:35-0#

302 I: Ja, was heißt Yin und Yang für Sie? #00:26:36-8#

303 B: Also dass das ein Ausgleich ist, eine Balance von hell
304 und dunkel und das eine nährt das andere und gehört einfach
305 zusammen, so. (stellt was weg; Darmgeräusch). #00:27:01-4#

306 I: Spricht auch mit (lachend). Das war ja eine Erfahrung
307 relativ am Anfang und dann gab es ja noch andere Reisen.
308 Zumindestens ich erinnere eine, wo es auch um schwere
309 Gefühle ging. Das war eine der letzten oder vielleicht die

310 letzte Reise mit dem Wirbel oder mit dem? Ist das auch was
311 Ähnliches oder ging es da um was Anderes? Wenn Sie das
312 überhaupt als bedeutsam erinnern, was für Sie jetzt ist?
313 #00:27:38-7#

314 B: Oh ja, ja, das war schon sehr, das war die letzte Reise
315 und die (...4) hatte auch wieder was mit Tumormarker und äh,
316 ja, wieder so eine Unsicherheit durch äh, wie soll ich das
317 sagen, äußere Einflüsse, Laborwerte, sowas, was auch nicht
318 mit meinem Gefühl zusammenpasste, aber eben einen Einfluss
319 hat auf mich und mich auch doch wieder mitreißt oder
320 rausreißt aus meinem, wo ich mich eingerichtet hab,
321 sozusagen im Positiven Erleben und gestalten in der anderen
322 Form mit Krankheit sozusagen, also sie beeinträchtigt mich
323 ja schon immer noch (lacht etwas) und hm, aber ich hab das
324 Gefühl, ich hab da meinen Weg gefunden und das ist ein
325 positiver und dann kommt von außen aber so ein Laborwert und
326 ich weiß nicht, wieviel Raum ich dem geben soll und merke
327 aber, das kann mich auch mitreißen, weil das kann wieder in
328 eine Richtung gehen, die mich nach unten zieht, in den
329 dunklen Fleck zieht, wo auch immer hin. (...) Ja und das
330 hatte mich da erstaunt, weil ich da gar nicht so stark
331 wahrscheinlich an mich rangelassen hatte. Aber durch diese
332 Musik ist dieser Strudeleffekt gekommen und der hat mich so
333 mitgerissen. Da hab ich irgendwo das Gefühl gehabt ich (..)
334 ja, ich hab keine stabile positive Position oder sowas. Wenn
335 in Richtung Krankheit und irgendwas von außen kommt, kann
336 mich das auch wieder völlig durcheinanderwirbeln.

337 #00:30:41-9#

338 I: Das haben Sie in der Weise so erlebt? #00:30:43-7#

339 B: Da in der Weise total, ich bin ja wieder hochgekommen und
340 habe das dann wieder als hell und glitzernd im Wasser so
341 empfunden, aber das war schon heftig dieser Strudel. Da
342 denke ich, das wird mir wahrscheinlich auch immer wieder
343 passieren können, solche, wie soll man es nennen, Einbrüche
344 oder (...) #00:31:22-6#

345 I: Das heißt das ist dies, was Sie aus der Reise mitnehmen?
346 #00:31:29-5#

347 B: Ja, dass ich sozusagen immer damit rechnen kann, das mich
348 sowas wie so ein Laborwert oder gerade vorletzte Woche diese
349 Darmspiegelung, die nicht geklappt hatte und sofort auch
350 wieder so eine Unsicherheit da war "was ist jetzt wieder?"
351 Ja und nichtsdestotrotz, das ist ein Strudel der wieder
352 wwwwwd, ach Mist, warum ist das so? Und warum kann das nicht
353 mal hier eine Entspannung längerfristig geben? Und dann habe
354 ich aber dieses Bild geguckt und hab gedacht "naja, ich bin
355 wieder an die Oberfläche gekommen und fühlte mich wie ein
356 Delfin und sah das glitzernde Wasser und das war wieder
357 freundlich und gut". Ich muß, was heißt ich muß, ja, es kann
358 einfach immer wieder passieren. Das ist eben ganz schön,
359 diese Bilder zu haben und einfach zu wissen, ja, es kann
360 mich mitreißen und wieder durcheinanderwirbeln und dann
361 kommt es aber auch wieder in ruhigere Gewässer, so.

362 #00:33:12-7#

363 I: Und das Gute ist, ein Bild davon zu haben, ja?
364 #00:33:17-9#

365 B: Ja, das habe ich gemerkt, auf jeden Fall. #00:33:23-0#

366 I: Also ein inneres Bild oder auch eines, was Sie gemalt
367 haben? Das ist wahrscheinlich das Gleiche? #00:33:28-2#

368 B: Das ist wahrscheinlich der Anstoß, diese gemalten Bilder
369 und dann kommt intensiv wieder dieses Gefühl, was ich hatte.
370 Und das passiert mir nicht, wenn ich nur die Musik höre.

371 #00:33:44-9#

372 I: Die Sie auch hatten? #00:33:51-1#

373 B: Die ich ja, genau. Also das hat auch nochmal, es ist
374 einfach eine Momentsache. #00:34:04-1#

375 I: Mit der Musik? #00:34:03-3#

376 B: Mit der Musik, was da wie hochkommt oder (..) für Gefühle
377 dazukommen, so. (.) Wenn ich die Aufzeichnungen, Sie haben
378 das ja aufgeschrieben, wenn ich die dazu lese, ist es mir
379 nicht immer, aber manchmal gelungen, so diese Reise, das

380 Bild und die Musik übereinzukriegen. #00:34:37-8#

381 I: Ah, ja. #00:34:39-2#

382 B: Aber manchmal eben auch nicht. Dann habe ich gedacht "wo
383 habe ich denn das jetzt irgendwie empfunden?". #00:34:50-7#

384 I: Ja. #00:34:49-2#

385 B: Gerade dieses eine Bild, wo so ganz viel passiert ist, wo
386 die Wasserfontäne, die habe ich noch entdeckt irgendwie und
387 dann war ich ja im Wald (lacht etwas) und dann Kirschen
388 essen und dann war ich irgendwie im Ballsaal mit diesem
389 Kleid und in der Höhle dann, wie so eine Kathedrale und dann
390 in so einer Höhle, dann war ich mit einem Mal in so einer
391 Berghöhle und bin da runtergeklettert durch diese ((unv.),
392 dann bin ich mit dem Fahrrad gefahren, da war ja soviel
393 drin, wo ich dachte "wow", ich finde das Bild wunderschön
394 und ich weiß noch, dass da ganz viel passiert ist, aber das
395 habe ich mit der Musik überhaupt nicht mehr (lacht etwas)
396 übereingekriegt.#00:35:38-9#

397 I: Okay, ja. Wäre das wichtig für Sie jetzt, dass Sie die
398 Reise wiederholen könnten? #00:35:49-4#

399 B: Nee. #00:35:49-2#

400 I: Oder ist es einfach spannend und ein Interesse?
401 #00:35:50-6#

402 B: Ja, ich fand es einfach nur spannend. Weil ich hatte mir
403 gedacht, wenn ich das Bild vor Augen habe und den Text habe,
404 dann müßte ich eigentlich das mit den Musikstücken so
405 übereinkriegen, aber ich war dann meistens schon weiter oder
406 irgendwie so, ja. #00:36:14-6#

407 I: Ja. #00:36:15-8#

408 B: Dann habe ich gedacht "ja, das ist einfach die aktuelle
409 Situation, in der ich das erlebt habe, dass diese Bilder so
410 gekommen sind". #00:36:28-5#

411 I: Ja, Mhm (bejahend). Und dass da so viele Bilder waren in
412 der Reise, wie war das für Sie? #00:36:37-8#

413 B: Das war wie so ein Bilderbuch irgendwie. #00:36:40-9#

414 I: (lachend). #00:36:40-4#

415 B: (lachend) ja, das war die vorletzte Reise, war aber auch
416 schon länger her. (.) Ja, da hab ich gedacht, dass ich da
417 wohl irgendwie viel erlebt habe oder da war viel los oder
418 dass das so wirklich abwechslungsreich war. Innerhalb eines
419 Musikstückes muß auch ganz viel passiert sein, verschiedene
420 Sachen so. #00:37:21-5#

421 I: Und geben Sie dem eine Bedeutung oder können Sie das?
422 Oder ist es einfach eine Feststellung, das kann ja auch
423 erstmal sein? #00:37:32-0#

424 B: (8) Ich weiß jetzt nicht mehr genau das Datum, aber
425 vielleicht war es auch in dieser Phase, wo ich mir auch viel
426 Gedanken gemacht habe über gehe ich jetzt in Rente oder noch
427 nicht und so, was mache ich da? Dass mir da auch viele Dinge
428 im Kopf waren, ich könnte dies und das und jenes machen.
429 Vielleicht, das weiß ich jetzt nicht, von der Zeit her, ob
430 das passt. Aber vielleicht könnte ich mir so vorstellen.
431 #00:38:10-3#

432 I: Das heißt, dann wären diese inneren Bilder wie so ein
433 Spiegel der äußeren Situation oder wie würden Sie das
434 nennen? #00:38:17-6#

435 B: Ja, ja. Spiegel auf jeden Fall der aktuellen Situation,
436 womit ich gerade beschäftigt bin oder was in mir ist. Das
437 Einzige, wo ich sagen würde, düster stimmt nicht, aber so
438 dunkel gehaltenes Bild ist das, wo ich versucht habe
439 rauszukriegen, ein Bild zu finden für meinen Darm durch
440 diese Meditation war das doch, diese Darmmeditation.
441 #00:38:59-9#

442 I: Aus der Reha oder? #00:38:58-0#

443 B: Aus der Reha genau. #00:39:01-4#

444 I: Diese hypotherapeutische Übung? #00:39:07-5#

445 B: Ja, wo da die in der Anleitung gesagt hat, es könnte eben
446 sein, Zulauf oder im Fluss und dann geht es da rein und
447 raus. Und ich immer und sie angeregt hat, man solle sich
448 selber ein Bild dazu machen. Und das hat mir ja absolute
449 Probleme bereitet. #00:39:29-5#

450 I: Also selber ein Bild zu was, zu? #00:39:35-6#

451 B: Zu Visualisieren sozusagen, um in dieser Mediation mit
452 dem Darm in Kontakt zu treten oder dadurch, dass man ein
453 Bild hat, so habe ich das in Erinnerung, war das glaube ich
454 gemeint. Und das ist mir ja irgendwie nicht gelungen. So ein
455 richtiges Bild für meinen Darm (.) zu finden (.), ihn
456 sozusagen damit zu fassen oder zu beeinflussen ist ja
457 sowieso nicht so wirklich möglich. #00:40:22-7#

458 I: Aber was wäre Ihr Wunsch gewesen mit dem Bild? Was hätten
459 Sie sich gewünscht? #00:40:28-2#

460 B: Dass ich wirklich, so eine, ja, wie nennt man das, meinen
461 Darm in irgendeiner Form zu visualisieren als, da kommt was
462 rein, da wird was verarbeitet, da geht was raus und da ein
463 gutes Bild zu finden, übertragen. (.) #00:40:57-6#

464 I: Mit der, also? #00:41:01-4#

465 B: Mit der Vorstellung, wie könnte das sein? #00:41:07-2#

466 I: Was hatten Sie sich erhofft von dem Bild? #00:41:10-6#

467 B: Dass ich, in irgendeiner Form einen (...) besseren Zugang
468 zu meinem Darm kriege. Eine Verbindung oder wie auch immer,
469 zweites Gehirn, komme ich nicht ran (lachend). #00:41:32-0#

470 I: Und das war irgendwie sehr verstört diese Zugang?
471 #00:41:39-0#

472 B: Ja, da ist nix (lachend). Und das hat mich lange ja
473 beschäftigt und hab dann versucht, über diese Musik einen
474 Zugang zu finden und da habe ich ja dieses Meer und
475 versucht, diese Wellen, keine aufgewühlte See, aber eben so
476 Wellen und die so plätschern und die aber in Bewegung sind,
477 so das war das. Aber mein Darm mit Meer, das war auch nicht
478 das Richtige, das war einfach, das passte nicht,
479 letztendlich. Da bin ich auch immer in diesem Bild am
480 Strand, hängengeblieben. Da waren auch wieder Steine
481 (lachend) und da hab ich mich auf die Steine gesetzt und hab
482 auf das Meer geguckt und ich glaube, das war so eine
483 Ratlosigkeit, ich hätte das Bild gerne gehabt, aber es
484 passte nicht. #00:42:41-2#

485 I: Ja. In dieser Reise, hat sich kein Bild entwickelt, was
486 für Sie da stimmig war? #00:42:49-6#

487 B: Das stimmt, genau, das war ein schönes Bild, das war mit
488 dieser Glocke, wo ich diesen Rahmen noch malen wollte, wo
489 der Sternenhimmel war und ich mich ja auch beschützt fühlte,
490 aber irgendwie wirklich nicht diesen Zugang oder diese
491 Verbindung zum Darm herstellen konnte, was ich mir erhofft
492 hatte. #00:43:18-2#

493 I: Sondern es gab eine Ratlosigkeit? #00:43:22-2#

494 B: Ja. #00:43:23-3#

495 I: Und das war ja nicht so hilfreich oder wie würden Sie das
496 einordnen? Reise? #00:43:28-2#

497 B: Ach, ja, naja, das hat mir schon gezeigt, dass ich
498 irgendwie zu meinem Darm ein gestörtes Verhältnis hab
499 oder..., ja. Ja, wo ich auch das Gefühl habe, ich habe immer
500 Durchfall und bei dieser blöden Darmspiegelung konnte ich
501 einfach nicht abführen richtig und hab das dann, hat sie
502 abgebrochen die Darmspiegelung. Und dann hab ich weiter
503 abgeführt noch mit so einem extra starken Zeug mit viel
504 Trinken und anrühren und bla und nächsten Tag war es immer
505 noch verschmutzt, aber das konnte sie dann spülen und konnte
506 was sehen, was sie vorher nicht.. Und da hat sie also
507 gesagt, ich hab einen extrem trägen Darm und meine
508 Durchfälle, die vermeintlichen würden eher von der
509 Verstopfung herkommen, wenn die sich zersetzen und dann eben
510 so. Und das war wieder so eine Ratlosigkeit, das war so,
511 jetzt nach diesem ganzen Dings hab ich also wieder Durchfall
512 und es kommt immer viel, wo ich so denke, da ist keine, da
513 war gar keine Zeit für Verstopfung. Und ich kenne das so
514 gut, das geht so weiter. Ja, Ratlosigkeit dann, also das ist
515 geblieben. Das ist mir aber auch nochmal so deutlich
516 geworden, da war das schon, das war ja auch irgendwie
517 vielleicht anfang sechzehn irgendwie sowas. #00:45:25-7#

518 I: Das heisst, das hat gefehlt, dass Sie hier in der
519 Musiktherapie diese Ratlosigkeit gelöst hätten oder?

520 #00:45:32-7#

521 B: Ja, das war mir irgendwie nicht klar, weil ich dachte,

522 also gut, ich hab kein Bild dafür gefunden für diese

523 Meditation und ja gut, dann ist es so. (.) Das ist jetzt

524 sozusagen nochmal neu aufgetaucht. Ich dachte jetzt, ich

525 wäre jetzt ganz gut mit dem klargekommen, mit meinem Darm

526 so, hab mich eingerichtet sozusagen. Ja nun kommt wieder

527 (lachend), ja, es ist immer wieder, immer mal ein Strudel

528 sozusagen, das ist kein ruhiges Gewässer. Aber das ist halt

529 auch was, was ich dann durch diese Beschäftigung damit für

530 mich erfahren habe durch die Therapie, dass es immer wieder

531 Strudel geben kann und dass ich aber immer wieder an die

532 Oberfläche kommen werde und wird schon gut. #00:46:40-8#

533 I: Aber die Ratlosigkeit bleibt irgendwie? #00:46:46-1#

534 B: Ja. (10) ja, (pustet aus) vielleicht ist das auch etwas,

535 was ich so akzeptieren muß, dass das so ist, dass ich direkt

536 nicht mit meinem Darm in Kontakt treten kann. (10), ja, das

537 ist ja auch was, was man vielleicht oder was ich einfach

538 erfahren kann oder habe und (..) und mich entweder damit

539 arrangiere oder das für mich nochmal angehe. #00:48:00-6#

540 I: Haben Sie da eine Idee, wie Sie es angehen könnten oder

541 würden, wenn Sie doch mal? #00:48:07-9#

542 B: (pustet intervallartig aus) (6) Ich habe diese

543 Darm-Meditation oder so hab ich ja lange nicht mehr gemacht

544 (..), vielleicht könnte ich da nochmal mit was probieren

545 (lacht etwas). #00:48:43-7#

546 I: Und wenn Sie nochmal den Unterschied benennen von der

547 Darm-Meditation, was ist da anders im Vergleich zu der

548 Reise, zu dem gleichen Thema vielleicht ? Also vielleicht

549 ist es nochmal spannend, ein unterschiedlicher Ansatz

550 vielleicht. #00:49:03-1#

551 B: Also diese Reisen (.) waren für mich konkreter. Die

552 Meditation ist ja so eine Anleitung. Und ich hab gemerkt,

553 dass ich auch so ein Problem hab, da aufmerksam zu bleiben.

554 Das hatte ich nie mit der Musik, da waren immer ganz viele

555 Bilder einfach da, die gekommen sind und da muß ich
556 wirklich, ich bin da auch öfter weggedöst und ups, da fehlt
557 mir ein ganzes Stück. Und von daher habe ich immer gedacht,
558 das ist irgendwie nicht so meins. (..) Also hier war ich
559 immer aufmerksam, also bin ich nie weggedöst oder. (10)
560 #00:50:16-6#

561 I: Aber es zieht Sie ja etwas dahin oder Sie haben das
562 Gefühl, es ist doch was, was für dieses Thema hilfreich sein
563 könnte in der Meditation. #00:50:27-7#

564 B: Naja (lacht etwas), mein Darm ist irgendwie so eine
565 Schwachstelle, dass ich irgendwie natürlich versuche,
566 vielleicht damit nochmal daran zu kommen. #00:50:43-4#

567 I: Ja. Aber Sie können es nicht gerade sagen, was da das
568 Besondere oder ja? #00:50:55-4#

569 B: Ich fand das am Anfang, nein, anders, ich hab das in
570 Erinnerung, also diese Frau, die das besprochen hat auch,
571 war ja in der Klinik und wir hatten bei ihr diese, sie hat
572 das nicht Meditation genannt, wie hat sie es denn genannt?
573 #00:51:15-9#

574 I: Was denn? Hypotherapie? #00:51:17-9#

575 B: Ja, Darm-Hypnose hat sie das genannt. Das habe ich
576 bestimmt drei Sitzungen gemacht. Da war sie ja life da. Und
577 das war was Anderes nochmal, da bin ich aufmerksamer
578 gewesen, das weiß ich, aufmerksamer, als wenn ich hier die
579 Stöpsel im Ohr hab und die Stimme. (..) Aber es war nie so,
580 dass mir jetzt da so richtig Bilder gekommen sind. Ganz
581 anders als mit der Musik. (..) Und das hat sie auch immer
582 angeregt, so sich Bilder zu suchen oder was zu empfinden.
583 (.) Der eine, der war völlig, oh, der weiß ich nicht, der
584 Gruppe nicht gesagt, er hat tierische Sachen gesehen und er
585 mußte sie unbedingt hinterher nochmal sprechen, so, also
586 ganz unterschiedlich, wo ich gedacht habe, (pustet aus), bei
587 mir war nix (lacht etwas) #00:52:31-8#

