



Monika Smetana, Mag. art.

geboren 1979 in Klagenfurt, Musiktherapeutin, seit 2002 musiktherapeutische Tätigkeit mit Patienten der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie am Neurologischen Zentrum Rosenhügel in Wien.

Preisträgerin des Johannes-Th.-Eschen Förderpreises 2002 der Deutschen Gesellschaft für Musiktherapie.



Susanne Heinze, Mag. art.

geboren 1967 in Dresden, Musiktherapeutin, Kirchenmusikerin, Buchhändlerin, seit 1999 musiktherapeutische Tätigkeit am Universitätsklinikum Dresden in der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik.

Lobende Anerkennung im Rahmen des Johannes-Th.-Eschen-Förderpreises 2000.



Karin Mössler, Mag. art.

geboren 1979 in Villach, Musiktherapeutin, Mediatorin, Promotionsstudium an der Hochschule für Musik und Theater in Hamburg, seit 2002 musiktherapeutische Tätigkeit mit psychiatrischen Patienten in der Landesnervenklinik Wagner-Jauregg in Linz sowie in einem Sozialpsychiatrischen Zentrum in Wien.

Lobende Anerkennung im Rahmen des Johannes-Th.-Eschen-Förderpreises 2002.

Dieses Buch präsentiert drei wissenschaftliche Arbeiten in der Tradition der Wiener Schule der Musiktherapie. Gemeinsamer Tenor ist die Herausforderung des Unsagbaren, die Auseinandersetzung in Grenzbereichen von Klang und Wort, Leben und Tod. Die Autorinnen verknüpfen phänomenologische Herangehensweisen, medizinische und psychotherapeutische Grundlagen mit klinischer Musiktherapie. M. Smetana zeigt auf, dass Stille Teil jeder musikalischen und wortsprachlichen Äußerung ist und es somit Aufgabe des Therapeuten ist, auch die Stille einer Reflexion zu unterziehen. S. Heinze beschäftigt sich mit dem Thema Sterben und Tod und veranschaulicht die therapeutische Begleitung sterbender Menschen. Ebenso anhand von Falldarstellungen erarbeitet K. Mössler einen Weg, Beziehung zu jenen Kindern aufzubauen und zu gestalten, die aufgrund schwerer Hirnläsionen den Verlust sämtlicher Kommunikationskanäle erlitten haben. Das Buch handelt von Menschenwürde, Beziehung und notwendigen therapeutischen Wegen.

Angesprochen sind Musiktherapeuten, Psychotherapeuten, Psychologen, Ärzte mit all den Ausbildungsstätten, Musiker, Kollegen verwandter Berufe, Theologen, Politiker und Angehörige von Betroffenen.

ISBN 3-7069-0280-X



9 783706 902809

SMETANA • HEINZE • MÖSSLER

WIENER BEITRÄGE ZUR MUSIKTHERAPIE • BAND 7

WIENER BEITRÄGE ZUR MUSIKTHERAPIE

MONIKA SMETANA

SUSANNE HEINZE

KARIN MÖSSLER

STILLE • STERBEN • ERWACHEN

Musiktherapie im Grenzbereich menschlicher Existenz

EDITION
PRAESENS

BAND 7

Stille • Sterben • Erwachen

EDITION
PRAESENS

**WIENER BEITRÄGE ZUR MUSIKTHERAPIE
BAND 7**

**MONIKA SMETANA
SUSANNE HEINZE
KARIN MÖSSLER**

STILLE • STERBEN • ERWACHEN

**MUSIKTHERAPIE IM GRENZBEREICH
MENSCHLICHER EXISTENZ**

Edition Praesens
Verlag für Literatur- und Sprachwissenschaft
Wien

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

ISBN 3-7069-0280-X

Gedruckt mit Förderung des Bundesministeriums
für Bildung, Wissenschaft und Kultur

bm:bwk

ALLE RECHTE, INSBESONDERE DAS RECHT DER VERVIELFÄLTIGUNG UND VERBREITUNG SOWIE DER ÜBERSETZUNG, VORBEHALTEN. KEIN TEIL DES WERKES DARF IN IRGENDENER FORM (DURCH FOTOKOPIE, MIKROFILM ODER EIN ANDERES VERFAHREN) OHNE SCHRIFTLICHE GENEHMIGUNG DES VERLAGES REPRODUZIERT ODER UNTER VERWENDUNG ELEKTRONISCHER SYSTEME GESPEICHERT, VERARBEITET, VERVIELFÄLTIGT ODER VERBREITET WERDEN.

RECHTSINHABER, DIE NICHT ERMITTELT WERDEN KONNTEN, WERDEN GEBETEN, SICH AN DIE HERAUSGEBER ZU WENDEN.

COVERGESTALTUNG NACH EINEM ENTWURF VON EDWARD KRANZ

© 2005 Wien | *Edition Praesens*
Verlag für Literatur- und
Sprachwissenschaft
<http://www.praesens.at>
eMail: edition@praesens.at

INHALTSVERZEICHNIS

OBeregelsbacher, Dorothea:

Vorwort..... 7

Smetana, Monika:

Stille in der Musiktherapie 9

Heinze, Susanne:

Wenn eine Melodie verklingt ...

Musiktherapie in der Sterbebegleitung..... 113

Mössler, Karin:

Beziehungsaufbau mit minimally responsive Patienten

Musiktherapie in der Frührehabilitation mit Kindern..... 211

VORWORT

Das Vorwort zu diesem Buch hat die Aufgabe, mit Worten in drei Themenbereiche einzuführen, die in ihrem Kern alle jenseits von Verbalität liegen. Es geht um Musiktherapie mit Hilfe der Stille, um Musiktherapie mit nahezu kommunikationsunfähigen, hirnerkrankten Kindern, um Musiktherapie mit Menschen im Angesicht ihres Todes. Diese Themen bedeuten Konfrontation mit dem Fremden und führen hinaus aus der Komfortzone alltäglich gelebten Daseins, hin zur Risikozone des Angstbesetzten. Dass dies so ist, erkennen wir auf gesellschaftlicher Ebene aus der Abwehr von Stille in öffentlichen und vielen privaten Räumen und aus deren akustischer Vermüllung mittels Musikterror, sogar auf manchen Intensivstationen. Prominente Personen setzen sich heute für Stille und den Schutz des Gehörs ein, auf je verschiedene Weise: der Opernsänger Bo Skovhus, der Politiker Erhard Busek, die Literatin Ilse Aichinger, die irische Musiktherapeutin Julie Sutton – um nur einige zu nennen. Monika Smetana ist mit ihrem preisgekrönten wissenschaftlichen Beitrag hier in guter Gesellschaft. Ihre Diplomarbeit fand europaweites Interesse, dem durch Publikation in diesem Band Rechnung getragen wird.

Musik begleitet Menschen von (vor) der Wiege bis zum Grab, der Gehörsinn tritt als erster in Funktion und erlischt als letzter von allen. Er lässt uns – etwa in der Musiktherapie mit nicht verbalisierenden Menschen – „hinhören mit gespannter Substanz“, wie es die Psychoanalytikerin und Musiktherapeutin Dietmut Niedecken sagt. Er ermöglicht Orientierung, Kontakt, Ausdruck und Kommunikation. Der Musiker Nikolaus Harnoncourt schließlich antwortet auf die Frage, was von Kunst bleibe: „Wir als Veränderte bleiben“.

Die Wiener Schule der Musiktherapie legte seit jeher großen Wert auf die Schulung des Hörens und der Beziehungsfähigkeit. So war es unter dem Pionier Alfred Schmözl Inhalt der ersten Ausbildungsmonate, in den Gruppenstunden einem einzelnen Ton nachzulauschen – bis er verklungen war. Erst dann durfte der Nächste gespielt werden. Dies sollte uns in eine empfangs- und hörbereite Haltung bringen, aus der heraus Wechselspiele mit Tönen, Dialoge mit einfachsten Mitteln entstehen konnten. Die Aufmerksamkeit auf die Priorität der authentischen Begegnung mit dem anderen – damals Mitstudenten, später Patienten – wurde durch seine oft gestellte Frage entwickelt: „Wollen wir wirklich miteinander spielen?“ Er wartete auf das Ja oder akzeptierte das Nein zu Beginn eines improvisierenden Partnerspiels – mittlerweile Teil des Interventionsrepertoires der meisten Musiktherapeuten.

Die Autorinnen dieses Bandes sind in dieser Tradition ausgebildet worden, angereichert durch psychotherapeutisches Wissen der nachfolgenden Generation der Lehrenden, und haben die Anwendungsfelder der Musiktherapie ausgeweitet: den Komfortbereich verlassen. Dieser ist in musiktherapeutischem Arbeiten und Forsuchen jedoch indikationsbedingt a priori nicht groß. Dass die Autorin Karin Mössler in der Begegnung mit dem apallischen Matthias eine genau beobachtende, optimistische und liebevolle Zuwendung zeigt, den Verlauf ausführlich schildert und differenziert analysiert – so die Worte der Laudatio durch den Arzt und Musiktherapeuten Helmut Röhrborn –, hat diesen sehr beeindruckt und am Ende auch dazu veranlasst, zu fragen: „Was soll in dem Meer von Elend dieser

einzigem Fall? Was kann ich mit einem solchen einzelnen Fall von 20 Stunden für die Medizin beweisen, bewirken? Vielleicht doch viel. Nämlich dann, wenn an den Beispielen solcher Verläufe auch Kostenträgern, Ärzten, Betreuungspersonen die Potenz der Musiktherapie deutlich werden. Mehr Menschlichkeit im Gesundheitswesen ist doch, entschuldigen Sie den Ausdruck, auch ökonomisch günstig.“

Fragen der Gesundheitspolitik werden in diesen Arbeiten explizit nicht gestellt. Sie drängen sich jedoch auf: für jeden, der die fachlich kompetente und ausführliche Theorie sowie die klinisch augenscheinlich valide, beziehungsorientierte Therapie dieser Arbeiten aufnimmt. In besonderer Weise will hier Susanne Heinze Erfahrung mit Sterbenden erwähnt werden, die persönliche Reife und Mut in der Wahl dieses Diplomarbeitsthemas bewiesen hat. Auch sie erhielt eine Lobende Anerkennung. In dieser Arbeit wird einem Grundbedürfnis Sterbender – laut einer jüngsten wissenschaftlichen Untersuchung an der Universität Wien durch Interviews mit Sterbenden ist das Beziehung und Begleitschutz – in hohem Maße Rechnung getragen. Gerade dieser Beitrag möge all jenen empfohlen werden, die sich in der Organisation und Implementierung neuer Hospize engagieren, Gesetzgebungen zum Schutz sterbender Menschen vorantreiben. Dieses Buch erscheint zu einem Zeitpunkt, da in einigen wenigen Ländern Europas aktive Sterbehilfe bereits gesetzlich erlaubt ist und gleichzeitig ebendort von einer steigenden Dunkelziffer nicht „korrekt“ durchgeführter und dokumentierter Sterbefälle berichtet wird. Das Europäische Parlament ringt bei Drucklegung dieses Buches seit Monaten um Texte, die allen europäischen Staaten die gesetzliche Regelung der Sterbebegleitung einschließlich der aktiven Euthanasie empfehlen sollen oder eben nicht. Viele EU-Parlamentarier nehmen an den entscheidenden Abstimmungen nicht teil, da sie den Sitzungen fernbleiben. Viele Europabürger, Sterbende von morgen, nehmen dies hin – vielleicht ohne daran zu denken: Es macht einen Unterschied, ob man an der Hand oder durch die Hand eines Menschen stirbt.

Das Wiener Institut für Musiktherapie ermöglicht mit Band 7 drei hoffnungsvollen Musiktherapeutinnen der jüngeren Generation, die alle im Rahmen des Johannes-Th.-Eschen-Förderpreises der Deutschen Gesellschaft für Musiktherapie prämiert wurden (Monika Smetana 2002) oder eine Lobende Anerkennung erhielten (Susanne Heinze 2000; Karin Mössler 2002), ihre besondere Begabung und deren wertvolle Ergebnisse in Form dieser Publikation einer breiteren Leserschaft darzustellen. Dies geschieht in der Gewissheit, damit auch die Entwicklung der Musiktherapie als eigenständige Methode der Psychotherapie zu fördern und ihren Stellenwert in der Humanisierung der Gesellschaft aufzuzeigen.

Wien, im März 2005

Dorothea Oberegelsbacher

Stille in der Musiktherapie

Monika Smetana

Diese Arbeit will zu einer Bewusstmachung beitragen, dass das Phänomen „Stille“ Teil jeder verbal-sprachlichen und musikalisch-klingenden Äußerung in der Musiktherapie ist und es somit Aufgabe jedes Therapeuten ist, auch die Stille einer reflexiven Betrachtung zugänglich und therapeutisch nutzbar zu machen. Nach der Beschreibung des Phänomens „Stille“ auf Basis zahlreicher literarischer Beiträge aus Akustik, Philosophie, Kunstästhetik, Musik- und Sprachwissenschaft unter Einbeziehung der Begriffe „Ruhe“ und „Schweigen“ sowie der Bedeutung der Stille für die Musik findet eine Auseinandersetzung mit Stille als religiöse Grunderfahrung des Menschen statt. Stille in den frühesten entwicklungspsychologischen Stadien wird anhand vorwiegend psychoanalytischer Theorien (Dornes, Klein, Mahler, Stern, Tomatis, Winnicott) mit dem Stilleerleben im nonverbalen Medium der Musiktherapie in Verbindung gebracht. Im Zusammenhang stehende Phänomene der Psychotherapie werden aufgegriffen: „Regression“, „Widerstand“ und „therapeutisches Einverständnis“. Stille in der Musiktherapie wird unter Bezugnahme auf Fachliteratur (z. B. Benenzon, Flower, Hegi, Loos, Oberegelsbacher, Spiegler) eingehend behandelt. Ein Hauptgedanke der Arbeit ist die Funktion der Stille, Raum zu schaffen, innerhalb welchem der Patient zu kreativer Entfaltung finden kann: Ein entworfenes musiktherapeutisches Kreismodell der Stille beschreibt topologisch sechs Arten von Stille im Wechsel von Wort- und Musiksprache. 26 ausgewertete Fragebögen bei Musiktherapeuten in Ausbildung und Berufsfeld erheben den Stellenwert von Stille: für den Therapeuten selbst/als Phänomen in der Therapiesituation/als praktische Umgangsmöglichkeiten, z. B. Spielvorschläge.

Schlüsselbegriffe: musiktherapeutische Stilletypen – Präverbalität – Regression – Schweigen – Spiritualität – Stille – therapeutisches Einverständnis – Widerstand

This study shall contribute to an awareness, that the phenomenon of "silence" is part of any verbally-linguistic and musically-sounding expression in music therapy and that therefore it is every music therapist's responsibility to open silence to reflexive contemplation and make it therapeutically feasible. After a phenomenological description of the term "silence" based on numerous literary contributions from acoustics, philosophy, the aesthetics of art, musical and linguistic science including the terms "quiet", "silence" (as non-speaking) and the significance of silence for music, silence as a basic religious experience is discussed. Silence in the earliest developmental psychological stages is connected to the experience of silence within the non-verbal medium of music therapy from mainly psychoanalytical theories (Dornes, Klein, Mahler, Stern, Tomatis, Winnicott). Connected phenomenons of psychotherapy are taken up: "regression", "resistance" and "therapeutical agreement". Silence in music therapy is treated with reference to music therapeutical specialist literature (e. g. Benenzon, Flower, Hegi, Loos, Oberegelsbacher, Spiegler). The study focuses on the silence's function to create space for the patient to support creative development: A musictherapeutical circular model of silence that was drafted within the framework of this study, topologically describes six possibilities of the occurrence of silence within the alternation of verbal and musical language. 26 evaluated forms of a questionnaire, which was carried out by music therapists in training and profession, ascertain the status of silence: for the therapist himself/ as a phenomenon in the situation of therapy/ as practical possibilities of dealing with silence, e. g. suggestions of playing.

Keywords: music-therapeutical types of silence – preverbality – regression – resistance – silence – silence as non-speaking – spirituality – therapeutical agreement

INHALT

EINLEITUNG	12
1 WAS IST STILLE?	14
1.1 HINFÜHRUNG	14
1.2 DER VERSUCH EINER BEGRIFFSBESTIMMUNG	14
1.2.1 Zur Relativität der Stille	14
1.2.2 Stille als Empfindungsbegriff	17
1.2.3 Stille als Sinnenerfahrung	17
1.2.4 Kreative Stille	18
1.3 LEIB UND STILLE: DIE RUHE	19
1.3.1 Der Begriff	19
1.3.2 Psychologie des mystischen Bewusstseins bei Carl Albrecht	19
1.4 SPRACHE UND STILLE: DAS SCHWEIGEN	20
1.4.1 Schweigen als sprachlicher Aspekt der Stille	20
1.4.2 Intention des Schweigens	21
1.4.3 Modelle zur Interpretation von Schweigehandlungen	22
1.5 MUSIK UND STILLE	23
1.5.1 Zur Bedeutung der Stille in der Musik	23
1.5.2 Historischer Überblick	23
1.5.3 Das Verhältnis Stille – Musik im Konzert	24
1.5.4 Musik als Schale der Stille – Die Pause	25
1.5.5 Klang und Stille als Pole eines Kontinuums	26
1.5.6 Stille als Nährboden der Musik	27
2 STILLE IM KONTEXT RELIGIÖSER GRUNDERFAHRUNGEN DES MENSCHEN	29
2.1 DIE MACHT DES NAMENS	29
2.2 DAS UNAUSSPRECHLICHE – UNAUSSPRECHLICH HEILIGES	30
2.2.1 Stille als religiöse Grunderfahrung des Menschen	30
2.2.2 Spiritualität	31
2.2.3 Stille als Wegstück der Meditation	32
2.2.4 Der geistliche Sinn – Innerlichkeit als Ort der Begegnung mit dem Unsagbaren	34
2.2.5 Tod – Trauer – Leid	34
3 DIE BEDEUTUNG VON STILLE IM PRÄVERBALEN ERLEBEN DES KINDES	36
3.1 HINFÜHRUNG	36
3.2 DER FETUS IM MUTTERLEIB	37
3.2.1 Intrauterines Hören	37
3.2.2 Intrauterine Stille	38
3.2.3 Die Bedeutung intrauteriner Stilleerfahrung im Stilleerleben der Musiktherapie	39
3.3 DIE STILLZEIT – STILLE ZEIT DER SYMBIOSE VON MUTTER UND KIND?	40
3.3.1 Stille – Stillen – Gestilltwerden	40
3.3.2 Exkurs: Zur Problematik des Symbiosebegriffs	41
3.3.3 Die Bedeutung der Stillzeit im Stilleerleben der Musiktherapie	44

3.4	FRÜHE INTERAKTIONEN IN DER DYADE VON MUTTER UND KIND SOWIE IN DER TRIANGULIERUNG VON ELTERN UND KIND	45
3.4.1	Mutter-Kind-Interaktionen in Anlehnung an das Selbstkonzept von Daniel N. Stern	45
3.4.2	Stille und Pausen in der frühen Interaktion von Mutter und Kind	46
3.4.3	Stille und Pausen in der Entwicklung der Psychosexualität	47
3.4.4	Die Bedeutung von Pausen in der frühen Interaktion im Stilleerleben der Musiktherapie	48
3.5	PROZESSE DER TRENnung	49
3.5.1	Entwicklungspsychologische Theorien	49
3.5.2	Stille Lücken an der Grenze von Subjekt und Objekt	52
3.5.3	... und ihre Bedeutung im Stilleerleben der Musiktherapie	53
4	ÜBERLEGUNGEN ZUM PHÄNOMEN „STILLE“ AUF BASIS PSYCHOTHERAPEUTISCHER THEORIEN UND KONZEPTE	55
4.1	HINFÜHRUNG	55
4.2	THERAPEUTISCHE STILLE UND REGRESSION	56
4.2.1	Der Begriff Regression	56
4.2.2	Stille: Regression und Neubeginn	60
4.3	THERAPEUTISCHE STILLE UND WIDERSTAND	61
4.3.1	Der Begriff Widerstand	61
4.3.2	Widerstand und Stille	63
4.4	THERAPEUTISCHE STILLE UND „STILLES EINVERSTÄNDNIS“	66
4.4.1	Zum Begriff des „Einverständnisses“	66
4.4.2	„Stilles Einverständnis“ im Begegnen von Therapeut und Patient	68
5	MUSIKTHERAPIE UND STILLE	70
5.1	HINFÜHRUNG	70
5.2	DIE FRAGEBOGENERHEBUNG	72
5.3	EIN STILLER RAUM	76
5.3.1	Bereit(et) sein zur Stille	76
5.3.2	Akustische Rahmenbedingungen	76
5.3.3	Den Raum bereiten	78
5.3.4	Hör-Raum	78
5.4	EIN MUSIKTHERAPEUTISCHES KREISMODELL DER STILLE	80
5.4.1	Prä-musikalische Stille	81
5.4.2	Intra-musikalische Stille	83
5.4.3	Post-musikalische Stille	87
5.4.4	Übergangsstille I	91
5.4.5	Intra-verbale Stille	93
5.4.6	Übergangsstille II	99
5.5	MÖGLICHKEITEN DES BEENDENS VON STILLE	99
6	SCHLUSSFOLGERUNG	102
7	LITERATURVERZEICHNIS	105

EINLEITUNG

Das Paradoxon, dass man über die Stille reden muss und zugleich nicht reden kann, verrät über dieses lautlose Phänomen zumindest eins: Stille ist. Stille existiert. Und Stille bleibt. Inmitten des Lärms unserer Gesellschaft, inmitten der Unruhe und Hast unseres Daseins, inmitten des Trends unserer Kultur hin zur Lückenlosigkeit ständigen Fortschritts ist Stille anwesend und versucht uns zu begegnen. Inmitten einer Welt der Rationalisierung und Verdinglichung ergreift Stille ihren Platz – physikalisch nicht messbar, plastisch nicht greifbar und doch: unüberhörbar.

Ziel dieser Arbeit soll nun nicht sein, das Phänomen Stille ausschließlich auf romantisierende Weise zu beschönigen – auch wenn es außer Frage steht, dass die Stille sehr viel Schönes beinhalten kann. Es geht nicht darum, ein „Zurück-zur-Stille“ vorzuschlagen oder die Stille als einen fernen Ort der Zuflucht anzupreisen. Auch strebe ich es nicht an, eine allgemein gültige Definition für „Stille“ als Phänomen zu finden – zum einen erachte ich so ein Vorhaben als Utopie, zum anderen liegt es gerade im Wesen der Stille, eben nicht ausschließlich in rationalisierender, diskursiver, denkender Weise erfasst werden zu können.

Vielmehr erkenne ich es als meine Aufgabe, mit dieser Arbeit zu einer Bewusstmachung dessen beizutragen, dass Stille Teil jeder verbal-sprachlichen und musikalisch-klingenden Äußerung in der Musiktherapie ist und es somit Aufgabe jedes Therapeuten¹ ist, auch die Stille einer reflexiven Betrachtung zu unterziehen und sie therapeutisch nutzbar zu machen.