588 I: Okay, ja. #00:52:33-9#

589 B: Ja, vielleicht ist es einfach nicht meins. Von der Musik

590 her würde ich sagen, das ist schon meins und die Erfahrung
591 da, dass ich mich nicht nur damit bewegen kann, sondern auch
592 nach innen gehen kann, also da hat sich ja ganz viel bewegt,
593 innen, nee, ach, (..), wenn ich mich zur Musik bewege, ist
594 ja auch ganz viel innen. Da ist ja auch ein Ausdruck dabei,
595 der von innen kommt, von daher sind da ja auch Bilder, nur
596 dass ich die benannt habe oder wenn ich sie gemalt habe,
597 dann habe ich das so konkretisiert. Aber sonst setze ich ja
598 auch meine Gefühle um, wenn ich Musik höre, in Bewegung so.
599 #00:53:37-7#
600 I: Also halt Überschneidungen? #00:53:39-0#
601 B: Ja, ja. (15) #00:53:57-9#
602 I: Und Sie haben ja auch gespielt oder? #00:54:02-9#
603 B: Ja. #00:54:02-9#
604 I: Das war ja das Hören und Imaginieren das eine und Spiel
605 kam auch vor. Wie war das, was erinnern Sie da? #00:54:09-2#
606 B: Also da (.) erinnere ich natürlich hier diese Kugeln.
607 #00:54:17-8#
608 I: Ocean Drum. #00:54:19-0#
609 B: Ja, wenn ich, ich weiß noch, dass ich diese hier richtig
610 gerüttelt habe und richtig Krach gemacht habe und da habe
611 ich das Gefühl, das habe ich gut gebraucht, auch eben diese
612 Gong-Geschichten und auch die Big-Bum, ich hab das Gefühl,
613 ich brauch da so richtig Resonanz oder so (zieht die Luft
614 ein), das tut gut. #00:54:49-4#
615 I: Also Resonanz in was für einem Sinn? #00:54:52-2#
616 B: Im Sinne von laut und von Wellen, die meinen Körper
617 erreichen. #00:55:01-9#
618 I: Und Resonanz auf was? Vielleicht muß man so fragen.
619 #00:55:04-9#
620 B: Resonanz auf was? #00:55:08-2#
621 I: Das machen die ja nicht einfach so (lachend) #00:55:14-8#
622 B: Nee (lachend) (.), Resonanz auf natürlich meine innere
623 oder ne, meine Energie, die ich habe, die in mir ist oder
624 die so, dass ich die rausbringen oder übertragen möchte und

625 dann auch wieder von dem Instrument zurückhaben will. So
626 dieses beides: ich geb was ab und möchte aber auch wieder
627 was zurückhaben so. Diese Wellen oder auch hier dieses,
628 einfach dieses Geräusch, dieses laute: ahhh, so wie so ein
629 duuuuuw, das geht so einmal so durch. #00:56:14-8#

630 I: Und ist es das Gleiche, also was Sie rausgeben und
631 zurückbekommen? Was könnte man sagen? #00:56:23-6#

632 B: Nee, das ist ja nicht das Gleiche. (.) Also diese big
633 Bum, die hat mich sozusagen, wenn ich da gespielt habe,
634 diese dunklen Klänge, die haben mir gut getan, die haben
635 mich beruhigt so. (.) Und das war ja ganz unterschiedlich,
636 hier diese, nee, die haben mich eigentlich auch beruhigt,
637 weil da habe ich was rausgelassen so. #00:56:56-6#

638 I: Die Ocean Drum. #00:56:56-6#

639 B: Ja, die Ocean Drum, genau, die Ocean Drum, ähm, die hat
640 mich ja letztendlich auch beruhigt. Da hatte ich das
641 Gefühl, da konnte ich gut so eine Spannung ablassen.
642 #00:57:14-2#

643 I: Ah, ja, was haben die denn beruhigt, was haben sie
644 vorgefunden oder was hat Sie dazu greifen lassen?
645 #00:57:25-1#

646 B: (.) Ja, das kann ich vielleicht, wenn ich das mit der
647 Stimme vergleichen würde, würde ich sagen, ist das ein
648 schreien, so ein kreischen mal so loslassen AAAHHHHH, so
649 rrrrrrH. #00:57:47-1#

650 I: Und das haben Sie mitgebracht in die Stunde, das
651 Bedürfnis? Oder wie ist das? #00:57:54-1#

652 B: Also nicht bewußt, aber dadurch, dass ich dazu gegriffen
653 haben, denke ich, war eine innere Spannung da, die ich
654 irgendwie rauslassen wollte dann. #00:58:08-5#

655 I: Und das ist irgendwie geglückt anscheinend? #00:58:14-1#

656 B: Ja, ja, das ging mit dieser Ocean Drum super gut.
657 #00:58:15-9#

658 I: Und die Beruhigung als Folge, wenn man es so?
659 #00:58:23-1#

660 B: Ja, da ist ja auch der Versuch, da ganz stille zu halten
661 und dann auch nur eine Kugel sich bewegen zu lassen. Das ist
662 dann diese Entspannungsphase dazu, dieses ganz Beruhigende.
663 Das war so schön zu merken, dass das beides geht mit dem
664 Gerät, nein Instrument. #00:58:52-3#

665 I: Und, was macht diese Kugel so beruhigend, man könnte
666 sagen, war eine Kugel, die hin- und herrollte, wenn man es
667 neutral betrachtet? Es war ja irgendwas ist da ja passiert
668 anscheinend? #00:59:02-4#

669 B: Ja, aber auch mein Körper oder auch diese Ocean Drum
670 reagiert ja auf kleinste Bewegungen oder Zuckungen oder wie
671 auch immer und die so zu halten, dass eben sich keine Kugel
672 bewegt und dann versuchen, dass sich so eine in Bewegung
673 setzt, das hat was Faszinierendes finde ich, sowas (..), wie
674 soll ich das denn nennen jetzt? Dieses ganz langsame
675 fließende hat sowas völlig entspanntes finde ich. (..) Ja.
676 #00:59:57-7#

677 I: Und dann sind Sie hingekommen oder? #00:59:59-8#

678 B: Ja, also sozusagen den Strom abzulassen und dann diese,
679 es ist ja auch eine gewisse Form, also so eine schöne
680 Energie einfach, die ich dann aufgenommen hab so (.) durch
681 dieses leichte bewegen, das gibt ja ganz viel mir (lachend).
682 #01:00:31-6#

683 I: Leichtes Schönes oder? #01:00:32-8#

684 B: Ja, dieses einfach dieses Tragende und dieses ganz ruhige
685 und entspannte versuchen, so wirklich so wenig wie möglich,
686 aber doch was in Bewegung zu bringen. #01:00:57-0#

687 I: Das hatte eine Bedeutung oder? #01:01:00-0#

688 B: Ja, (.) ich nenn das jetzt mal so eine Energie so, so
689 eine Power, ach, Power, so eine kräftige Energie und dann so
690 dieses Zurücknehmen und ganz sachte in das Gegenteil zu
691 gehen, aber immer noch Energie zu haben, so das fand ich
692 spannend. #01:01:34-2#

693 I: War das neu? Oder war das was, was Sie kannten und
694 nochmal neu umgesetzt haben? #01:01:41-1#

695 B: In dieser direkten Kombination war das neu (.), da ich ja
696 Thai Chi und Qi Gong mache, bin ich ja auf fließende
697 Bewegungen eingestimmt, will ich mal sagen und bin ja selten
698 jemand, die jetzt laut wird, diese Ocean Kugeln da schütteln
699 und donnern und so. Und dieser Gegensatz war ganz schön.
700 Also dies auch mal zu machen. #01:02:23-1#
701 I: Das Schütteln. #01:02:22-3#
702 B: Das Schütteln und dann aber auch wieder in diese Ruhe zu
703 kommen und (.), ja, das ist meins, so diese Ruhe.
704 #01:02:38-8#
705 I: Ja. #01:02:47-2#
706 B: (8). #01:02:48-7#
707 I: Dafür stand besonders die Ocean Drum oder? #01:02:50-0#
708 B: Ja, genau, das war sehr schön. Und die Big Bum, das ist
709 einfach dieser tiefe Klang, der ist einfach so schön, finde
710 ich. Also das hat auch was Beruhigendes für mich und ist
711 (8) ist ja auch so variabel mit den Klöppeln, verschiedenen
712 Klöppeln auszuprobieren und draufzusitzen, davorzustehen und
713 da habe ich mich ja auch gerne zu bewegt so, wenn wir
714 gespielt haben. Das war was ganz Beruhigendes für mich auch.
715 Und da kommt so ein Gefühl für mich rüber, ach, (.) ja, da
716 ist so die Welt in Ordnung bei diesen Trommeln so.
717 #01:04:00-1#
718 I: Ja? #01:04:01-1#
719 B: Ja. #01:04:02-3#
720 I: Und die Welt in Ordnung heißt (lachend)? #01:04:08-5#
721 B: Wohlfühlen, ja. Da war jetzt kein schwarzer Fleck.
722 #01:04:16-2#
723 I: Ja. Also was brauchen Sie zum Wohlfühlen? #01:04:21-6#
724 B: Big Drum (lachend) #01:04:26-9#
725 I: Ja (lachend). #01:04:31-1#
726 B: Ja. (.) Ja, das ist auch wirklich, naja, ich beweg mich
727 ja sowieso gerne, aber das war, da konnte ich so fließend
728 irgendwie so einen Rhythmus kriegen. Da habe ich auch ein
729 sehr schönes Bild gemalt. Das kriege ich allerdings nicht

730 mehr zusammen. Ich hab ja auch die Big Drum.. #01:05:09-8#
731 I: Aufgenommen oder? #01:05:07-8#
732 B: Ja, genau, aufgenommen. (lachend) Das kriege ich wirklich
733 nicht so überein. #01:05:18-1#
734 I: Sie haben es in der nächsten Stunde gehört und Sie haben
735 was dazu gemalt oder? So war es glaube ich? #01:05:25-4#
736 B: War es nicht direkt danach? #01:05:26-8#
737 I: Vielleicht auch direkt danach, aber so im Anschluß?
738 #01:05:29-5#
739 B: Ja, das weiß ich nicht mehr. Aber ich weiß das Bild noch
740 und ich hab auch so ein Gefühl dafür, aber als ich das
741 angestellt hab und gehört hab, hab ich gedacht "hm, naja".
742 (lachend) #01:05:41-2#
743 I: Ja, was war da los? (lachend) #01:05:45-2#
744 B: Ja, was war da los? Ich finde, das ist ja ein sehr
745 fröhliches Bild und ganz bunte Farben. #01:05:55-1#
746 I: Können Sie kurz beschreiben, was Sie gemalt haben? Nur
747 kurz skizzieren, also bunte Farben. #01:06:00-4#
748 B: Also da kommt so eine blaue Wolke, so eine Wolke, kennen
749 Sie das Bild, dieses Emoti, wo einer so bläst mit
750 aufgeblasenen Backen, so den Wind darzustellen und dann so
751 eine Windwolke da so raus, so was kommt da aus der rechten
752 oberen Ecke rausgefegt. Und dann sind aber richtig klare
753 Farben mit grün und gelb. Dann hab ich unten so einen roten
754 Punkt oder wie so ein Wollknäuel ist das, der sich so
755 aufrollt. Also dieses ganze Blatt ist ausgemalt mit richtig
756 kräftigen bunten Farben. #01:06:51-3#
757 I: Wissen Sie noch Ihr Gefühl beim Malen? #01:06:52-2#
758 B: Ja, das war, das fällt mir jetzt auf zufrieden dieses
759 Bild, zufrieden. #01:07:02-8#
760 I: Ach ja. #01:07:04-3#
761 B: Was auch so dieses Big Drum, dieses Gefühl zu diesem
762 Instrument ist so. Das ist so (.) zufrieden so "ahhh ja".
763 #01:07:22-7#
764 I: Und als Sie gehört haben, nochmal was Anderes oder was

765 Sie vorhin andeuteten? (lachend) #01:07:30-4#

766 B: Ja, es ist glaube ich von der Aufnahme, es ist so dumpf,
767 so ein bisschen, also das hat nicht so diesen vollen Klang,
768 den ich so damit verbinde, ja. #01:07:44-0#

769 I: Anders, wenn man selber spielt, als wenn man es aufnimmt.
770 #01:07:47-1#

771 B: Genau so, das hat so ein Volumen einfach, das geht weg
772 eine Aufnahme. Ja, Volumen, das ist auch, dieses Bild hat
773 Volumen irgendwie, in Farbe und Form irgendwie.
774 #01:08:10-3#

775 I: Und das hat zufrieden gemacht? #01:08:14-4#

776 B: Ja, das hat richtig zufrieden gemacht. #01:08:15-5#

777 I: Dieses Wohlgefühl. #01:08:14-8#

778 B: Ja. #01:08:17-4#

779 I: Dass Sie sich so fühlen. #01:08:25-4#

780 B: Naja, dann mein Gong-Erlebnis, einfach, dieses richtig so
781 wsch raufhauen auf die Mitte des Gongs so zack und so diese,
782 da merke ich ja diese Druckwelle, die so durch den Körper
783 richtig oah, einmal von unten nach oben so durchsaust und
784 hahhhh, phhhhh, das war... #01:08:57-3#

785 I: Angenehm oder nicht angenehm, das kann jetzt beides sein
786 (lachend)? #01:09:00-9#

787 B: Ja, ich fand es faszinierend, ja, es hat ganz viel
788 aufgewühlt, das war inzwischen habe ich dann (.) und mir,
789 also ich konnte gar nicht aufhören zu weinen, die Tränen,
790 also ich hab richtig geschluchzt und hatte so das Gefühl,
791 das ist so durch meinen Bauch gegangen und ich hab da noch
792 gesagt, dass ich so eine Trauer hat, weil mein Bauch so
793 verwüstet ist oder in meinem Bauch das so verwüstet ist,
794 sowas. Alles mir fehlt in meinem Körper so. Aber trotzdem
795 war dieses Gefühl einfach großartig, so dass, ich hatte das
796 Gefühl, das das wirklich ganz tief sitzt dieses Gefühl und
797 diese Trauer und die Welle einfach so hochgebracht. Und das
798 hatte auch was Befreiendes. (..) Also das war sehr
799 beeindruckend und sehr faszinierend und sehr großartig.

800 #01:10:29-9#
801 I: Dass die Musik Sie im Bauch erreicht oder Kontakt her?
802 #01:10:38-7#
803 B: Ja, ja, ja, genau. #01:10:41-8#
804 I: Das war ja hier im Klangstuhl auch ein Thema?
805 #01:10:44-5#
806 B: Genau. #01:10:45-7#
807 I: Können Sie das nochmal vielleicht? #01:10:50-2#
808 B: Der Klangstuhl war ja das allererste Mal sowieso, als ich
809 da gesessen habe. Das war nach meiner Darmoperation, wo auch
810 eben die Gebärmutter entfernt wurde. Da dieser Klangstuhl
811 auch in meinen Bauch, wie sagt man, angekommen ist, die
812 Klänge. #01:11:23-5#
813 I: Ja, wie haben Sie das wahrgenommen, dass es angekommen
814 ist? #01:11:26-3#
815 B: Dass das so eine Resonanz war und dass ich das Gefühl
816 hatte, es ist ein Hohlraum in meinem Unterbauch und ich ja
817 zum ersten Mal überhaupt dann drüber nachgedacht hab, ach
818 ja, meine Gebärmutter ist ja auch entfernt, nicht nur mein
819 Darm, der immer im Vordergrund stand, ist zur Hälfte mein
820 Dickdarm entfernt worden, sondern auch meine Gebärmutter ist
821 entfernt worden. Und das war noch so dieses Gefühl, ach ja,
822 da ist jetzt Platz, da ist ein Hohlraum. Wir haben ja öfter
823 Klangstuhl gemacht und das war danach nie wieder so.
824 #01:12:18-4#
825 I: Ja, wie haben Sie den denn erlebt den Hohlraum oder was?
826 #01:12:25-1#
827 B: Das waren die tiefen Töne unten und die hatten dort wie
828 so einen Resonanzkörper im Bauch. Mein Bauch war der
829 Resonanzkörper, so. Das vibrierte innen. #01:12:42-4#
830 I: Wie war das? #01:12:44-4#
831 B: Das fand ich auch großartig. Und ich denke, der Darm, der
832 Dünndarm hat sich da jetzt so breitgemacht und alles
833 ausgefüllt, dass da keine Resonanz mehr möglich war in den
834 nächsten Sitzungen. #01:13:04-2#

835 I: Sie haben weiter danach gesucht, der Resonanz, damit Sie
836 den Bereich spüren? #01:13:08-6#

837 B: Also das habe ich dann im oberen Bereich, so im Kopf
838 hatte ich das, dass ich da noch was wahrgenommen hab als
839 Resonanzkörper und diese leichten oberen Töne. Das fand ich
840 sehr angenehm, dass mir diese oberen klaren Töne so den Kopf
841 freigemacht haben vom Gefühl her. #01:13:43-4#

842 I: Von was freigemacht? #01:13:44-3#

843 B: Von allen Gedanken, einfach dieses herrlich nur dieses
844 Wahrnehmen der Töne, die so leicht waren und dies Gefühl
845 eben loszulassen, nichts zu denken, so. Das war, das
846 verbinde ich so mit dem Klangstuhl, dass irgendwo im Körper
847 was reagiert und, ja. (.) Da ist auch so ein wunderbares
848 Gefühl, so eingesponnen zu werden von der Musik.
849 #01:14:35-9#

850 I: In dem Klangstuhl ja? #01:14:36-4#

851 B: In dem Klangstuhl, ja. Anders, wir haben ja auch eine
852 Sitzung gemacht mit dem Körper, mit der Trambura.
853 #01:14:46-3#

854 I: Mit der Trambura, genau. #01:14:46-0#

855 B: Mit der Trambura und das war einfach super angenehm, weil
856 ich hab das einfach gerne, wenn ich das spüre am Körper
857 direkt so, diese Schwingungen. Aber beim Klangstuhl ist es
858 noch so ein bisschen ins gesamt da so eingehüllt zu sein.
859 #01:15:13-3#

860 I: Und das ist auch was, was lebendig war? #01:15:18-1#

861 B: Ja, das ist wunderbar, finde ich. In Klang eingehüllt zu
862 sein, herrlich. #01:15:22-5#

863 I: (lachend) ja? #01:15:22-3#

864 B: Ja, ja. #01:15:25-9#

865 I: Ja, was macht das? #01:15:29-8#

866 B: Ich glaube das ist so wirklich dieses für mich, diese
867 Gedanken auszuschalten und einfach nur wahrzunehmen und zu
868 fühlen, das ist, ja, das ist das Angenehme, Wunderbare.
869 (...) Ja, von daher habe ich das Gefühl, ja (...) finde ich

870 es angenehm, immer eine, wie sagt man das große Resonanz
871 haben zu wollen, so, dass ich das im Körper spüre. Das ist
872 ja nochmal anders, wenn ich dann selber auf der Big Bong
873 spiele, wenn ich darauf sitze, dann merke ich natürlich auch
874 am Körper. Aber das hat mich gar nicht mal so gereizt, da
875 habe ich lieber mich bewegt dazu. Aber so beim Klangstuhl
876 dieses eingehüllt sein in Klänge (lachend). #01:16:49-5#
877 I: Eingehüllt und das spüren, die beiden. #01:16:54-6#
878 B: Ja, diese beiden Sachen, die eben wirklich dann alles
879 unwichtig werden lassen und einfach nur spüren und
880 wahrnehmen der Klänge, das ist so entspannend und angenehm
881 und (...) wie sagt man das, loslassen können, ja.
882 #01:17:26-8#
883 I: Also Dinge, die aufreibend sind oder loslassen
884 unangenehme Sachen oder auch? #01:17:34-6#
885 B: Überhaupt, ob es nun das Alltägliche sind, ob das Sorgen
886 sind oder Ängste, das einfach nur wahrnehmen und spüren so,
887 ja. (...) Ja, das finde ich schon, ist schon was ganz
888 Besonderes, was die Musik bewirken kann. #01:18:06-6#
889 I: Ja. #01:18:10-4#
890 B: Und das ist ja so hm, (...) ja, erlösend auch einfach,
891 so gar nichts zu denken, zu sehen, sondern einfach nur zu
892 spüren. #01:18:30-1#
893 I: Ja, was meinen Sie mit erlösen? Das ist spannend?
894 #01:18:36-7#
895 B: Ja, so hm (..) ach, so dieses Gefühl, dieses so (atmet
896 tiefer aus) alles weglassen können und nur so ach, spüren
897 und das ist einfach ähm (.....) so beschützt zu werden von
898 Klängen, umhüllt und geschützt zu werden und nichts sonst
899 so, gerade dass ich atmen muß, aber sonst muß ich gar nichts
900 (lacht etwas). #01:19:19-8#
901 I: (lacht etwas) hm. #01:19:27-9#
902 B: (...) Ja und eben auch diese, das sind ja wahnsinnig
903 vielfältige Varianten, die die Musik bietet, ob es die Reise
904 ist, ob es was selber spielen ist, ob es bespielt werden

905 ist. Und das ist so je nachdem, was für eine Stimmung in mir
906 ist, war es ja immer, konnten wir was Passendes aussuchen
907 so. #01:20:05-2#