Ich beginne meine Arbeit mit einem Versuch der Annäherung an das Phänomen „Stille“ auf der Basis zahlreicher literarischer Beiträge aus den Bereichen Akustik, Philosophie, Kunstästhetik, Musik- und Sprachwissenschaft. Wesentlich erscheint mir die Tatsache, dass die Stille unseres Alltags und der therapeutischen Situation stets eine relative ist. Das Kapitel 1 beinhaltet ein Eingehen auf die „Ruhe“ als den leiblichen sowie auf das „Schweigen“ als den sprachlichen Aspekt der Stille; auch gehe ich – in etwas ausführlicherer Weise – auf die Bedeutung der Stille für die Musik ein.

Das Kapitel 2 befasst sich mit Stille im Kontext des Unsagbaren, welches dem Menschen vom Anbeginn seiner Existenz bis zum Tod auf jedem Prozess der innerlichen Wandlung und Veränderung gleichsam als „religiöse Grunderfahrung“ begegnet. Spiritualität, Meditation, Innerlichkeit, der Dialog mit dem Innersten seiner selbst bedürfen der Stille, sind ohne Stille nicht möglich.

In Kapitel 3 wird versucht, die Bedeutung von Stille in den frühesten Stadien menschlicher Entwicklung herauszuarbeiten. Der Weg, den ich hier verfolge, reicht vom Stilleerleben des Fetus im Mutterleib über die Stillzeit und frühe Interaktionen mit der Mutter bzw. den

¹ An dieser Stelle sei angemerkt, dass ich im Verlauf der gesamten Arbeit die männliche Schreibweise bevorzuge, wenn nicht ausdrücklich aus dem Text hervorgeht, dass es sich ausschließlich um weibliche Personen handelt. Dies geschieht der Einfachheit des Schreibstils und der besseren Lesbarkeit meiner Ausführungen halber.

Eltern hin zu Prozessen der Trennung – dies sind die Stationen, welche mir für eine Strukturgebung der Zeit präverbaler Erlebens des Kindes bedeutsam erscheinen. Meine Ausführungen basieren auf unterschiedlichen, vorwiegend psychoanalytischen entwicklungspsychologischen Theorien, auch findet hier immer wieder eine Verbindung des frühkindlichen Stilleerlebens mit dem Stilleerleben in der Musiktherapie statt.

In Kapitel 4 werden drei Phänomene der Psychotherapie aufgegriffen, welche in den vorliegenden Überlegungen zum Stillevorkommen in der Musiktherapie unabkömmlich erscheinen: „Regression“ und „Widerstand“ sind die ersten beiden Begriffe der Trilogie, für den dritten Bereich, der nicht wie die anderen klare, schulenspezifische Definitionen erfährt, erscheint die Bezeichnung „therapeutisches Einverständnis“ passend. Zum einen findet hier ein gewissermaßen „analysierender“ Zugang zum Phänomen der Stille – oder des Schweigens – statt, es wird jedoch auch deutlich, dass die vielen Worte unserer Sprache nicht ausreichen können, um diejenigen Stillemomente, in denen sich Therapeut und Patient wirklich begegnen, in diskursiver Weise zu begreifen oder gar einem Dritten begreifbar zu machen.

Im letzten Hauptkapitel geht es speziell um die Bedeutung von Stille in der Musiktherapie. Hier wird Stille zunächst in ihrer raumschaffenden Funktion erörtert und darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, Stille in der Musiktherapie zuzulassen, um dem Patienten den Raum zuzusprechen, innerhalb welchem er sich entfalten kann. Der zweite Teil dieses Kapitels beschreibt Möglichkeiten des Auftretens von Stille innerhalb des wort- und musiksprachlichen Zirkels der Musiktherapie, wofür ich ein Kreismodell entworfen habe. Zentrale Quelle meiner Ausführungen sind die Ergebnisse und Beiträge einer Fragebogenerhebung, die ich 2001 im Rahmen meiner Diplomarbeit bei Musiktherapeuten in Ausbildung und im Berufsfeld durchgeführt habe. Auch sei hier darauf hingewiesen, dass ich mich besonders den Erfahrungen zuwende, die dem musiktherapeutischen Praxisfeld der Psychosomatik entstammen.

Peter Handkes Worte in einer Radiosendung des Österreichischen Rundfunks (2001) machen mir Mut, das Schreiben zu beginnen:

„Erst durchs Äußern wird das Schweigen überhaupt groß. Und das zu schaffen, die Leere zu lassen, etwas frei zu lassen, um Erzählendes zu schaffen, [...] dass man nur etwas antupft und dadurch erst den Gegenstand schimmern lässt“

– dies sei hier meine Aufgabe.

In diesem Sinne: Reden wir über die Stille.

1 WAS IST STILLE?

*Wer Klang wirklich in seiner ganzen Dimension aufnehmen will, muß Stille erfahren haben.
Stille als wirkliche Substanz, nicht als Abwesenheit eines Geräusches.
Diese echte Stille ist Klarheit, aber nie Farblosigkeit,
ist Rhythmus, ist Fundament allen Denkens,
darauf wächst alles Schöpferische.
(Yebudi Menuhin)*

1.1 HINFÜHRUNG

Was ist Stille? Diese Frage im Rahmen dieser Arbeit zu beantworten, scheint ein Ding der Unmöglichkeit zu sein. Beim Vorhaben, das Phänomen „Stille“ möglichst kompakt, übersichtlich und nachvollziehbar zu „definieren“, stelle ich fest, dass dies gar nicht so einfach ist – einerseits findet sich der Begriff zwar als ein in der Literatur mittlerweile häufig auftauchendes Stichwort. In Zeiten der zunehmenden Problematisierung unserer Lärmgesellschaft scheint es geradezu ein Trend zu sein, die Menschheit wiederum zur Stille zu bekehren, die Stille als einen vermissen Ort der Zuflucht anzupreisen. Bei näherer Auseinandersetzung mit vielem, was dazu geschrieben steht, bemerke ich jedoch einen teilweise sehr oberflächlichen, wenig abgerundeten und noch dazu sehr uneinheitlichen Zugang zum und Umgang mit dem Phänomen – das Wesen dessen, was diese Stille nun ist (oder wenigstens sein könnte), lässt sich nur schwer herausfiltern.

Aber doch kann ich es als das Wesen der Stille erkennen, dass sie vieles des Unbegreiflichen, des Nicht-Sagbaren in sich birgt und dass uns so manches trotz unseres eigenen Bedürfnisses und des Anspruchs der Wissenschaft, alles in Worte zu kleiden – oder gerade deswegen – stets ein Geheimnis bleiben wird. Und so soll das folgende Kapitel einen Versuch darstellen, das zum Thema gefundene Material mit eigenen Gedanken zu verknüpfen und dadurch das Phänomen für die vorliegende Arbeit relevant zu beschreiben. In weiterer Folge wird es notwendig sein, einerseits den genannten Begriff von anderen Termini, die im Zusammenhang mit der Auseinandersetzung mit dem Phänomen Stille als bedeutsam, wesentlich und unabkömmlich erscheinen, abzugrenzen, andererseits aber auch die Zusammenhänge im Rahmen der Begrifflichkeit darzustellen. Der Leser sei zum Weiterdenken eingeladen.

1.2 DER VERSUCH EINER BEGRIFFSBESTIMMUNG

1.2.1 Zur Relativität der Stille

Totale Stille, absolute Stille

Der Erörterung der Frage nach Stille sei vorausgestellt, dass „totale Stille“ – absolute Stille begleitet von Bewegungslosigkeit (vgl. Danielewicz-Betz, 1998, 55) – innerhalb des hier in Betracht gezogenen Kontextes nicht existiert. Wlodzimierz Sobkowiak schreibt zwar von perfekter akustischer Stille: “Perfect acoustic silence exists only as an ideal model, like ideal

gas or a perfectly black body” (Sobkowiak, 1997, 44) – die „Ideal-Qualität“ dieser Stille sei jedoch bezweifelt: Stille darf nicht verwechselt werden mit einer Deprivation der Sinne. Es ist wohlbekannt, dass ein Mensch, der den Bedingungen totaler Deprivation, d. h. der Abwesenheit visueller, taktiler sowie auditiver Reize und damit absoluter Stille, unterworfen wird, zum Opfer gefährlicher Halluzinationen werden und in einen Zustand totaler Entfremdung verfallen kann.

Innere und äußere Stille – gehörte Stille?

Der Heidelberger Musiktherapeut Martin Spiegler unterscheidet eine äußere von einer inneren Stille:

„Äußere Stille“ meint den akustisch erfassbaren Bereich des Phänomens Stille im Sinne von „gehörter Geräuschlosigkeit“. Die Bedingungen, die hier zu der Bewertung „Stille“ bzw. „still“ führen, ergeben sich aus den von außen kommenden Hörreizen, die auf einer physischen, direkt mit der Außenwelt in Verbindung stehenden Ebene des Organismus aufgenommen werden. Der Körper übernimmt dabei gewissermaßen eine Brückenfunktion, um die von außen ankommenden akustischen Signale zu ihrer Weiterverarbeitung ins Körperinnere zu leiten. Von akustischer Stille kann man demnach sprechen, wenn ein Schall die Obergrenze von 4 Phon (dies entspricht dem Lautstärkepegel, den ein akustischer Reiz mindestens haben muss, um vom Menschen überhaupt gehört zu werden) nicht überschreitet oder wenn sein Frequenzspektrum außerhalb des hörbaren Bereichs von 16–21000 Hz liegt (vgl. Spiegler, 1991, 8 ff.).

Eine mit so klaren Zahlenwerten festgelegte Abgrenzung der Stille vom Bereich des Hörbaren wird jedoch im Bereich der Schallforschung nicht getroffen. Der Psychoakustiker Werner Deutsch spricht von einem Toleranzbereich, in dem auch permanent vorhandener Hintergrundlärm (der Grundgeräuschpegel unserer Umgebung liegt weit über der Hörschwelle) die Bezeichnung „Stille“ durchaus zulässt (Univ. Doz. Dr. Werner Deutsch, persönliche Mitteilung, 24. 01. 2001). Auch Muriel Saville-Troike weist auf diese Spanne hin:

“what in American society is considered ‘silence’ is seldom in fact free of noise from electrical appliances, traffic, barking dogs, chirping birds, and other ‘background’ sounds which are ordinarily pushed out of consciousness as nonsignificant unless for some reason they become salient.” (Saville-Troike, 1995, 7)

Und Wilhelm Seidel schreibt:

„Das Wort Stille bezeichnet nicht eigentlich Lautlosigkeit. Wer sie meint, spricht von ‚absoluter Stille‘. Stille nennt man den akustischen Raum der leisen, kaum merklichen Geräusche und [...] die akustischen Absonderungen der Umwelt, die Laute, Klänge und Geräusche, die wir wohl hören, aber nicht als solche rezipieren.“ (Seidel, 1998, 1760)

Es ist anzunehmen, dass gerade diejenigen Schallquellen, die in solchen Übergangsbereichen angesiedelt sind, d. h. die den Organismus zwar erreichen, vom Sinnesapparat jedoch nicht (oder aufgrund ihrer kontinuierlichen Präsenz nicht mehr) wahrgenommen werden,

gewisse Wirkung und Auswirkungen auf den Menschen haben. Dieser Annahme scheint jedoch recht wenig wissenschaftliche Auseinandersetzung zuzukommen. Deutsch meint, dass es sich um individuelle Einstellungen handelt, ob jemand als „Habituerer“ mit gewisser Toleranz und Akzeptanz die permanente Präsenz von Geräusch hinnimmt oder sich als „Sensibilisierer“ immer weiter auf die Suche macht, möglichst viel an Geräuschen wahrzunehmen, die seine Stille stören oder stören könnten. Es geht nicht darum, ob Schallquellen bewusst oder unbewusst wahrgenommen werden oder ob sie überhaupt im menschlichen Hörspektrum angesiedelt sind – wichtig für das Befinden des Empfängers sei die Erklärbarkeit der Schallursache, sowie eine gewisse Akzeptanz gegenüber dem Gehörten (Univ. Doz. Dr. Werner Deutsch, persönliche Mitteilung am 24. 01. 2001).

In Spieglers Erläuterungen zur inneren Stille wird jedoch deutlich, dass zur Erfassung der Stille eine Beschreibung der akustischen Verarbeitungsprozesse allein nicht ausreichen kann, da diesen ein gänzlich unvergleichbares subjektives Sinnes-Erlebnis gegenübersteht, das sich nur auf psychologischer Ebene begreifen lässt: Individuell unterschiedliche Empfindungen sind mitverantwortlich dafür, ob eine Situation oder ein Zustand als Stille erlebt wird. Dadurch rückt die Definierbarkeit des Stille-Erlebens weg von einer lediglich physikalisch/akustisch messbaren und in der Physiologie des Menschen objektiv begründeten Tatsache hin zur Beschreibung eines subjektiv bedingten Phänomens. Entgegen des Anspruchs akustisch absoluter Geräuschlosigkeit (wie sie z. B. in Tonstudios anzufinden ist und als extrem unangenehm erlebt werden kann) ist Stillempfinden im Sinne seines positiven Erlebens geradezu auf die Existenz von Geräuschen oder Klängen angewiesen.

Der Komponist John Cage, vielzitiert aus seinem Werk *Silence* und bekannt durch seine spezielle Auseinandersetzung mit Stille in seinen Kompositionen, sagt: „Und es gibt keine Stille, die nicht mit Klang geladen ist“ (Cage, 1995, 48), „Stille [...] ist nicht existent. Es gibt immer Klänge. Das heißt, wenn man lebt, um sie zu hören.“ (Cage, 1995, 77) Dies wird an späterer Stelle seines Textes mit anderen Worten wiederholt: „Es gibt nicht so etwas wie Stille. Etwas geschieht immer, das einen Klang erzeugt.“ (Cage, 1995, 154)

Auch Gerald Huber spricht von „äußerer/objektiver“ und „innerer/subjektiver“ Stille. Hier wird in diesem Zusammenhang die Ursache erörtert, weshalb der Beforschung der Stille in der Psychologie so wenig Zuwendung zukommt: Ebendies werde erschwert durch die Tendenz der Psychologie als Sozialwissenschaft, naturwissenschaftliche Methoden zu übernehmen und dadurch objektiv gültige Aussagen zu machen. Diesem Vorbild folgend wäre es unergiebig, wenn nicht unmöglich, das Phänomen Stille mittels strikter Trennung von Beobachter oder Forscher einerseits, bzw. Beobachtetem oder Versuchsperson andererseits, d. h. mittels strikter Trennung von Subjekt einerseits und Objekt andererseits zu betrachten (vgl. Huber, 1989, 1), denn

„es gibt nicht eine ‚objektive‘, äußere Stille einerseits, eine ‚subjektive‘ bzw. innere Stille andererseits. Stille ist weder allein subjektives Verhalten oder Empfinden (Schweigen, innere Ruhe), aber ebenso wenig nur im objektiv-physikalischen Sinne – als Abwesenheit von z. B. akustischen Umweltreizen – zu verstehen. Absolute Stille [...] existiert nicht, denn selbst bei (z. B. experimenteller) Ausschaltung von akustischen Reizen bleibt immer noch der Hörende, der selbst eine Quelle von Tönen ist.“ (Huber, 1989, 2)

Zu dieser „Quelle von Tönen“ können schon wahrnehmbare Geräusche körperlicher Automatismen wie Herzschlag oder das Ein- und Ausatmen gezählt werden. Cage erzählt von seiner Erfahrung in einem schalltoten Raum, wo er noch immer zwei Geräusche hörte – ein hohes und ein tiefes. Diese kamen, wie nachträglich aufgeklärt wurde, von seinem eigenen arbeitenden Nervensystem und vom Zirkulieren des eigenen Blutes. Auch ein taubstummer Mensch, eingehüllt von Schweigen, hört demnach noch sich selbst (vgl. Dibelius, 1994, 11).

Quantitative und qualitative Faktoren der Wahrnehmung von Stille

Es fällt nun auf, dass die Relation von innen und außen, d. h. die Relation der subjektiven bzw. objektiven Wahrnehmung der Stille quantitativ nicht erfassbar ist – ohrenbetäubendes Rauschen eines Meeres wird oft als still erlebt, wohingegen ein leiser Ton schon die Stille stören kann. Ähnlich verhält es sich mit der Tatsache, dass auch eine von außen gesehen gleichbleibende Stillesituation doch in sehr unterschiedlichen Empfindungsqualitäten erlebt werden kann. Dies beginnt bereits bei der Frage, ob so eine Situation überhaupt als Stille erlebt wird.

Als Faktoren, die daran beteiligt sind, Augenblicke der Stille angenehm oder belastend erscheinen zu lassen oder sie überhaupt als Stille in Frage zu stellen, als Einfluss ausübende Kriterien, nennt Spiegler beispielsweise

„unterschiedliche Erwartungen und Einstellungen zur Situation, positiv oder negativ geratete Assoziationen, sowie eine individuelle Sensibilität im Sinne von Toleranz für bestimmte, u. U. als störend zu empfindende Begleitumstände.“ (Spiegler, 1991, 14)

1.2.2 Stille als Empfindungsbegriff

Nun lässt sich die Stille, von der wir sprechen, als ein „Empfindungsbegriff“ (vgl. Huber, 1989, 2) verstehen, als ein individuell unterschiedlich erlebter Zustand, der sich im Spannungsfeld zwischen äußeren Bedingungen, die vom Individuum als Stille akzeptiert werden, und inneren, subjektiv bestimmten Faktoren bewegt. Die Qualität der Empfindungen, die vom jeweiligen die Stille erlebenden Individuum erfasst bzw. bei ihm hervorgerufen werden, umfasst eine weite Bandbreite, die von „genussvoll“ und „angenehm“ bis „belastend“ und „unerträglich“ reichen kann (vgl. Spiegler, 1991, 12 ff.). Durch Abwendung von einem Anspruch auf akustisch perfekte Geräuschlosigkeit steht ebendiese Stille, die uns so oft als abhanden gekommen erscheint,

„nicht im Gegensatz zu den Geräuschen unserer Alltagswelt, sondern ist selbst aus Geräuschen ‚gemacht‘. Sie ist nicht örtlich oder zeitlich begrenzt, sondern nahezu permanent vorhanden oder zumindest möglich; ein Phänomen, das zwar einerseits alltäglich ist, andererseits aber gerade der raum-zeitlichen Strukturierung des Alltags [...] entgegenläuft bzw. querliegt.“ (Huber, 1989, 10 f.)

1.2.3 Stille als Sinnenerfahrung

Die Theologin Claudia Kunz stellt fest, dass Stille als Gegenpol zum Lärm zu einer Verinnerlichung des Menschen führt. Lärm, der als Signum der modernen westlichen und säku-

larisierten Welt im Sinne einer Zeit- und Zivilisationskrankheit gilt, führt zu einer umfassenden Erfahrung der Desintegration des Ichs, seines Welt-, Du- und Selbst-Bezugs – er entfremdet und veräußerlicht den Menschen (vgl. Kunz, 1996, 26 f.). Im Gegenzug dazu wird „in der Stille ein Prozeß in Gang gesetzt, der die Sinne wieder in Kontakt mit ihrer inneren Sinn-Erfahrung bringt“ (Kunz, 1996, 27), wobei diese Erfahrung nicht nur das Ohr, sondern auch die Augen und den Mund als Sinne für die Stille kennt – „Im Medium der Stille verschränken sich die Sinne. Die Stille ist eine synästhetische Erfahrung.“ (Kunz, 1996, 27) Einerseits wird Stille hier zur Umweltfrage – sie erfordert eine Änderung der Umwelt, sie erfordert, dass sich die Geräuschkulisse entfernt oder abgeschaltet wird. Andererseits fordert sie aber auch eine Änderung der inneren Einstellung zur Lärmquelle, die Bereitschaft dazu, vieles zu überhören. Stille setzt somit eine Abkehr oder Umkehr voraus (vgl. Kunz, 1996, 28). Die Wirkung der Stille bestehe darin, dass sie die sinnliche Wahrnehmung mit jenem innersten Ort des Menschen verbindet, wo Fühlen, Denken und Wollen noch ungeschieden beieinander liegen. Stille wirkt klärend und sensibilisierend auf die Sinne. Sie verleiht ihnen Fühlung mit dem Herzen und erschließt einen inneren Wahrnehmungsraum, in dem sich erst die einzelnen Sinneswahrnehmungen zu einer sinnbedeutenden und ganzheitlichen Erfahrung formieren. So führt Stille zu einer Sammlung des Menschen und hilft ihm dabei, sich wieder als leib-seelische Ganzheit wahrnehmen und erfahren zu können. Dabei gehe es nicht um eine Verschließung der äußeren Sinne, was eine gewisse Weltverschlossenheit und Verantwortungslosigkeit bedeuten würde, sondern um eine Erschließung des inneren Sinns (vgl. Kunz, 1996, 28 f.).

„Die Stille hält beides zusammen; sie ist jene Einheit und Ganzheit, in der Innen und Außen, Sinne und Herz dynamisch aufeinander bezogen sind. In der Stille gewinnt die Sinnenerfahrung ihren inneren Sinn und behält die Innerlichkeit ihren sinnhaft-konkreten Erfahrungswert.“ (Kunz, 1996, 29)

1.2.4 Kreative Stille

Ein sehr schöner Zugang zum Stillephänomen findet sich bei Gillo Dorfles: Hier ist mit Stille das Aufhören des Lärms, des Schalls jeder ausdrücklichen Tätigkeit gemeint, das erst eine Anwesenheit von etwas, das nicht definierbar ist, möglich macht; während der Stille spielt sich etwas ab, in dem der Kunstästhetiker gerade das Zustandekommen der Stille selbst sieht: die Verwirklichung von etwas Positivem.

Stille wird hier als „schöpferischer Zwischenraum“ gesehen, als eine Pause zwischen zwei sichtbaren oder hörbaren Elementen, aus der es möglich sein sollte, noch unausgedrückte Keimkräfte zu schöpfen, als kreativer Moment. Stille wird nicht als Negativität des Sagens, des Tuns, des Betrachtens, sondern vielmehr als Ursprung jeder möglichen Schöpfung bezeichnet. Wird dieser Zwischenraum, die Pause, das Innehalten eliminiert, zieht dies schwerste Konsequenzen für unsere psychologische und vor allem ästhetische Ordnung nach sich. Ein sichtbares Kunstwerk oder ein hörbares Musikstück verliert seine Identität, kann absurd werden (vgl. Dorfles, 1992, 23 f.).

Diese Forderung nach Zwischenräumen, nach Raum für Stille wird in unserer Gesellschaft oftmals übersehen. Dorfles spricht von „tönender Umweltverschmutzung“, die nicht nur

die Gefahren des Übermaßes an Verkehrslärm und Lärm der städtischen Umwelt im Allgemeinen betrifft, sondern auch die Gefahren, die von einem Übermaß an Übertragung und Empfang von Musik verursacht werden. Dafür verantwortlich gemacht werden die Massenmedien, die „ohne Unterbrechung und ohne irgendeine ästhetische Unterscheidung eine tönende Flut über uns ausgießen“ (Dorfles, 1992, 24).

Dadurch, dass das Musikhören zu einem fast permanent vorhandenen Füllsel unserer Zeit geworden ist, dadurch, dass in der konstanten Gegenwart des pausenlos klingenden Lärms die Stille ständig aufgehoben und unterdrückt wird, befindet sich das Individuum in einem Zustand der Indifferenz gegenüber dem rhythmischen Faktor (also der Abwechslung von Stille und Aktivität), der in jeder Situation des eigenen Lebens eine wichtige Rolle spielt. Dieser Verlust des Lückenbewusstseins ist besonders schwerwiegend auch deswegen, weil er gewöhnlicherweise völlig unbewusst ist (vgl. Dorfles, 1992, 25).

Es soll uns also darum gehen, stille Lücken nicht als wertlos und inaktiv abzutun, sondern sie im Sinne eines natürlichen Rhythmus in Abwechslung zu lauttönender Aktivität als schöpferische Zwischenräume sich gestalten und entwickeln zu lassen.

1.3 LEIB UND STILLE: DIE RUHE

1.3.1 Der Begriff

Ruhe lässt sich vorwiegend als „leiblicher Aspekt der Stille“ beschreiben. Im Deutschen Wörterbuch der Brüder Grimm ist Ruhe „zunächst das nachlassen, aufhören von anstrengung, mühe, arbeit und die damit verbundene erholung“ (Grimm, 1893, 1418). Hier lässt der Begriff Assoziationen wie „Behaglichkeit“, „Erholung im Schlaf“ und „Tod“ (vgl. Grimm, 1893, 1419 ff.) zu. Die Brüder Grimm sprechen vom Begriff der „inneren Ruhe“ als dem „des gleichmaßes, des ungestörten zustandes der seele“ (Grimm, 1893, 1421), in Folge entwickelt Ruhe in sinnlicher Bedeutung „den begriff des beharrens in einem zustande und wird so der gegensatz zur bewegung“ (Grimm, 1893, 1422).

Kunz schreibt:

„In der Ruhe rührt sich nichts. Ruhe ist der motorischen Sphäre als Pol der Bewegungslosigkeit zugeordnet; sie bestimmt sich im Gegenzug zur Aktion und Aktivität, und zwar sowohl der natürlich-kosmischen wie der menschlich-leiblichen. [...] In der Ruhe entspannt sich der Leib von seinem Werk, das Land erholt sich vom Krieg.“ (Kunz, 1996, 21)

1.3.2 Psychologie des mystischen Bewusstseins bei Carl Albrecht

Eine phänomenologische Bearbeitung der Erfahrungsqualität der Ruhe bietet der experimentell-psychologische Ansatz von Carl Albrecht in seiner *Psychologie des mystischen Bewusstseins*. Ruhe konstituiert sich auf dem Weg der Versenkung, die Albrecht als einen ganzheitlichen, in der Leibsphäre ansetzenden und alle seelischen und geistigen Schichten des Menschen erfassenden Vorgang beschreibt. Im Verlauf der Versenkung, deren Methode nicht näher beschrieben wird, die aber Ähnlichkeiten zum Autogenen Training vermuten lässt, wird das Wachbewusstsein allmählich desintegriert und ein „Versunkenheitsbewusstsein“ neuintegriert (vgl. Albrecht, 1976, 105). Die Ruhe, zunächst „Zielvorstellung des

durch sie determinierten Ablaufs“ (Albrecht, 1976, 222), wird zu einem gegenständlichen Bewusstseinsinhalt, der das Merkmal des „Ankommenden“ hat. Diese Ruhe wächst dem Ich entgegen, steigt aus der Leibsphäre empor und dringt in alle Teilräume des Bewusstseinsraums. Während der Versenkung weicht der „gegenständliche“ Bereich immer mehr zugunsten des „zuständlichen“ Bereichs der Ruhe. Gegen Ende der Versenkung ist die Ruhe „nichts anderes mehr als eine reine Zuständlichkeit des Ichs, ein reines Zumutesein, die bestimmende Ganzheitsqualität des Erlebnistotals“ (Albrecht, 1976, 222). Der Endzustand des Versenkungsvorganges, die „Versunkenheit“, wird von Albrecht definiert als

„vollintegrierter, einheitlich und einfach gefügter, überklarer und entleerter Bewußtseinszustand, dessen Erlebnisstrom verlangsamt ist, dessen Grundgestimmtheit die Ruhe ist und dem als einzige Funktion die Innenschau zugeordnet ist.“ (Albrecht, 1976, 106)

Als ein Phänomen der „Versunkenheit“ betrachtet, ist Ruhe zunächst die Grundgestimmtheit und damit ein Aufbauelement des Versunkenheitsgefüges. Wenn nun die Versunkenheit „sich selber zum Inhalt hat“ (Albrecht, 1976, 223), wird sie zum Gegenstand der Innenschau und bildet „eine allumfassende Einheit, deren Einzelelemente, nämlich die absolute Leere, die absolute Ruhe und die Zeitlosigkeit nicht mehr zu unterscheiden sind.“ (Albrecht, 1976, 223)

„Wenn die Versunkenheit in der Versunkenheit verabsolutiert wird, muß der Ruhe als angeschautem Gegenstand der Innenschau die Qualität des Umfassenden zugesprochen werden. [...] Die Ruhe ist ein umfassender Endzustand, der zwar anschaulich vorhanden ist, der aber keine Eigenbewegung hat, der weder einbricht, noch ankommt.“ (Albrecht, 1976, 224)

1.4 SPRACHE UND STILLE: DAS SCHWEIGEN

In Auseinandersetzung mit der Literatur lässt sich generell eine Problematik darin feststellen, „Stille“ und „Schweigen“ voneinander abzugrenzen. Diese Problematik ergibt sich schon dadurch, dass die beiden Begriffe im allgemeinen, alltäglichen Sprachgebrauch sehr unscharf voneinander getrennt verwendet werden, sodass es allzu leicht den Anschein hat, man könne Stille und Schweigen als Synonyme auffassen. Noch deutlicher findet diese Vermischung in der englischen oder der französischen Sprache statt, die durch ein und dieselbe Bezeichnung „silence“ für „Stille“ als auch für „Schweigen“ keine klare Unterscheidung zwischen akustischer/prosodischer und pragmatischer Stille trifft (vgl. Sobkowiak, 1997, 43). Natürlich lässt sich eine gewisse Verwandtschaft der beiden Begriffe nicht leugnen – dies lässt jedoch noch nicht den Schluss zu, sie als identisch zu betrachten.

1.4.1 Schweigen als sprachlicher Aspekt der Stille

Was sich auffallend durch die Literatur zieht, ist eine klare Zuordnung des Schweigens zur Sprache – man kann das Schweigen gleichsam als „sprachlichen Aspekt der Stille“ oder als „Stillstand der Sprache (oder der Stimme)“ (vgl. Huber, 1989, 38) betrachten. Auch Kunz

hält fest, dass in Literatur- und Sprachwissenschaft, Philosophie und Psychologie Einhelligkeit darüber herrscht, dass das Schweigen nur im Kontext von Sprache und Kommunikation vernehmbar wird (vgl. Kunz, 1996, 32), Schweigen sei „zugleich Kehrseite wie Teil der Sprache.“ (Schmitz, 1990, zit. nach Kunz, 1996, 32) Von sprachlogischer Seite betrachtet, hebt das Schweigen das Sprechen nicht auf, sondern es tritt an die Stelle eines Satzes – es vertritt „eine der vier Instanzen, die ein Satz-Universum entwerfen: den Empfänger, den Referenten, die Bedeutung und den Sender“ (Lyotard, 1989, zit. nach Kunz, 1996, 32). Kunz hält fest, dass das Schweigen „ein kon-textuelles, dia-logisches, kommunikatives und kommunikatives Phänomen“ (Kunz, 1996, 32) ist – „es ist deshalb nicht isoliert zu erfassen, sondern nur innerhalb einer Theorie des kommunikativen Handelns zu beschreiben und zu erklären.“ (Kunz, 1996, 32) Hier wird Martin Heideggers Feststellung „Das Vermögen zu sprechen zeichnet den Menschen zum Menschen aus“ (1959, zit. nach Kunz, 1996, 33) dahingehend weitergeführt, dass auch nur ein Mensch als ein des Wortes mächtiges Wesen zu schweigen vermag – das Sprechen sei ontologische wie dialogische Voraussetzung des Schweigens.

Christoph Kamper und Dietmar Wulf stellen fest, dass das Sprechen nur möglich ist, wenn das, worüber geredet wird, nicht verfügbar ist: „Wir können die Abwesenheit, die Unverfügbarkeit der uns umgebenden Welt nicht aushalten und machen den Versuch, mit Hilfe der Sprache, jene entsetzliche Stille, die um den ganzen Horizont schreit, durch Reden zum Schweigen zu bringen.“ (Kamper/Wulf, 1992, 1) Sie sehen das Schweigen als „doppelten Nullpunkt der Sprache, aus dem das Sprechen stammt und in den das Sprechen mündet“ (Kamper/Wulf, 1992, 1). Dieser Nullpunkt kommt als Unterbrechung und Grenze vor, ein Umgehen dessen erscheint als nicht möglich. Die Sprache wird als dem Schweigen abgerungen gesehen, am Ende versinkt sie wieder ins Schweigen. Schweigen verweist auf Sprechen; es ist in ihm Moment und Grenze (vgl. Kamper/Wulf, 1992, 1).

1.4.2 Intention des Schweigens

Als wesentliche Unterscheidung der beiden Termini „Stille“ und „Schweigen“ fällt auf, dass das Schweigen – im Gegensatz zur Betrachtung der Stille als Phänomen – gewöhnlicherweise etwas intendiert. Schweigen hat handelnden Charakter und gilt als deutungsbedürftig, Stille hingegen lediglich als wahrnehmbar.

Spiegler trifft eine Unterscheidung zwischen dem Sein der Stille und dem Tun des Schweigens: Wenn ich still bin, befinde ich mich in einem Zustand der Stille – dieses Sein in der Stille ist ein bedingungsloses, ein Sein ohne eigentlicher Intention. Schweigen hingegen ist stets gerichtet – als Zustimmung, als Protest, als aktive Ermöglichung von Kommunikation, wenn ich den anderen sprechen lasse, als Vorbereitung des eigenen nächsten Sprechens durch Sammeln und Ordnen der Gedanken (vgl. Spiegler, 1991, 42).

Kamper und Wulf messen dem Schweigen folgende Bedeutungen zu:

- Schweigen ist Ausgangspunkt von Rede, Handlung und Kreativität: In der Begegnung mit Musik, Kunst und Poesie wird Schweigen eine notwendige Handlung, eine gekonnte Aktivität, die eine wirkliche Auseinandersetzung erst ermöglicht.

- Schweigen ist Mangel an Erinnerung, Ausdruck des Vergessens und des sprachlosen Unglücks: Hier geht es um stummes Leiden, um Traumata, die es zu verdrängen gilt, die aber dennoch aus dem Gedächtnis zur sprachlichen Wiederholung, zur Erinnerung drängen. Die Massen schweigen; aus ihnen bilden sich erst erinnernd und sprechend die Individuen.
- Schweigen verweist auf ein Geheimnis.
- Schweigen verweist auf den Zusammenhang zwischen Leben und Tod: Ohne Leben gibt es keine Sprache, keine Geräusche, keine Bewegung – nur Leere (in Form von wirklich „absoluter“ Stille), Leere, der keine Sprache mehr gewachsen ist (vgl. Kamper/Wulf, 1992, 2 f.).

1.4.3 Modelle zur Interpretation von Schweigehandlungen

Die Literatur bietet zahlreiche sehr detaillierte und systematische Modelle zur Differenzierung des Schweigeverhaltens, die in unterschiedlicher Gewichtung Antworten geben auf die Frage: „In welcher Situation schweigt wer wem gegenüber wie über was weshalb zu welchem Zweck mit welcher Wirkung?“ (Bellebaum, 1992, 18) Einige dieser Modelle seien hier zusammenfassend dargestellt:

Thomas Bruneau behandelt das Schweigen in seiner Beziehung zu Empfindung, Wahrnehmung und metaphorischer Bewegung und unterscheidet drei Formen des Schweigens:

- „Psycholinguistisches Schweigen“: Hierzu zählen „fast-time silences“, die innerhalb der zeitlichen Abfolge des Sprechens auftreten und „slow-time silences“, welche im Zusammenhang mit semantischen Sprachprozessen stehen (vgl. Bruneau, 1973, zit. in Muñoz-Duston/Kaplan, 1995, 236). Darunter lassen sich Zögerungsphänomene (Pausen, Geräusche wie „äh“ und „hm“, Weglassen von Worten, unvollständige Sätze, Ringen um Worte, ...) verstehen, die, wenn bestimmte Effekte erzielt werden sollen, bewusst einsetzbar, zielorientiert und als soziales Handeln begreifbar sind. Im Allgemeinen handelt es sich jedoch um unbewusst-spontane, häufig als unangenehm empfundene, schwer kontrollierbare Vorkommnisse (vgl. Bellebaum, 1992, 27).
- „Interaktionelles Schweigen“: Dazu gehören pausenartige Unterbrechungen innerhalb eines Dialogs, einer Unterhaltung, Diskussion, Debatte, etc. (vgl. Bruneau, 1973, zit. in Muñoz-Duston/Kaplan, 1995, 236). Diese Form des Schweigens weist besonders auf den kommunikativen Aspekt des Schweigens hin und beinhaltet eine breite Palette von Funktionen: es definiert die Rolle eines Zuhörers in einem kommunikativen Austausch, schafft soziale Kontrolle, zeigt Respekt oder lässt auf emotionale Nähe schließen (vgl. Saville-Troike, 1995, 15 f.).
- „Soziokulturelles Schweigen“: Dieses bezieht sich auf die charakteristische Art, auf welche sich ganze soziale und kulturelle Systeme des Sprechens enthalten und sowohl das psycholinguistische als auch das interaktive Schweigen beeinflussen (vgl. Bruneau, 1973, zit. in Muñoz-Duston/Kaplan, 1995, 237).

J. Vernon Jensen kategorisiert die Vielfalt der Funktionen von Schweigehandlungen als „linkage, affecting, revelational, judgemental, and activating“ (Jensen, 1973, zit. nach Saville-Troike, 1995, 16). Diese Betrachtung wird von Alfred Bellebaum aufgegriffen:

- Schweigen verbindet oder isoliert (linkage function)
- Schweigen heilt oder verletzt (affecting function)
- Schweigen offenbart oder verdeckt (revelational function)
- Mit Schweigen wird zugestimmt oder abgelehnt (judgemental function)
- Schweigen deutet auf Aktivität oder Inaktivität hin (activating function) (vgl. Bellebaum, 1992, 31 f.)

Saville-Troike unterscheidet im Kontext ihrer Theorie menschlicher Kommunikation drei Formen des Schweigens:

- Zu „institutionell-determiniertem Schweigen“ zählen alle Schweigehandlungen, deren Zustandekommen auf örtlichen (z. B. in Bibliotheken, Kirchen), rituellen (z. B. im Rahmen religiöser Dienste, gesetzlicher Vorgehen, öffentlicher Aufführungen) oder hierarchisch-strukturellen (z. B. niedriger gestellte Mitglieder einer Organisation gegenüber höher positionierten Personen) Gegebenheiten, Regeln und Vorschriften basiert.
- „Gruppen-determiniertes Schweigen“ tritt situationsbedingt (das Privileg zum Sprechen wird durch Gruppenentscheidung zugewiesen), normativ (unterschiedliche Sprech-Privilegien werden Individuen oder Klassen von Individuen zugewiesen) oder symbolisch (als kommunikative Handlung) auf.
- „Individuell-determiniertes Schweigen“ beinhaltet interaktive (sozio-kontextuell, linguistisch, psychologisch) und nicht-interaktive (kontemplativ/meditativ, inaktiv) Schweigehandlungen (vgl. Saville-Troike, 1995, 16 f.).

1.5 MUSIK UND STILLE

1.5.1 Zur Bedeutung der Stille in der Musik

In der Musik kommt der Stille eine enorm wichtige, geradezu existentielle Bedeutung zu. Spiegler vergleicht dies etwa mit der Bedeutung des Lichts für den Schatten, der Luft für das Atmen oder der Bedeutung des Todes für die Erkenntnis des Lebens – ohne Stille gibt es auch keine Musik. Trägt diese Stille auch gewissermaßen etwas Starres in sich, so trägt erst sie durch ihr Zusammenwirken mit dem Lebendigen, mit der Bewegtheit der hörbaren Töne und Klänge zum Entstehen eines Ganzen, nämlich der Musik, bei.

Spiegler hält klar fest, dass die Art von Stille, die es im Zusammenhang mit Musik zu berücksichtigen gilt, die akustische im Sinne der äußeren Stille ist. Ihr Auftreten im Zusammenhang mit Musik bleibt zwar in der Regel außerhalb des Bewusstseins, trotzdem ist sie immer präsent (vgl. Spiegler, 1991, 16).

1.5.2 Historischer Überblick

Nicht immer fand die Stille in der Musik der Tradition ihre Beachtung als ein ausdrückliches Thema. Martin Zenck nennt zwar drei Dimensionen, in denen andeutungsweise Stille

und Schweigen vorbereitet werden: das Leiserwerden der Musik (*pianissimo*, *morendo*), ihr Verschwinden in der Ferne (*quasi da lontano*) und ihre Aufhebung in den Pausen und Leertakten (vgl. Zenck, 1994, 17) – diese Dimensionen der Musik, die auf Stille hinweisen, sind jedoch „periphere Momente des Komponierens von Musik, tangieren nicht deren Mittelpunkt, den Klang, von dem aus Musik entworfen wird“ (Zenck, 1994, 15). Seidel schreibt, dass sich Stille sehr wohl auch in älterer Musik ereignet, in deren Kontext aber ein Fremdling bleibt, da sie ihren Ereignischarakter negiert:

„Das Element der Musik sind Äußerungen und Bewegungen lebhaften Lebens. Stille ist Ausdruck schwachen Lebens, der Bewegungs- und Leblosigkeit, der Erstarrung und des Todes.“ (Seidel, 1998, 1760)

Auch die berühmte Definition von Eduard Hanslik von Musik als der „tönend bewegten Form“ (Hanslik, 1854, zit. nach Zenck, 1994, 14) enthält keinen Hinweis darauf, ob Musik dort, wo sie nicht tönt und klingt, nicht auch gerade in ihrer Abwesenheit gegenwärtig ist. Das Innehalten, das Schweigen und Verschweigen musikalischer Gedanken – die Stille – war also bis ins späte 19. Jahrhundert hinein nicht Gegenstand einer Reflexion, die gesamte abendländische Musik wurde auf die akustische Realisierung, auf den Klang hin konzipiert (vgl. Zenck, 1994, 15 f.).

Um die Jahrhundertwende vollzog sich schließlich ein eingreifender Wandel mit dem Spätwerk von Gustav Mahler, mit den Orchesterstücken von Anton von Webern, Alban Berg und dann mit John Cage, Bernd Alois Zimmermann und Luigi Nono (vgl. Zenck, 1994, 16). Dieser Paradigmenwechsel vom Klang zur Stille in der Musik des 20. Jahrhunderts vollzog sich nicht sprunghaft und plötzlich, sondern die drei oben angeführten Dimensionen der Stille begannen „gleichsam vom Innen der Musik aus den Klang mit dem Nichts zu durchsetzen“ (Zenck, 1994, 17).

„Seit dieser Zeit wird Musik nicht mehr vom Klang aus und auf den Klang hin entworfen, sondern von der Abwesenheit des Klangs, vom Schweigen, von der Stille, von der sogenannten ‘Silence’ in ihren verschiedenen Daseinsformen, [...] von dem also, was nicht sagbar ist und nur noch durch das Ausschweigen angedeutet werden kann.“ (Zenck, 1994, 16 ff.)

1.5.3 Das Verhältnis Stille – Musik im Konzert

Zenck führt als gängige Vorstellung vom Verhältnis Stille – Musik diejenige an, „daß im Konzert, wenn denn Stille im Konzertsaal endlich herrscht, auf diese Stille dann Musik real akustisch folgt, wonach schließlich die Musik plötzlich oder langsam wieder übergeht in die Stille, in der wir auf uns selbst zurückgeworfen werden“ (Zenck, 1994, 15).

Nach Zofia Lissa lassen sich die möglichen auftretenden Stillesequenzen folgendermaßen gliedern und beschreiben:

- Stille vor Beginn der Aufführung hat den Charakter einer „gesammelten“ Stille, die es dem/den Ausführenden gestattet, sofort Kontakt mit den Zuhörern zu knüpfen.

Sie ist eine Erscheinung der Erwartung der Zuhörer auf ein ganz bestimmtes Erlebnis.

- Stille im Werk – die Pause – lässt sich als nichtklangliches Ereignis der Musik bezeichnen. Sie tritt im Ablauf des Werks bzw. einzelner seiner Teile auf und gehört damit organisch zu seinem Ablauf, ist direkt in das Klanggewebe eingeschaltet und in ihren Ausmaßen seiner Agogik, Rhythmik und seinem Metrum unterworfen.
- Die kurzen Phasen der Stille zwischen den Teilen des Zyklus sind noch nicht Pausen, die zum Ablauf des Werks gehören und im Sinne von Rhythmik, Metrik oder Agogik messbar sind – dennoch gehören sie zum Ablauf des musikalischen Werks in viel stärkerem Grade als die Stille vor seinem Beginn oder nach seinem Ende. Diese Stille-Momente trennen, verbinden aber zugleich auch die einzelnen aufeinanderfolgenden Teile des Zyklus, sie ermöglichen das Verklingen der mit dem vergangenen Teil verbundenen Vorstellungen und Gefühle und lassen zugleich die Erwartung auf das Kommende heranwachsen.
- Stille nach der Aufführung – oft nur ein Augenblick – ist noch voll von dem vergangenen klanglichen Ablauf und bietet den Zuhörern die Möglichkeit, das Gehörte (und Gesehene) noch zu erleben. Sie ist für Komponisten und Interpreten ein Symptom der Anerkennung. Sie beweist, dass das Werk bzw. seine Aufführung das Publikum ergriffen hat (vgl. Lissa, 1964, 322 ff.).

1.5.4 Musik als Schale der Stille – Die Pause

Stille in der Musik hat zunächst eine ganz praktische und konkrete Bedeutung: sie figuriert „als Pause, als Nichtklang, als Stummheit zwischen tönend erfüllten Zeitstrecken“ (Dibelius, 1994, 9). Der Begriff „Pause“ bezeichnet „eine gemessene Zeitspanne ohne klangliche Füllung am Anfang, im Verlauf und am Ende eines Musikstücks“ (Finscher, 1997, 1533). Einer lexikalischen Definition aus dem 18. Jahrhundert zufolge ist die Pause „eine Ruhe, ein Stillhalten in der Music [!], so durch ein gewisses Zeichen angedeutet wird“ und tritt vor allem aus physiologischen Gründen auf, zum Atemholen, „damit die Sänger respiriren, und die Instrumentisten, insbesondere [!] aber die blasende [!] sich wieder erholen können“ (Walther-Lexikon, o. J., zit. nach Finscher, 1997, 1533). Zenck führt eine dreifache Bedeutung der Pausen in der abendländischen Musikgeschichte bis zum späten 19. Jahrhundert an:

- als eine Bildfigur für den Tod im Sinne der rhetorischen Figur der Aposiopesis, wo für das Nichts die absolute Stille, die Pause eingesetzt wird,
- als Leertakte und Leerformen zum Ausdruck ungeheurer Banalität,
- als Generalpause in Form eines plötzlichen Abbrechens, eines harten Schnitts in die Bewegung der Musik, die durch keine Vermittlung wieder eingeholt werden kann (vgl. Zenck, 1994, 17).