908 I: Ja. Und das war ja für Sie auch was Vertrautes, das
909 selbst auf Ideen kommen, oder war das? #01:20:16-0#

910 B: Ja, ich spiele ja kein Musikinstrument und wie gesagt,
911 Musik ist hauptsächlich, also wenn ich Musik höre, fange ich
912 eigentlich an zu tanzen oder mich zu bewegen, sagen wir so.
913 Und von daher war das nochmal eine ganz andere Erfahrung.
914 (...) Ja und das war schon großartig. Und was ich noch
915 sagen wollte, war dass ich das auch spannend fand, wenn wir
916 zusammen gespielt haben, also mit noch einem anderen
917 Instrument und dazu, das war auch einfach nochmal anders, in
918 Kontakt zu sein mit jemand anders oder mit einem anderen
919 Instrument. #01:21:14-4#

920 I: Ja, was war das Spannende oder was ist dann passiert
921 oder? #01:21:19-8#

922 B: Das ist ähm, (.) ja, eben nicht nur auf mich selbst zu
923 achten, sondern da ist noch was und da kommen nochmal andere
924 Möglichkeiten und andere Varianten rein so in dem, in dem
925 Zusammenspiel. #01:21:42-2#

926 I: Könnte ja auch stören, also jetzt was für mich spielen
927 und jemand dazu? ((lachend) Oder gab es das auch "mensch,
928 jetzt eigentlich will ich jetzt (lachend) mal hier für mich
929 spielen?" #01:21:54-9#

930 B: Nein, störend nicht, aber ich hab manchmal gemerkt, dass
931 ich das ausgeblendet hab, wenn ich irgendwie bei der Big
932 Bong so ganz in mich versunken war sozusagen. Dann hab ich
933 so gemerkt oder irgendwann gemerkt ach, da ist ja noch
934 jemand. Und dann habe ich wieder angefangen, was aufzunehmen
935 oder irgendwie sowas. #01:22:17-9#

936 I: Das heisst, da ging es darum, neue Impulse zu haben,
937 durchs Zusammenspiel auch Anregungen zu bekommen oder? War
938 es das? #01:22:28-6#

939 B: Ja, ja. Auch was aufzunehmen und versuchen, so ähnlich

940 oder genau entgegen zu spielen oder einfach, ja, Anregungen.
941 (.....8) ja (atmet aus) (6). Jedenfalls war ich sehr
942 glücklich, dass sich das mit der Musiktherapie ergeben hat,
943 weil ich das Gefühl hab, ich hab hier soviel Erfahrung
944 gemacht so mit Instrumenten oder eben diese Rückmeldungen
945 auf den Körper oder mit dem Körper. (....) Ja. #01:23:41-3#
946 I: Und das hatten Sie zu Anfang so auch sich gewünscht oder
947 war das ein Zufall oder eher? #01:23:46-5#
948 B: Also ich hab mir das schon gewünscht, weil die
949 Möglichkeit gab es ja und bei dem Einführungsgespräch hab
950 ich dann auch irgendwie gesagt, dass ich das gerne hätte. Es
951 wurde aber auch gesagt, dass sie das Gefühl hatte, Frau H.
952 war das, dass ich, dass mir das auch irgendwie, wie hatte
953 sie es gesagt, dass es zu mir passt oder irgendwie sowas.
954 #01:24:14-7#
955 I: Ach ja, aha. Ja, gut, es hat gepasst (lachend)
956 #01:24:22-5#
957 B: Hat gepasst, hat auf jeden Fall gepasst, ja.
958 #01:24:32-0#
959 I: Und die, also wir können auch gucken, dass wir es heute
960 rund machen, aber was noch eine Frage wäre, mit Musik und
961 Gespräch. Die Musik war was Zentrales, wenn Sie es so
962 erzählt haben. Die Gespräche, war das eine gute Mischung
963 oder gibt es da noch was zu sagen, zu dieser Kombination.
964 Fanden Sie das gut oder hätten Sie das lieber getrennt oder
965 war das für Sie eine Einheit (lachend) ? #01:25:08-6#
966 B: Das war schon eine Einheit, weil das sozusagen, das waren
967 ja immer Momentaufnahmen, so von wie fühle ich mich und was
968 spiele ich oder was hab ich für Gedanken bei einer Reise und
969 die dann auch zu thematisieren, das war ja schon, das
970 gehörte dazu einfach. Und so einiges wird ja dann auch erst
971 während des Gesprächs deutlich. #01:25:47-8#
972 I: Wenn man das reflektiert, was in der Musik passiert ist,
973 ja. #01:25:50-1#
974 B: Ja und von daher, das war eine gute Kombination, auch

975 hatte ich das Gefühl zeitlich irgendwie hat das Eine sowie
976 das Andere genügend Raum gehabt. (.) Ja, ich meine da kommt
977 ja dann alles das, was in mir ist und irgendwie auf Papier
978 oder Instrument übertragen wird sozusagen, dann nochmal in
979 Worte zu fassen, ist ja manchmal nicht so ganz einfach. Und
980 insofern denke ich, ist das aber so auch eine ganz schöne
981 Brücke, so vom Instrument ins Gespräch zu kommen.
982 #01:26:48-6#

983 I: Was ist die Brücke? Das ist die Brücke? #01:26:50-1#

984 B: Ja, das Instrument. #01:26:52-4#

985 I: Oder um es dann zu verstehen oder? #01:26:53-6#

986 B: Das Instrument ist die Brücke, weil oft hätte ich glaube
987 ich Schwierigkeiten, etwas in Worte zu fassen und wenn es
988 aber durch Spielen jetzt irgendwelche Gefühle sind, die kann
989 ich dann vielleicht besser benennen oder erklären oder.. Ist
990 das klar irgendwie so dieses? (...) (lachend) hm (...). Na
991 zum Beispiel, wenn ich diese Ocean Drum genommen hab und
992 mich dann da ausgelassen hab und dann hinterher reflektiert
993 habe, was war da, was hat mich veranlasst jetzt, das genau
994 so zu nehmen, so. Das dann hat es glaube ich für mich
995 einfacher gemacht, daran zu kommen, das in Worte zu fassen,
996 so. #01:28:08-6#

997 I: Ja, dass Sie, was wirklich schwer zu erklären ist
998 (lachend). #01:28:15-9#

999 B: Also ich hab jetzt kein konkretes Beispiel im Kopf, aber
1000 ich kann mich an eine Situation erinnern, wo ich da wirklich
1001 richtig remmidemmi gemacht hab mit den Kugeln so und ähm
1002 (..), also das war das Eine, das abzulassen und dann
1003 überzugehen in das Sachte. Aber dann haben wir sicherlich
1004 drüber gesprochen und ich denke, dass ich das dann einfach
1005 anders in Worte fassen konnte, als wenn Sie mich am Anfang
1006 der Stunde gefragt hätten, wie ist es, oder vielleicht
1007 gemerkt hätten, dass ich irgendwie oder ach, irgendwas
1008 stimmt nicht oder so. Und dass dann in Worte zu fassen
1009 glaube ich, wäre mir schwieriger vorgekommen, als das so.

1010 #01:29:17-8#
1011 I: Als das erstmal zu erleben und dann (..) über dieses
1012 Erleben und den Ausdruck, was in der Hand oder im Ohr zu
1013 haben? #01:29:28-3#
1014 B: Und dann nachzuforschen, ja, genau, ja. #01:29:30-3#
1015 I: Und darüber kann man sich austauschen. #01:29:32-8#
1016 B: Genau. #01:29:33-9#
1017 I: Ja? #01:29:35-0#
1018 B: Ja, genau, das ist es, über diese Erfahrung dann es
1019 besser in Worte zu fassen. #01:29:46-2#
1020 I: Ja. (...) Sehr spannend. #01:29:56-4#
1021 B: Sehr spannend, ja. (...) phm, ich glaub, ich hab nix mehr
1022 zu erzählen. #01:30:12-9#
1023 I: Ja, ich hab auch das Gefühl, es war jetzt so reichhaltig
1024 und vielleicht ist für jetzt erstmal alles gesagt.
1025 Vielleicht könnte man nochmal zwei Stunden weitersprechen.
1026 #01:30:22-2#
1027 B: (lachend) Ja, aber im Moment nicht, glaube ich auch, dass
1028 es reicht. Aber das hat mir auch nochmal viel Spaß gemacht,
1029 jetzt, das so aufzurollen. #01:30:35-3#
1030 I: Ja? #01:30:40-0#
1031 B: Ja. #01:30:43-9#
1032 I: Ja, dann setzen wir den Punkt. Ja? #01:30:49-6#
1033 B: Setzen wir einen Punkt. #01:30:50-4#
1034 I: Vielen Dank, ja. #01:30:51-6#
1035 B: Ich danke auch. #01:30:52-8#

IP19_ Interviewtranskript

- 1 Interview: IP19 (= B)
- 2 Geschlecht: w
- 3 Therapeutin: UH
- 4 Interviewerin: PP
- 5 Zeitpunkt des Interviews: 18.6.18 (nach Abschluss der MT)
- 6 Ort: Musiktherapieraum
- 7 Script: SP
- 8 I: Es läuft, ja, dann würde ich Sie bitten, einfach mal selbst zu beginnen, was Sie gerade erinnern, wenn Sie so an Ihre Zeit der Musiktherapie denken. Was taucht da auf? #00:00:19-0#
- 9 B: Das Erste, was auch aufgetaucht ist, so auch auf dem Weg hierher so die Einstimmung auf das Gespräch und die Rückschau auf die Stunden, die ich gehabt habe, dass ich wohl den Eindruck vermittelt habe (hustet etwas), als ich in den Raum kam, wo lauter Instrumente standen und so die ersten Stunden dort hatte, dass die Therapeutin das sehr wohl beobachtet hat, wie mein, ja, wie meine Reaktion oder mein Verhalten war auf Instrumente, sage ich jetzt mal so. #00:01:09-0#
- 10 I: Inwieweit? #00:01:09-8#
- 11 B: Sie sagte irgendwas zu einem späteren Zeitpunkt und das hätte sie beobachtet und hätte deshalb mit dem Thema Instrument und Aufnahme der Begleitung von Musikinstrument oder Klanginstrument hätte sie gewartet, abgewartet auf den richtigen Moment, so, das fand ich irgendwie hochinteressant und das war auch meine innere Haltung, also das hat sie sehr gut wahrgenommen, das sich gedacht hab, weil ich ja nicht wußte, was auf mich zu kam, also auch eine gewisse Skepsis mich begleitete oder ja, Skepsis, vielleicht Unsicherheit eher. Aber ja, so hui ich kenne es nicht, fremd, ja und das fand ich, auch als es dann so war und ich gefragt wurde "meinen Sie, Sie können sich drauf einlassen oder wir wollen jetzt tmal in diese Richtung", das fand ich ja, erstens sehr angenehm, sehr einfühlsam, mich beobachtend und dann aber auch, ja, jetzt ist aber so der richtige Zeitpunkt für wir können es al wagen und sind Sie soweit. Das hat mir also gut gefallen. Und das war so das Erste, was mir dann so einfiel, das Erste jetzt. Und (.) das nächste und so diese Unsicherheit da, aber eben auch, ja, wie soll ich das sagen, dass das unglaublich emotional war und eben auch emotional oh, fordernd, also, wie soll ich das sagen, ja, Emotionalität fördernd, in dem Sinne, ein ganz anderes Einlassen, ein ganz anderer Zugang, im Gespräch, ja, hab ich auch halt stop und Distanz regulieren konnte, aber danach dann irgendwie nicht mehr. Also dass das für mich dann unglaublich öffnend war, so. #00:03:11-4#
- 12 I: Haben Sie da was Bestimmtes in Erinnerung, vielleicht eine bestimmte Szene oder eine bestimmte Stunde, wo Sie das so erlebt haben? #00:03:20-6#
- 13 B: Ah (.), ja, schon, also im Sinne von tatsächlich (.), den emotionalen Anknüpfungspunkt zu finden und eine innere Offenheit zu erreichen. Ähm, also im Sinne von Schwingen tatsächlich, denn darum ging es auch. Ich ähm, war ja dann in diesem Klangstuhl, ja, und da so dieses also Schwingen, Mitschwingen, Einfühlen, angenommen sein, ja, solche Dinge, die glaube ich, hätte ich einfach im Gespräch nicht so erlebt. Das war schon für mich ein Unterschied, ja, unbedingt, unbedingt. Und dann eben auch herauszufinden, was ist das? Und welche Klang könnte zu mir passen? Und was löst was aus? Ja, genau. #00:04:19-2#
- 14 I: Da haben Sie noch mehr erlebt mit diesem? #00:04:21-9#
- 15 B: Ja, unbedingt. Also so dieses, ja, wie soll ich das sagen, als Ausdrucksform auch, für

Gefühle, die ich vielleicht nicht beschreiben kann, aber die dann einfach hochkommen und das war so, und das fand ich also, teilweise im Moment vielleicht auch überflutend, aber da ich mich nun gut aufgehoben fühlte bei der Therapeutin war das alles in Ordnung, ja, genau. #00:04:51-7#

- 16 I: Was war das Überfordernde, ja was war überfordernd? #00:04:54-8#
- 17 B: Überflutender, also so dass die Emotion tatsächlich rauskam und ich sie dann auch zulassen konnte. Das war fand ich sehr, sehr gut. Also dass wir vielleicht an den Kern der Sache auch kommen konnte, um was es dann ging. #00:05:17-1#
- 18 I: Und ein Unterschied von im Nachhinein und im Augenblick, höre ich das richtig raus? Im Nachhinein fanden Sie es gut? #00:05:26-6#
- 19 B: Ja, auch in dem Moment natürlich, da war ich ja sehr beschäftigt mit mir selbst und meinen Gefühlen, aber im Nachhinein fand ich das gut, unbedingt, ja. Ähm glaube ich aber, wenn ich das so ähm, weil ich mich sehr, sehr wohl gefühlt habe bei der Therapeutin, ich glaube, das ist auch irgendwie entscheidend, so dass ich immer so das gute Gefühl hatte "oh, da ist auch halt stopp" und ich kann "halt stopp" und wenn das dann zuviel wird, dass sie sehr achtsam ist und war, also so, ja. (..) (lacht etwas). #00:06:15-0#
- 20 I: Also es ist ja spannend, also nochmal zu dem es war gut, dass Sie das so erlebt haben. #00:06:18-6#
- 21 B: Ja. #00:06:18-6#
- 22 I: Können Sie noch mehr dazu sagen, was das heißt "gut"? #00:06:20-1#
- 23 B: Was das "gut" heißt? Ähm, ja, dass ich es eben "dann nicht mehr geschafft habe, mich zurückzunehmen und da zu blockieren auch emotional". Das fand ich gut. Ich glaube dass, wer ohne die Unterstützung, weiß ich jetzt nicht, das kann ich natürlich nicht sagen, das ist ja eine Vermutung, ohne die Unterstützung der Klangerinstrumente vielleicht nicht so gelungen, nur im therapeutischen Gespräch, also nur im Gespräch. #00:06:52-5#
- 24 I: Und das war ein Anliegen am Anfang mit den Emotionen oder kam das so? #00:06:58-5#
- 25 B: Nein, gar nicht mal so, gar nicht mal so. Aber für mich, ich weiß nicht, haben wir das vereinbart, mein Anliegen? #00:07:06-9#
- 26 I: Naja oder Ihr Wunsch, was Sie hierhergeführt hat. #00:07:10-4#
- 27 B: Ja, Wunsch, ich weiß gar nicht, ob wir den explizit so rausgearbeitet haben, keine Ahnung oder ob ich den so bewußt für mich formuliert habe. Ja, weiß ich jetzt gar nicht. Das aber in der Reflexion oder vom Ansatz her, wenn ich aus der jetzigen Situation draufschaue, halte ich für bedeutsam, doch für wichtig. Denn sonst brauchte ich ja keine Begleitung zu haben, sage ich jetzt mal. Sonst komme ich ja da auch nicht weiter, ja. #00:07:46-5#
- 28 I: Das heißt, ist irgendwas anders geworden dadurch bei Ihnen, wenn Sie es jetzt so? #00:07:50-9#
- 29 B: Also in meiner Einstellung zu meiner Erkrankung? Unbedingt. Äh (..) ja (lacht) #00:07:57-1#
- 30 I: Können Sie das benennen, das ist spannend. #00:07:59-3#
- 31 B: Die äh, meine Einstellung zur Erkrankung im Sinne von (...) ähm, es ist schicksalhaft, äh und nicht (..), gibt es, ja, es gibt vielleicht medizinische Zusammenhänge, aber nicht irgendwie so im Sinne von Fehlverhalten meinerseits. Das fand ich sehr entlastend und diese Klarheit da irgendwie zu schaffen. Das hat sich unbedingt verändert. Und ich hatte solch eine, ich weiß gar nicht, wie ich das so benennen soll im Sinne von, ich möchte das alles nicht noch mal erleben und hatte so eine kindliche Trotzphase, so wie so eine "öhh, bitte nicht, also damit will ich gar nichts zu tun haben und nochmal will ich diese Erlebnisse nicht haben" und das hat sich absolut verändert, also so, dass ich eine Gelassenheit entwickeln konnte

und kann, im Sinne von, ich schaue jetzt einfach, was passiert und kann dann aber ja, gelassen sicherlich nicht, aber mich erinnern, was wir dort gemacht haben oder worüber wir gesprochen haben, was für mich so war und dann ja, dann in der Situation entscheiden, was ich möchte und nicht irgendwie so emotional gestört. Also sagen, was ist gut für mich und was möchte ich und was möchte ich nicht, so in dem Sinne. Da war ich eher so in der Situation, dass ich so "nein, um Gottes willen, da will ich gar nichts mehr mit zu tun haben, mache ich nicht und wozu soll das gut sein?", also gar nicht mal so eine gute Entscheidung zu treffen, die war nicht so rundum vielleicht so, ja. Und das hat mir unbedingt die Begleitung gebracht, also ganz viel Ruhe auch so in mir, so Gelassenheit und das finde ich gut, ja. #00:10:18-8#

- 32 I: Und sehen Sie da eine Verbindung zur Musik oder eher zum Gespräch oder konnten Sie das vielleicht noch erkunden? #00:10:22-4#
- 33 B: Ja, ich kann es ja nicht vergleichen, mit oder ohne, kann ich nicht vergleichen, weil da kann ich nur sagen, so wie es war, war es gut. Ich kann es ja nicht vergleichen. Da es meine erste psychoonkologische Begleitung war und auch meine erste "Krebserkrankung", also war so, kann ich nicht vergleichen. Und so wie es war, habe ich es aber als sehr gut für mich erlebt, ja, unbedingt. Das ist ja gut, ja, genau. (..) Und ja, ich fand es auch gut, dass ich mich drauf eingelassen habe, ich hätte ja sagen können "ja, ich warte, könnten Sie sich das vorstellen? Ja", ich hatte gar keine Vorstellungen. #00:11:13-1#
- 34 I: Wissen Sie noch, was Sie da doch hingezogen hat? #00:11:19-1#
- 35 B: Ja, hingezogen hat ich auf jeden Fall, das ist mein pragmatischer Ansatz, dass ich eher einen Termin kriegte. Also das war ganz pragmatisch, was soll passieren? Also erstens tatsächlich, ich kriegte eher einen Termin und ich war schon irgendwie so sicher, wenn ich jetzt sagen würde "oh nein, was wir jetzt hier machen, das gefällt mir nicht", weil ich im Erstgespräch gehört habe, das war ja so. Naja, also es ist nicht nur Musik oder Klang oder was immer auch, sondern es ist eine Kombi von und die Gewissheit, ich kann hier jetzt halt aussteigen und sagen "das gefällt mir nicht, ich komme da irgendwie nicht zurecht", also ph, ich hatte ja nichts zu verlieren. Und das war für mich okay, aber ich meine, das wußte ich auch vorher oder war ich von ausgegangen, dass ich da nicht irgendwo dem ausgeliefert bin, so. #00:12:12-7#
- 36 I: Ja, genau. #00:12:14-1#
- 37 B: Darum geht es ja, das wäre für mich, das ist ja aber irgendwie so. Und da habe ich auch glaube ich soviel Selbstvertrauen zu mir selbst, dass ich dann auch, das würde ich schon sagen, dass ich dann sage "halt, stopp, das ist jetzt hier nichts mehr für mich", so, ja. Und von daher, ich hab was kennengelernt, was ich noch nicht kannte, alles gut, ja. #00:12:49-8#
- 38 I: Vorhin sagten Sie ja, Sie haben wie so den Moment angesteuert, an dem Sie dann die Instrumente einbezogen haben. Können Sie noch diesen Moment erinnern, wie es dann doch dazu kam? #00:13:04-2#
- 39 B: Wie es dazu kam? #00:13:05-4#
- 40 I: Ja. #00:13:06-0#
- 41 B: Ja, die Therapeutin hat mich dazu eingeladen und hat gefragt, ob ich mir das dann jetzt in dieser Stunde, in dieser Situation vorstellen könnte. Ich könnte aber jetzt nicht mehr sagen, an welchem Thema wir gerade waren. Das wäre jetzt schön oder? #00:13:20-0#
- 42 I: Ja, vielleicht? #00:13:22-4#
- 43 B: Ich habe ja ein Büchlein, ich wußte jetzt nicht, dass es so im Detail sein sollte. #00:13:27-9#
- 44 I: Es ist manchmal hilfreich ins Detail zu gehen, wenn man darüber nochmal daran erinnert, deswegen frage ich noch mal, die Themen, dass man sich die nochmal vor Augen ruft.