Für die gegenwärtige Auseinandersetzung mit der Bedeutung von Pausen in der Musik könnte gelten, was Kurt Tucholsky vom „Loch“ gesagt hat: „Loch allein kommt nicht vor. Loch ist immer umgeben vom Nicht-Loch.“ (Tucholsky, o. J., zit. nach Dibelius, 1994, 9) Für die Musik heißt das, dass die Pausen jeweils höchst verschiedene Bedeutungen haben können, ganz nach Beschaffenheit und Spannungsgehalt der vorausgegangenen tönenden

Geschehnisse und Entwicklungen (vgl. Dibelius, 1994, 9). Auch wenn akustisch zwar kein Ereignis stattfindet, ereignen sich dennoch Sinn und Bedeutung, die in der Aufmerksamkeit des Hörers intentional begründet werden; dieser fasst die Stille als ein den Zusammenhang konstituierendes und weiterführendes Moment auf. Deshalb hat die Pause zwei zeitliche Beziehungsrichtungen: Zum einen verweist sie auf das Vergangene, aus dem ihre Funktion und ihr Organisationswert verständlich werden. Und zum anderen bezieht sie sich auf das Zukünftige, zu dem sie sich in Zusammenhang setzt. Der Prozess bleibt also in der Pause nicht stehen, sondern das erlebende Bewusstsein, das die Pause mit sinnentsprechendem Inhalt ausfüllt und so Zusammenhang mit dem Nachfolgenden herstellt, trägt ihn weiter (vgl. Ernst, 1973, zit. in Spiegler, 1991, 24 f.).

Lissa misst der Pause als besonderer Erscheinung der musikalischen Stille Bedeutungen „als Interpunktion, als Aufhaltung der Spannung, als Verstärkung der Spannung, als Trugschluß, als Kulmination der Spannungswoge; sie kann auch die Funktion einer Entladung der Spannungsdynamik, eines Erlöschens der klanglichen Bewegung erfüllen“ (Lissa, 1964, 346) zu.

Ulrich Dibelius konkretisiert die Verschiedenartigkeit des Auftretens und Erlebens von Stillemomenten in Form von Pausen: eine abrupt eingeschobene Pause kann zu einer wirkungsvollen Steigerung der Ausdruckskurve beitragen, wie ein tiefes Atemholen vor dem angesteuerten Höhepunkt. Sie kann aber auch, wenn sie nach einer Strecke des Abebbens und allmählichen Verlöschens eintritt, einen Moment des Nachlauschens, der Aufmerksamkeit für den entschwindenden Nachklang einführen, der die Empfänglichkeit für die Klangereignisse der noch folgenden Schlusssequenz beträchtlich erhöht (vgl. Dibelius, 1994, 9).

1.5.5 Klang und Stille als Pole eines Kontinuums

Folgt man dem Funktions- und Bedeutungswandel von Stille-Momenten neuerer Musik im Sinne der vorhin beschriebenen Entwicklung, so entsteht der Eindruck von Zusammenhang einer von Pausen durchsetzten, absichtlich gestückten Musik. Die Pausen sind nun nicht mehr Unterbrechung, Einschnitt, teilende Zäsur oder Signale für den Abschnitt-Wechsel in der formalen Architektur, sondern gleichberechtigte Elemente in einem Klang-Stille-Kontinuum (vgl. Dibelius, 1994, 10).

Lissa schreibt von einer Symbiose der Stille mit dem Klanglichen, aus deren dialektischem Verhältnis die grundlegenden Organisationsmethoden der klanglichen Materie im musikalischen Werk entspringen (vgl. Lissa, 1964, 321). Anders als Dibelius' Sichtweise einer Gleichberechtigung spricht sie von ungleicher Bedeutung, die daher komme,

„daß der klangliche Verlauf einer ununterbrochenen Veränderlichkeit im Werk unterliegt, während die Stille im Prinzip ein und dieselbe ist. Im Prinzip, denn in den einzelnen Funktionen, die sie innerhalb des Werkes erfüllt, besitzt sie einen verschiedenen ‚Inhalt‘ [...]. Damit ist auch ihr ‚Gehalt‘ verschieden, je nach dem veränderlichen und strukturell verschiedenen Verlauf des Klanglichen.“ (Lissa, 1964, 321)

Zenck schreibt in diesem Kontext der Stille einen ganz besonderen Stellenwert zu:

„Je weniger wir hören, je mehr sich die Musik an die Grenze des gänzlichen Verstummens bewegt, desto kontinuierlicher ist es [das Musikstück²]. Die Stille erzeugt Kontinuität, wogegen der Klang und die Klanggestik eben das Schweigen aufbricht.“ (Zenck, 1994, 21)

Dies soll jedoch nicht zu einer Bewertung unterschiedlicher Bedeutungsgrade führen. Vielmehr möchte ich Dibelius' These unterstreichen, welcher zufolge „Klang und Stille als die Eckpunkte eines Kontinuums verstanden [werden und] dauernd wechselseitig aufeinander bezogen [bleiben]. Eins wird beim anderen mitgedacht und sollte deshalb auch zur intensiveren Erfahrung ihrer fein abgestuften plastischen Erscheinungsweise virtuell mitgehört werden.“ (Dibelius, 1994, 14)

1.5.6 Stille als Nährboden der Musik

Große Bedeutung kommt der Stille in ihrer „Basisfunktion“ zu: Stille bietet gewissermaßen den Nährboden, auf dem Musik erst entstehen kann, von dem sie sich kontrastieren kann und als solche erst erkennbar wird. Dibelius schreibt: „Jedenfalls stellen sich Klänge anders dar, wenn man statt auf sie zu hören und die Pausen zwischendrin als Unterbrechungen in ihren Randbereichen empfindet, umgekehrt das Nicht-Tönende als den Normalzustand wahrnimmt, von dem sich die Klänge abheben wie ein Relief von der Fläche.“ (Dibelius, 1994, 11)

Bestimmt Stille den Daseinscharakter der Musik, so verändert sich ganz deutlich die Aufgabe des Zuhörers: Die Intentionlosigkeit der stillgestellten Musik erhebt nicht mehr in so großem Ausmaß Anspruch an einen musikalischen Verstand, sondern fordert nun eher auf, die Sinne zu öffnen, um das Hören auf den Augenblick zu konzentrieren: „Absolute Gegenwärtigkeit ist das Prinzip ihrer Perzeption. [...] Wer die Stille in diesem Sinne als das tragende Moment von Kunstwerken anerkennt, der vernimmt in ihr das Ganze und Eine und in den Tönen und Klängen Momente, die sich darin erheben: Inseln im Meer der Stille.“ (Seidel, 1998, 1764)

John Cage, einer der ersten „Stille-Komponisten“, fügte in seine Musik oft lange und überraschende Stillesequenzen ein, „damit die Töne ganz für sich Töne sein können, als Individuen erlebbar werden und sich auch mit den zufälligen Geräuschen in ihrer Umgebung mischen“ (Dibelius, 1994, 9). Seine Musik bewirkt, dass der Hörende während der „Wartezeit“ automatisch alle möglichen akustischen Umweltereignisse wahrnimmt – diese mischen sich ganz selbstverständlich in den durch die Klänge mobilisierten und erweiterten Hörraum (vgl. Dibelius, 1994, 10).

Ein wesentliches Moment der Stille ist in ihrer zeitlichen Extension zu sehen – die Musik vermittelt eine Reihe sukzessiver Sinneseindrücke, die „Inseln“, die festgehalten und zueinander in Beziehung gesetzt werden, damit ein Gesamteindruck entstehen kann. Lissa weist auf die Abhängigkeit des Daseins und der Gestaltung solcher klanglicher Strukturen von der Stille hin; sie spricht von einer „Zeit-Stille“, die den Hintergrund bildet, auf dem sich der Ablauf der klanglichen Strukturen und die Gesamtheit seiner Phasen, die sich

² Zenck bezieht sich hier auf das Verlöschen in der Musik Luigi Nonos.

zwischen der Stille vor dem Beginn und nach dem Ende erstrecken, abspielen: „Die Stille im Werk [...] ist ein Mittel der Partikulierung der Form, d. h. ein Mittel zur Zergliederung ihres Ablaufs in der Zeit.“ (Lissa, 1964, 319) Stille bildet also eine Art stützende Struktur, die erst den (zeitabhängigen) musikalischen Ablauf ermöglicht und ihm hilft, sich akustisch herauszuheben.

Und diese Stille, die gleichsam als Hintergrund, Boden oder Stützgerüst für den Zusammenhang klanglicher Ereignisse dient, bildet auch einen Rahmen für eine weite Landschaft eines Gesamtklangs, der sich entwickeln und aufbauen kann in Dynamik, Rhythmus und anderen klanglichen oder musikalischen Parametern und Eigenschaften, dann jedoch auch wieder verklingt, mit einsetzendem Fingerzeig in Richtung der Stille. „Der Klang will sagen: Wenn ich verklungen bin, beginnt Stille.“ (Berendt, 2000, 114)

2 STILLE IM KONTEXT RELIGIÖSER GRUNDERFAHRUNGEN DES MENSCHEN

*Von der reinen Empfindung bis zur intuitiven Erkenntnis der Schönheit,
von Freude und Schmerz bis hin zu Liebe, mystischer Ekstase und Tod
– alles Wesentliche,
alles, was für den menschlichen Geist zutiefst bedeutsam ist,
läßt sich nur erfahren, niemals ausdrücken.
Der Rest ist immer und überall Schweigen.
(Aldous Huxley)*

2.1 DIE MACHT DES NAMENS

Als guten Grund für die Vernachlässigung einer Auseinandersetzung mit Stille in den Wissenschaften nennt Huber die Unmöglichkeit, bei Betrachtung des Phänomens eine strikte Trennung von Subjekt und Objekt vorzunehmen.³ Ich denke, dass ein Grund dieser Problematik auch darin liegen kann, dass Stille immer etwas Unbekanntes, Unfassbares, Geheimnisvolles birgt.

Es gehört zu den frühen Anliegen des Menschen, das Chaos des Unbekannten durch Namensgebung zu ordnen. Ziel dieser Namensgebung ist es, der fremden Welt eine Ordnung zu geben, in die man sich einfindet, um so die Übermacht des Unbekannten aushalten zu können. Gerade unserer Kultur fällt es oftmals außerordentlich schwer, mit dem Unbenennbaren, dem Unaussprechlichen in der Gestalt des Fremden oder anderen zu leben: Zivilisierung, Rationalisierung und Modernisierung zwingen Körper und Sinnlichkeit geradezu dazu, sich der diskursiven Sprache zu bedienen, um überhaupt Gehör zu finden.

Irrationalität, Irrealität, Unlogisches und Phantasie werden nur soweit zugelassen, als sie den Ansprüchen der Vernunft angepasst werden können. Zum Zwecke dieser Anpassung muss sich aber die Vernunft mit dem Unbekannten identifizieren und es benennen. Diese Einverleibung wiederum bedeutet die Vernichtung des Unbekannten – Unbekanntes könnte ja die mühsam errichtete Grenzziehung zwischen Realität und Irrealität, zwischen Rationalem und Irrationalem, zwischen Wissenschaft und Nicht-Wissenschaft gefährden (vgl. Wulf, 1992, 9 f.).

Wulf sieht die Entstehung der antiken Mythologie als einen „Versuch [...], die Übermacht der Welt und das damit zugleich erfahrene Chaos zu benennen. [...] Mythen – frühe Formen des Sprechens gegen das Undurchschaubare, Nicht-Verfügbare, das das Erzählen des Mythos auf Distanz halten soll“ (Wulf, 1992, 9).

Ähnlich verhält es sich mit der biblischen Schöpfungsgeschichte, die vom Werden und der Benennung der Dinge erzählt. Walter Benjamin interpretiert: „Gott macht die Dinge in ihrem Namen erkennbar. Der Mensch aber benennt sie maßen der Erkenntnis.“ (Ben-

³ Siehe Kapitel 1.2.1

jamin, o. J., zit. nach Wulf, 1992, 10) „Die Welt wird durch die Sprache geschaffen, durch den Namen in ihrer Ordnung erkennbar.“ (Wulf, 1992, 10) Durch die menschliche Erkenntnis geschieht die Aufdeckung dieser Struktur der Welt. Und eben diese Aufdeckung zieht sich durch die menschliche Geschichte, durch die Geschichte unserer Sprache. Hans Blumenberg bringt dies auf den Punkt, wenn er sagt, Geschichte sei „Vollstreckung des Namens und die Neuzeit ist die Epoche geworden, die abschließend für alles einen Namen gefunden hat“ (Blumenberg, o. J., zit. nach Wulf, 1992, 10 f.).⁴

2.2 DAS UNAUSSPRECHLICHE – UNAUSSPRECHBAR HEILIGES

All diesen Versuchen und Notwendigkeiten des Menschen, die Welt durch Namensgebung und damit durch das Wort erfassen zu können, steht dennoch ein Bereich des Unbegreifbaren und Unsagbaren, des Unaussprechlichen gegenüber. Dieser Bereich mag vielen Menschen ein fremdes „Gegenüber“ bleiben, andere erfahren jedoch gerade hier – je nach Wichtigkeit, Intensität und Art der individuellen Auseinandersetzung – einen Hintergrund, Untergrund oder sogar die Basis ihres Daseins, ihrer Existenz. Der Philosoph Ludwig Wittgenstein sagt:

„Es gibt ein Unaussprechliches. Dies nicht als Resultat eines Syllogismus, sondern als das, was sich zeigt. Es zeigt sich als Grund, nicht im Sinne einer Kausalität, sondern als Transparenz des Sagbaren auf einen Sinn hin, der schlechthin jenseits dieses Sagbaren liegt, außerhalb der Welt.“ (Wittgenstein, o. J., zit. nach Herbstrieth, 1988, 1109)

Kunz hält fest: „Schweigen ist dann das, was sich jenseits der immer weiter hinauszuschiebenden Grenzen einer verbalisierbaren und rationalisierbaren Wirklichkeit ausbreitet.“ (Kunz, 1996, 17)

2.2.1 Stille als religiöse Grunderfahrung des Menschen

Folgt man Rudolf Ottos Überlegungen zum Heiligen, so gehört die Erfahrung der Sprachlosigkeit und des Schweigens – der Stille – zu den religiösen Grunderfahrungen des Menschen (vgl. Otto, o. J., zit. in Wulf, 1992, 11). Für Otto ist das Heilige das spezifische Element der religiösen Erfahrung; es ist ein irrationales Element (vgl. Otto, 1963, 1 ff.). Das Heilige entzieht sich der begrifflichen Erfassung – es „lebt in allen Religionen als ihr eigentlich Innerstes und ohne es wären sie gar nicht [!] Religion“ (Otto, 1963, 6). Das Heilige ist, was bleibt, wenn man das sittliche und das rationale Moment von der Religion abzieht (vgl. Otto, 1963, 6). Otto schlägt dafür den Begriff des „Numinösen“ vor, das sich ebenso der Definition entzieht, da das, was es bezeichnet, nicht sprachlich fassbar ist (vgl. Otto, 1963, zit. nach Wulf, 1992, 11). Wulf schreibt:

„Der Verweis auf das Schweigen steht im Zentrum der religiösen Erfahrung; die Erfahrung Gottes, des Heiligen und des Unaussprechbaren. [...] Das Schweigen ist Grund und Abgrund der Sprache und des Seins. Das verdeutlichen alle Erfahrungen des Heiligen,

⁴ Es sei darauf hingewiesen, dass auch in der Therapie in vielerlei Hinsicht eine Notwendigkeit im Benennen der Dinge besteht.

die sich als Faszinosum [...] beschreiben lassen. Immer nur sind es Zeichen und Symbole, die wahrgenommen und ausgesprochen werden können.“ (Wulf, 1992, 12)

Bellebaum erörtert das „göttliche Schweigen“ und schreibt, dass „Stille und Schweigen den Bereich des Göttlichen auszeichnen und seine Göttlichkeit ausmachen“ (Bellebaum, 1992, 38).

2.2.2 Spiritualität

In einem theologischen Lexikon wird zum Begriff „Spiritualität“ angeführt, sie bezeichne „die gelebte Grundhaltung des Menschen an Gott und seine Sache“ (Schütz, 1988, 1170) und sei deshalb „eine so vielgestaltige Größe wie das Leben selbst und wie die Vielgestaltigkeit möglicher Beziehungen zu Gott“ (Schütz, 1988, 1171). Viele christliche Theologen versuchten, Spiritualität zu definieren; so finden sich beispielsweise Erklärungen wie „sich der Tiefe öffnen“ (Stachel, o. J., zit. nach Schütz, 1988, 1171), „Leben aus dem Geist“ (Rahner, o. J., zit. nach Schütz, 1988, 1171) oder „Integration des gesamten Lebens in eine vom Glauben getragene und reflektierte Lebensform“ (Institut der Orden, o. J., zit. nach Schütz, 1988, 1171). Spiritualität im Sinne des buddhistischen Religionsphilosophen Suzuki⁵ wird als „reise“ verstanden, was eine „Transzendenz der letzten Einheit aller Gegensätze der Wirklichkeit“ (Schütz, 1988, 1194) bezeichnet. Konfuzianische Spiritualität wird definiert als „Spiritualität, die das ‚innere-Weise-Sein‘ und das ‚äußere-König-Sein‘, ein Leben der Kontemplation und ein Leben der Aktion vereint“ (Ching, o. J., zit. nach Schütz, 1988, 1195).

Die Auflistung aller formulierter Definitionsversuche des Spiritualitätsbegriffs aus der Sichtweise verschiedener Religionen könnte nun beliebig fortgesetzt werden, es ist jedoch nicht meine Absicht, in diesem Rahmen den spezifischen Inhalten einzelner Religionen zuzusteuern. Abschließend sei ein Ansatz aufgegriffen, der Spiritualität keineswegs mit „Religion“ gleichzusetzen versucht:

„Spiritualität ist, was bleibt, wenn man einer Religion ihr an eine spezifische Ära, Kultur, Geographie gebundenes Kleid abstreift. [...] Spiritualität ist Staunen. Sich wundern. Ist totales Berührtsein. Ist Akzeptanz. Ist Aufgabe von Kontrolle. Spiritualität erfährt. Religion glaubt.“ (Berendt, 2000, 66)

Hier wird deutlich, dass sich Spiritualität nicht festmachen lässt an einer bestimmten Religionszugehörigkeit, sondern vielmehr als „menschliches Urbedürfnis“ (Berendt, 2000, 68) betrachtet werden kann. „Spirituell zu sein ist der Seinszustand jedes natürlich empfindenden, sensiblen, die Welt der Wunder mit offenen Augen aufnehmenden Menschen.“ (Berendt, 2000, 68) Der Theologe Leonardo Boff meint, Spiritualität sei „eher im anthropologischen als im spezifisch religiösen Sinn“ zu verstehen: als „die Fähigkeit des Menschen, in einen Dialog mit dem tiefsten Kern seines Selbst zu treten“ (Boff, o. J., zit. nach Berendt, 2000, 99).

⁵ Die Lehre Suzukis wurde in den 60er Jahren von Erich Fromm im Sinne einer Verbindung von Zen-Buddhismus und Psychoanalyse aufgegriffen.

Spiritualität und Stille

Im *Praktischen Lexikon der Spiritualität* beginnt der Abschnitt, der dem Schweigen und der Stille gewidmet ist, mit der Feststellung:

„In allen Religionen werden Stille und Schweigen als notwendig erfunden, um das Göttliche zu erfahren. Die Stille des Kosmos, die Weite der Schöpfung sprechen vom Geheimnis Gottes. Die jüdische Religion, die stark vom Wort geprägt ist, kennt das Schweigen ‚im Angesicht Jahwes‘, der islamische Beter verharrt in ehrfürchtigem Schweigen, die orthodoxen Christen gehen ein in das feierliche Schweigen, ‚um Gott das Wort zu geben‘, der Chinese legt in seinem Kult feierliche Schweigeminuten ein. Hinduismus und vor allem Buddhismus bevorzugen die schweigende Versenkung.“ (Herbstrith, 1988, 108)

Besonders in Monasterien und Ordensgemeinschaften schaffen Stille und Schweigen Orte der Begegnung mit dem Heiligen. Hier findet Stille ihren Platz als schweigende Anbetung, als Einschränkung unnötigen Sprechens, als Distanz zum Lärm der Welt, um Raum zu schaffen für das innerste Bedürfnis des Menschen nach Sinn, nach Verwirklichung von Werten (vgl. Herbstrith, 1988, 1109 f.).

Wie auch immer man nun den Begriff Spiritualität zu umschreiben versucht – als eine an Religiosität gebundene Erfahrung oder als Dialog mit dem eigenen Innersten –, solche zutiefst persönlichen und ureigenen Erfahrungen finden ihr Erleben und ihre Entfaltung vor allem in einem Zustand der Stille, wobei wohl eher die Stilleerfahrung im Sinne einer subjektiven Empfindung und nicht ausschließlich einer akustischen, objektiven Gegebenheit ausschlaggebend ist.⁶

2.2.3 Stille als Wegstück der Meditation

Meditation

Michael West, der Verfasser des Vorworts zu David Fontanas *Kursbuch Meditation*, sieht die Schwierigkeit, den Begriff „Meditation“ zu definieren, darin begründet, dass Meditation so viele Traditionen umfasst (vgl. Fontana, 1994, 10). Dennoch versucht er zu erfassen, was den Meditationspraktiken aller Traditionen gemeinsam ist: Meditation sei die Erfahrung der eigenen Person, werde dann zur Erfahrung des eigenen Seins, dann zur wahren Wertschätzung des eigenen Seins, woraus sich die wahre Wertschätzung anderer Wesen und dann aller Wesen ergebe (vgl. Fontana, 1994, 11). „Sie ist daher wahrhaft eine Praxis, mit der die aufgewühlte innere und äußere Welt zur Ruhe gebracht werden kann. Es scheint mir, daß Meditation [...] ein geradliniger Pfad zu Stille und Verstehen ist.“ (Fontana, 1994, 11) Fontana selbst scheint es sinnvoll, wissenschaftliche Definitionen zu vermeiden und statt dessen zu sagen, Meditation sei

„eine Lotosblume, die aus ruhigem Gewässer emporwächst; oder ein Mönch oder eine Nonne, in der Stille noch aufragender Berggipfel sitzend; oder eine Baumreihe, die sich gegen den Horizont abhebt; oder eine Frau, die voller Frieden inmitten einer geschäftigen Stadt sitzt, oder ein Wanderer, der auf einem Pfad dahinschreitet, der sich zwischen

⁶ Siehe Kapitel 1.2.1

den Bäumen eines großen Waldes hindurchschlängelt; oder die ruhigen Töne einer Flöte an einem Sommerabend.“ (Fontana, 1994, 51)

In seinem letzten Werk *Kraft aus der Stille* plädiert Joachim-Ernst Berendt darauf, sich auch in einer Umgebung äußeren Lärms „Inseln – Stunden, immer wieder wenigstens Minuten – der Stille“ (Berendt, 2000, 113) zu schaffen, um so dem Verschwinden des Seins im Lärm entgegenzuwirken. Es soll ein Raum geschaffen werden, in dem ein Weg der Veränderung, der Wandlung einsetzen kann – und dieser Weg erfordert ein großes Maß an Stille (vgl. Berendt, 2000, 114). „Meditieren“ ist hier „ein anderes Wort für In-die-Stille-Gehen – eine höhere, effizientere Potenz, bei der es um die Stille im Kopf geht, um ‚Gedankenstille‘: um ‚nackte Stille‘“ (Berendt, 2000, 114). Der Meditation wohnt das Hören auf die innere Stimme inne, dessen „eigentliches Ziel die Erfahrung des SEINS“ ist – der Erfahrung „der Leere, die die Fülle ist. Die Essenz. Zuerst, vielleicht, hörst du nur die Stille ... dann bist du in ihr ... dann wirst du: Stille ... und dann lebst und erfährst du: SEIN“ (Berendt, 2000, 115).

Grundlagen der Meditation: Sammlung – Stille – Einsicht

Als ersten, wesentlichen Schritt für jede Meditationspraxis nennt Fontana die „Sammlung“. „Der Geist braucht etwas, auf das er sich sammeln und bei dem er verweilen kann“ (Fontana, 1994, 55). Ein zentraler Punkt ist hier der Atem – „einfach und rhythmisch, ein ständiges Kommen und Gehen, ein Heben und Senken, ein Ein- und Ausströmen“ (Fontana, 1994, 55).

Die zweite Stufe der Meditation ist das Stadium der „Stille“, die sich in ihrer Qualität noch abheben lässt von bloßer Entspannung:

„In der meditativen Stille nimmt der Geist wahr, daß er die Ablenkungen losläßt, die sich zwischen ihn und seinen Frieden drängen, daß er sich selbst findet, statt sich in den Verirrungen seines Denkens zu verlieren, und daß er klarer und schärfer wird, wie das Sonnenlicht, das die Wolken zerteilt. Im Gegensatz dazu wandert der Geist bei gewöhnlicher Entspannung normalerweise frei durch alle geistigen Erlebnisse, die angenehme, friedvolle Gefühle wecken [...]. Der Geist befindet sich in einem verträumten, tranceähnlichen Zustand, und dieser unterscheidet sich deutlich von der aufmerksamen, wachen Gelassenheit bei der Meditation.“ (Fontana, 1994, 61 ff.)

Die dritte Stufe der Meditation, die Stufe der „Einsicht“, führt den Meditierenden zum Kern meditativer Erfahrung. Im Gegensatz zu dem von Fontana als eher passiv geschilderten Zustand, der in der Stille erfahren wird, erfordert diese Stufe eine Art Aktivität – diese Form der Aktivität kann jedoch nur erreicht werden, nachdem der Zustand der Stille eingetreten ist (vgl. Fontana, 1994, 65).⁷

⁷ Es sei darauf hingewiesen, dass in klinischer Praxis die Stille im Rahmen eines meditativen Versenkungsvorganges oftmals nicht zugänglich ist, da sie für Patienten eine Bedrohung darstellen kann. Selbstversenkung kann dann auch negative Selbstauflösung bedeuten.

2.2.4 Der geistliche Sinn – Innerlichkeit als Ort der Begegnung mit dem Unsagbaren

Ausgehend von ihren Erläuterungen zur Stille als „Sinnenerfahrung“⁸ thematisiert Kunz aus theologischer und spiritueller Sicht die Wendung und Wandlung der Sinne im Zusammenhang mit den „geistlichen Sinnen“. Diese machen jenen Berührungspunkt aus,

„da es zu einer wirklichen Begegnung zwischen dem in seiner leib-seelischen Ganzheit ernstgenommenen Menschen und dem ihm entgegentretenden Gott kommt. [...] Die Mitte des Begegnungsaktes muss also dort liegen, wo die menschlichen profanen Sinne, den Glaubensakt ermöglichend, ‚geistlich‘ werden, und der Glaube, um menschlich zu sein, ‚sinnlich‘ wird.“ (Kunz, 1996, 29)

Stille ist hier das Medium, in dem sich eine Transparenz und Transformation der Sinnenerfahrung zur Glaubenserfahrung hin vollzieht und kann somit geradezu als ein Existential des glaubenden Menschen gedeutet werden. Nur in und durch Stille gelangt der Mensch zu seiner Innerlichkeit. In der Stille wächst der innere Mensch – dieser steht nicht im Gegensatz zum äußeren Menschen, sondern wird in der spannungsvollen Einheit des ganzen Menschen gesehen (vgl. Kunz, 1996, 29 f.). Und ebendiese „Innerlichkeit“ eröffnet einen Raum der Begegnung mit dem, was Nicht-Ich oder Mehr-als-Ich ist – einen Raum der Begegnung mit dem Unsagbaren, dem Unaussprechlichen. „In seiner tiefsten Innerlichkeit ist der Mensch Offenheit für ein Du, das als ein ‚anderes‘ und ‚ankommendes‘ weder mit seinem eigenen ‚Ich‘ oder ‚Selbst‘ identisch ist.“ (Kunz, 1996, 31) Das Verständnis von Innerlichkeit im Sinne einer „Offenheit“, die einen Raum universaler Begegnung ermöglicht, hebt sich hier deutlich ab von einer privaten, für-sich-seienden, einsamen und beziehungslosen Innerlichkeit, deren Unsagbarkeit eine abschließende und abgeschlossene ist (vgl. Kunz, 1996, 31).

„Das ist das Geheimnis der Innerlichkeit, daß der Mensch zuinnerst und zutiefst mehr ist als er selbst, Ort einer inneren Begegnung mit dem Absoluten. Damit wahrt die Stille gerade das, was das Humanum des Menschen ausmacht. Ohne Stille verliert der Mensch seine Menschlichkeit.“ (Kunz, 1996, 31)

2.2.5 Tod – Trauer – Leid

Die Stille des Todes

Die einzige Begegnung mit Stille in ihrer „absoluten“ Qualität findet im Zusammenhang mit dem Tod statt: Im Tod und durch den Tod verstummt alle Aktivität, alle Dynamik des Lebens; der Tod bedeutet den Stillstand des Lebens, die totale Bewegungslosigkeit und Geräuschlosigkeit des Körpers und all seiner Funktionen.

Wir sprechen von „Totenstille“, von „Grabesstille“; wir treten in Stille an das Totenbett, wir verabschieden uns in Stille, wir gedenken in Stille. „Der Tod ist stumm. Und macht stumm. Die Sprache und der Tod scheinen sich ähnlich entgegenzustehen wie Leben und Tod.“ (Jüngel, 1978, 10) Diese Stille, das Endprodukt der Vergänglichkeit allen Seins und

⁸ Siehe Kapitel 1.2.3

das damit verbundene Gefühl der Machtlosigkeit, der Ohnmacht, führt pessimistische Existenzphilosophien gerne zur Assoziation einer Sinnlosigkeit allen Lebens, zu plakativen Theorien eines „Nichts“.

Die Logotherapeutin Elisabeth Lukas hingegen verleiht dieser Stille auf positive Weise Produktgestalt:

„Erst mit dem Tod steht die gesamte Lebenswirklichkeit fest: das Getane und das Nichtgetane sinken auf den Grund der Wahrheit, die letzten unergriffenen Möglichkeiten verflüchtigen sich ins Nichts einer Zukunft, die nicht mehr stattfindet; das vollendete Leben dieses Menschen gerinnt zum unumstößlichen Denkmal seiner selbst.“ (Lukas, 2000, 44)

Stille Trauer

Das Berührtsein vom Tod eines Menschen macht zuallererst sprachlos. Im tiefsten Unglück und Leid, in tiefster Trauer erleben wir uns selbst als starr, machtlos, handlungsunfähig, bewegungslos – alles scheint stillzustehen. Bevor eine Auseinandersetzung mit der Situation, mit den Konsequenzen, die der Tod eines nahestehenden Menschen nach sich zieht, stattfinden kann, geschieht ein Rückzug des Trauernden in die Stille – Lukas sieht die Notwendigkeit dessen als ersten Schritt für einen gesundheitsförderlichen Prozess (vgl. Lukas, 1999, 28). Trost, Beschwichtigungsversuche von Bekannten und Freunden – wenn auch gutgemeint – sind in dieser Phase der Trauer eher lästig, schlagen fehl. Mitmenschliche Nähe ist zwar angenehm, Worte jedoch meist überflüssig.

Die Geschichte von Hiob im Alten Testament der Bibel verdeutlicht den Stellenwert des Schweigens und der Stille in Zeiten des Leids, in Zeiten der Trauer: Hiob, ein Mann, der sich durch Untadeligkeit und Rechtschaffenheit auszeichnet, wird in seinem Gottvertrauen auf die Probe gestellt. Zuerst kommt er auf brutalste Weise um seinen Besitz, dann werden seine Knechte und Söhne getötet; dann wird er selbst von grausamsten Krankheiten befallen, sein Körper aufs Äußerste gequält. Drei Freunde Hiobs hören von all dem Unglück und kommen hin, um ihre Teilnahme zu erweisen und ihn zu trösten. „Sie saßen bei ihm sieben Tage und sieben Nächte; keiner sprach ein Wort zu ihm. Denn sie sahen, daß sein Schmerz sehr groß war.“ (Die Bibel, 1980, 585)

Die Einsamkeit, in die sich trauernde Personen zurückziehen pflegen, ist ein „Stille-Reservoir zum Auftanken“ (Lukas, 1999, 30). Wie ein Wasserreservoir zur Überbrückung von Dürrezeiten dient und nicht für einen ständigen Konsum gedacht ist, bieten auch Stille und Einsamkeit „grandiose Überbrückungshilfen in existentiellen Nöten, ohne dass sie sich auf Dauer im Hause einquartieren sollen“ (Lukas, 1999, 30).

„Der Mensch, auf sich selbst zurückgeworfen, zentriert sich um seine Mitte. Nach dem ersten Aufschrei, nach dem Weinen und Schluchzen wird es in ihm allmählich ruhiger. Noch kann er kaum fassen, was geschehen ist, aber die Stille hat Geduld. Sie drängt nicht. Der Mensch kann sich behutsam an das Unfassbare heranwagen, kann seine Fühler ausstrecken oder zurückziehen, wie er es gerade schafft. ‚Es tut so weh‘, klagt er in seiner Trauer. ‚Gib mir deinen Schmerz‘, antwortet die Stille, ‚ich sauge ihn auf.‘“ (Lukas, 1999, 30)

3 DIE BEDEUTUNG VON STILLE IM PRÄVERBALEN ERLEBEN DES KINDES

Die Stille ist es, die mir den Atem der Welt bringt, ihn mir schenkt.

Sie erlaubt mir, mich in ihr zu erkennen,

Beim Belauschen meines Seins so wie ich es erahne.

Sie öffnet mir eine Türe zu einem Raum der Ruhe,

Wo sich die Gegenwart erbellt, unausweichlich.

(Eugène Guillemic)

3.1 HINFÜHRUNG

Die Musiktherapie ist eine Therapieform, bei der das nonverbale Ausdruckserleben und die präverbale Beziehung vorrangige Bedeutung haben. Da die Psychodynamik und die Pathogenese vieler psychosomatischer Erkrankungen in diesem Bereich anzusiedeln sind, spielt der Ausdruck im musikalischen Medium eine große Rolle in der Identitätsbildung der Patienten. Gerade in der therapeutischen Arbeit mit psychosomatisch erkrankten Menschen ist es oftmals Aufgabe, die Loslösung von den frühen Bezugspersonen und – über neue verlässliche, positive Beziehungen – die Wiederannäherung an positive mütterlich-weibliche Urbilder (archetypische Mutterbilder) zu ermöglichen (vgl. Seifert/Loos, 1987, 155). Das noch Unsagbare wird über den nonverbalen Ausdruck zum Erlebnis und zur Selbstbegegnung (vgl. Seifert/Loos, 1987, 157). „Das Spannungsfeld ‚mütterlicher Raum und große weite Welt‘ umfaßt alle Aspekte der frühen Individuationsphasen von Trennung und Wiederannäherung, von Autonomie und Abhängigkeit, von Resignation und Hoffnung.“ (Seifert/Loos, 1987, 159)

Geht man davon aus, dass viele psychosomatische Erkrankungen ihre Wurzeln in erlebten Defiziten und Traumata sehr früher Stadien menschlich-psychischer Entwicklung haben, so kann es im therapeutischen Prozess darum gehen, durch eine „Regression im Dienste des Ich“⁹ über das musiktherapeutisch-nonverbale Medium diese frühe Phase wiederzubeleben und einen positiven mütterlichen Raum zu schaffen, in dem neue Erfahrungen möglich sind.¹⁰

Ole Teichmann-Mackenroth schreibt:

„Im Schutz der ‚hilfreichen Beziehung‘ gelangen die SpielerInnen [...] in Erlebnisräume, in denen die Fähigkeit des Spürens wieder- oder neuentdeckt werden kann. Musiktherapie bietet ihnen im ‚Hier und Jetzt‘ der sinnlichen Welt der Klänge die symbolische Durcharbeitung aller leibseelischen Konflikte, gleichgültig, wie lange vor der Entwicklung

⁹ Die Theorie des Regressionsbegriffs wird in Kapitel 4 ausführlich behandelt.

¹⁰ Oberegelsbacher und Topitz beschreiben im Therapiebeispiel von Frau E. auf beeindruckende Weise den Weg „von einer malignen Regression [...] über eine gewährende therapeutische Haltung, die auch gezielt entsagend und fördernd war, hin zu einer Regression im Dienste des Ich“ (Oberegelsbacher/Topitz, 2000, 59).

verbaler Kommunikation sie entstanden sind. Sie erschließt Spielräume der frühen globalen, nonverbalen und amodalen menschlichen Erfahrung, die nur unzureichend in Worte zu fassen ist.“ (Teichmann-Mackenroth, 1996, 313)

Betrachtet man nun diesen Lebensabschnitt der frühen Kindheit – bzw. noch weiter zurückgreifend den pränatalen Erlebensraum eines Fetus – vom Standpunkt einer Untersuchung des Stilleerlebens aus, so fällt auf, dass gerade in früher, präverbaler Mutter-Kind-Interaktion die Stille immer wieder eine bedeutende Rolle spielt. Das folgende Kapitel soll ein Versuch sein, Stationen der frühkindlichen Entwicklung in Zusammenhang mit – geglückten oder missglückten – Zeiten/Momenten der Stille zu bringen.

Der Leser gelangt mit dem Säugling vom Fetus im Mutterleib zur Stillzeit: zur Symbiose mit der Mutter einerseits, zur Entwicklung eines Selbst und dessen Kompetenzen andererseits. Er hat teil an Gedanken zu frühen Interaktionen von Mutter und Kind und wird dann mit einigen Trennungstheorien konfrontiert, denen in ihrer Unterschiedlichkeit – teilweise auch Widersprüchlichkeit – dennoch ein gemeinsamer Nenner bezüglich der Bedeutung von Stille¹¹ zugesprochen wird.

3.2 DER FETUS IM MUTTERLEIB

3.2.1 Intrauterines Hören

In der Ontogenese menschlichen Lebens beginnt der Entwicklungsprozess des Ohres¹² zu einem sehr frühen Zeitpunkt intrauterinen Lebens, etwa vom 22. Tag an (vgl. Tomatis, 2000, 119). Nach viereinhalb Monaten ist die Entwicklung von Innenohr und Gehörknöchelchen anatomisch abgeschlossen und der Hörnerv nimmt seine Funktion auf – er tritt in seine aktive Phase, wenn der Embryo beginnt, sich zu bewegen und zum Fetus wird (vgl. Tomatis, 2000, 61).

Schon in den 50er Jahren ging der HNO-Facharzt und Phonologe Alfred A. Tomatis in seinen Forschungsexperimenten von der Annahme aus, dass der Fetus Laute wahrnimmt, sie hört und sich sogar äußert. Auch Monika Nöcker-Ribaupierre hält fest, dass das Kind „lange vor der Geburt strukturell und funktionell dafür ausgestattet [ist], akustische Eindrücke aufzunehmen, zu speichern, zu erinnern und postnatal von unbekanntem Eindrücken zu unterscheiden.“ (Nöcker-Ribaupierre, 1996, 133) Die Klangwelt, in die der sich im Mutterleib befindende Menschenkeimling eingetaucht ist, besteht zunächst aus den Geräuschen von Darmtätigkeit, Atmung, Herzrhythmus und Bewegungen der Mutter, basierend auf einem gleichbleibenden, sich ständig wiederholenden Rhythmus der physio-

¹¹ Objektbeziehungstheoretiker sehen die Stille im Sinne der stummen Geborgenheit des Säuglings in der Symbiose zur Mutter als verbindende Kraft und messen ihr hier einen ausdrücklichen Stellenwert bei; in der Beschreibung von Prozessen der Loslösung, Individuation und Trennung von der Mutter spricht die Literatur jedoch nicht mehr von Stille. Durch die zunehmende Entwicklung und Ausformung des Kindes hin zum Ausdrucksmittel Sprache wird die Stille vielmehr aufgehoben (vgl. Wepfer, 1998, 25). Dennoch findet in vorliegender Arbeit die Stille im weiteren Sinne auch noch in Prozessen der Trennung ihre besondere Bedeutung.

¹² Ein detaillierter Überblick über die Ausbildung des Hörorgans findet sich beispielsweise bei Nöcker-Ribaupierre (1996, 130 ff.).

logischen Vorgänge, die das neurovegetative Leben der schwangeren Frau prägen (vgl. Tomatis, 2000, 50 ff.). Auch spielt die emotionale Qualität der intrauterinen Kommunikation, die wesentlich über die Stimme der Mutter stattfindet, eine wichtige Rolle in der Entwicklung intrapsychischer Repräsentanzen zum Entstehen von Bindung (vgl. Nöcker-Ribaupierre, 1996, 133).

Wesentlich für die Untersuchung der intrauterinen Entwicklung akustischer Wahrnehmung ist für Tomatis eine Unterscheidung zwischen dem akustischen Milieu, das den Fetus umgibt und dem, was er in diesem Durcheinander von Geräuschen zu entschlüsseln vermag – schon im Mutterleib geschieht eine selektive Aufnahme derjenigen Töne, die das Ungeborene kodieren und dekodieren kann: „Das Charakteristikum des Ohres ist nicht, alles zu hören, sondern zu wissen, was es hören muß. Auf diese Selektionsmöglichkeit gründet sich die gesamte Physiologie des Hörens.“ (Tomatis, 2000, 54)

3.2.2 Intrauterine Stille

Es mag womöglich eigenartig erscheinen, dem Phänomen „Stille“ im Kontext des intrauterinen Lebens Bedeutung zuzumessen zu wollen, ist doch – wie gerade eben beschrieben – das Ohr als „Hörsinn“ das erste ausgebildete Organ pränataler Wahrnehmung. Das Ungeborene ist zwar von vielen durch das Fruchtwasser dringenden und teilweise wohl sehr intensiven Geräuschen umgeben; dennoch kann man sich diesen intrauterinen Raum als einen besonderen Raum der Stille, der nicht allein auf der Basis akustischer Bedingungen erfasst werden kann, vorstellen.

Im Ansatz des bereits zitierten Gehörforschers Tomatis erhält in seiner Untersuchung pränataler Wahrnehmung nicht in erster Linie das „Hören“, sondern vielmehr das „Horchen“, das sich nicht rein auf akustische Gegebenheiten bezieht, zentralen Stellenwert. Für ihn stellt das Horchen die Grundlage jeder Beziehung dar; seine Komplexität lässt sich nicht auf das Ohr als Organ eingrenzen, sondern erfasst „durch die Allgegenwart seiner Funktion [...] die Gesamtheit des Nervensystems. Diese Funktion ist das Horchen, das, in der umfassendsten Bedeutung des Wortes, alle Elemente einschließt, die erforderlich sind, um für die wechselseitige Kommunikation zwischen der Gesamtheit des Innen und der Gesamtheit des Außen zu sorgen.“ (Tomatis, 2000, 93)

Das Horchen ist „eine willkürliche, aktive Handlung, die den Menschen für alles öffnet, für den anderen ebenso wie für sich selbst“ (Tomatis, 2000, 171) und führt zum einen dazu, dass sich das Individuum als Teil eines Ganzen, einer Ganzheit begreifen kann. Zum anderen erfährt sich das Individuum als horchendes Teilchen, das der übrigen horchenden Welt zugehört. Die Fähigkeit zu horchen „führt zur schärfsten und feinsten Wahrnehmung all dessen, was ist“ (Tomatis, 2000, 172) – diese Fähigkeit geht dahin, das Substrat aller das Universum bildenden Erscheinungen zu errahnen, das Leben zu „erhorchen“. Leben und Horchen sind nach Tomatis nur in engem Zusammenhang erfassbar, „beide implizieren sie die Gegenwart des Seins, das auf sich selbst horcht.“ (Tomatis, 2000, 172) Tomatis Ansatz zielt auf die Bedeutung einer bereits im Mutterleib einsetzenden Wahrnehmung des sogenannten „Lebensklanges“, des „Lebensgeräusches“, eines „Uratems“, der „so intensiv spürbar wird, wenn die Außenwelt zum Schweigen kommt“ (Tomatis, 2000, 176). Das Horchen auf den Lebensklang, den Tomatis ferner als den „inneren Ge-

sang der Bewegung“ bezeichnet, erfordert eine lebendige Ruhe, eine „summende Stille“ (vgl. Tomatis, 2000, 176). Was diesen „Lebensklang“ nun wirklich ausmacht, lässt sich Tomatis’ Text nicht ausdrücklich entnehmen. Ich vermute jedoch ein wesentliches Element in der Stimme der Mutter, deren vorwiegend hohe Frequenzen¹³ durch das Fruchtwasser auf das Ungeborene einwirken (vgl. Tomatis, 2000, 29) und so eine spezielle Form des Dialogs zwischen Mutter und Fetus ermöglichen.

Vom Aspekt einer Wahrnehmung des Körpers aus vermittelt Gertrud Katja Loos die Vorstellung vom Uterus als einen Raum, in dem sich der Fetus ohne eigenen Atem, ohne innere Atembewegung befindet; als einen Raum, den der Fetus nicht als erfahrbaren Innenraum, sondern lediglich als äußere Begrenzung erleben kann. Das ungeborene Kind kann diesen Raum nur durch die Vermittlung der Mutter als ein Aufgehobensein erfahren – dies setzt jedoch voraus, dass der pränatale Dialog zwischen ihm und seiner Mutter stimmt.

Ist die Mutter-Kind-Verständigung in dieser Zeit gestört, kann die Begrenzung des Uterus als „bedrohliches Eingeschlossensein, als Festhalten und Umschlungensein erlebt werden, denn der Fötus hat keine Innenbewegung und keinen Eigenraum dagegenzusetzen.“ (Loos, 1994, 74 f.) Hat das Ungeborene aufgrund fehlenden Dialogs mit der Mutter keine Möglichkeit, diesen Raum in und durch Bewegung zu erfahren, so kann dieser Raum als Stillstand in seiner unangenehmsten Qualität erlebt werden – unbewegt, leer, formlos, bedrohlich, eng, ohne jegliche Resonanz.