#00:13:38-1#

- 45 B: Die Themen ja, ähm, ich könnte es jetzt aber gar nicht sagen. Wir haben viel so über das Thema, welche Stimmen in mir mich steuern, haben wir sehr viel gesprochen. Also im Sinne von, kommt das aus meiner Familie, meiner Verwandtschaft, meine Schwester, redet die mit mir, bin ich das, ist das sage ich mal eine kindliche Stimme, ist das auf der Erwachsenen-Ebene? Da war das schon so und zwar so im Sinne von meine Emotionen auf der kindlichen Ebene oder aus meiner Kindheit heraus, die konnten damit gut so angesteuert werden und ja, sie waren dann da. #00:14:26-7#
- 46 I: Okay, ja. #00:14:30-4#
- 47 B: Das war aber auch, ich fand das irgendwie auch dann, ja, tröstend ist das eine, so dieses Geborgenheitsgefühl und angenommen sein, das fand ich super eigentlich so. #00:14:45-2#
- 48 I: Und das tauchte wo auf oder wie auf? Also dieses Gefühl geborgen zu sein, getröstet zu sein? Haben Sie da eine Erinnerung, wie das? #00:14:56-6#
- 49 B: Wie sich das anfühlte? #00:14:58-0#
- 50 I: Ja oder wodurch kam das? #00:15:01-3#
- 51 B: Wodurch kam das? #00:15:01-1#
- 52 I: Also wie äußerte sich das? #00:15:03-3#
- 53 B: Ja, also wie sich das äußerte? (.) Ja, das kam tatsächlich, als ich, ja, Musik war es ja immer, es waren ja Klänge, die ich meine, aber ob es da jetzt eine Verbindung? Wüßte ich nicht. Zu irgendwelchen Erlebnissen, nee, damit hatte es ja nichts zu tun, das hatte ich ja noch nicht erlebt, also so. Die Töne oder so, das war es nicht. Es war auch nicht die Art des Instrumentes, es war einfach, hm, ich weiß gar nicht, wie ich das beschreiben soll? Ähm, ja, das Hören. Das ist auch nicht verständlich oder? #00:15:47-8#
- 54 I: Noch nicht ganz, können Sie ja nochmal ein bisschen drumrum reden. #00:15:52-7#
- 55 B: (lacht) Ich weiß auch nicht so genau, wie ich das erklären könnte oder wie war die Frage? #00:16:04-3#
- 56 I: Die Frage ist so ein bisschen, dass Sie Geborgenheit und was Tröstendes erlebt haben und ich frage mich gerade, mit was Sie da verbinden, weil es ein bestimmter Klang zu Beispiel, aber das sagten Sie gerade ist es wohl nicht? #00:16:16-0#
- 57 B: Ja, das ist schon, ja, aber ich weiß nicht, ob die Verbindung dann da ist. Das könnte ich jetzt nicht sagen. Aber offensichtlich aus meinem Unterbewußtsein heraus gibt es dort eine Verbindung, ich konnte da jetzt nicht irgendwie konkret verknüpfen, dass ich gesagt habe, als Kind das oder als Jugendliche das oder so, das konnte ich nicht verbinden. Also konnte ich jetzt auch nicht, war aber auch da in der Stunde nicht so unser Thema, also kann ich mich zumindestens nicht dran erinnern. Dass wir da versucht haben, irgendwelche Verbindungen herzustellen, nein. #00:16:47-4#
- 58 I: Also Verbindungen zu Biographischem meinen Sie jetzt? #00:16:51-4#
- 59 B: Doch, das haben wir auf jeden Fall dargestellt. (.) Mein Erleben, nein, emotionales Erleben, nicht jetzt in dieser Erwachsenen-Situation, sondern tatsächlich in Kindheits-Situation. #00:17:09-4#
- 60 I: Und da war dann auch die Musik im Spiel? #00:17:12-1#
- 61 B: Ja, genau. #00:17:15-3#
- 62 I: Und haben Sie bestimmte Klänge in Erinnerung oder bestimmte Instrumente? #00:17:20-8#

- 63 B: Also Hapi fand ich unbedingt, das war was sehr Heiteres, das war die Kalimba #00:17:26-2#
- 64 I: Ach, ja. #00:17:25-6#
- 65 B: Ich hab mir auch eine gekauft, witzig oder? Die hatte so was Heiteres und was unbeschwert Fröhliches, das war so die Verbindung. Ich durfte ja auch aussuchen, so mit welchen Klängen und Tönen, die mir irgendwie naheliegen, das war auf jeden Fall. Dieser Stuhl, ich weiß gar nicht, der hatte ja so was Harfenähnliches. #00:17:54-0#
- 66 I: Klangstuhl, ja. #00:17:54-3#
- 67 B: Der war irgendwie, ja, der brachte ja sowas ja im ganzen Körper fand ich. Das war eher so anrührend, das war nicht irgendwie tröstend, sondern das war irgendwie so, ja, das war Traurigkeit, da waren Tränen dann immer dabei und und. So das konnte ich dann schon und was wir auch gemacht haben, jetzt wo wir darüber sprechen. Wir haben mit Trommeln gearbeitet und haben wie eine Art Gespräch geführt. #00:18:28-3#
- 68 I: Ach, wie ging das? #00:18:30-8#
- 69 B: Die Therapeutin gab irgendwie Rhythmus vor und dann haben wir abwechseln gespielt, so. Das war irgendwie so wie Unterhaltung. Das war aber auch entspannend, das gefiel mir auch gut. #00:18:51-1#
- 70 I: Das heißt was für eine Unterhaltung haben Sie da geführt? #00:18:52-8#
- 71 B: Das war eher so auf der fröhlichen Ebene so. In der Situation, also ich hab da soviel erlebt, das war sehr viel Vertrauen auch zu der Therapeutin dann so. So unausgesprochen, das hat mir auch gut gefallen. Und da haben wir dann auch drüber gesprochen, was könnte ich tun, auch in dieser Richtung? Welches Instrument würde was bewirken und was würde auch höchstwahrscheinlich zu meinem Typus passen, um Gefühle auszuleben, so. Die Trommel hat mir da gut gefallen, aber so gut, ich werde jetzt nicht in irgendeinen Trommelkurs zu gehen, das fehlt mir auch noch, nee, soweit möchte ich dann doch nicht aus mir "herauskommen". Das war ab und zu tatsächlich so unser Thema, wie kann ich Gefühle äußern, leben, das so? Aber das ist nach wie vor zaghaft, also so, über Improvisationstheater haben wir dann nochmal gesprochen. Das war teil der Stunde, habe ich aber bisher noch nicht, habe ich mich noch nicht näher beschäftigt. Habe ich zwar schon mal recherchiert und und, ist aber noch nicht, dass es sich irgendwie für mich stimmig anhört, wo ich dann sage, das machst du jetzt, so, hat auch glaube ich jetzt noch was damit zu tun, glaube ich nicht, das hat was damit zu tun, dass ich ja noch arbeite und berufstätig bin und meine Freizeit hat noch nicht so viele Zeitanteile wie ne? Ich kann mir aber vorstellen, weil es in Erinnerung geblieben ist, da durchaus, falls meine Zeitanteile sich verschieben und verändern, dass ich so etwas tun könnte für mich. Ich bin neulich witzigerweise, das bin ich schon vor Jahren schon mal gefragt worden, gefragt worden, ob ich nicht ein kleines Orchester als Moderatorin begleiten und ansagen kann. Witzig ne? #00:21:28-3#
- 72 I: Ja. #00:21:29-0#
- 73 B: Das kann ich mir unbedingt vorstellen. Das ist total witzig. Das geht ja auch schon in die Richtung dann? #00:21:34-6#
- 74 I: In die Richtung von? #00:21:34-5#
- 75 B: In die Richtung von? Ich kann zeigen, was mir Freude macht und ich bin dabei, darum geht es ja. Das wäre für mich, das ist eine Rolle oder ist authentisch, weiß ich nicht. Aber da könnte ich mir vorstellen, ich probiere das aus, wie ich das finde, sowas, ja. #00:21:58-0#
- 76 I: Und die Improvisation ist irgendwie reizvoll? #00:22:00-9#
- 77 B: Ja, da gibt es ja keinen Sprechtext, das muß ich mir irgendwie dann so hinkriegen. Und Improvisationstheater kann ich mir vom Ansatz her vorstellen, nur müßte ich ja irgendwie, das ist dann mein Wunsch, so Menschen finden, mit denen ich auch irgendwie so auf einer

- Wellenlänge bin, wo man sowas gemeinsam entwickeln kann. Das stelle ich mir nicht so ganz so einfach vor. Ah, aber man weiß ja nicht, genau (lacht), ja. #00:22:35-3#
- 78 I: Und was verbinden Sie mit der Improvisation, was reizt Sie daran? Sie könnten auch sagen, Sie machen einfach normales Theater? #00:22:44-9#
- 79 B: Ja, spontan, keine Rolle lernen, keine Choreographie, sondern tatsächlich frei. Frei, etwas zu äußern, wie immer auch. Wie mir gerade der Sinn, ja, und auch meine Gefühlslage sagt unter Umständen auch. Und Verbindung mit Musik, ja, eher ausgelassen heiter. Das jetzt mal so. #00:23:18-4#
- 80 I: Das ist das, was Sie in der Musik am ehesten suchen oder erleben? #00:23:25-3#
- 81 B: Ja, ich höre ja auch Klassik. Aber ich schon eher gelassen und heiter, also ich muß da nicht noch so in die melancholische Schiene, nein, das muß ich dann nicht. Sondern eher so tatsächlich Ausgleich, nein, Ausgleich, ja, ach, so melancholisch bin ich eigentlich nicht. Also von daher ich bin auch von meiner Grundtendenz eher ein heiterer, fröhlicher Mensch. Ich bin zwar glaube ich nachdenklich und nicht so huhu, so albern, ja, doch, manchmal vielleicht doch (lacht), aber ich nicht so ach der sich so in Melancholie ergießende, das bin ich eher nicht. (.) Ja, da, ähm (.....) ich bin jetzt gerade, dass ich so gucke, haben wir das eigentlich in der Stunde geguckt, ob ich immer da raus will und so denke, es ist so wie vorher, aber auch in den Stunden oder in der Therapie ähm haben wir das Thema gehabt, wie Menschen unterschiedlich mit Diagnose Krebs und man weiß mit ihrem Leben dann umgehen, da hatten wir auch in einer Stunde so wie ich Menschen sehe, die dann eher so "oh, dieses Schicksal, jetzt muß ich mein Leben umstellen und alles ist anders, ich muß jetzt achtsam werden", also so, es ist nicht so meins. Achtsamkeit ja, okay, aber das für mich muß sich das auch im Rahmen halten. Und ich würde jetzt nicht mein Leben grundsätzlich umstellen wollen. Also das ist so, hach, nein, alles gut. #00:25:36-2#
- 82 I: Da heißt, das war nicht Ihr Thema, als Sie hierherkamen, also mit der Krebserkrankung? #00:25:39-9#
- 83 B: Nein, das war nicht so mein Thema. Mein Thema war tatsächlich so, ich hab da keine Lust drauf und ich blocke lieber alles mal so ab und deshalb bin ich jetzt froh, dass ich da so rausgekommen bin aus dieser Stimmung, nicht zu sagen, es war nichts, "da war ja was", ähm (..), aber wie gesagt, nicht diese Dramatik und diese Tragik, die dabei bleibt. #00:26:09-3#
- 84 I: Aber die haben Sie am Anfang auch nicht so empfunden? #00:26:12-1#
- 85 B: Nee, ich hab jetzt manchmal immer noch so, dass ich denke "huch, vergiss es bloss nicht, da war doch was" (lacht) ja. Und dann denke ich "aber was für ein Quatsch, du darfst es jetzt auch vergessen, es ist ja jetzt so", also von daher, aber wenn ich dann andere Menschen um mich herum und das ist nun einfach so in meinem Alter, in meinem Mitarbeiterkreis, in meinem Freundes-, Bekanntenkreis irgendjemand hat immer irgendwie eine Krebsdiagnose, das ist so. Also, ja, das ist so. Mein Mann auch, aber vor mir (schnupft aus) und ist immer noch "mit seiner Diagnose beschäftigt", ähm, ja, das ist präsent, aber gut ist es. Oder die Endlichkeit des Lebens und jetzt muß ich mir nochmal überlegen, welche zwanzig Dinge will ich jetzt noch machen, ja, dies, ja, hm. #00:27:15-0#
- 86 I: Das war nicht Ihr Thema? #00:27:15-1#
- 87 B: Ja, ist mein Thema, aber das ist nicht so elementar oder dass ich da jetzt so verbissen mit beschäftigt bin. Das ist für mich auch gut so, also so. Ich muß diese Diagnose, ich glaube ich habe sie auch in der Stunde so nicht immer vor mir hertragen, so "ich wars, ich habs", das ist nicht so meins. #00:27:43-9#
- 88 I: Und bei dem aktiven Spiel, also es gab einen Unterschied offensichtlich, wenn Sie selbst gespielt haben und wenn Sie was gehört haben, zum Beispiel im Klangstuhl oder ware noch andere Momente, wo Sie was gehört haben? #00:28:01-3#
- 89 B: Nein, das war schon ein Unterschied, ob ich aktiv sein konnte, habe ich auch erlebt. Das

- war irgendwie besser für mich. Das empfand ich, weil ich dann mitwirken konnte. Im Stuhl, das war ja, ohhh, so, aber Instrument spielen war für mich angenehmer, weil ich aktiv sein konnte. Gerade wenn es so ein Dialog war von zwei Trommeln konnte ich ja den Rhythmus vorgeben, die Länge vorgeben. #00:28:30-6#
- 90 I: Okay, ja. #00:28:31-9#
- 91 B: Vielleicht so den Klang und die Stimmung. Ja, die Melodie, den Rhythmus, so, ja. Das gefiel mir besser. Zumal ich dann ja beobachtete, dass die Therapeutin darauf einging. Also es war immer so wie Antwort. #00:28:57-8#
- 92 I: Ja und wie ist sie drauf eingegangen? #00:29:01-0#
- 93 B: Also so dass sie sich einstellen konnte auf meinen Rhythmus, meine Länge, meinen Takt, also so. Und das hatte ja dann was mit meinen Gefühlen zu tun, so habe ich es zumindestens erlebt. Und das heißt, ja, wie ein Spiegel auch. Also nicht ich mach jetzt was völlig Anderes und die Therapeutin bringt mich auf einen anderen Weg, sondern sie ging mit mir, so, ja. #00:29:30-2#
- 94 I: Okay, ja. #00:29:31-5#
- 95 B: So und das fand ich ganz gut. Ich gehe davon aus, das sollte vielleicht so sein, ich weiß es nicht, aber egal, völlig egal. #00:29:41-2#
- 96 I: Ja, für Sie, ja. #00:29:42-5#
- 97 B: Also für mich war es gut. #00:29:45-3#
- 98 I: Ist sie auch mal dagegen gegangen oder haben Sie das mal erlebt? Könnte man sich auch vorstellen? #00:29:52-0#
- 99 B: Dass sie, nein, erinnern kann ich das nicht, also zumindestens nicht in meinem Erleben, so nicht, nein, so dass ich gedacht habe, so jetzt muß du aber, nein, (lachend). Also vielleicht war es ja so und ich konnte ich drauf einlassen, dann ist es ja nicht mehr dagegen. Das kann ich natürlich jetzt nicht so sagen, weiß ich nicht, aber in meinem Erleben war es nicht so, nein. #00:30:18-2#
- 100 I: Und war es besonders bei de Trommeln irgendwie eindrücklich, Sie hatten jetzt Trommeln gesagt, Kalimba. Erinnern Sie noch ein Instrument? #00:30:25-9#
- 101 B: Ja, Kalimba hab ich irgendwie allein, also soviel haben wir wirklich nicht gemacht mit Instrumenten, ich weiß nicht, war es viel oder nicht. Ich fand das irgendwie für mich fand ich es passend, die Therapeutin fand das ja auch angemessen, gehe ich mal von aus, sie steuerte ja den Prozess, der stattfand, so. Also ich finde sie hat das für mich in der Reflexion eine gute Auswahl getroffen und auch von der Menge her und von der Art, so dass es mir ja offensichtlich entsprochen hatte, sonst hätte ich ja keine positiven Erinnerungen, das würde ich so sagen, so, ja, ich denke, sie hätte mich wahrscheinlich zu mehr aufgefordert, hätte sie gedacht "hey, da muss noch mal", keine Ahnung. #00:31:18-1#
- 102 I: Und das nochmal im Vergleich zu dem Hören, also zu dem rezeptiven? Können Sie das nochmal beschreiben? Da waren Sie nicht so, waren Sie einmal im Klangstuhl oder mehr? #00:31:33-3#
- 103 B: Wir haben es glaube ich nur einmal gemacht, weil offensichtlich zu merken war, es ist nicht so meins (lachend). #00:31:39-3#
- 104 I: Und wie verstehen Sie das, dass Ihnen unwohl war? #00:31:43-9#
- 105 B: Wenn ich so mache? Ja, so mache ich auch schon, ja, es fühlt sich auch so. #00:31:49-9#
- 106 I: Also verstehen Sie das? #00:31:50-1#
- 107 B: Ja, wie gesagt, dass ich da im Klangstuhl sitze, es ist so wie Fremdbestimmung, da kann ich

ja nichts tun. Ich könnte aufstehen, ja klar, aber das ist ja schon, aber das wäre für mich, ja ein (.) ein großer Schritt gewesen, trommeln kann ich aufhören, Kalimba kann ich aufhören, das geht ja schnell. Aber dieser Klangstuhl, da hätte ich ja aufstehen müssen und rausgehen, mich aus dieser Situation richtig, das ist ja schon, das wäre ja irgendwie, da hätte ich gedacht "hey, jetzt stehe ich ja auf, weil ich das nicht will", also das ist schon mehr Energie und ja, mehr, hm, wie kann man das sagen, da brauche ich mehr Selbstbewußtsein auch zu, zu sagen "nein, jetzt nicht", also mehr Grenzen setzen. #00:32:50-9#