Besteht jedoch ein stimmiger Dialog zwischen Mutter und Fetus, dann geht es um feinste Nuancen von Erlauschen, Abwarten, Reagieren, von Fragen und Antworten: Das Ungeborene gibt kleine Signale, und die Mutter ist es, „die diesen sensiblen Dialog aufnimmt, der die Wurzel aller Kommunikation ist.“ (Loos, 1994, 75) Dieser Dialog entsteht und erwächst aus der Stille heraus, die das Ungeborene im Mutterleib erlebt: „Das ist die Sprache, die wir von dem Ungeborenen lernen, die Sprache aus der Stille.“ (Loos, 1994, 75)

3.2.3 Die Bedeutung intrauteriner Stilleerfahrung im Stilleerleben der Musiktherapie

Loos schildert aus ihrer musik- und körpertherapeutischen Arbeit mit Renate, einer 29-jährigen anorektischen Patientin:

„Bei der Berührung ihres Körpers hatte ich Schwierigkeiten, ihre persönliche Struktur zu erkennen. Da waren Zufälligkeiten und Unruhe im Atem, Puls und im Bewegungsablauf, da waren Stockungen und Stillstände, [...] dann wieder Zuckungen und Herzschlag wie Trippeln, wie Hinterherlaufen, als dürfe der Anschluß nicht verpaßt werden. Keine Erkennbarkeiten der Bewegung, kein rhythmischer Ablauf, kein Verlauf. Es waren offenbar Erinnerungsspuren aus der vorgeburtlichen und perinatalen Zeit – hypothetisch, außerhalb des Beweisbaren. Noch viel mehr als alle bisherigen Worte vermittelte ihr Körper die Geschichte bodenloser Verlassenheit. [...] In dieser für uns beide schmerzlichen E-

¹³ Dass es generell hauptsächlich die „hohen“ Frequenzen sind, die vom Fetus erfasst werden, entspricht dem Forschungsansatz von Tomatis – diese Annahme ist jedoch in weiten Kreisen der Wissenschaft sehr umstritten, nimmt man doch an, dass vorwiegend die z. B. von Herzschlag und Darmperistaltik der Mutter herstammenden „tiefen“ Frequenzen auf das Ungeborene einwirken.

cholosigkeit saß ich stundenlang neben Renate, legte meine Hände an Brustraum und Becken, an Rücken und Bauch und suchte vergeblich nach Resonanz.“ (Loos, 1994, 74)

In der therapeutischen Arbeit mit frühgestörten Patienten kann eine „Suche nach dem Innenraum“ zu einer wesentlichen Aufgabe werden. Wie es damals vermutlich die Mutter verabsäumte, so erkennt Loos im geschilderten Therapieprozess einen „Schwangerschaftsraum“ wieder und nimmt in Stille und aus der Stille heraus mit ihren Händen „die kleinen Regungen und Schwingungen, das Unerwartete und Keimende“ (Loos, 1994, 75) auf, lernt sie kennen und verstehen.

„Ich war erstaunt, wie ihr Körper den fragenden Bewegungen meiner Hände antwortete, wie er mir Rückzug und Angst im Atemanhalten oder in einer Muskelanspannung zeigte, wie er Wohlgefühl und Vertrauen signalisieren konnte. Der Körper vergißt nichts.“ (Loos, 1994, 75)

Auch Barbara Gindl schreibt, dass „die eigene Resonanzfähigkeit [...] bei Menschen mit frühen Störungen und bei psychosomatisch Kranken [...] wenig entwickelt“ (Gindl, 2000, 146) sei: „Es gibt Bereiche in ihrem Fühlen, Denken und in ihrem Körper, in denen sie blockiert ist, ‚schweigende Stellen‘, in denen jemand gefühlsmässig [!] nicht erreichbar ist, nichts anklingt“ (Gindl, 2000, 146). Gindl erachtet es als ihre therapeutische Aufgabe, auf der Ebene frühester Resonanzstörungen ansetzend „den Leib mitein[zu]beziehen, um so dem Patienten/der Patientin zu körperlicher Eigenwahrnehmung und zur Wiederentdeckung seiner Eigenrhythmen verhelfen zu können“ (Gindl, 2000, 155).

3.3 DIE STILLZEIT – STILLE ZEIT DER SYMBIOSE VON MUTTER UND KIND?

3.3.1 Stille – Stillen – Gestilltwerden

Die Intention, dieser Phase frühesten menschlichen Erlebens in diesem Kontext Bedeutung zu verschaffen, entstammt wohl schon dem Reiz, der durch ihre Namensgebung und Bezeichnung auf mich wirkt. Es ist für mich nicht vorstellbar, dass diese Zeit ohne ein gewisses Maß an Stille – im akustisch-objektiven, wie auch im empfindend-subjektiven Sinne – stattfinden könnte.

Dass eine Mutter ihr Baby an die Brust nimmt und es stillt, lässt sich verstehen als eine selbstverständliche, instinktive Reaktion auf das Weinen und Schreien des Säuglings, welcher damit signalisiert, dass er Hunger hat – Hunger nach Nahrung, jedoch auch Hunger nach Nähe, nach Geborgenheit. Er signalisiert seine Bedürftigkeit danach, beruhigt zu werden, gestillt zu werden. Huber spricht diesem Vorgang zu, dass „hier [...] ein ‚Urvertrauen‘ ebenso geschaffen [wird] wie ein Vertrauen in die Stille – oder auch nicht“ (Huber, 1989, 52).

Im *Tagebuch eines Babys* versucht Daniel N. Stern in Form eines inneren Monologes des Säuglings eine Sequenz des Gestilltwerdens zu schildern:

„Sofort ist die Welt eingehüllt. Sie wird kleiner und langsamer und sanfter. [...] Irgendwo zwischen der Grenze und dem Zentrum des Sturms gibt es einen Sog, ein Zusammenziehen. Zwei Magneten bewegen sich wankend aufeinander zu, berühren sich und klopeln sich fest aneinander. An dieser Kontaktstelle setzt ein neuer, schneller Rhythmus ein. [...] Dieser neue Rhythmus ist kurz und gierig [...] Mit jedem Impuls fließt ein Strom zum Zentrum. Der warme Strom vertreibt die Eiseskälte. [...] Er löst den Knoten im Zentrum und entkräftet das wilde Pulsieren, bis dieses ein für alle Mal vergeht. Der neue Rhythmus wird zu einem weichen, geschmeidigen Schreiten. Die übrige Welt entspannt sich und folgt ihm nach. [...] es erscheinen fließende Linien und schwebende Formen. Sie verheißen Harmonie und lassen alles lebendiger werden.“ (Stern, 1991, 42 f.)

Doch nicht nur die Mutter ist es, die gibt – auch der Säugling schenkt seiner Mutter und überhaupt seiner Umgebung eine besondere Erfahrung der Stille. Mütter berichten über die unvergleichbare Ruhe und Selbstzufriedenheit, die ihr Baby ausstrahlt und die sich auf sie und andere nahen Menschen, die diesen stillen Augenblicken Zeit schenken, überträgt. Aus psychoanalytischer Sicht verweist Wolfgang Mertens auf die von René Spitz 1964 beschriebene Wechselseitigkeit, auf den gegenseitigen Austausch affektiv getönter Handlungen zwischen Mutter und Kind als wichtigstes Geschehen beim Vorgang des Stillens. Die Befriedigung des Hungers und des Bedürfnisses nach Wohlbehagen seien zwar unumgängliche Voraussetzungen für das Überleben des Kindes, weisen jedoch bei weitem nicht die psychische Bedeutung auf wie die Reziprozität zwischen einer Mutter und ihrem Kind (vgl. Mertens, 1997, 59).

In einer Stille-Definition von Rüdiger Liedtke wird besonders der lustspendende Aspekt der Stille hervorgehoben: „Stille kann Lust erzeugen, Stille ist ein Genuß. [...] Sie bedeutet einmal die Harmonie zwischen Außenreizen – die subjektiv akzeptiert und als angenehm empfunden werden – und einer inneren Ausgeglichenheit.“ (Liedtke, 1988, zit. nach Spiegler, 1991, 12) Diese Betonung der Lust und des Genusses lässt eine Verbindung der Begriffe „Stille“ und „stillen“ zu – auch das Stillen kann von hohem Lust- und Genussempfinden, von lustvollen, sinnlichen, erotischen Momenten für Mutter und Kind getragen sein. M. Bruce Sarlin schätzt den Stillvorgang als ursprüngliche Urszene ein. (vgl. Sarlin, 1981, zit. in Mertens, 1997, 60) Der mit der Brustwarze der Mutter verschmelzende Säugling ist aktiver Teilnehmer an einer gegenseitigen, hoch sinnlichen Beziehung (vgl. Mertens, 1997, 60). Diese kraftspendende Gemeinsamkeit mit der Mutter ist für den Säugling unentbehrlich zur Bewältigung der noch ungeordneten, fremden Welt dieses frühen Lebensabschnitts (vgl. Spiegler, 1991, 13).

3.3.2 Exkurs: Zur Problematik des Symbiosebegriffs

Stellt man sich eine Mutter und ihren Säugling während des Stillaktes vor, so lassen sich spontan romantisierende Begriffe wie „Symbiose“, „Verschmelzung“, „Einssein“ assoziieren. Eine Auseinandersetzung mit Literatur aus aktueller Säuglingsforschung zeigt jedoch, dass diese Begriffe teilweise sehr heikel und kritisch verwendet werden und keineswegs einen leichtfertigen Umgang erlauben – die folgenden Ausführungen sollen einen Abriss der Diskussion darstellen.

Der ursprünglich aus der Biologie stammende und dort „ein Zusammenleben von in der Regel artverschiedenen Organismen zum wechselseitigen Nutzen“ (Dornes, 1993, 58) bezeichnende Begriff „Symbiose“ wurde erstmals von Erich Fromm in die psychoanalytische Literatur eingebracht: „Symbiose im psychologischen Sinn heißt die Vereinigung eines individuellen Selbst mit einem anderen Selbst [...] wobei jeder die Integrität seines eigenen Selbst verliert und eines vom anderen abhängig wird.“ (Fromm, 1941, zit. nach Dornes, 1993, 58)

Margaret Mahler, die den Begriff zunächst zur Bezeichnung einer schweren Form frühkindlicher Erkrankung verwendete, erkannte später, dass die Symbiose auch eine normale Entwicklungsphase des menschlichen Säuglings ist, und postulierte 1955 erstmals, dass eine adäquat durchlaufene symbiotische Phase eine Vorbedingung für die spätere erfolgreiche Ablösung von der Mutter sei (vgl. Dornes, 1993, 58 f.).

Die Ergebnisse der Umarbeitungen und Präzisierungen des Konzepts der normalen Symbiose in den darauf folgenden Jahren lassen sich so zusammenfassen:

„Normale Symbiose nennt Mahler den Zeitabschnitt zwischen vier bis sechs Wochen und fünf Monaten. Sie ist gekennzeichnet durch ein dunkles Gewahrwerden der Außenwelt und des mütterlichen Objekts. Dieses Objekt wird nicht als unabhängig von der eigenen Person erfahren, sondern als mit ihr verschmolzen. Erlebt wird eine unabgegrenzte Zweieinheit. Ich und Nicht-Ich sind ungeschieden und werden wie Innen- und Außenwelt erst allmählich voneinander getrennt wahrgenommen.“ (Dornes, 1993, 59 f.)

Mahlers Auffassung folgend könnte man das symbiotische Stadium als „präobjektal“ bezeichnen, da das Objekt „hier noch kein spezifisches, unverwechselbares ist, sondern nur eine Ahnung entsteht, daß da noch etwas ‚anderes‘ ist“ (Dornes, 1993, 60).

Diese Darstellung des Symbiosekonzepts von Mahler erweist sich in aktueller Säuglingsforschung jedoch als nicht mehr haltbar. Dornes hält fest, dass

„die vielen Studien zur frühen Interaktion von Mutter und Kind, die ein erstaunliches Ausmaß an Abgestimmtheit, Wechselseitigkeit, Reziprozität und Zusammenpassen dokumentieren, das Symbiosekonzept nicht stützen, sondern widerlegen, weil in ihm nicht ausreichend berücksichtigt wird, daß der Säugling schon in der frühesten Interaktion ein aktiver, initiativer und kompetenter Partner ist. [...] Die vielfältige Aktivität in der Regulierung der Interaktionen [...] [legt] es nahe, das Konzept der Symbiose mit seinen Konnotationen der Unabgegrenztheit, Undifferenziertheit, Verschmolzenheit, Passivität und Rezeptivität skeptisch zu betrachten.“ (Dornes, 1993, 61)

Vielmehr orientiert man sich heute weitgehend an der Theorie von Daniel N. Stern (1985)¹⁴, die besagt, dass Gemeinschaftserlebnisse von Mutter und Kind zwar tatsächlich stattfinden und wichtige psychische Erlebnisse darstellen; in diesen Erlebnissen (von Stern „experiences of self-with-other“ genannt) findet jedoch keine „Verschmelzung“ statt, sondern das Gefühl für die Grenze zwischen Selbst und Objekt bleibt erhalten; intensive Gemeinsamkeitserlebnisse von Mutter und Kind sind nicht von Grenzauflösung oder

¹⁴ Meine Ausführungen zu Sterns Selbstkonzept beziehe ich vorwiegend aus Dornes (1993).

Konfusion begleitet, sondern sie werden vom Säugling auf der Basis eines intaktbleibenden abgegrenzten Selbstempfindens erlebt (vgl. Dornes, 1993, 76).

Stern beschreibt vier Stufen in der Entwicklung des Selbstempfindens, deren erste beiden gewissermaßen als der Stillzeit entsprechend angesehen werden können (vgl. Dornes, 1993, 79 ff.):

Das „auftauchende Selbstempfinden“ entwickelt sich während der ersten beiden Lebensmonate. Ein Säugling in diesem Alter stellt Verbindungen zwischen Ereignissen her – mit Hilfe angeborener Fähigkeiten sowie durch Lernen – und erlebt ein erstes Gefühl von Regelmäßigkeit und Geordnetheit. Entgegen der psychoanalytischen Annahme, es gebe eine Hörwelt, eine Schwelt und eine Fühlwelt, welche im Laufe der Entwicklung zu einer einheitlichen Welt koordiniert werden, spricht man hier von einer einheitlichen Welt, die sich im Laufe der Entwicklung in viele Welten aufgliedert. Als Fähigkeiten, die in dieser anfänglichen Wahrnehmungs- und Gefühlswelt für Ordnung und das Entstehen eines beginnenden zusammenhängenden Selbstempfindens sorgen, beschreibt Stern die amodale Perzeption, die physiognomische Perzeption und die Vitalitätsaffekte.¹⁵ Über diese Fähigkeiten können vom Säugling die Gemeinsamkeiten von Ereignissen in verschiedenen Bereichen wahrgenommen und empfunden werden, wodurch eine Einheitlichkeit des Welt- und Selbsterlebens zustande kommt. Diese Gemeinsamkeiten und Regelmäßigkeiten im Selbst- und Objektbereich bewirken das Erleben einer „emergent organization of self and object“.

Im Stadium des „Kernselbstempfindens“, das zwischen dem 3. und 9. Lebensmonat vorherrscht, macht der Säugling die Erfahrung, dass er und der andere physisch getrennte Wesenheiten sind, die miteinander in Beziehung treten können, ohne miteinander zu verschmelzen.

Entgegen Mahlers Theorie, nach welcher Verschmelzung und Symbiose das Primäre bilden, aus welchen sich Separation erst entwickelt, liegt für Stern das Primäre in der Getrenntheitsempfindung, auf deren Basis Gemeinsamkeitserlebnisse mit dem anderen möglich sind, ohne das Gefühl auszulöschen, ein separates Individuum zu sein. Sterns Begriff des Kernselbstempfindens umfasst also sowohl das Gefühl von Separation und Individuation („self-versus-other“) als auch das Gefühl des Miteinander („self-with-other“).

Seine Ausführungen zur Symbiosekritik abschließend versucht Martin Dornes anhand Sterns Konzeption eine Alternative, die es erlaubt, die Erlebnisse des Säuglings von Zusammensein mit anderen so zu beschreiben, dass sie als für aktuelle Forschung und Entwicklungspsychologie stimmig gelten können: Sterns Auffassung ist also,

„daß die soziale Erfahrung des Mit-Anderen-Sein und -Erleben eine aktive und vom Subjekt gewollte Leistung ist und nicht das passive Resultat mangelnder Differenzierung. Das Miteinander und die passiven Bedürfnisse des Umsorgt- und Umhegtwerdens führen in der Regel nicht zu einem Verschwinden der Grenzen von Selbst und Objekt. [...]“

¹⁵ Da ein detaillierteres Eingehen auf die genannten Fähigkeiten in diesem Rahmen nicht möglich ist, verweise ich an dieser Stelle auf Dornes (1993) und Schumacher (1999), um nur einige zu nennen, die sich eingehender mit diesen Begriffen auseinandergesetzt haben.

Im sicheren Gefühl der Getrenntheit wird die Gemeinsamkeit erst richtig schön.“ (Dornes, 1993, 103)

Diese unterschiedlichen Darstellungen und Konzepte frühkindlichen Erlebens zeugen von einer beeindruckenden Entwicklung im Bereich der Säuglingsforschung, die in den letzten Jahrzehnten eine zunehmend empirische geworden ist und mittlerweile dem Menschen auch in seinen frühesten Lebensstadien lange Zeit unvermutet gebliebene Kompetenzen zuschreibt.

3.3.3 Die Bedeutung der Stillzeit im Stilleerleben der Musiktherapie

Bei Loos findet sich ein Zitat Erich Fromms, das hier nochmals wiedergegeben sei:

„Vom Gelobten Land (Land ist immer ein Muttersymbol) heißt es, daß darin Milch und Honig fließen. Die Milch ist das Symbol für den ersten Aspekt der Liebe, für den der Fürsorge und Bestätigung. Der Honig symbolisiert die Süße des Lebens, die Liebe zum Leben und das Glück, am Leben zu sein. Die meisten Mütter sind in der Lage, ‚Milch‘ zu geben, aber nur eine Minderheit kann daneben auch noch ‚Honig‘ geben. Um Honig geben zu können, muß man nicht nur eine ‚gute Mutter‘, sondern daneben noch ein glücklicher Mensch sein – und dieses Ziel wird nur von wenigen erreicht.“ (Fromm, 1979, zit. nach Loos, 1994, 36)

Loos' Feststellung, dass die meisten Magersucht-Patientinnen keine Milch und schon gar keinen Honig bekommen haben (vgl. Loos, 1994, 36), lässt wohl die Vermutung einer sehr frühen Beziehungsstörung zwischen der Mutter und ihrem (nicht gestillten) Säugling zu. Loos gibt einige Aussagen ihrer Patientinnen wieder, welchen nach die Mutter es entweder abgelehnt habe, ihr Kind zu stillen oder es spürbar widerwillig getan habe. Eine Patientin berichtet auch, sie selbst hätte als Baby die Brust ihrer Mutter immer wieder ausgespuckt – eine Ablehnung des Stillaktes ist also von beiden Seiten möglich.

Hier klingt die Tragik früher Beziehungsstörungen durch – die Tragik des Säuglings, der sich in der ersten Zeit als abgelehnt erlebt ebenso wie die Ratlosigkeit, Verstörung, Kränkung, das Schuldgefühl, die eine Mutter erlebt, wenn ihr Baby ihren Körper ablehnt, wenn es die Phasen der Stille und Nähe, der allerintimsten Zwischenmenschlichkeit nicht annimmt (vgl. Loos, 1994, 36 f.).

In der Musiktherapie, besonders in der Arbeit mit frühgestörten Patienten, sprechen wir oft vom „Nachnähren“, vom „Nachreifen“ frühester Defizite.¹⁶ Gerade am Anfang vieler Therapieprozesse sollen die Patienten etwas „bekommen“ und wünschen sich dies auch. Mit Körperwahrnehmung vorbereitete und eingestimmte rezeptive Angebote schaffen einen frühen Raum, der Stille zulässt, Stille erlebbar und spürbar macht und basale Bedürfnisse der Patienten zu befriedigen, zu „stillen“ beginnt. In solch einem Raum archaischer Mitteilungen von Dasein, Nähe und Wärme kann der Patient ein erstes Angenommensein, ein erstes Getragenwerden, ein Du, das Verlässlichkeit verspricht, erleben.

¹⁶ Die Frage, wie zulässig der Begriff des „Nachnährens“ in der Musiktherapie ist, wird bei Frohne-Hagemann (2002) ausführlich diskutiert.

Das Einlassen auf dieses Angebot ist jedoch im seltensten Falle ein bedingungsloses sich den Klängen und der Stille Hingeben. Loos weist auf die im Vordergrund stehende Ambivalenz frühgestörter Menschen hin: „der Wunsch nach Angenommenwerden und nach Verschmelzung – und gleichzeitig die Angst vor Verschmelzung und Verschlungenwerden bei fehlendem Urvertrauen“ (Loos, 1994, 62). Musik in ihren Komponenten Klang und Stille kann hier in der Lage sein, fehlenden Urgrund zu schaffen, Halt und Struktur zu vermitteln:

„Durch und mit Musik ereignen sich unbemerkt und unbenannt klanglich-harmonisch-rhythmische Verschmelzungsprozesse in unendlicher Wiederholung. Auf dieser musikalisch-symbolischen Ebene muß der Musiktherapeut dem Entwicklungsprozeß Zeit lassen [...] – so lange, bis der Patient merkt, daß er unbeschädigt und aus eigenem Entschluß hinein und auch wieder herausgehen kann.“ (Loos, 1994, 62)

In der musiktherapeutischen Arbeit mit einer magersüchtigen Patientin gliedert Loos die Zeit einer Therapiestunde in drei Teile, deren ersten sie den „symbiotischen Teil“ nennt.¹⁷ Dieser Teil ist der Stille gewidmet, dem Liegen und Ruhen, dem Einfach-Dasein. Eingeleitet wird er mit Zudecken, Summen oder Reden (im Sinne einer Stimm-Anwesenheit, nicht als Wortvermittlung). Wichtig für den Therapeuten sei es, darauf zu achten, entspannt zu sitzen, in sich zu ruhen, zufrieden zu sein – das Wort „Symbiose“ wörtlich-inhaltlich wahrzunehmen (vgl. Loos, 1994, 75 f.): als „Gegenseitigkeit innerhalb verschiedener Bedürfnisse“ (Loos, 1994, 76). Loos schildert ihr Empfinden dieser symbiotischen Phase als „Gleichgewicht von Geben und Nehmen wie in einer Mutter-Kind-Symbiose: Befriedigung verschiedener Bedürfnisse zu gemeinsamem Nutzen“ (Loos, 1994, 76).