- 108 I: Ja und das? #00:32:53-3#
- 109 B: (lacht) #00:32:52-4#
- 110 I: Das hat nicht gereicht sozusagen oder da haben Sie? #00:32:54-1#
- 111 B: Nee, das war dann vielleicht auch gut, dass ich mich drauf einlassen konnte, also so. Könnte ich ja auch umgekehrt sagen, also der Schritt, die Schwelle, sich da raus zu begeben aus dieser Situation ist größer, soll heißen, ich muß dann mehr zulassen und ich entkomme meinen Gefühlen nicht. #00:33:18-1#
- 112 I: Ah, aha, hm (lachend). #00:33:20-8#
- 113 B: Könnte ja auch eine Variante sein ne? Könnte sein. #00:33:24-1#
- 114 I: Und was haben Sie dann mit Ihren Gefühlen gemacht, also sich unwohl gefühlt? #00:33:26-1#
- 115 B: Ja, ich hab ich dann meinen Gefühlen hingegeben in (unv.), weiß ich jetzt nicht, ob ich sie wirklich alle rausgelassen hab, weiß ich nicht. Aber so ganz geheuer war es mir nicht, das war nicht so (.), das hat ja viel so für mich so mit einlassen zu tun. Hier kann ich zulassen, zu welchem Zeitpunkt ist das gerade mal richtig und geht das an dem Tag, in dieser Stimmung, passt das zum Thema, was mich gerade so beschäftigt in dre Zeit. Und ja, wie offen bin ich sowieso und überhaupt? Also damit hat es ja alles was zu tun. #00:34:10-8#
- 116 I: Das heißt, Sie konnten da schon was mit anfangen mit dieser Unwohlsituation oder? #00:34:18-3#
- 117 B: Ja, also schon so im Sinne, was ist das jetzt hier, warum ist dir jetzt unwohl? So, hm, ja. #00:34:30-5#
- 118 I: Und da konnten Sie auch noch das sozusagen im Gespräch ein bisschen überlegen oder wie ist es dann weitergegangen? Oder war die Stunde dann zu Ende und Sie mußten raus? #00:34:40-0#
- 119 B: Nein, das wurde ja schon thematisiert, ja, unbedingt. Das haben wir dann schon thematisiert. Aber es war dann ja, es war so, es wurde thematisiert, dass es so war wie es war und ich weiß jetzt nicht, ob wir dann danach die Stunde beendet haben oder haben wir was anderes gemacht, das könnte ich jetzt nicht sagen. #00:35:02-3#
- 120 I: Ja, Mhm (bejahend). #00:35:06-3#
- 121 B: Also ich fand es gut, ich würde es auch wieder machen so, unbedingt. #00:35:11-1#
- 122 I: Die Musiktherapie? #00:35:12-1#
- 123 B: Ja, ist jetzt nicht so, dass mich das verschreckt hat oder so, nee, ganz im Gegenteil. Die Kombination von Gespräch und Musiktherapie, das fand ich gut. #00:35:26-3#
- 124 I: Und das war ausgewogen oder ja, vielleicht können Sie noch was sagen, wie das zusammenging? Sind das getrennte Teile, Gespräch und Musik oder wie ist das für Sie? #00:35:41-3#
- 125 B: Nein, irgenwie hatte ich das Gefühl, ja, dass die Therapeutin schon irgendwie den Moment ausgewählt hat, jetzt könnte es passen. So, das wird sie ja, gehe ich mal von aus

- (lacht), sie ist ja die Expertin für, jetzt könnte es passen. Sie hat ja auch viel erfahren über mich. Und dann, also meine Vorstellung ist, dann hat sie sich schon überlegt, was macht die da jetzt gerade mit mir? Und was möchte sie vielleicht zutage fördern und wie könnte das funktionieren? So, das war so meine Vorstellung und so hat es ja dann auch unter Umständen funktioniert. #00:36:30-6#
- 126 I: Und können Sie irgendwo noch so eine Passung erinnern? Eine kleine Stelle? #00:36:34-9#
- 127 B: Wo sie genau das richtige gemacht hat? #00:36:37-9#
- 128 I: Gespräche, wo Sie einen Übergang gefunden hat. #00:36:40-6#
- 129 B: Wo sie einen Übergang gefunden hat? Also das müßte jetzt, worüber haben wir gesprochen, wo sie dann meinte "ey, jetzt wäre der richtige Augenblick ne?" #00:36:49-3#
- 130 I: Mhm (bejahend) #00:36:52-2#
- 131 B: Hab ich jetzt nicht so explizit beobachtet, auch nicht in der Situation, weil ich war natürlich mit anderen Dingen beschäftigt, ja, klar. Deswegen, (unv.) nein, könnte ich jetzt nicht so sagen. Also in der Regel ging es ja darum, wenn ich äh von meinen vermeintlichen Stimmen erzählten, die mich begleiten und versuchen zu steuern, ob ich das bin oder wer das gerade jetzt mal so ist aus meiner Vergangenheit. (.) Also ich könnte es jetzt nicht konkret sagen, denn das war viel unser Thema. #00:37:34-4#
- 132 I: Oh, okay. #00:37:38-0#
- 133 B: Wer hebt da den moralischen Zeigefinger, wer ist das? Bin ich das oder sind das Andere? Und welche Menschen sind das? Und hat das heute noch eine Gültigkeit und passt das eigentlich? So, das war unser Thema? #00:37:50-9#
- 134 I: Haben Sie die Stimmen auch gespielt in irgendeiner Weise? #00:37:54-6#
- 135 B: Ja, ja, dass die Therapeutin dann schon die Rolle übernommen hat, also das haben wir schon gemacht, dass ich auch üben konnte, so eine andere Rolle einzunehmen mit dem Bewußtsein und mit dem Hintergrund "hey, stellen Sie sich jetzt mal vor, die Stimme oder nein, Sie sprechen mit der Stimme", also nein, das haben wir ja gemacht. #00:38:24-2#
- 136 I: Und da mit Instrument? #00:38:25-3#
- 137 B: Nein, das haben wir nicht mit Instrument gemacht, nein, nein, das haben wir (unv.). Das fand ich auch sehr hilfreich. #00:38:37-2#
- 138 I: Ja, sich in die Stimmen hineinversetzt. #00:38:40-5#
- 139 B: Ja, also dass ich mit der Stimme spreche, die mit mir redet. Das finde ich sehr hilfreich. Und auch zu sprechen, Texte, Dialoge zu sprechen und zu üben und wie sich das dann anfühlt, wenn ich das dann tatsächlich sage und spreche "uh, wie ist das? Fühlt sich das gut an oder ist das irgendwie völlig kraus oder geht gar nicht, kann ich mir das vorstellen?". Das fand ich auch sehr gut, diese Abschnitte. #00:39:08-9#
- 140 I: Und das war aber verbal nicht anzuwenden. #00:39:11-6#
- 141 B: Verbal, nein, wüßte ich nicht. #00:39:14-9#
- 142 I: Hatte das einen Einfluß auf dann Improvisationen, die Sie gemacht haben? Oder hatten Sie den Eindruck, dass es einen Einfluß hatte? #00:39:24-3#
- 143 B: Das? #00:39:26-6#
- 144 I: Also Sie haben da ja irgendwas geklärt oder sortiert und erlebt. #00:39:31-0#
- 145 B: Genau. #00:39:29-4#
- 146 I: Und dann kam ja bestimmt irgendwann auch wieder eine Improvisation, hatte das

- irgendeine Verbindung? #00:39:40-4#
- 147 B: Hm, da weiß ich noch nicht so genau, ich verstehe Ihre Frage noch nicht so ganz?
#00:39:44-6#
- 148 I: Ja, ähm, nein, dann ist die Frage wahrscheinlich auch nicht gut, also, sonst würde Ihnen was dazu einfallen, glaube ich. Ich will jetzt auch nicht irgendwas, eine Antwort herausfragen. #00:40:01-9#
- 149 B: Alles gut. #00:40:05-3#
- 150 I: Das heißt, das war eine gute Methode anscheinend? #00:40:10-0#
- 151 B: Ja, also für mich war sie gut. Weil ich konnte dieses ja Vorwegnehmen üben und war nicht auf den Alltag angewiesen, sondern konnte das in dieser Übungssituation vorwegnehmen und auch schon mal vorwegfühlen, nicht, dass ich in einer Echt-Situation irgendwie "öh, das passt irgendwie nicht" und so konnte ich da vorweg erleben und für mich irgendwie erleben dann auch, ist gut oder doch nicht so gut oder ich formuliere noch mal was um (lacht), so, das fand ich gut, das hat mir gut gefallen, ja. Und eben auch den Rollenwechsel. Ein Rollenwechsel, wie ist es dann bei mir und auch beim anderen. Wenn man einmal so tauscht, dann nimmt man ja eine andere Perspektive ein, gute Idee (lacht), gute Idee, ja. Auch das ist so, das kann ich ja auch in Zukunft in Situationen für mich alleine versuchen, ohne dass ich jetzt einen Therapeuten oder Therapeutin bei mir habe, sondern dass Vorwegnehmen kann ich ja auch üben, so, finde ich gut (lacht), ja. #00:41:37-1#
- 152 I: Und gibt es Ähnliches bei der Musik, wenn Sie das auch noch in dieser Form irgendwie weiter? #00:41:40-3#
- 153 B: Ja, ich bin ja bei der Kalimba und ab und zu beschäftigt ein wenig, ich habe ja schnell ein schlechtes Gewissen "uih", ja, aber sie ist, ich habe sie und klimper, klimper, sie liegt so auf meinem Schreibtisch und sie ist ja, sie gehört jetzt irgendwie zu mir und das finde ich ganz gut. Also auch, wenn ich so, ja, wann nutze ich sie denn? Wann klimpere ich denn? (lacht) "klimper, klimper" (lacht), ja, darum geht es ja oder? Ja, so Situationen zu unterbrechen. #00:42:32-4#
- 154 I: Ach, hm. #00:42:31-5#
- 155 B: Dafür ist es ganz schön, weil es ist ja ganz was anderes und es hört sich immer gut an, das ist ja toll, das ist ja ein tolles Instrument, ja, finde ich, super oder? Ähm, ich hab mir eine gekauft auf dem Weihnachtsmarkt im Museum der Arbeit. #00:42:52-3#
- 156 I: Ach, da ist sie. #00:42:52-5#
- 157 B: Da ist eine Musiktherapeutin, die arbeitet mit Kindern, die stellt sie her. Bei ihr habe ich mir eine gekauft. Also von daher, das ist auch irgendwie schön, sie zu haben. Und sie sagt immer eine Melodie, ich kann da nicht schief drauf spielen. Es hört sich immer, na, wie sagt man, nicht melodisch, sondern harmonisch an, das sind ja keine Dissonanzen, die da entstehen, schön, also klimp, klimp, klimp und auch von der Tonlage her ist es was Fröhliches, ja, schön ist das. #00:43:36-5#
- 158 I: Ja, wo liegt die? Zuhause? #00:43:39-2#
- 159 B: Ja auf meinem Schreibtisch zuhause, ich räume sie auch manchmal hin und her, weil ich manchmal denke "ach, ja", also zumindestens räume ich sie und sie ist da, ob ich dann sie spiele, ja, es ist unterschiedlich, aber ich versuche sie so in mein Gesichtsfeld zu bringen, so, also dass ich sie sehe. Ich packe sie in keine Schublade und dass ich schon sie nehmen könnte, wenn ich meinte, jetzt wäre es so. Ich würde es mir manchmal wünschen, dass ich mehr sie zwischendurch spiele. #00:44:14-7#
- 160 I: Das heißt, für was steht die Kalimba? #00:44:16-5#
- 161 B: Für was sie steht? Ja, für Unterbrechung auch und rauskommen aus eigenen Kreisen, das

- ist so, also tatsächlich Unterbrechung, ja, von was? Von allem möglichen würde ich sie zusehen, ja, innezuhalten, neu sortieren, so wie eine Pause, einen Stopp machen und dann nochmal neu gucken, so. Ja, wie (..) kann ich das ähm, so dieses neu gucken und die Unterbrechung und eine andere Idee zu bekommen, so darum geht es irgendwie so, finde ich. Und dass eben so, wie ich es will, ist trotzdem gut, so wie ich es will ist es gut, so. Das finde ich schon toll. Also ich muß da keine Noten für lernen, kein gar nichts, der Klang gefällt mir, das Holz gefällt mir. Sie gefällt mir so, ich mag sie in der Hand haben und das finde ich schön, also ganz prima, darum habe ich sie. #00:45:26-9#
- 162 I: Und das ist ähnlich wie in der Musiktherapie oder gleich oder anders? (lacht etwas) #00:45:35-7#
- 163 B: Das ist ja so, ja, weiß ich gar nicht, das ist ja so mein Mitbringsel daraus. So der Andockpunkt. Weil ich das tatsächlich auch sehr, sehr unterstützend empfunden habe, die Therapie, das war ganz toll, ja. (weint etwas) #00:46:01-5#
- 164 I: Ja, hm. #00:46:09-0#
- 165 B: Das hat mir wirklich unglaublich viel gebracht und eben auch, ob da die Dankbarkeit ist, weiß ich nicht, aber das war einfach super positiv für mich, was mich gestärkt hat für die Zukunft und das ist ein ganz, ganz gutes Gefühl. Das war toll. Und dann rührt es mich immer. #00:46:39-8#
- 166 I: Ja. #00:46:40-9#
- 167 B: Ja, das ist dann so (lacht etwas, schnupft aus). Und das ist dann auch Dankbarkeit, dass ich das so erlebt habe und auf die richtigen Menschen getroffen bin. #00:46:58-8#
- 168 I: Ja und sich aufgemacht haben, hierherzukommen. #00:47:02-1#
- 169 B: Genau, hätte auch anders sein können. Und nun habe ich eine Kalimba (lacht). #00:47:09-4#
- 170 I: Dafür steht die. #00:47:09-9#
- 171 B: Ja, so symbolisch auch (holt sich ein Taschentuch raus). (unv.) (lacht) Und das ist dann glaube ich schon der Unterschied oder? Zu einer anderen Therapie ohne Instrument. #00:47:28-4#
- 172 I: Was ist der Unterschied? #00:47:27-4#
- 173 B: Ja, dass ich jetzt sowas Symbolhaftes habe. Also (schnupft aus) ich weiß ja nicht, wie andere Patienten es tun, aber ich finde es ganz schön, dieses Symbol zu haben. Ich schreibe ja sonst immer, aber gut, Bücher habe ich ja, die ich mal geschrieben habe, im Laufe meines Lebens. #00:47:50-1#
- 174 I: Tagebücher oder Gedankenbücher? #00:47:52-6#
- 175 B: Tagebücher, Notizbücher, Therapiebücher, alles Mögliche, was ich immer schreibe immer irgendwie, das hilft mir einfach so, bei der Sortierung meiner Gedanken und meiner Gefühle und meines Tages und meines Lebens und überhaupt, so. Ich muß immer schreiben, ist so, ja. Sonst hätte ich das ja nicht, so habe ich das. #00:48:17-7#
- 176 I: Das heißt, Sie habe schon andere Strategien, um Gefühle zu sortieren? Das sagten Sie ja von der Musik, das hat auch geholfen zwischendurch mal. Können Sie den Unterschied nochmal benennen oder nochmal benennen? Ich wiederhole ein paar Sachen, nochmal von einer anderen Richtung? #00:48:38-3#
- 177 B: Wie ich es damit schaffe, meine Gefühle zu sortieren? #00:48:39-9#
- 178 I: Was der Unterschied ist zwischen Gefühle aufschreiben und dadurch sortieren. #00:48:44-4#

- 179 B: Ach so. #00:48:44-4#
- 180 I: Wie Sie es ja schon praktiziert haben und diesem Neuen? #00:48:49-1#
- 181 B: Ja, die Distanz ist geringer. Also durch das Instrument bin ich schneller am Kern meiner Gefühle. #00:48:57-9#
- 182 I: Okay, ja. #00:49:00-3#
- 183 B: Ja, unbedingt, also mit Schreiben, da bin ich nicht so schnell, nein, nein, (lacht) auf gar keinen Fall, nein, nein. Ich kann ja auch noch gehen im Konzert die Tränen laufen lassen, das geht auch, ja. Das ist dann auch so, müssen meine Nachbarn mit Leben. #00:49:31-3#
- 184 I: Das kennen die bestimmt auch (lacht). #00:49:33-8#
- 185 B: Ja, denke ich auch. Mit Schreiben bin ich da nicht so schnell dabei. Nein, da ist, nein (lacht). (...), so, ähm, ja. (.....) #00:50:01-8#
- 186 I: Ja, kommt Ihnen noch was in den Sinn oder haben Sie das Gefühl, es ist (...) gesagt, was wichtig ist für den Moment? #00:50:10-8#
- 187 B: Ja, ich glaube so, was ich äh (.....) verbinde mit den Instrumenten, wie ich das in Kombination mit Gesprächstherapie sehe, habe ich ja so erzählt. Also ich finde es sehr positiv. Wie gesagt, ich könnte jetzt nicht sagen, wenn die Anteile mehr gewesen wären, ob besser oder nicht, kann ich nicht so sagen. Wäre für mich auch jetzt irgendwie unerheblich, das ist ja, die Frage stellt sich nicht und wäre auch unerheblich. Ähm, (...) also durch meine eigene Erfahrung, dass ich durch die Instrumente schneller an meinen eigenen Gefühlen bin, würde ich ja sagen, ja, unbedingt, es zu tun. (.) Ich wüßte jetzt nicht, ja, (..) es hat auch was mit einlassen zu tun. Ich weiß jetzt nicht, ob ich mich hundertprozent drauf eingelassen habe, ich glaube ich war schon ziemlich gut mit einlassen (lacht), dass ich nicht so abgeblockt habe, sondern war ja offen. (.) Ja, ich fand es gut. #00:51:37-4#
- 188 I: Hat da was gefehlt für Sie vom Einlassen? #00:51:41-0#
- 189 B: Ja, wüßte ich jetzt nicht, ich hätte ja mal sagen können, ich will vielleicht oder dies oder das, aber, nein, da habe ich mich auf die Therapeutin verlassen, dass sie da so dieses Maß findet und die Situation. Dafür habe ich ja dann eine Expertin bei mir, die sich damit auskennt, genau, ja. #00:52:01-0#
- 190 I: Was ich ja noch spannend finde, also das ist so wichtig, dass Sie schnell oder unmittelbar an die Gefühle kommen/ #00:52:13-4#
- 191 B: Ja? #00:52:12-4#
- 192 I: Können Sie noch mal sagen oder versuchen zu sagen, was das für Sie bedeutet? #00:52:18-3#
- 193 B: Was ich dann? #00:52:19-1#
- 194 I: Man sagt ja, Gefühle sind wichtig, aber was ist das? #00:52:23-4#
- 195 B: Ja, warum ich das finde? #00:52:24-6#
- 196 I: Ja, genau, vielleicht. #00:52:27-1#
- 197 B: Ja, also ich für mich kann das ja nur sagen. Weil ich finde, es ist unglaublich befreiend. Und wenn ich sie in den Situationen nicht zutage kommen lasse, fühle ich mich ja belastet, kann das aber dann ja, wie soll ich sagen, ja zuordnen oder was ist der Grund meines nicht Wohls, sage ich jetzt mal so. Ist es das nicht herausgelassene Gefühl, des nicht Hinguckens oder Nichtwissens, was ist es jetzt gerade? Und die Erfahrung heißt ja, wenn ich über Musik versuche, einen Zugang zu finden, mal zu hören, was ist es denn dann, was kommt denn dann da hoch. #00:53:18-1#

- 198 I: Ah, ja. #00:53:19-7#
- 199 B: Das ist ja für mich auch ein Teil des Erfahrungslernens, aus dieser Therapie, zu sagen "wenn du irgendwie so gar nicht so weißt, dann guck doch mal, was passiert (lacht etwas), was da hochkommt". Dann tust du das jetzt einfach mal. Und das finde ich auch, das ist ein Teil von mir, den ich da kennengelernt habe, das finde ich schon irgendwie gut (lacht), unbedingt, dass ich dann etwas von mir weiß, so. Und das, ich bin ja nicht so, ich weiß auch nicht, ob es dann immer stimmt, aber was ich mir jetzt auch so vorstelle, dass dann die Gefühle, die dann kommen, wie soll ich sagen, ja auch da sind, echt sind und raus wollen, so. Und da kann ich dann nicht mehr, natürlich, wenn ich Kalimba jetzt nicht spiele, spiele ich sie nicht, aber die Kalimba ist heiter und sie ist (unv.), aber meine erste Verknüpfung ist nicht "hu, bitte jetzt nicht aus lauter Traurigkeit weinen oder so", was ich dann unter Umständen unterdrücken möchte. Vielleicht müßte ich nochmal irgendetwas, eine Melodie oder irgendwas finden (schmunzelt), wo ich dann dieses traurige Gefühl, dass das richtig rauskäme, wo es dann auch kein entrinnen mehr gäbe, damit es dann rauskommt. #00:54:45-1#
- 200 I: Hm, das fehlt noch (lacht). #00:54:44-5#
- 201 B: Vielleicht muß ich ja in den Klangstuhl zuhause ((lacht)). Aber das wäre jetzt noch mal so, vielleicht tatsächlich zu gucken "oh, wenn da was ist, was Trauriges oder was immer auch, was ist der Zugang, wenn man diesen Knopf drückt, dass es dann auch rauskommt", so, das wäre nochmal so. #00:55:11-1#
- 202 I: Eine Überlegung, ja. #00:55:10-4#
- 203 B: Was ist jetzt der Trigger für meine Traurigkeit, ja. Vielleicht finde ich es ja noch raus (lacht etwas), irgendwann. #00:55:19-6#
- 204 I: Ja, wer weiß, genau. #00:55:21-4#
- 205 B: Wer weiß, genau. (.) Also so als Trigger, kann man schon sagen oder? #00:55:31-4#
- 206 I: Passt. #00:55:33-2#
- 207 B: Passt, ja. #00:55:37-2#
- 208 I: Trigger und dann ist es eben die Frage, wo geht das hin, wenn es getriggert ist, was passiert dann? #00:55:42-1#
- 209 B: Was passiert dann, genau. Schön, wenn man es nicht alleine beobachten muß, finde ich dann, sondern dass man dann huuuh, da begleitet wird. #00:55:53-8#
- 210 I: Okay, ja. #00:55:55-7#
- 211 B: Kann ja sein, dass dann vielleicht Dinge da kommen, wo man selbst mit um kann so. #00:56:04-8#
- 212 I: Und Trigger bei der Kalimba, jetzt noch so, weil Sie das ja nun haben und auch nutzen? #00:56:11-3#
- 213 B: Ja, ist tatsächlich aus einem Tritt rauszukommen und in Richtung zuviel Denken, sich im Kreis drehen, ähm, (..), ich fühle mich im Alltag schnell so fremdbestimmt, also im Sinne von Pflichten erledigen und Aufgaben erledigen und das kann ich damit dann unterbrechen, das könnte ich noch mehr unterbrechen. Und jetzt, wo wir drüber gesprochen haben und ich sage "ja, mensch, kannst du auch mal machen" (lacht etwas), wenn ich mich so als betreten durch den Tag fühle, ja. #00:56:54-6#
- 214 I: Das zur Hand zu nehmen, ja. #00:56:56-9#
- 215 B: Genau. #00:56:58-0#
- 216 I: Mal gucken, wo es hingeht. #00:57:01-5#