In der *Fallvignette zu Herrn A.* bezeichnet Dorothea Oberegelsbacher als Schwerpunkte der Therapie unter anderem „das Arbeiten an und mit Stille, mit Pausen und Leere, da Herr A. dies so gut wie nicht erträgt und folglich vermeidet [...] [sowie] das Regredieren-dürfen, Nachgenährt-werden“ (Oberegelsbacher, 1997, 50). Hier werden zunächst die symbiotischen Bedürfnisse des Patienten, seine Wünsche nach diffuser Verschmelzung mit der Therapeutin beschrieben, die vielfach in engem Zusammenhang mit dem Auftreten von Stille geschildert werden (vgl. Oberegelsbacher, 1997, 51 ff.).

3.4 FRÜHE INTERAKTIONEN IN DER DYADE VON MUTTER UND KIND SOWIE IN DER TRIANGULIERUNG VON ELTERN UND KIND

3.4.1 Mutter-Kind-Interaktionen in Anlehnung an das Selbstkonzept von Daniel N. Stern

Folgt man Sterns Selbstkonzept, so beginnt die Interaktion zwischen Mutter und Kind schon zu einem sehr frühen Zeitpunkt psychologischer Entwicklung. Schon im Stadium

¹⁷ Meine Ausführungen beschränken sich auf den ersten der drei bei Loos genannten Teile. Die beiden anderen Teile – „den der Trennung und den rhythmischen“ (Loos, 1994, 75) – lasse ich hier unberücksichtigt.

des „aufauchenden Selbst“¹⁸ setzt die Fähigkeit zur Imitation ein (vgl. Schumacher, 1999, 20): Nahezu automatisch ahmt der Säugling Mimik und Gestik anderer Menschen nach, er kann praktisch ab der Geburt bestimmte Ausschnitte des mimischen und gestischen Repertoires imitieren (vgl. Stern, 1991, 67).

Wechselseitiger Blickkontakt zwischen dem Säugling und seiner Mutter ermöglicht Lächeln und Zurücklächeln, auch kommt es ab dem 3. Lebensmonat zunehmend zum Austausch von Lauten und Geräuschen.

Identifiziert sich der Säugling zunächst noch mit der lächelnden Mutter, so wird mit der Zeit ein Prozess in Gang gesetzt, durch welchen das Zurücklächeln etwas zeitversetzt stattzufinden beginnt. Es ist dies das Stadium der Entwicklung eines „Kern-Selbst“, durch das sich der Säugling als „gegenüber dem Anderen und in Gemeinschaft mit dem Anderen“ (Stern, 1992, zit. nach Schumacher, 1999, 39) erlebt. In der Interaktion von Mutter und Kind entsteht ein verschobener Rhythmus, der immer wieder für einen Neubeginn beim anderen sorgt, und dadurch verlängert sich das „Zwiegespräch“. Dieses Interaktionsmuster des einfachen, spielerischen Austauschs von Mutter und Kind vermittelt dem Kind die Grundbegriffe dessen, was es angeht, abwechselnd an der Reihe zu sein und bietet ein wesentliches Fundament für alle späteren zwischenmenschlichen Interaktionen (vgl. Stern, 1991, 70 f.).

Kennzeichnend für das Stadium des „subjektiven Selbst“, das sich zwischen dem 7. und 9. Lebensmonat entwickelt, ist „die Erfahrung, dass der Inhalt von Gefühlen und Gedanken mit anderen Menschen geteilt werden kann“ (Schumacher, 1999, 69). Erst durch das Wahrnehmen von ähnlichen, berührungsfähigen und doch getrennten Innerlichkeiten wird ein gemeinsames subjektives Erleben, wird „Intersubjektivität“ möglich (vgl. Schumacher, 1999, 69.). In der Kommunikation zwischen Mutter und Kind spielen „Affektabstimmung“ und „Interaffektivität“ eine wesentliche Rolle, deren Ziel es ist, eine Verbindung seelischer Zustände herzustellen und der Gemeinsamkeit des inneren Erlebens Ausdruck zu verleihen (Stern, 1992, zit. nach Schumacher, 1999, 72 f.).¹⁹

3.4.2 Stille und Pausen in der frühen Interaktion von Mutter und Kind

Loos lenkt, ausgehend von einem kurzen Abriss über die psychologische Entwicklung des Kindes nach Jean Piaget, die Aufmerksamkeit auf die Pause, die zwischen dem Eingeben eines Signals und der Rückmeldung von seiten des Kindes entsteht:

„Mir fiel auf, mit welcher intensiver Sammlung und Aufmerksamkeit, fast Atemlosigkeit ein Säugling dem Klang lauscht oder der Bewegung zusieht. Dabei ist die körperlich-direkte Zuwendung, das Anschauen, das Vormachen, die Präsenz des Anbietens, von unersetzlicher Wirkung. Diese erstaunliche Intensität des Säuglings [...] gab mir [...] eine

¹⁸ Bereits im vorausgehenden Abschnitt (siehe Kapitel 3.3.2) wurden die Stadien des „aufauchenden Selbst“ und des „Kernselbst“ behandelt. Diese beiden Stadien werden hier nochmals aufgegriffen, jedoch nicht wie zuvor unter dem Aspekt der Kompetenzfrage, sondern unter dem der Interaktion.

¹⁹ Es sei darauf hingewiesen, dass auf das vierte von Stern beschriebene Stadium der Selbstentwicklung, das „verbale Selbst“ im Zusammenhang des Aspektes der Präverbalität in vorliegender Arbeit nicht näher eingegangen wird.

Ahnung von dem fundamentalen Einfluß der Pause auf die geistige Entwicklung des Kindes.“ (Loos, 1994, 144)

Für Loos bedeutet das Zulassen von Pausen in diesem Stadium frühkindlicher Entwicklung eine wesentliche Erfahrung der Mutter-Sprache, der frühen dyadischen Dialog-Sprache: Zeichen werden gegeben, Pausen zur Verarbeitung gelassen, Antworten entgegengenommen und durch Zustimmung verstärkt. Diese Früherfahrung wird später in Sprechen und Handeln – oder in Sprachlosigkeit und Handlungsunfähigkeit – umgesetzt; es bleibt Spiegelung der Mutter-Sprache (vgl. Loos, 1994, 145). Natürlich erlebt das Kind nicht jede Zeit der Stille als derart angefüllt – dies wäre eine Überforderung. Vielmehr geht es „um die Zeitspanne zwischen einer kurzen, direkt an das Kind gerichteten Botschaft und seinem Nachahmungsversuch.“ (Loos, 1994, 145) Stößt ein Signal auf die Bereitschaft des Säuglings, so wird es aufmerksam angehört und auch aufmerksam bis zu Ende gehört – eine kurze, speziell an den Säugling gerichtete Mitteilung wird niemals von ihm vorzeitig unterbrochen. Nach der Mitteilung schafft sich der Säugling eine Pause, um das Signal wahrzunehmen, zu speichern und in seiner Zeitgestalt innerlich zu repetieren (vgl. Loos, 1994, 145). Loos bringt diese Pause mit einer „Fermate“ in Verbindung:

„Auch in der Musik gibt es neben den exakt einzuhaltenden Pausenzeichen eines, das die Dauer der Pause (der Stille) der persönlichen Gestaltung des Musikers anheimgibt. Man nennt es Fermate (was eigentlich Stillstand heißt) [...]. Unter diesem Bogen scheinen kleine Kinder zu liegen, wenn sie ein Signal empfangen, es sich einverleiben und es in eigener Gestalt wiedergeben.“ (Loos, 1994, 144)

3.4.3 Stille und Pausen in der Entwicklung der Psychosexualität

In erweiterter Form kann man die Bedeutung von Pausen im Rahmen der frühen Interaktion mit Mutter und Vater auch unter dem Gesichtspunkt psychoanalytischer Entwicklungspsychologie betrachten, deren drei Hauptsäulen aus der oralen, der analen und der genitalen Phase bestehen.

Allen diesen drei Phasen ist gemeinsam, dass das Kind durch eine günstige Durchlebungsphase sich und die Welt zu entdecken, zu erfahren beginnen kann; Mertens hält fest, dass die Körperempfindungen hauptsächlich an den psychosexuellen Erfahrungen festgemacht werden:

„Im Riechen, Schmecken, Spüren, im kinästhetischen und tonischen Erleben, das [!] das Gehalten- und Gewiegtwerden vermitteln, im begehrenden Aufnehmen und angewiderten Ausstoßen werden die ersten Empfindungen einer leibvermittelten Erfahrungswelt grundgelegt.“ (Mertens, 1997, 30)

Die orale Phase besteht in einer Verinnerlichung von Eindrücken durch den Mund, die anale Phase ist von der Faszination des Kindes über seine eigenen Verdauungsprodukte bestimmt, die genitale Phase weckt die genitale Neugier am eigenen Körper. Mertens schreibt weiter, dass

„bei der Erörterung der Dimension Körperempfindungen und psychosexuelle Erfahrungen [...] von den körperlich genitalen Empfindungen, von körpernahen Phantasien und ganz allgemein von körperbezogenen Phänomenen, die zwischen Eltern und Kind, aber auch zwischen den Eltern vom Kind erfahren werden, auszugehen [ist].“ (Mertens, 1997, 31)

Zwar geht es bei psychosexuellen Erfahrungen im Vergleich zu anderen Sozialisationsprozessen stärker um die (relative) Eigendynamik des Leiblichen (vgl. Mertens, 1997, 32), dennoch ist es wichtig, dass diese Erfahrungen des Kindes im Rahmen der Interaktion mit den Eltern Akzeptanz und vor allem in ihrer Entwicklungszeit für das Einlegen von Pausen erfahren. Es kommt oft vor, dass Erwachsene die Pause nicht lassen, die das Kind braucht, um sich selbst und die Welt in Neugier zu entdecken, in der Neugier, die Welt in ihrer ständigen Veränderung begreifen zu können. Vielmehr „neurotisieren sie mit dem Vorwurf der Unersättlichkeit, der Unsauberkeit oder der Unanständigkeit“ (Dr. Arnold Metznitzner, persönliche Mitteilung am 25. 06. 2001). „Stille“ in diesem Sinne könnte nun also bedeuten, es annehmen und aushalten zu können, dass das Kind diese Phasen und die darin enthaltenen Pausen braucht.

3.4.4 Die Bedeutung von Pausen in der frühen Interaktion im Stilleerleben der Musiktherapie

Peter Petersen schreibt:

„Therapie entsteht nur im Dialog zwischen Patient und Therapeut. Im Dialog ereignet sich die freie und befreite Begegnung zwischen Ich und Du, ebenso zwischen Ich und Es. Aus dieser Spannung und dem sich gegenseitigen Einlassen kann ‚das Dritte‘ zwischen ihnen wachsen. [...] Das Dritte ist das zwischen ihnen entstandene gemeinsame Werk.“ (Petersen, 1996, 389)

Wie eine Mutter mit ihrem Kind in frühesten Interaktionen einen Dialog anbahnt, so sehen wir den Dialogaufbau in der Musiktherapie als wesentliches Fundament jeglicher Beziehungsgestaltung. Oberegelsbacher bezieht sich auf das kommunikative Element der musiktherapeutischen Improvisation, wenn sie schreibt, dass

„Dialog und Interaktion im Mittelpunkt des Geschehens [stehen], und zwar auf dem jeweiligen psychodynamischen Beziehungsniveau von symbiotisch bis ödipal. [...] Die PatientIn als Spielende und Hörende begegnet nun über Tönen und Klängen einer bewußt hörenden und antwortenden anderen Person, der Therapeutin. Gemeinsames Spielen, einander Wahrnehmen, Imitieren und Anerkennen bis hin zu gegenseitiger Bezugnahme und aktiver Auseinandersetzung im ‚Instrumentalen Partnerspiel‘.“ (Oberegelsbacher, 1997, 45)

Loos stellt in ihren Beobachtungen fest, dass viele Patienten „bereits im Frühstadium der Imitation stecken geblieben sein müssen oder Schaden genommen haben. Das Nichtverstehen von nonverbalen Signalen gehört hierher; das Gefühl, nicht gemeint zu sein, und die Unfähigkeit, nichtsprachliche Interaktionen zu verstehen.“ (Loos, 1994, 145 f.).

Die Musiktherapie bringt für viele Patienten ganz neue Erfahrungen mit sich, der Umgang mit den Instrumenten weckt vielfach Neugier und Lust am Experimentieren. In musikalischen Spielen kann erfahren und erlebt werden, wie es ist, vom anderen wahrgenommen zu werden und den anderen wahrzunehmen, vom anderen gehört zu werden und den anderen zu hören. Was es in der Musiktherapie wie in frühen Interaktionen zwischen dem Kind und der Mutter und/oder dem Vater bedarf, ist die Zeit für und das Aushalten von Pausen. Reize und Klänge bedürfen oft der Stille, um verarbeitet und in Folge beantwortet zu werden. Ein einzelner Klang soll manchmal in Stille weiterarbeiten können, bevor ein nächster Klang ertönt. Erst aus dem Gewährwerden des einfachen, einzelnen Klangs können sich oft Töne zu einem Muster fügen und in ein dialogisches Gewebe von Therapeut und Patient oder auch in das bunte Gewebe einer Therapiegruppe eingehen. Oberegelsbacher beschreibt in der *Fallvignette zu Herrn A.* ihren Vorschlag, in eine Stille, die die diffusen Verschmelzungswünsche des Patienten mit der Therapeutin zum Ausdruck bringt,

„einen nachklingenden Einzelton zu spielen, dem irgendwann ein nächster folgen könne, wenn die Stille zu lang werden sollte. So spielen wir abwechselnd in einer sehr meditativen Stimmung auf zwei pentatonisch gestimmten, lang nachklingenden Instrumenten: auf einer (harfenartigen) Leier die Therapeutin, auf den Röhrenglocken der Patient.“ (Oberegelsbacher, 1997, 52)

Auch die Entwicklung eines Therapieprozesses, die Sichtbarkeit des Vorgehens, des Fortschritts, bedarf des Zulassens von Stille, von Pausen, in denen sich aus eigener Initiative des Patienten neue Schritte und Wege eröffnen.

3.5 PROZESSE DER TRENNUNG

3.5.1 Entwicklungspsychologische Theorien

Loslösung und Individuation bei Margaret Mahler

Folgt man Mahlers Theorie, so fallen „die biologische und die psychische Geburt des Menschenkinds [...] zeitlich nicht zusammen“ (Mahler, 1978, 13). Wie schon vorhin²⁰ beschrieben, befindet sich ihrer Theorie zufolge der Säugling zunächst in einem symbiotischen Stadium, in dem es keine Unterscheidung zwischen dem Selbst und der Mutter gibt (vgl. Mahler, 1978, 19); bis zum 5. Lebensmonat sind Selbst- und Objektrepräsentanzen miteinander durchgehend verschmolzen (vgl. Dornes, 1993, 60). Erst im weiteren Verlauf findet eine zunehmende Differenzierung statt, diese Periode nennt Mahler „Loslösungs- und Individuationsphase“. Loslösung und Individuation werden hier als zwei einander ergänzende Entwicklungen begriffen:

„Die Loslösung stellt das Auftauchen des Kindes aus der symbiotischen Verschmelzung mit der Mutter dar, und die Individuation besteht aus jenen Errungenschaften, die zeigen, daß das Kind seine individuellen Persönlichkeitsmerkmale als solche annimmt.“ (Mahler, 1978, 14)

²⁰ Siehe Kapitel 3.3

Das Gefühl des Getrenntseins führt zu klaren intrapsychischen Repräsentanzen des Selbst im Unterschied zu den Repräsentanzen der Objektwelt (vgl. Mahler, 1978, 19); erst wenn das Kind sein Getrenntsein von der Mutter deutlich wahrnimmt, kann eine Wiederannäherung stattfinden, in der das Kind sich veranlasst sieht, der Mutter erneut seine Aufmerksamkeit zuzuwenden (vgl. Mahler, 1978, 14).

Mahler erachtet die Loslösungs- und Individuationsphase der Persönlichkeitsentwicklung als entscheidend für das Ich und die Entwicklung von Objektbeziehungen und geht ferner davon aus, dass die charakteristische Angst in dieser Periode Trennungsangst ist, die nicht gleichbedeutend mit der Furcht vor Vernichtung durch Verlassenwerden sei (vgl. Mahler, 1978, 21). Weiters wird hier die Hypothese verfolgt, „daß die normale Loslösung und Individuation die erste entscheidende Vorbedingung der Entwicklung und Bewahrung des ‚Identitätsgefühls‘ sind“ (Mahler, 1978, 23).

Intermediärer Raum und Die Fähigkeit des Alleinseins bei Donald W. Winnicott

Ähnlich wie Mahler geht auch Winnicott davon aus, dass der Säugling sich zu Beginn in einem Stadium absoluter Abhängigkeit befindet, das weitgehend einer symbiotischen Beziehung entspricht, und in diesem Zustand über kein Bewusstsein von der Außenwelt verfügt. Nach dieser Theorie findet zwischen 5 und 12 Monaten ein Übergang von der absoluten zur relativen Abhängigkeit statt, durch die der Säugling das Objekt als außerhalb seiner omnipotenten Kontrolle befindlich, d. h. als unabhängiges Wesen erfährt (vgl. Dornes, 1997, 147 f.).

Ein von Winnicott geprägter Begriff ist der des „intermediären Raums“ bei dem es sich um einen „Spielraum, einen Zwischenbereich, in dem sozusagen Erfahrungen von innerer und äußerer Welt ineinander fließen“ (Wiesmüller, 2000, 22) handelt. Im Vergleich zu den beiden Bereichen der inneren und der äußeren Welt, die „in bezug auf Objektbeziehungen etwas fest Vorgegebenes“ (Wiesmüller, 2000, 23) sind, stellt der intermediäre Raum einen Ort dar, an dem kreatives Spiel stattfindet. Winnicotts Theorie folgend ist beim Kleinkind eine Trennung zwischen dem Selbst und dem Objekt nur vollziehbar, „weil es zwischen beiden keinen leeren Raum gibt, da der potentielle Raum [...] ausgefüllt ist“ (Winnicott, 1985, zit. nach Wiesmüller, 2000, 23).

Eine weitere in diesem Kontext angeführte Überlegung Winnicotts sei die, dass das Kind nur im Alleinsein sich, seine eigene innere und persönliche Welt entdecken kann. Die „Fähigkeit zum Alleinsein“ wird hier beschrieben als

„entweder ein höchst verfeinertes Phänomen, das in der Entwicklung eines Menschen nach der Herstellung der Dreierbeziehung zustande kommen kann, oder sie ist ein Phänomen der frühen Kindheit, das besondere Aufmerksamkeit verdient, weil es das Fundament ist, auf dem das verfeinerte Alleinsein aufgebaut wird.“ (Winnicott, 1958, 37)

Die Erfahrung des Alleinseins wurzelt jedoch nicht in der Erfahrung des Verlassenseins, sondern sie „besteht darin, als Säugling und kleines Kind in Gegenwart der Mutter allein zu sein“ (Winnicott, 1958, 38) – das Paradoxon in der Grundlage zur Fähigkeit allein zu sein besteht also in der „Erfahrung, allein zu sein, während jemand anderes anwesend ist.“ (Winnicott, 1958, 38)

Für die Eigenart dieser besonderen Beziehung zwischen dem Säugling und der Mutter verwendet Winnicott den Ausdruck „Ich-Bezogenheit“ – dies meint die Beziehung zweier Menschen, „von denen mindestens einer allein ist; vielleicht sind auch beide allein, aber die Gegenwart des einen ist jeweils für den anderen wichtig“ (Winnicott, 1958, 38).

Nach Winnicott hängt die Fähigkeit zum Alleinsein wesentlich davon ab, ob in der psychischen Realität des Individuums ein „gutes Objekt“ vorhanden ist; nur wenn das Individuum die Möglichkeit hatte, „durch ‚ausreichend gute Bemutterung‘ einen Glauben an eine wohlwollende Umwelt aufzubauen“ (Winnicott, 1958, 40), kann es im Alleinsein über Gegenwart und Zukunft zuversichtlich sein (vgl. Winnicott, 1958, 39 f.).

Für ihn ist die Fähigkeit zum Alleinsein ausschlaggebend dafür, ob der Säugling sein eigenes personales Leben entdecken kann. Denn in die Entspanntheit des Alleinseins, in der der Säugling in der Lage sein kann, „eine Zeitlang zu existieren, ohne ein auf äußere Anstöße Reagierender oder ein aktiver Mensch mit gerichtetem Interesse oder gerichteter Bewegung zu sein“ (Winnicott, 1958, 43), kommt eine Empfindung oder ein Impuls. Im Rahmen des Alleinseins wird die Empfindung oder der Impuls zum realen und wirklich personalen Erlebnis (vgl. Winnicott, 1958, 42 f.).

Die depressive Position nach Melanie Klein

Die aus der Objektbeziehungstheorie stammende und von Klein 1937 beschriebene „depressive Position“ ist ein „Modus der Organisation psychologischer Erfahrung und Funktion, der ihre Annahme von Strukturen der reifen Charakterbildung begründet“ (Daly/Skolnick, 2000, 125). Der „paranoid-schizoiden Position“ in der Entwicklung des Kleinkindes folgend findet sie etwa im 4.–7. Lebensmonat statt und ist gekennzeichnet von einer zunehmenden Abgrenzung der objektiven von der subjektiven Welt, von der Minderung des Allmachtgefühls sowie der Zunahme der Fähigkeit zu reifer Liebe und Dankbarkeit. In diesem Stadium seiner psychischen Entwicklung verringert der Säugling seine Bereitschaft zur Spaltung, zu projizierender und introjizierender Abwehr und steigert die Integration von Objekt und Ich. Er erweckt den Eindruck, leichter zugänglich zu sein, wirkt integrierter und ist in der Lage, seine Sinne besser zu koordinieren (vgl. Wiesmüller, 2000, 33). Nach Klein ist das Erleben des Säuglings in dieser Zeit stark geprägt von Schuldgefühlen – er glaubt, seine Aggression hätte sein primäres Objekt beschädigt oder sogar zerstört. Diese Schuldgefühle enden in Gefühlen der Trauer und Verzweiflung über den phantasierten Verlust des guten Objekts. Gegensätzliche Gefühle von Liebe und Hass sollen nun gegenüber dem ganzen Objekt integriert werden, dies ist jedoch mit Gefühlen von Angst verbunden. Zur Auflösung der depressiven Position gelangt der Säugling nun über seine im Lebenstrieb begründete Fähigkeit, die Wiederherstellung der zerstörten Mutter zu phantasieren – dies wird dadurch bestärkt, dass die Mutter ja nun tatsächlich überlebt hat. Immer wieder wird nun die Zerstörung und Wiederherstellung der Mutter phantasiert; dadurch gelingt es dem Kind mit der Zeit, die Repräsentation der Mutter als ein ganzes Objekt und ebenso die Repräsentation des eigenen Selbst zu integrieren (vgl. Daly/Skolnick, 2000, 125). Malcom R. Riesenberg sieht als wichtigen Punkt in der depressiven Position die Entwicklung der Gedächtniserweiterung: „Der Säugling kann verschiedene Teile der Mutter erinnern, [...] er kann sich auch an die Mutter erinnern und wiedererken-

nen.“ (Riesenberg, 1982, zit. nach Wiesmüller, 2000, 34) Auch wenn sich der Säugling über die Mutter ärgert, erkennt er, dass sie dieselbe Mutter ist, die auch seine Bedürfnisse befriedigt. Er nimmt die Mutter als eine von ihm getrennte Person wahr und ist sich auch seiner Abhängigkeit von ihr bewusst (vgl. Wiesmüller, 2000, 34).