- 217 B: Also tatsächlich so einen Schnitt zu machen und zu sagen "du, da gibt es eine andere Richtung, in die du schauen könntest". #00:57:08-5#
- 218 I: Ja. #00:57:09-2#
- 219 B: Und ohne diese, das finde ich eben auch so gut, ohne dieses, was ich vorhin so sagte, so diese Theatralik dabei. So, oh, ich kann sagen "ich hab eine Kalimba" #00:57:21-6#
- 220 I: (lacht) genau. #00:57:22-5#
- 221 B: (lacht) Das hätte für mich, das würde besser zu mir passen irgendwie, weil so mit Theatralik, ich muß so meine Achtsamkeitsstunden machen, das bin ich nicht, das bin ich einfach nicht, ich würde da wahrscheinlich sagen "ach, meine Kalimba", so. #00:57:36-5#
- 222 I: Ja. #00:57:37-4#
- 223 B: Und das ist doch schön, dass ich das so kennengelernt habe, finde ich. Also ich finde das ganz gut. Hat ja nicht jeder eine Kalimba ((lacht)), ja oder was immer auch oder ich wäre als Trommel gekommen oder hier ist mein Klangstuhl. #00:57:53-7#
- 224 I: Ja, wenn er so handbar wäre. #00:57:56-0#
- 225 B: Ja, aber so. #00:57:57-9#
- 226 I: Ja, schön. #00:57:59-5#
- 227 B: Das ist doch schön, finde ich. Also das hat sich auch gut angelegt, das passt irgendwie zu mir. Mein Mann spielt übrigens dann auch manchmal Kalimba. #00:58:07-0#
- 228 I: Echt ja? (lacht) #00:58:07-0#
- 229 B: Ja, ja. (lacht) Das ist doch gut, finde ich. #00:58:11-4#
- 230 I: Das gibt es ja auch als Doppel. #00:58:12-9#
- 231 B: Ja, das Enkelkind fand das auch gut. #00:58:16-3#
- 232 I: Ach. #00:58:16-3#
- 233 B: Also das ist doch schön, finde ich schon allein, was das Kind damit macht, das ist ja egal, sie kannte das auch nicht, klimper, klimper und es kommt immer was Melodisches, also nicht Melodisches, aber Klangvolles raus. #00:58:27-1#
- 234 I: Schön, ja. Schöne Erfahrung, ja. #00:58:29-4#
- 235 B: Das ist doch gut, ja. #00:58:34-2#
- 236 I: Ja, wollen wir das als Ende nehmen? #00:58:36-5#
- 237 B: Ja, gerne. Wenn es für Sie reicht? #00:58:41-0#
- 238 I: Ja, ja. #00:58:42-6#
- 239 B: Gut (lacht) #00:58:44-4#
- 240 I: Gut. #00:58:46-1#
- 241 B: Also Ergebnis ist ja schon, dass es eher unterstützend und positiv ist, würde ich jetzt auch so sagen. #00:58:51-1#
- 242 I: Mhm (bejahend) #00:58:52-9#
- 243 B: Vielen Dank dafür. #00:58:53-7#
- 244 I: Ja, danke Ihnen. Ich mach mal aus. #00:58:57-7#

Anhang L Patienteninformation



Institut und Poliklinik für
Medizinische Psychologie
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Studienleiterin:
Pia Preißler
E-Mail: p.preissler@uke.de
Tel.: 040-7410-52756

Studie: Integration und Evaluation eines musiktherapeutischen Angebotes in der Spezialambulanz für Psychoonkologie – Teilprojekt: Subjektive Erfahrungen der Patienten mit dem Verfahren der Musiktherapie

Informationen zur Studie

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

das Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Eppendorf führt eine wissenschaftliche Studie zur Integration und Evaluation des musiktherapeutischen Angebotes in der Spezialambulanz für Psychoonkologie durch.

Zielsetzung der Studie ist es, die Implementierung eines solchen Unterstützungsangebotes zu untersuchen. Wir möchten Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie Musiktherapie in einem ambulanten psychoonkologischen Kontext einen spezifischen Beitrag im Bewältigungsprozess einer Krebserkrankung leisten kann. Dies soll einer kontinuierlichen Verbesserung des Angebotes dienen und zu einer bestmöglichen Unterstützung unserer Patienten beitragen.

Im Rahmen der Studie wird mit interessierten Patientinnen und Patienten, die eine Musiktherapie in der Spezialambulanz für Psychoonkologie erhalten haben, ein Interview geführt. Ziel des Gesprächs ist es, von den Patientinnen und Patienten mehr darüber zu erfahren, welche Erfahrungen sie in der Musiktherapie gemacht haben und wie sie das Angebot für sich einschätzen. Das Interview wird von einer qualifizierten musiktherapeutischen Kollegin der Spezialambulanz für Psychoonkologie durchgeführt und etwa 60 -90 Minuten in Anspruch nehmen. Zur späteren Detailauswertung wird der Ton digital aufgezeichnet. Sie haben in dem Gespräch die Möglichkeit, frei die aus Ihrer Sicht wichtigen Aspekte zu beschreiben, die für Sie in der Musiktherapie wichtig waren.

Die Stundenprotokolle, die die behandelnde Musiktherapeutin im Verlauf der Musiktherapie geführt hat, sowie sonstige Aufzeichnungen (Audioaufnahmen von Improvisationen, digitale Aufnahmen von zur Musik entstandenen Zeichnungen) werden gegebenenfalls als Vergleich und zusätzliche Information in die Auswertung der Interviews mit einbezogen. Auch die standardmäßig in der Ambulanz erhobenen Daten aus dem *Fragebogen zur Psychosozialen Belastung* sollen zur Auswertung hinzugezogen werden.

Mit der Teilnahme an der Studie sind keine besonderen Risiken verbunden. Es ist gewährleistet, dass Sie sich jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne dass ein Nachteil für Sie entsteht, von der Teilnahme an der Studie zurückziehen können.

Die Studie wird im Rahmen einer Promotion durchgeführt und nicht über Projektgelder finanziert. Eine Entschädigung für die Teilnahme an einem Interview kann nicht gegeben werden.

Wir möchten Sie herzlich um Ihre Mitarbeit an dieser wissenschaftlichen Studie bitten!

Die Teilnahme an dem Interview ist freiwillig, und es entstehen Ihnen selbstverständlich keine Nachteile, wenn Sie nicht teilnehmen möchten.

Hinweis zum Datenschutz

Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt. Nur die an der Studie direkt beteiligten Mitarbeiter haben Einsicht in Ihre persönlichen Daten. Diese werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke in pseudonymisierter Form verwendet. Das bedeutet, dass die Daten nur mithilfe einer gesonderten, nur der Studienleiterin bekannten Liste re-identifiziert werden können. Diese Liste wird unter sicherem Verschluss aufbewahrt.

Sollten Sie noch weitere Fragen zu der Studie haben, können Sie sich gerne an die Studienleiterin (Pia Preißler) oder während des Interviews auch an die Interviewerin wenden.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anhang M Einverständniserklärung



Institut und Poliklinik für
Medizinische Psychologie
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Studienleiterin:
Pia Preißler
E-Mail: p.preissler@uke.de
Tel.: 040-7410-52756

Studie: Integration und Evaluation eines musiktherapeutischen Angebotes in der Spezialambulanz für Psychoonkologie – Teilprojekt: Subjektive Erfahrungen der Patienten mit dem Verfahren der Musiktherapie

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich insbesondere über die Ziele, den Ablauf samt Dauer und den Nutzen der Studie aufgeklärt wurde.

- Ich habe die Probandeninformation gelesen und verstanden. Ich bin von über den Zweck, den Ablauf, die Bedeutung sowie die Vorteile und Risiken, die mit der Studie verbunden sein können, ausführlich und verständlich mündlich aufgeklärt worden.
- Alle meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden und ich hatte genügend Zeit, um meine Entscheidung zur Studienteilnahme zu überdenken und frei zu treffen.
- Ich habe eine Kopie der Probandeninformation und der Einverständniserklärung ausgehändigt bekommen.
- Mir ist bekannt, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme an der Studie zurückziehen kann (mündlich oder schriftlich), ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen der Musiktherapie gemachten Aufzeichnungen (Audioaufnahmen von Improvisationen, digitale Aufnahmen von zur Musik entstandenen Zeichnungen) in die Auswertung mit einbezogen werden. [bei Nichtzutreffen bitte diesen Absatz streichen]

Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen der Ambulanz standardmäßig erhobenen Daten aus dem Fragebogen zur Psychosozialen Belastung zur Auswertung der Interviews hinzugezogen werden. [bei Nichtzutreffen bitte diesen Absatz streichen]

Vereinbarung zum Haftungsausschluss

Eine Haftung wird lediglich für vorsätzliches und grob fahrlässiges Fehlverhalten übernommen. Für höhere Gewalt und von dem Probanden selbst verschuldete Unfälle innerhalb und außerhalb der Räumlichkeiten, auch auf Zugängen und Zuwegen, haftet weder die Studienleiterin noch die von ihr mit der Aufsicht beauftragten Personen. Dies gilt auch für sonstige Gefahren, die trotz Einhaltung der üblichen Sorgfalt nicht sofort erkannt werden können.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich auf dem Weg von und zur Prüfstellung nicht unfallversichert bin.

Ich bin erkläre mich bereit an der oben genannten Studie freiwillig teilzunehmen.

Name, Vorname in Druckbuchstaben

Geburtsdatum

Ort, Datum

Unterschrift

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung des Probanden eingeholt.

Name, Vorname in Druckbuchstaben

Ort, Datum

Unterschrift

Anhang N Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung



Institut und Poliklinik für
Medizinische Psychologie
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Studienleiterin:
Pia Preißler
E-Mail: p.preissler@uke.de
Tel.: 040-7410-52756

Studie: Integration und Evaluation eines musiktherapeutischen Angebotes in der Spezialambulanz für Psychoonkologie – Teilprojekt: Subjektive Erfahrungen der Patienten mit dem Verfahren der Musiktherapie

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Mir ist bekannt, dass bei der Studie personenbezogene Daten von mir erhoben, gespeichert und ausgewertet werden sollen. Ich bin damit einverstanden, dass die Studienleiterin (Pia Preißler) sowie mit der Studie betraute Mitarbeiter Einblick in meine personenbezogenen Daten nehmen.

Ich stimme zu, dass Daten, die meine Person betreffen (hierzu gehören insbesondere auch Gesundheitsdaten aus meinen Gesundheitsunterlagen), unter der Verantwortung der Studienleiterin in anonymisierter Form für die Studie mit einer wissenschaftlich in Betracht kommenden Fragestellung gespeichert, verarbeitet und publiziert werden. Ich bin aber bereits darüber aufgeklärt worden, dass ich jederzeit die Teilnahme an der Studie beenden kann. Im Falle eines solchen Widerrufs meiner Einwilligung, an der Studie teilzunehmen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die bis zu diesem Zeitpunkt gespeicherten Daten weiterhin in anonymisierter Form verwendet werden dürfen. Ich habe jedoch das Recht, deren Löschung zu verlangen, sofern diese noch nicht anonymisiert sind.

Die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften wurde mir ausdrücklich zugesichert, insbesondere des Sondertatbestandes des § 27 HmbDSG zur Verarbeitung personenbezogener Daten zu Zwecken der wissenschaftlichen Forschung.

Proband (Name in Druckbuchstaben): _____

Geburtsdatum: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Anhang O Codebaumentwicklung

Codebaum 1 nach der Analyse des ersten Interviews IP1

gemeinsam spielen
Bewertungsfreiheit
Gehörtwerden
Inneres erspielen
Prozessgestalten
irgendwas geht immer!
Handlungsraum
Instrument als Akteur
Transponieren
(Un)Benennbarkeit
Involvierungs-Distanzierungs-Übergänge
Geschehen lassen
Versorgtwerden
(Un)sicherheit
Patientenspezifisches
Schlüsselerlebnis
Auswirkungen
Indikation
Präkonzepte
verworfen Codes
Bilanzierung

Codebaum 2 nach der Analyse der ersten beiden Interviews IP1 + IP18; Einführung des Kodierparadigma

Erfahrungsräume
Ungelöstes/Schwieriges
Schlüsselerlebnisse
Das Da-Sein wahrnehmen
Im Jetzt-Erleben ankommen
Daseins-Erleben
Gefühle fühlen
den Körper spüren
Etwas Wertvolles verankern
Etwas transponierend weiterbewegen
Bedeutungen finden
Etwas gestaltbar machen
etwas zum Ausdruck bringen
neu herangehen
irgendwas geht immer!
sich Rückzug erlauben
Verbundenheit erleben
Kernphänomene
Sicherheit
Verhältnisse
Spannung - Beruhigung
Hell und Dunkel
Glück und Zuversicht
Bedingungen
Indikation
Vorstellungen zur MT
Passung MT
Bewältigungsimpulse
Akzeptieren
Wahrhaben
etwas anders machen können

Codebaum 3 nach der Analyse der ersten acht Interviews (IP1/18/16/15/11/12/9/13)

Kontext
Patientencharakteristika
Passung MT
Vorstellungen zur MT
Unterstützungsanliegen
Prozessoren
offenes erkunden
die Musik wirken lassen
in Bezogenheit sein
Etwas transponierend weiterbewegen
etwas bleibend machen_verankern
Komponenten der Auseinandersetzung
Stabilisierung
Schönes wahrnehmen
sich ablenken
sich aufgehoben fühlen
Beruhigung finden
sich Rückzug erlauben
Selbstwahrnehmung
Beziehung zu sich selbst aufnehmen
den Körper spüren
Gefühle und Bedürfnisse fühlen/zulassen
etwas zum Ausdruck bringen
der eigenen Existenz gewahr werden
ein Da-Sein erleben
Selbstwirksamkeit
Bedingungen für Selbstwirksamkeit
Beziehungsfähigkeit stärken
etwas Neues entdecken
sich als Gestalter*in erleben
konkrete Bewältigungsprozesse gestalten
Auswirkungen
erlebte Veränderung
Akzeptieren
subjektive Bewertungen
Ungelöstes/Schwieriges/Offenes
Schlüsselerlebnisse

Codebaum 4 vor der Modellbildung

Kontext	
Passung MT	
	Vorstellungen zur MT
subjektive Bewertungen	
	Ungelöstes/Schwieriges im Methodischen
	erlebte Veränderung
Psychosoziale Belastung	
Musiktherapeutischer Prozess	
	Musiktherapeutische Wirkkomponenten
	Etwas von sich ausdrücken & gestalten
	sich als Gestalter*in erleben
	sich zum Ausdruck bringen
	Musik und Sprache verbinden
	In einer musiktherapeutischen Beziehung sein
	Musik & Klang erleben
	Offenes Erkunden im Hier & Jetzt
Erfahrungsräume	
	Stabilisierung
	Etwas in sich verankern
	sich aufgehoben fühlen
	Beruhigung finden
	Schönes wahrnehmen
	sich lebendig & kraftvoll fühlen
	In einen Ausgleich finden
	Selbstwahrnehmung
	Fühlen & dem Schweren begegnen können
	eine stimmige Beziehung zu sich aufnehmen
	mit sich selbst stimmig werden
	den versehrten Körper positiv spüren
	Selbsteile versorgen
	Selbstwirksamkeit
	Etwas neu/anders machen
	Kommunikation erweitern
	Die Erkrankungssituation akzeptieren

Anhang P Codememos

Codememo 1

Codememo „Akzeptanz“ – verfasst während des Offenen Kodierens des Interviews IP18 (03.11.2018) und in Resonanz zu einer Kodiersitzung im Doktorand*innenkolloquium (HfMT)

Akzeptanz ist etwas Aktives, ein aktiver Vorgang. Akzeptanz gelingt besser, wenn sie von Gefühlen von Selbstwirksamkeit begleitet wird (IP18 Z 285 "und hab dem (dunklen Fleck) einen Platz gegeben"); das innere aktiv-Sein in einer Situation, die man im Außen nicht ändern kann, sie imaginativ selbst zu gestalten, in ihr handeln zu können kann etwas sehr Wichtiges für Krebsbetroffene sein. Das Aktive weist in Richtung Bewältigung, es gibt einen Weg, der weiterführt (IP 18 Z 324 hab meinen Weg gefunden, auch wenn es Einbrüche gibt).

Bei der Akzeptanz hilft, wenn es eine Erfahrung von etwas zu etwas hin gibt = Akzeptieren von Zuständen mit der Zuversicht dass sich diese verändern können/einen Platz bekommen können/ etwas dazu bekommen, was sie akzeptabel macht (IP18 Z357: vom Strudel in ruhige Gewässer; IP18 285 dem Fleck einen Platz geben); musikgeleitete Imaginationen oder gestaltete musikalische Veränderung bzw. Entwicklung in Improvisationen können MT Methoden sein, die Akzeptanz unterstützen (IP 18 Z 663: das Laute und das Ruhige geht beides auf der Oceandrum). Musik ist immer ein von - zu.

Akzeptanz heißt, etwas "da sein" zu lassen (IP18 Z281, 285, 286, 299 "es ist da"), ein Dasein anzuerkennen. Bezug zu Wahrhaben.

Eine Bedingung für Akzeptanz könnte eine Bestätigung von außen sein oder auch eine Selbstbestätigung. (IP 18 Z 286: "ich denke, dass das schon ein guter Umgang ist, das zu akzeptieren" - sie fragt nicht direkt nach Bestätigung; es überträgt sich eher ein Gefühl eines Bestätigungswunsches, eine Suche nach Bestätigung; jemand soll bestätigen, dass es ein guter Umgang ist).

Akzeptanz bzw. der Prozess der Akzeptanz wird als positiv erlebt, wenn es eine eigene Motivation für die Suche nach Akzeptanz gibt; wenn Patient*innen trotz der Bedrohung eine Offenheit bewahren; im Unterschied zum Gefühl von Resignation (IP 18 wirkt positiv, so die Rückmeldung auf den im Dokkol kodierten Ausschnitt des Interviews).

Es gibt auch ein Sich schützen, etwas Abwehren; solche Mechanismen begleiten den Prozess der Akzeptanz; es handelt sich hier nicht um eine neurotische Abwehr, sondern es geht um sehr verständliche Versuche, einen Einschlag in das Leben zu bewältigen.

Akzeptanz ist kein fester Zustand; es sind Versuche, ein Hin und Her, ein unsicheres brüchiges Akzeptieren, ein ringendes Akzeptieren (IP18 Z 314f; Rückmeldung aus dem Dokkol: der Text wirkt angestrengt, sie scheint zu kämpfen); teilweise hinschauen und dann auch wieder negieren; wenn man zum Dunklen hinschauen kann, ist bereits ein höherer Grad an Akzeptanz erreicht; das kann schwanken, ist nicht immer konstant; oft ist es ein gezwungenermaßen Akzeptieren; Bewegung zwischen akzeptieren wollen, können, müssen (IP18 Z 543: sie ist sich nicht schlüssig, ob sie es bei dieser unfertigen Akzeptanz lässt)

Patienten müssen klar kommen mit dem Hin- und Her, es ist ein anstrengender Prozess; akzeptieren müssen ist etwas Mühsames (IP18 Z 534).

Es gibt Theorien und Konzepte, die bei der (rationalen) Akzeptanz helfen sollen (II18 Z 290 f Yin&Yan)

Eine Balance zwischen dunkel und hell würde das akzeptieren können erleichtern; eine Akzeptanz im Sinne einer Integration der schweren Erlebnisse und Gefühle (z.B. im Sinne von Yin und Yan, IP18) - Bezug zum Code Das Helle im Dunklen; aber es ist fraglich, ob eine "vollständige, sichere" Akzeptanz bei Krebspatient*innen erreicht werden kann, vielleicht macht ein Alternieren mehr Sinn. Vielleicht kann diese schlimme Krankheit nur akzeptiert werden, wenn man sie auf Abstand hält - das könnte für die MT bedeuten: distanzierbare innere Bilder finden. (IP 18 der dunkle Fleck, gepunktet; sie kann es anschauen Z290). Das Helle muss überwiegen (IP18 297 froh, dass das Helle überwiegt); der Blick auf das Helle, auf die Ressourcen erleichtert eine Akzeptanz = Ressourcenorientierung in der MT! Zum Akzeptieren braucht es manchmal auch Erlebnisse, in denen das Schwierige nicht da ist, zwischendurch das Gefühl, die Welt ist in Ordnung (IP18 Z 720; da war jetzt kein schwarzer Fleck).

Ist eine Stabilisierung Voraussetzung für Akzeptanz? Oder führt die Akzeptanz zu einer Stabilisierung? Ggf. verschiedene Phasen von Stabilisierung: die erste stabilisiert die gesunden/positiven Anteile, die zweite stabilisiert dadurch, dass sie auch die schweren Seiten integriert = Akzeptanz ist etwas Stabilisierendes.

Was muss alles akzeptiert werden/ mit welchen Bereichen, die akzeptiert werden wollen, beschäftigt sich die MT? Krankheit, körperliche Beeinträchtigungen (IP18 Darm, Erschöpfung), psychische Probleme, soziale Probleme (IP 18 in Rente gehen), Sterben müssen...(sammeln)

Akzeptanz hat etwas mit wahrnehmen/wahrhaben zu tun - Bezug zum Code Wahrhaben!

Wahrhaben und Akzeptieren, wie unterscheiden sich diese Codes?

Es gibt Erfahrungen in der MT, die nicht akzeptiert werden, wo etwas fehlt, nicht gelingt (IP18 Z477ff: es entsteht nicht die erwünschte und zu Lösung gedachte Imagination vom Darm).

Ist Ratlosigkeit/ Nicht-Wissen eine Form von Akzeptanz?

Codememo 2

Codememo *Etwas transponierend weiterbewegen* - nach dem axialen Kodieren von IP1 und IP18 (24.01.2019)

Grenzen der Transponierbarkeit

Transponierbarkeit hat Grenzen, manches kann man nicht in Sprache fassen, manches bleibt unbenennbar (IP1 32 "man kann das gar nicht..." + 41 Drucksens und Stottern)

Transponieren in Sprache ist nicht immer einfach (IP 18 979)

Transponierungseinheit

Musiktherapie ist eine Einheit von etwas Erleben und dann darüber sprechen; manches aus dem Erleben wird erst im Gespräch deutlich (IP18 Z966 ff)

Transponierreihenfolge/ Transponierphasen/ was wird in was transponiert

Es ist nicht immer klar, was in was transponiert wird (IP1 Abs182); ist da z.B. erst die Veränderung in der Musik, die dann verbal transponiert wird - oder einer Erkenntnis aus der verbalen Reflexion, die dann ins Spiel transformiert wird?

Es gibt Transponierungsphasen: etwas, unklare Gefühle ausdrücken/auf ein Instrument, in einen klanglichen Ausdruck oder/und Bild übertragen - aufnehmen - besprechen (IP18 978); klarere Benennung der vorher unklaren Gefühle wird möglich; vorher kann man Unklares schlecht in Worte fassen (IP18 999); man kann etwas Unklares spielen, bei Worten hätte man Wortfindungsschwierigkeiten; das Unklare kann in Kontakt gebracht, kommuniziert werden.

Mit dem klanglichen Ausdruck hat man etwas, das man beforschen, über was man sich austauschen kann (IP18 Z1014)

Aus- und Eindruck als "Material", was in Verstehen transponiert werden kann

Das innere Erleben wird konkretisiert (IP18 597)

Etwas von außen (ein schönes Erlebnis) in die Musik transponieren und damit ins innere Erleben (IP18 18)

Transponieren in Sprache gibt Sicherheit

Für Patient*innen mit sozialer Ängstlichkeit, die Angst haben, dass das, was sie von sich unkontrolliert in einem musikalischen Ausdruck zeigen, bewertet werden könnte, ist das Transponieren in das sicherere, kontrollierbare - aber nicht gänzlich bewertungsangstfreie (IP1 41, das Drucksens und Stottern) Feld der Sprache etwas Wichtiges/Hilfreiches/Notwendiges. Das, was im musikalischen Ausdruck "rauskommt" wird verfügbar gemacht (man kann es besprechen), kann zum Nutzen werden (IP 1 18).

Transponieren von MI - Erfahrungen

(bezogen auf IP1 Abs38): das Transponieren bei der MI scheint besonders schwer zu fallen. IP eins kommt sehr ins Stottern bei der Erinnerung an diese Imaginationsarbeit. Ist das aufgrund des Verfahrens oder aufgrund der unangenehmen Themen, die da transponiert werden sollen? Oder aufgrund der Selbstunsicherheit des Patienten, dass er sich vielleicht nicht traut, eine Aussage zu machen?

Transponieren in den Alltag

IP1 Abs 164: die Transponierung der gemachten Erfahrungen/der MT Erkenntnis in den Alltag scheint nur manchmal zu gelingen. Ein Auftrag, die Erfahrungen im Alltag umzusetzen, könnte auch Druck machen, zu konkret sein? (Oder ist dies wieder spezifisch IP1?)

Am ehesten könnte die Transponierbarkeit im Hinblick auf eine Beziehungsgestaltung gelingen (IP1 166, nicht mehr so kritisch mit anderen sein, weniger besprechen müssen) - hier auch: nicht alles "transponieren" müssen, etwas einfach geschehen lassen können, einfach zusammen spielen (IP1 140)!

Möglich: Transponieren einer Imagination (Türe): sich im Büro abgrenzen als Gesprächsthema, das sich daraus entwickelt hat (85)

Weiterführende Gedanken:

Es gibt einen Transformationsprozess: Erleben in Musik ausdrücken und das dann wieder in Sprache; man muss sich auf die innere Suche begeben, etwas, was schon in Ausdruck gebracht worden ist, in einer anderen Variante zu zeigen, damit bleibt auf jeden Fall etwas auf der Strecke, es gibt Dinge, die gesagt werden können und etwas, was nicht gesagt werden kann (IP 1 41-43 Eindruck aus der Codiergruppe Berlin 7.7.18).

Assoziationen zu Transponieren:

Transponieren hat etwas mit Übersetzungsprozessen zu tun. Mit Erhöhen oder Tiefersetzen. Anpassen an einen neuen musikalischen Kontext. Das Ursprüngliche passt nicht mehr. Würde man das Ursprüngliche beibehalten, wäre die Dissonanz ggf. zu groß.

Der Übersetzungsprozess/ die Einbettung der musikalischen, impliziten Erfahrung in das explizite diskursive Sprachsymbolsystem könnte ein Kernthema musiktherapeutischer Erfahrung sein. Es wird Grenzen dieser Transponierbarkeit geben. Was für Chancen liegen für die Patient*innen in dieser (ggf. mühevollen) Transponierbarkeit?

Es gibt verschiedene Übergänge beim Transponieren: Erleben - Musik/Instrument - Sprache

Übersetzung als Prozess des Verstehens und bewussten Integrierens (für die Patient*innen selbst/ die Therapeutin/ den Behandlungs- und Forschungskontext)

Übersetzungsprozesse als Veränderungsprozesse beim Patienten in der Therapie: "sich in eine andere Tonart hineinverändern"

Es geht auch um Übersetzungsprozesse zwischen Psychoonkologie und Musiktherapie
etwas zum Ausdruck bringen ist eine Form des Transponierens

HYPOTHESE:

Die Schwierigkeit, etwas in Sprache zu fassen kann als Indikation/mögliche Bedingung für Musiktherapie gelten. Die Musiktherapie als Verfahren scheint für diese Schwierigkeit erst einmal eine gute Lösung, wenn sie als nonverbales Verfahren nominiert ist/betrachtet wird. Es zeigt sich aber, dass sie diese Schwierigkeit noch verstärken/herausfordern kann und genau damit arbeitet.

Es muss unterschieden werden, ob die Schwierigkeiten auf der Ebene der Persönlichkeit liegen (z.B. aufgrund geringen Selbstbewusstseins/Unsicherheiten) oder ob sie etwas mit dem schwierigen/herausfordernden Wechselspiel zwischen diskursivem und präsentativem Symbolsystem, zwischen Explizitem und Implizitem, Bewusstem und Unbewussten zu tun haben.

Es ist der MT inhärent, dass man sich um Verstehen bemüht (auch: methodisch induzierte Unklarheiten), um etwas ringen muss, etwas schwer auf den Punkt bringen kann. Hier gibt es eine Nähe/Analogie zum Auseinandersetzungsprozess mit einer Krebserkrankung. Unbenennbarkeit/Unfassbarkeit als Code? Das wäre aber fast eine Hypothese, weil IP1+18 nichts in die Richtung reflektiert haben.

Prüfen: IP1: Die Schwierigkeiten etwas zu benennen, äußern sich im Interview im Sprachfluss - wie war der "Fluss" in den Improvisationen? Ist das Nicht benennen können eine individuelle Bedingung von IP1? Wenn ja, wäre dann für solche Patient*innen die MT gerade hilfreich oder nicht hilfreich? Zu schwierig? ggf. eine Improvisation analysieren, um dem näher zu kommen!

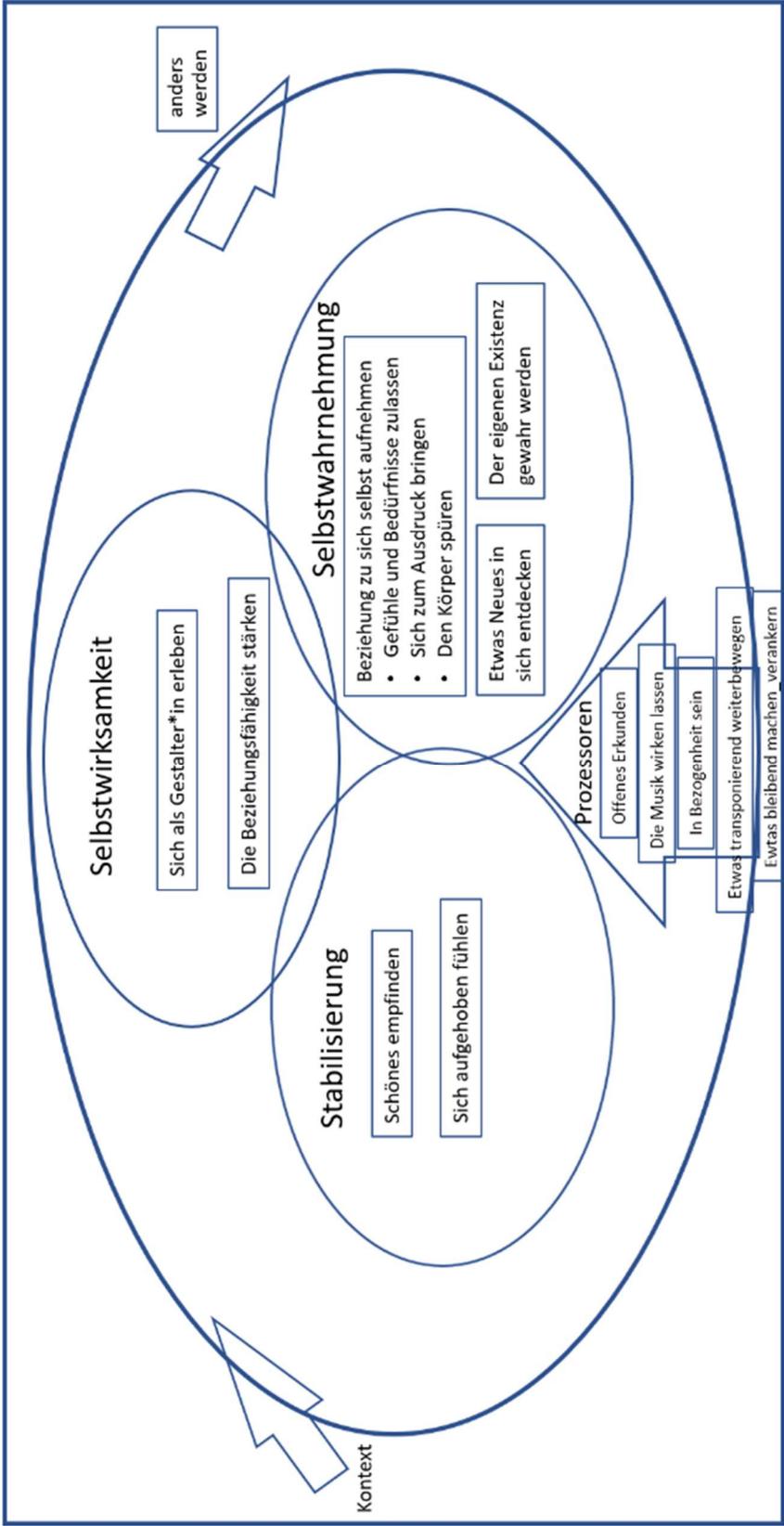
Pseudotransponierung?

Es kann auch vorkommen, dass nur ein Teilstück der Erfahrung transponiert werden kann, dann nützt es ggf. aber nichts, da diese nicht in das Gesamterleben integriert werden kann. Eine (einfache statt komplexe - was für ein Transponierungssystem wird benötigt?) "Schmalspurtransponierung" ("Pseudotransponierung"?) Schnelle Erkenntnis) ist ggf. nicht ausreichend, sondern könnte zu Verwirrung führen - Belege suchen

Anhang Q Modellentwicklung

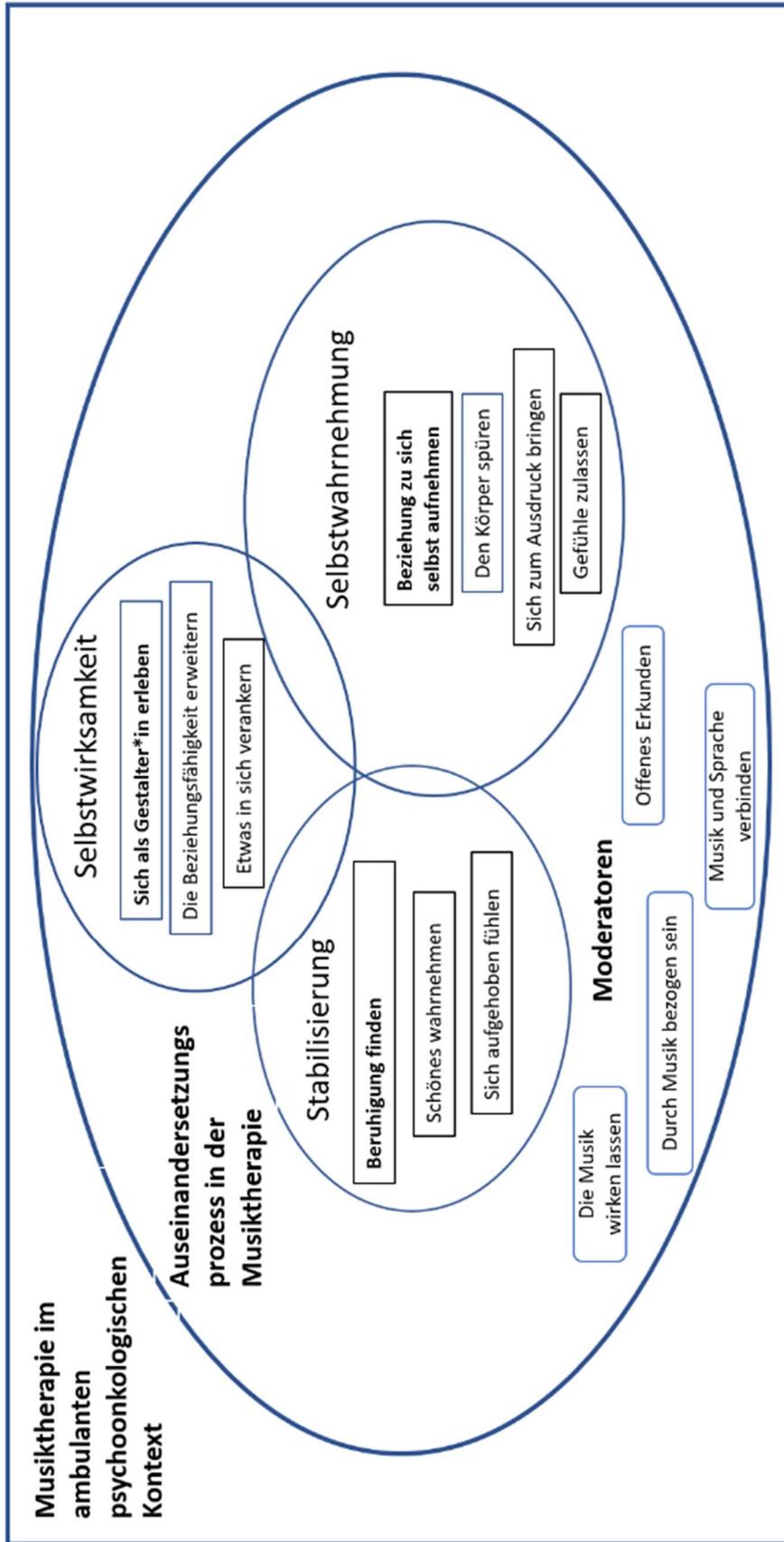
Modellentwurf zur Diskussion im Doktorand*innenkolloquium (HfMT)

Modell der Auseinandersetzung in der ambulanten psychoonkologischen Musiktherapie



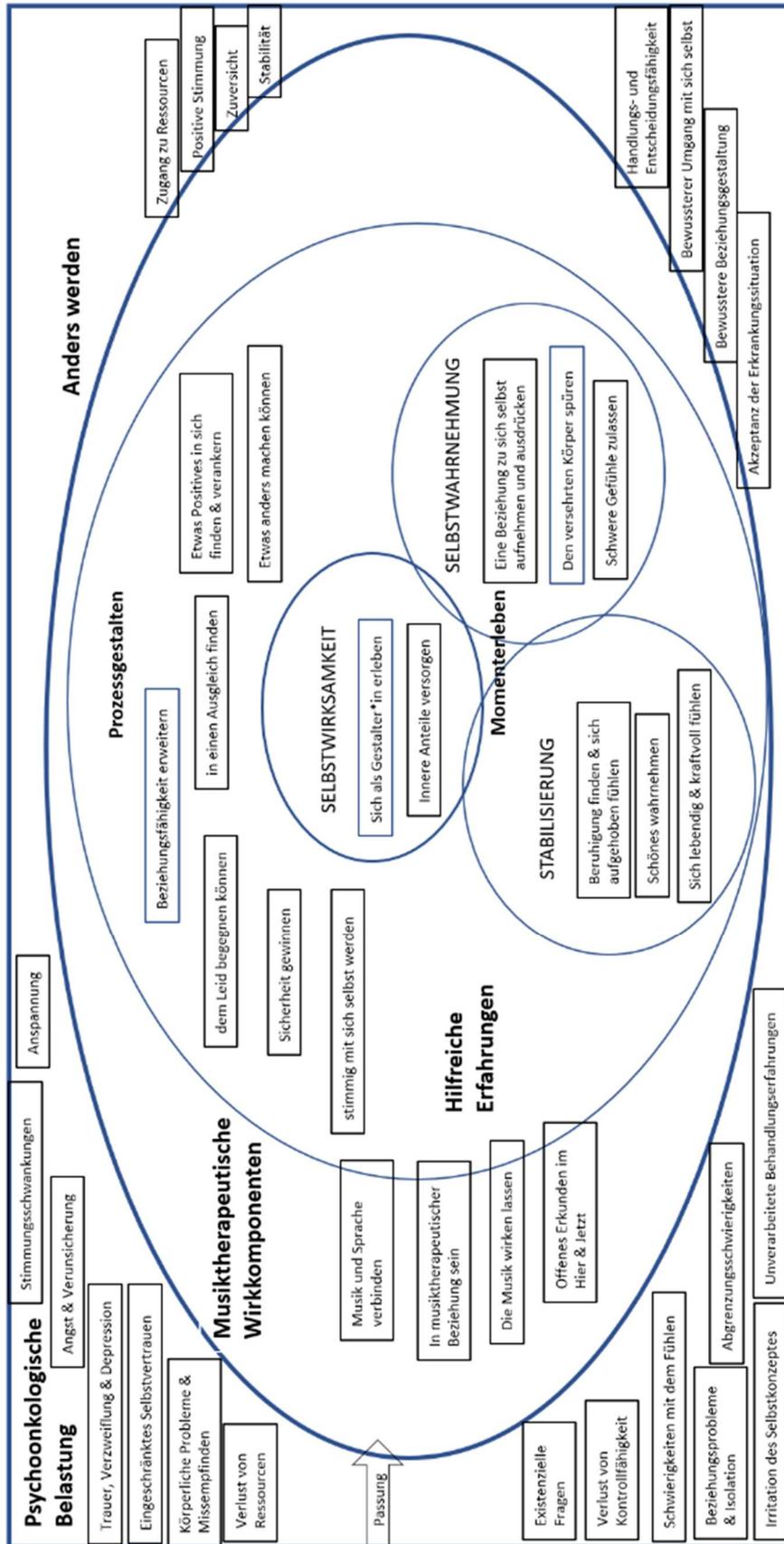
Modellentwurf zur Diskussion im Forschungsteam

Modell der Auseinandersetzung in der ambulanten psychoonkologischen Musiktherapie

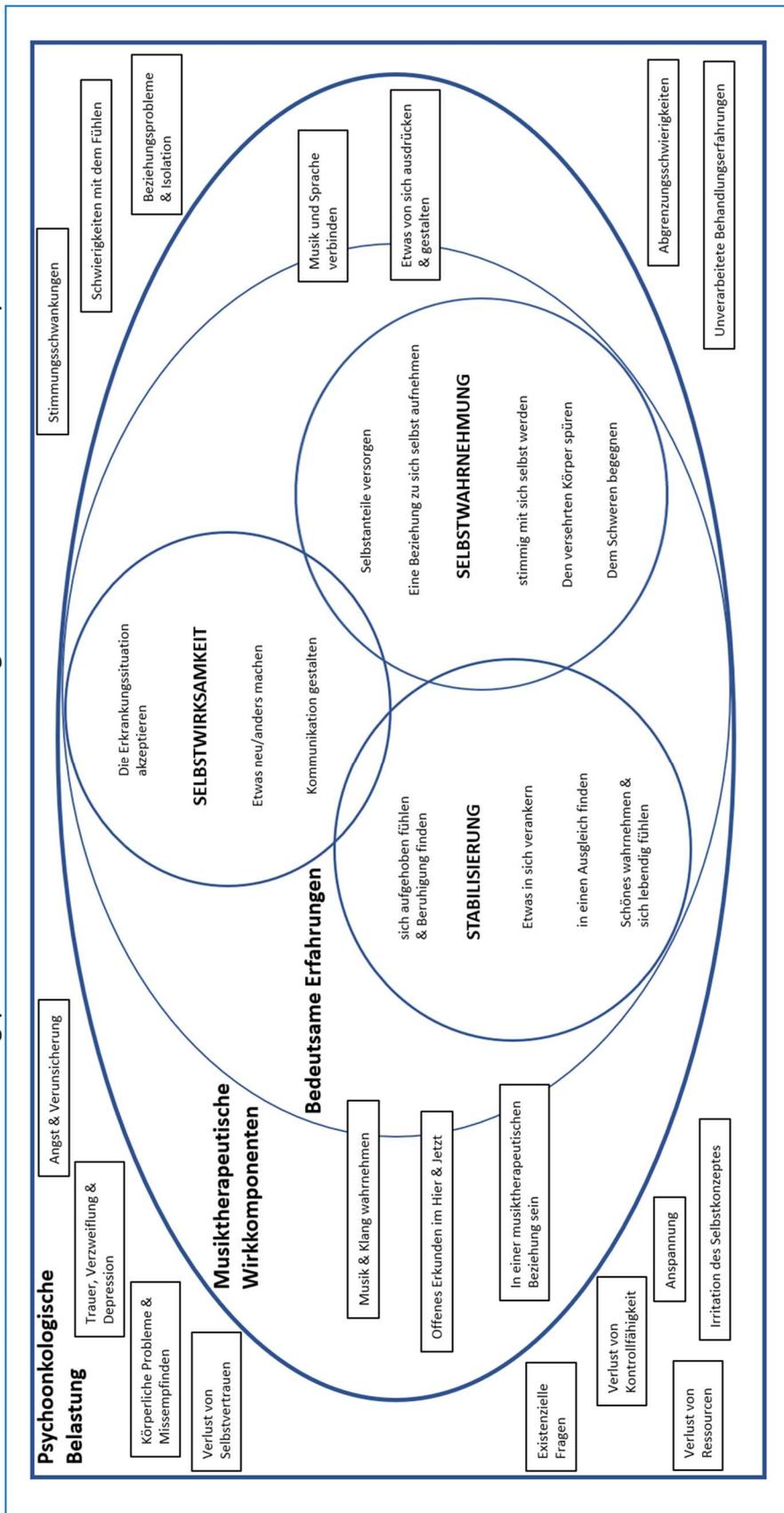


Modellentwurf zur Kommunikativen Validierung

Modell über den Auseinandersetzungsprozess mit einer Krebserkrankung in einer ambulanten Musiktherapie

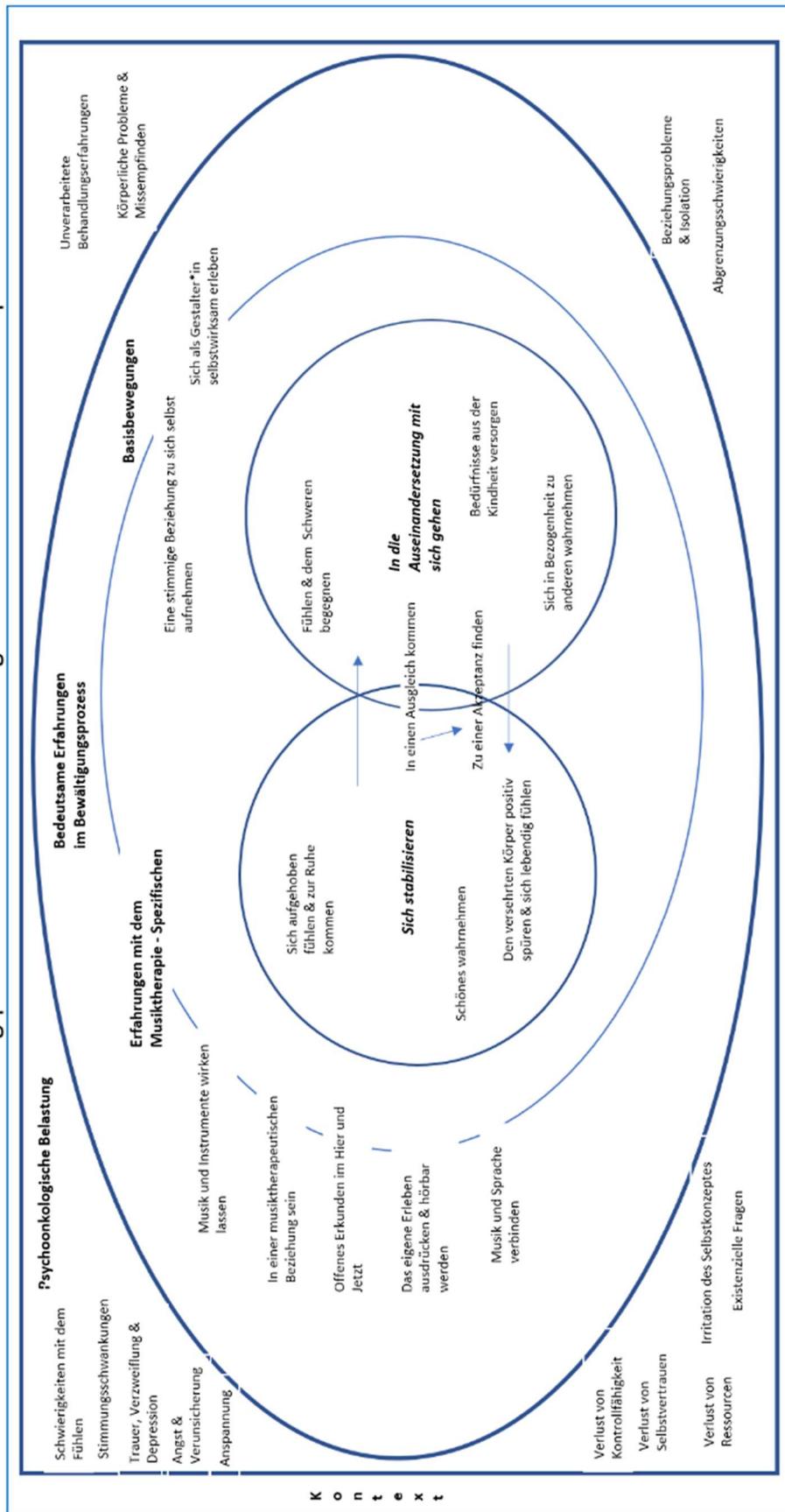


Modell über den Auseinandersetzungsprozess mit einer Krebserkrankung in einer ambulanten Musiktherapie

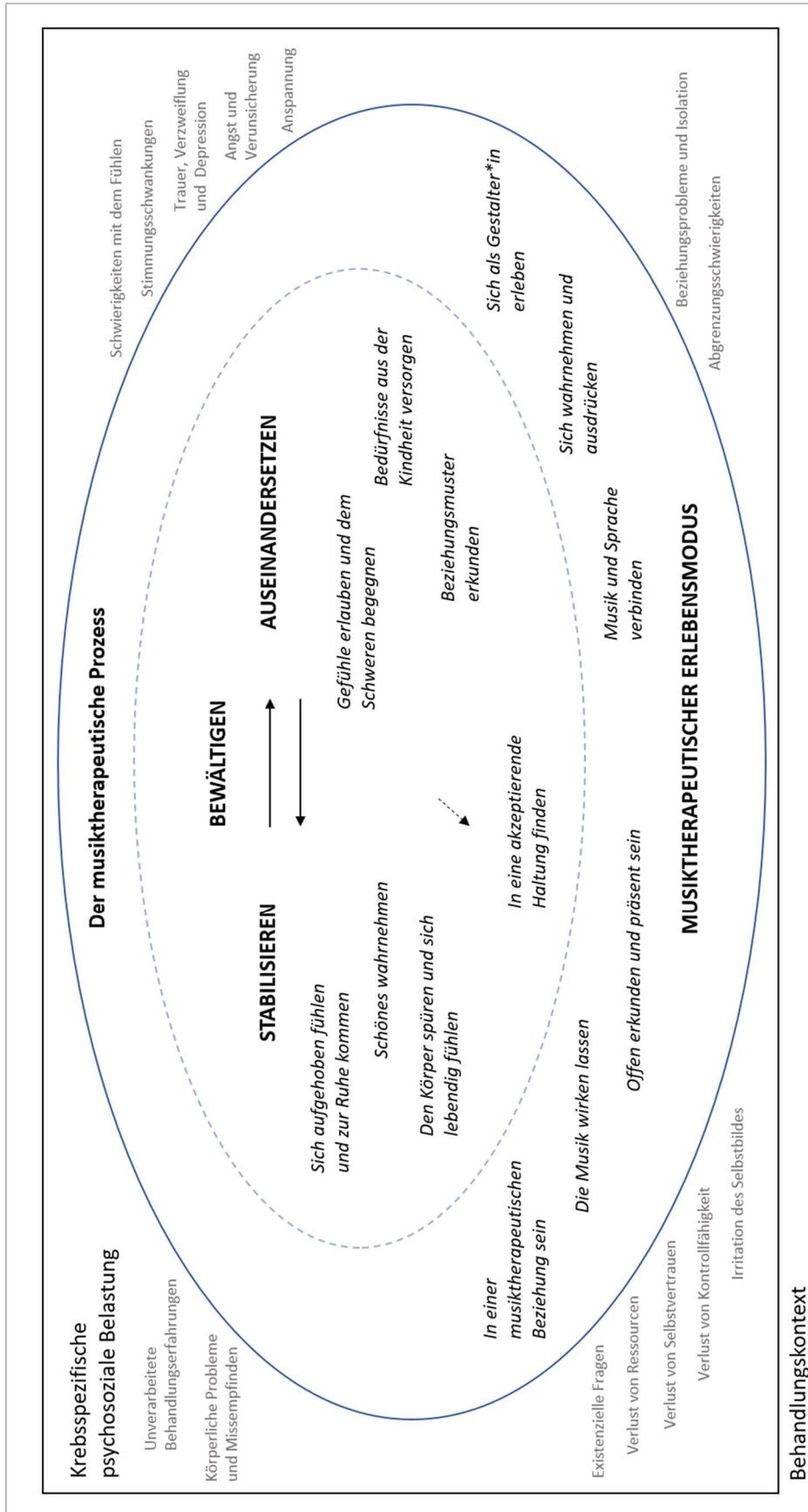


Modellentwurf im weiteren Verlauf

Modell über den Auseinandersetzungsprozess mit einer Krebserkrankung in einer ambulanten Musiktherapie



Finaler Modellentwurf



Anhang zu Kapitel 5

Anhang R Messinstrumente

DistressThermometer (Mehnert et al., 2006; entnommen aus dem Fragebogenheft der Spezialambulanz für Psychoonkologie, UKE)

D. Fragen zu aktuellen Belastungen

Anleitung:

1. Bitte kreisen Sie am Thermometer rechts die Zahl ein (0-10), die am besten beschreibt, wie belastet Sie **sich in der letzten Woche einschließlich heute** gefühlt haben.



2. Bitte geben Sie an, ob Sie in einem der nachfolgenden Bereiche in der letzten Woche einschließlich heute Probleme hatten. Kreuzen Sie für jeden Bereich **JA** oder **NEIN** an.

JA	NEIN		JA	NEIN	
		Praktische Probleme			Körperliche Probleme
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wohnsituation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Versicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Übelkeit
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Arbeit/Schule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erschöpfung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Beförderung (Transport)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlaf
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kinderbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bewegung/Mobilität
		Familiäre Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Waschen, Ankleiden
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Im Umgang mit dem Partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Äußeres Erscheinungsbild
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Im Umgang mit den Kindern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Atmung
		Emotionale Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Entzündungen im Mundbereich
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Essen/Ernährung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ängste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verdauungsstörungen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Traurigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verstopfung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Durchfall
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nervosität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Veränderungen beim Wasser lassen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verlust des Interesses an alltäglichen Aktivitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fieber
		Spirituelle/religiöse Belange	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trockene/juckende Haut
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	In Bezug auf Gott	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trockene/verstopfte Nase
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verlust des Glaubens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kribbeln in Händen/Füßen
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Angeschwollen/aufgedunsen fühlen
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gedächtnis/Konzentration
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sexuelle Probleme

Sonstige Probleme

.....

GAD-7 (Spitzer et al., 2006; entnommen aus dem Fragebogenheft der Spezialambulanz für Psychoonkologie, UKE)

3. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?				
	gar nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
1. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PHQ-9 (Löwe et al., 2002; entnommen aus dem Fragebogenheft der Spezialambulanz für Psychoonkologie, UKE)

4. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?				
	gar nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitung lesen oder Fernsehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anhang zu Kapitel 8

Anhang S Absicherung des Subjektiven

Beratung und Austausch zum Forschungsprozess

1. Treffen mit dem Forscher*innenteam

Im Hintergrund meiner Einzelforschung stand die Forscher*innengruppe, die das Projekt in der Anfangszeit gemeinsam durchgeführt hatte. Die Grundlegungen für die Theoriebildung waren hier im intersubjektiven Austausch entwickelt worden. Im Verlauf der Untersuchung kamen wir im Schnitt dreimal im Jahr zusammen und ich konnte bei diesen Treffen meine weiteren Erhebungen, Fragen und Erkenntnisse austauschen. Insbesondere in der Anfangszeit hatte ich viele wichtige Intervisionsgespräche mit meiner Musiktherapiekollegin.

2. Doktorand*innenkolloquium (HfMT)

In den regelmäßig stattfindenden Doktorand*innenkolloquien im Institut für Musiktherapie (Leitung: Prof. E. Weymann) konnte ich regelmäßig Aspekte und Problemstellungen meiner Forschung vorstellen und diskutieren. Hier führten wir auch mehrmals eine gemeinsame Codier-Arbeit am Material durch.

3. Forschungswerkstatt (HfMT)

Innerhalb der Forschungswerkstatt im Institut für Musiktherapie konnte ich Aspekte meiner Dissertation wie die Forschungsmethode oder den Kodierprozess vorstellen und forschen oder an Forschung interessierten Kolleg*innen aus der Musiktherapie diskutieren.

4. Laboratorium bei der Augsburger Werkstatt für Musiktherapeutische Forschung

In einem Laboratorium bei der Augsburger Werkstatt für Musiktherapeutische Forschung konnte ich mit der Expertin Prof. Susanne Bauer und dem Publikum die Herausforderungen der Doppelrolle diskutieren und mit den dortigen Anregungen eine Position dazu entwickeln.

5. Expert*innenberatung

Prof. L.O. Bonde (AAU, DK) beriet mich in Bezug auf mein Forschungsdesign und führte mit mir das RepGrid Interview zu meinen Vorannahmen durch.

6. Workshop zur Reflexiven Grounded Theory

Bei meiner Teilnahme an einem Methodenworkshop zur Grounded Theory (Leitung: (em.) Prof. F. Breuer; R. Vock) habe ich Material aus meinen Interviews eingebracht und in einer Kodiersitzung bearbeitet und diskutiert.

7. Doktorand*innenkolloquium UKE

In einem Doktorand*innenkolloquium im Institut für Medizinische Psychologie (Leitung: Prof. Dr. Härter, PD Dr. Kriston) im Rahmen des Doktorand*innenprogramms am UKE konnte ich mein Studiendesign vorstellen und diskutieren.

8. Arbeitsgruppe Qualitative Methoden

Eine Zeitlang habe ich regelmäßig an der ‚Arbeitsgruppe Qualitative Methoden‘ (Leitung: Dr. Pohontsch) am UKE (Institut für Allgemeinmedizin) teilgenommen. Hier habe ich mich mit verschiedenen qualitativen Methoden auseinandergesetzt und dadurch den Umgang mit meiner Forschungsmethode schärfen können. Immer wieder habe ich dort auch Aspekte aus meinem Forschungsprozess einbringen und diskutieren können.

9. Kollegiale Beratung

Aus dem Kontext der dieser oben genannten AG ergab sich eine zweimalige Beratung durch Frau Dr. Marx, Institut für Allgemeinmedizin am UKE, zur forschungsmethodischen Fragen.

10. Selbstorganisierte Kolloquien der Deutschen Studienstiftung

Ich habe an zwei von Stipendiat*innen der Studienstiftung des Deutschen Volkes selbstorganisierten Kolloquien teilgenommen. Hier konnte ich zusammen mit Forscher*innen aus verschiedenen sozialwissenschaftlichen Disziplinen an meinem Material arbeiten.

11. Vorträge und Veröffentlichungen

Insbesondere während ersten Forschungsphase nutzten wir Gelegenheiten, um bei Vorträgen Planung, Verlauf und erste Teilergebnisse der Öffentlichkeit vorzustellen und in Veröffentlichungen (Preissler et al., 2016; Hennings & Preißler, 2013) den jeweiligen Status quo unseres Wissens zu bündeln und zu formulieren.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt,

dass ich die vorgelegte Dissertation selbständig und ohne unerlaubte Hilfe angefertigt, keine anderen als die von mir angegebenen Schriften und Hilfsmittel benutzt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen kenntlich gemacht habe.

Hamburg, 11.5.2020



Pia Preißler

Erklärung der Nichtvorlage bei einem anderen Promotions- oder Prüfungsverfahren

Hiermit erkläre ich,

dass die Dissertation nicht in gleicher oder anderer Form in einem anderen Prüfungsverfahren vorgelegen hat.

Hamburg, 11.5.2020



Pia Preißler