Die Kompetenz des Säuglings bei Martin Dornes

In Anlehnung an die Aktualität des Selbstkonzepts von Stern stellt Dornes die psychoanalytische Entwicklungspsychologie, und dabei vor allem Mahlers Theorie²¹ heftigst unter Kritik. Die von ihm dargestellten Untersuchungen sollen wahrscheinlich machen, „daß das Gefühl von Selbst und die Wahrnehmung vom Objekt von Anfang an wesentlich einheitlicher, integrierter und kohärenter ist, als bisher angenommen wurde“ (Dornes, 1993, 97) – bereits nach den ersten 3–4 Lebensmonaten verfüge der Säugling über entsprechende Fähigkeiten. Dornes kritisiert auch den in der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie angenommenen Zustand der Aufgespaltenheit, bei dem gute und böse Selbst- und Objektrepräsentanzen voneinander getrennt sind und der erst ab einem Alter von 18 Monaten langsam durch eine Integration der diversen Selbstrepräsentanzen zu einer einheitlichen Selbstrepräsentanz und der diversen Objektrepräsentanzen zu einer einheitlichen Objektrepräsentanz überwunden wird – seine Hypothese scheint ihm darin begründet, „daß ein einheitliches Selbstempfinden und eine einheitliche Objektwahrnehmung schon im ersten halben Lebensjahr existieren“ (Dornes, 1993, 97).

Kleins Theorie, nach der mit Beginn der depressiven Position (also bereits ab 4 Monaten) die Konstruktion ganzer Objekte beginnt, wird von Dornes zumindest als Annäherung an seine Auffassung akzeptiert. Klein ist die einzige Autorin in der psychoanalytischen Literatur, die das Ende der Teilobjekte so weit (von 18 auf 6 Monate) vorverlegt und spricht dem Säugling ganzheitlichere Objektwahrnehmung vom Anfang, spätestens aber vom 4. Lebensmonat an zu als in anderen Theorien angenommen wird (vgl. Dornes, 1993, 98).

3.5.2 Stille Lücken an der Grenze von Subjekt und Objekt ...

Von Subjekten und Objekten und ihrer Abgrenzung wird hier gesprochen, von Trennung, Abspaltungen von gut und böse, von einer Ambivalenz zwischen Gegensätzen und kreativen Zwischenräumen etc. Was all diese, teilweise einander widerlegenden Theorien gemeinsam haben, ist, dass das Kind in dieser Phase seiner Entwicklung mit einem „Dazwischen“, einer „Grenze“ konfrontiert wird.

Das Kind beginnt zu erfahren: „Hier bin ich. Hier höre ich auf. Hier bist du. Hier hörst du auf.“ Es weiß zwar noch nicht, wie es ist, aber es erlebt, dass es ist (vgl. Mahler, 1978). Doch nicht immer ist ein Du verfügbar, und das Kind erlebt dann: „Ich bin hier. Aber wo bist Du?“

So spannend es für ein Kind auch sein mag, die Welt in ihrer Abgegrenztheit und sich selbst in Getrenntheit von der Welt zu entdecken, so schmerzvoll und beängstigend kann es auch sein, diese Aufgabe zu bestehen. Im Zusammenhang mit frühen Interaktionen von Mutter und Kind wurde von der Erfülltheit einer Pausenzeit in der Verarbeitung eines

²¹ Siehe Kapitel 3.3.2

Reizes gesprochen²² – hier sei auf die Gefahr der Leere, auf Gefühle der Verlassenheit und die Angst vor dem Verlassenwerden, die entstehen können, wenn das Kind sich in seinem Trennungsprozess, in seiner Abgrenzung von Selbst- und Objektrepräsentanzen ohne Resonanz für seinen doch von Eindrücken erfüllten „Stilleraum“ erlebt, hingewiesen.

„Dennoch bleibt keinem Kind die Ausweisung aus dem Paradies erspart“ schreibt Mertens (Mertens, 1981, zit. nach Grünbacher, 1998, 18). Durch die Auflösung der Mutter-Kind-Einheit entsteht eine Lücke, das Kind erlebt „die unvermeidlichen Begrenzungen mütterlicher Fürsorge“ (Kohut, 1971a, zit. nach Grünbacher, 1998, 18) und wird mit schmerzlichen Erfahrungen von Hilflosigkeit, Ohnmacht und Verlassensein konfrontiert. Diese Erschütterung wird von Heinz Henseler als „Urverunsicherung“ oder „narzisstische Niederlage“ bezeichnet (vgl. Henseler, 1976, zit. nach Grünbacher, 1998, 18). Ihren Ausfühungen zur Entwicklung und Regulation des Selbstwertgefühls stellt Hemma Grünbacher ein Zitat Fritz Morgenthalers voran, welchem nach alle Menschen danach streben, „diese Lücke auszufüllen, das Selbstverständnis abzurunden, die Schönheit des Bildes ihrer selbst herzustellen“ (Morgenthaler, 1980, zit. nach Grünbacher, 1998, 16).

Stille, Pausen, Lücken sind notwendig für das Kind, vor allem diejenigen, die im Sinne des von Winnicott beschriebenen „intermediären Raums“ Raum für die Entfaltung kreativen Spiels geben; auch geht es hier um die Stille des Alleinseins, in der der Säugling – oder auch der reife Mensch – sein eigenes personales Leben entdeckt.

Lücken werden also gefüllt mit dem, was zur Entwicklung eines gesunden und stabilen Selbstwerts beiträgt, zu einer Verknüpfung der verschiedenen Teile des Ichs, um zu schöpferischem Handeln fähig zu sein, „lebendig“ zu sein, die eigene Lebendigkeit erleben zu können. Neville Symingtons Überlegungen zum Narzissmus folgend ist jemand lebendig, wenn er „in sich die initiatorische Fähigkeit [besitzt], eine Veränderung in seiner sozialen Umgebung zu bewirken, eine Veränderung in den emotionalen Antworten und Handlungen derer, die ihn umgeben“ (Symington, 1997, 48 f.). Dann kann auch die Stille der Trennungslücken nicht als Stillstand und Leere, sondern als Ort der Quelle von erneuter Begegnung, von Beziehung, von Impuls und Kreativität, von Kraft zu Lebensäußerung, als lebendige Brücke vom Ich zum Du erfahren werden.

3.5.3 ... und ihre Bedeutung im Stilleerleben der Musiktherapie

Auffallenden Stellenwert misst Rolando Benenzon²³ einer durch Stille induzierten Regression in die beschriebene Phase frühkindlicher Entwicklung bei:

„Zwischen der Mitteilung und der Pause besteht die Möglichkeit zu interagieren zwischen Liebe und Hass, zwischen Gut und Böse, zwischen Schön und Scheußlich, zwischen Ich und Nicht-Ich, und gerade in dieser Trennung beginnt das Wahrnehmbare.“²⁴ (Benenzon, 2000, 24)

²² Siehe Kapitel 3.4

²³ Benenzon bezieht sich begrifflich auf die „depressive Position“. Um den Grundgedanken weiterzuführen, durch welchen ich andere zum Thema der Trennung passende Theorien miteinander verknüpft habe, verzichte ich hier auf eine eindeutige Zuweisung zu einer speziellen Theorie.

²⁴ Die Zitate aus dem italienischen Artikel von Benenzon wurden von Christian Unterthiner übersetzt.

Und es ist nun eben diese ambivalente Interaktion zwischen all diesen gegensätzlichen Gefühlen, die (wie schon oben beschrieben) zu Gefühlen der Angst führen kann – zur Angst vor der Abwesenheit des anderen, vor dem Verlassensein und der Verlassenheit vom anderen; zur Angst, nicht zu sein; zur Angst, nicht zu existieren und nicht wahrgenommen zu werden (vgl. Benenzon, 2000, 25). Wie es damals im Erleben des Säuglings stattgefunden hat, so wird nun für den Patienten in der musiktherapeutischen Situation wahrnehmbar, erlebbar, dass er und der Therapeut zwei voneinander getrennte Individuen sind, dass auch hier eine Abgrenzung von Subjekt und Objekt, von Ich und Nicht-Ich stattfinden muss. Oberegelsbacher bezieht sich auf die französische psychosomatische Schule, wenn sie schreibt, dass eine Eigenheit der psychosomatischen Persönlichkeitsstruktur in der „narzißtisch begründete[n] und von Subjekt-Objekt-Diffusion gekennzeichnete[n] Unfähigkeit zu echter Objekt- und Übertragungsbeziehung“ (Oberegelsbacher, 1997, 58) liege, und spricht der Musiktherapie das Potential einer „Individuation durch Selbst- und Objektdifferenzierung“ (Oberegelsbacher, 1997, 45) zu. Durch auftretende Stille wird nun in verstärktem Maße provoziert, sich als getrennt vom anderen zu erleben, eine klare Unterscheidung zwischen Ich und Nicht-Ich zu treffen, den anderen als Nicht-Ich anzunehmen und zu akzeptieren – auch wenn dies gerade innerhalb eines non-verbalen Mediums sehr schwierig ist (vgl. Benenzon, 2000, 25 f.). Benenzon sagt: „Es ist so, als wollte der Therapeut sagen: ‚Ich nehme dich wahr, aber ich bin verschieden von dir, ob es dir passt oder nicht.‘“ (Benenzon, 2000, 24)

Analog zur Beziehung von Mutter und Kind ist auch die Entwicklung der therapeutischen Beziehung von einem Prozess der Trennung gekennzeichnet: Das in der Therapie angestrebte „Im-Kontakt-Sein“ besteht nicht darin, den Verschmelzungsphantasien, dem „Wunsch nach aufgelöster Bezogenheit, nach entgrenzter Vereinigung mit der ganzen Umwelt“ (Hegi, 1998, 33) zu entsprechen und dem meist unbewussten Bedürfnis nach „regressiv-symbiotische[r] Vereinigung mit dem mütterlichen Körper“ (Hegi, 1998, 33) nachzukommen. Kontakt heißt, „einander berühren“, nicht „ineinander aufgehen“; heißt Präsenz und Teilnahme, Stützen und Halt-Geben durch den Therapeuten, nicht jedoch uneingeschränktes Tun für den Patienten. Marion Harrer bezieht sich auf Hilarion Petzold, wenn sie schreibt, dass „klare Abgegrenztheit [...] Voraussetzung dafür [ist], daß man sich berühren kann“ (Petzold, 1986, zit. nach Harrer, 1997, 44). Dem Kontaktbegriff in der Gestalttherapie folgend definiert sie: „Kontakt bedeutet Berührung und Abgrenzung zugleich – er ist eine Berührung an den Grenzen der Beteiligten“ (Harrer, 1997, 49). Gertraud Joham (persönliche Mitteilung am 22. 07. 2001) verwendet das Bild zweier Kreise, die sich in Bezug zueinander, in Kontakt miteinander befinden, einander an ihren jeweiligen Grenzen berühren – diese Grenzen werden jedoch nicht aufgehoben, die Kreise gehen nicht ineinander auf, sie bleiben allein, im Beisein des anderen. Hegi schreibt dazu:

„Wir verfolgen mit den therapeutischen Kontaktprozessen die heilsame Berührung von zwei verschiedenen Menschen, das Annehmen, Aushalten, Ausspielen und Abgrenzen des jeweiligen Anderssein. Diese Aufgabe macht das Instrument Kontakt zum zentralen Anliegen der Therapie, zum Königswerkzeug unseres Handwerks.“ (Hegi, 1998, 33)

4 ÜBERLEGUNGEN ZUM PHÄNOMEN „STILLE“ AUF BASIS PSYCHOTHERAPEUTISCHER THEORIEN UND KONZEPTE

*Das Glück in meinem Reich der Stille
Ist, sich selbst in allen Dingen zu begegnen.
(Eugène Guillemic)*

4.1 HINFÜHRUNG

Das folgende Kapitel soll einen Versuch darstellen, das Phänomen „Stille“ in der Therapie im Rahmen psychotherapeutischer Begrifflichkeiten und Termini und deren Definitionen aus der Sicht spezifischer psychotherapeutischer Schulen zugänglich zu machen.

Zu diesem Zwecke werden drei große Themenbereiche aufgegriffen, die im Zusammenhang mit Stille am ausführlichsten Eingang in psychotherapeutische Reflexion und Literatur gefunden haben: „Regression“, „Widerstand“ und „therapeutisches Einverständnis“. Dass ich auf den Regressionsbegriff in diesem Rahmen näher eingehe, wird besonders dann verständlich, wenn man das vorangehende Kapitel dieser Arbeit gelesen hat. Der Widerstandsbegriff erhält seine Vertiefung nicht zuletzt ob der zahlreichen assoziativen Verknüpfungen von Stille und Widerstand in den rückerhaltenen Fragebögen²⁵. Die Idee für den 3. Teil dieses Kapitels kommt von daher, dass ich in der Auseinandersetzung mit dem Thema dieser Arbeit zunehmend bemerkt habe, dass viele der in der Therapie erlebten Stillesequenzen jenseits analysierbaren Geschehens liegen und dass fachspezifische Terminologien, Begriffe und all die vielen Worte unserer Sprache nicht ausreichend sind zur Beschreibung dieser besonderen Momente und Situationen in der Therapie.

Meinen Ausführungen zu den ersten beiden psychotherapeutischen Begriffen, wofür ich fast ausschließlich psychotherapeutische Fachliteratur verwende, folgt jeweils eine – kürzere – Adaption des betreffenden Begriffs für die Musiktherapie, bzw. ein Eingehen auf die zum Thema gefundene musiktherapeutische Literatur, in der die genannten Begriffe verwendet werden. Erst dann findet eine Verknüpfung des jeweiligen Begriffs mit dem Stillephänomen in der Therapie statt. Die Ausführungen zum dritten Thema dieses Kapitels erfolgen etwas freier in Form und Stil und verfolgen keine deutliche Bevorzugung einer psychotherapeutischen Schule.

Dennoch sei hier angemerkt, dass das Hauptaugenmerk auf die Literatur rein verbaler Psychotherapien gerichtet ist (vor allem auf die Theorien tiefenpsychologischer Schulen²⁶) und daher auch häufiger vom „Schweigen“ als dem sprachlichen Aspekt der Stille als vom umfassenderen Begriff „Stille“ die Rede sein wird.

²⁵ Auf die von mir im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Fragebogenerhebung zum Thema „Stille in der Musiktherapie“ gehe ich in Kapitel 5 ein.

²⁶ Dies erfolgt wesentlich aus dem Grund, dass die Tiefenpsychologie die hier verwendeten Begriffe überhaupt bereitstellt.

Auch weise ich darauf hin, dass einige Überlegungen aus dem Bereich der mit psychotherapeutischen Auffassungen einhergehenden Entwicklungspsychologie bereits in Kapitel 3 behandelt wurden und hier nicht mehr vertieft werden.

4.2 THERAPEUTISCHE STILLE UND REGRESSION

4.2.1 Der Begriff Regression

Einige Definitionen

Im Verständnis der Psychoanalyse bezeichnet der Begriff „Regression“ „das Phänomen des Rückgriffs auf frühere, meist kindlichere Verhaltensweisen“ (Pawlowsky, 2000, 589). Der Begriff taucht zum ersten Mal 1900 bei Sigmund Freuds *Traumdeutung* auf; hier wird die Regression als „Abwehrmechanismus 2. Ordnung“ vorgestellt und ist also in diesem Verständnis längst nicht so wichtig wie der Abwehrmechanismus der Verdrängung (vgl. Balint, 1970, 145). Bei Freud findet sich die Vorstellung, dass Regression ein Kennzeichen neurotischer Verhaltensformen ist und dass regressives Verhalten deutlich dem Lustprinzip folgt, d. h. (noch) nicht vom Realitätsprinzip überformt ist (vgl. Pawlowsky, 2000, 589). Anna Freud stellt 1936 in ihrer Aufzählung der Abwehrmechanismen die Regression an die erste Stelle, reiht sie also noch vor der Verdrängung ein (vgl. Balint, 1970, 145). Carl Gustav Jung, der Begründer der Analytischen Psychologie, entdeckte, dass es durch Regression zu einer Belebung der Archetypen und des kollektiven Unbewussten kommt:

„Die Rückkehr zum Infantilen bedeutet nicht nur Regression und Steckenbleiben, sondern auch die Möglichkeit der Auffindung eines neuen Lebensplanes. Die Regression ist so recht eigentlich auch Grundbedingung des Schöpferaktes.“ (Jung, 1913, zit. nach Nitsch, 2000, 590)

Die Gestalttherapie bezeichnet als Regression einen Zustand des Patienten,

„in dem dieser in bestimmten Phasen des therapeutischen Prozesses mit unerledigten Situationen oder Erlebnissen aus der Vergangenheit und den damit verbundenen Bewusstseis- und Gefühlszuständen wie Hilflosigkeit, Anhänglichkeit, Wut, Trauer, Hass, Sehnsucht, Trotz oder Albernheit in Kontakt tritt. Das Zulassen dieser Regungen [...] bietet die Möglichkeit, verdrängte oder blockierte Gefühle wieder zugänglich zu machen.“ (Bolen, 2000, 590)

Einerseits kann man nun also den Regressionsbegriff als pathologischen Rückfall in die Infantilität sehen, dem die Gefahr innewohnt, dass der Patient in Fixierungen der Kindheit stecken bleibt (vgl. Nitsch, 2000, 590) und dass es aus diesem Festsitzen keinen Ausweg mehr gibt – die Gefahr besteht in einer „malignen“ Entwicklung der Regression, die zu einer Stagnation des Therapieprozesses führen kann.

Andererseits kann eine Regression auch „im Dienste des Ich“ stattfinden; es ist eine wesentliche Aufgabe der Therapie bzw. des Therapeuten, Regressionsbewegungen des Patienten mitzumachen, um „wie ein Taucher den versunkenen Schatz zu heben und die dort verborgene Libido dem Bewusstsein wieder zuzuführen“ (Nitsch, 2000, 590). Eine absolu-

te Notwendigkeit für ein empathisches Mitgehen in eine regressive Bewegung besteht darin, dass der Therapeut seine eigenen regressiven Tendenzen sehr gut kennt und bereits Erfahrung mit dem Ein- und Ausstieg in bzw. aus der Regression gemacht hat (vgl. Benzon, 2000, 27).

Therapeutische Aspekte der Regression bei Michael Balint

Ein sehr ausführlicher Zugang zum Phänomen der Regression findet sich bei Balint (1970). Das psychoanalytische Wissen zusammenfassend hält er fest, dass nach Auffassung der Psychoanalyse die Therapie

„in der Regel darauf zielen sollte, das Ich des Patienten zu stärken [...]. Es ist der in engstem Kontakt mit dem Es stehende Ich-Bereich zu stärken, jener Teil des Ichs nämlich, der imstande ist, Triebbefriedigung zu genießen, ein erhebliches Ausmaß an Spannungszuwachs zu ertragen, Sorge zu tragen und Rücksicht zu nehmen, unbefriedigte Triebwünsche, aber auch Haß auszuhalten und zu tolerieren und die innere und äußere Realität zu prüfen und hinzunehmen.“ (Balint, 1970, 13)

Balint geht davon aus, dass die ein Kind traumatisierenden Erlebnisse nicht ein einmaliges Ereignis, sondern vielmehr eine Dauersituation darstellen, in der es zu schmerzlichen Missverständnissen kommt, zu einem „Nichtzusammenpassen“ von Individuum und Umwelt (vgl. Balint, 1970, 101). Oftmals ist es ein schlechtes Zusammenpassen von Mutter und Kind, das bleibende strukturelle Veränderungen in der Seele des Kindes hervorrufen kann. Kommt es nun dadurch bedingt zu einer Ich-Spaltung, bildet das Kind ein „Pseudo-Ich“ bzw. ein „Pseudo-Selbst“ aus:

„Dieses Pseudo-Ich kann sehr leistungsfähig sein, sogar auf vielen Lebensgebieten Erfolg haben; aber es versperrt den Zugang zum echten, wahren Selbst, das auf diese Weise unreif und realitätsfremd bleibt. Das Ergebnis ist ein lebenslanges Gefühl von Sinnlosigkeit, Leere und Unglück.“ (Balint, 1970, 133)

Nähren, Beschützen, Vermitteln, Betreuen sollen nun Aufgabe der analytischen Arbeit sein. Für Balint bedeutet dies die Aufgabe des Therapeuten, die Handhabung der Regression zu übernehmen:

„Nur wenn der Patient ‚regredieren‘ darf, d. h., wenn er die Sicherheit aufgeben kann, die ihm die ‚Geschäftsführung‘ seines Pseudo-Ichs bot, und das heißt wieder: wenn der Analytiker die ‚Geschäftsführung‘ übernimmt, indem er sich auf die ‚Handhabung der Regression‘ einläßt, kann eine Atmosphäre entstehen, in welcher die Deutungen das wahre Ich erreichen, ihm verständlich und schließlich annehmbar werden.“ (Balint, 1970, 134)

Wird nun in der Therapie eine Regression zugelassen, entwickelt sich eine Atmosphäre, in der der Patient sich unabweisbar die Wiederkehr jener harmonischen Welt erwartet, in der er lebte, bevor es durch das Trauma zu seiner Grundstörung kam. Nach Balint kann und darf es in jener Welt – in der Welt der „primären Liebe“ – keine Interessenskollision zwischen dem Subjekt und seiner Umwelt geben (vgl. Balint, 1970, 135).

„Dies ist natürlich nur möglich, solange die Triebbedürfnisse des Subjekts und die seiner primären Objekte durch ein und dasselbe Geschehen befriedigt werden, wie bei der stillenden Mutter das Nähren und beim Säugling das Genährtwerden, das zärtliche Hättscheln und Gehätscheltwerden; der Vorgang ist ein- und derselbe, nur unsere beschreibenden Worte sind verschieden.“ (Balint, 1970, 135)

Balint hebt zwei Typen der Regression voneinander ab – er schlägt vor, „die erstere Form ‚Regression mit dem Ziel der Befriedigung‘ und die zweite ‚Regression mit dem Ziel des Erkenntwerdens‘ zu nennen“ (Balint, 1970, 176).

Im ersteren Fall zielt die Regression auf die Befriedigung von Triebverlangen ab. Der Patient sucht ein äußeres Ereignis, ein Tätigwerden des Objekts (vgl. Balint, 1970, 176); er erwartet, dass die äußere Welt sich ändern werde (vgl. Balint, 1970, 174), er erwartet vom Therapeuten, dass dieser von außen eine Handlung setzt.

„Befriedigung durch Ereignisse oder Handlungen von seiten der äußeren Welt setzt eine Welt voraus, die entweder schon aus ganzen Objekten oder wenigstens gutausgebildeten Teilobjekten besteht, was bedeutet, daß die Regression des Patienten nicht weit hinter die narzisstische, phallische, prä-ödiipale Stufe zurückgegangen sein kann.“ (Balint, 1970, 176)

In diesem Fall kann sich eine gefährliche Spirale entwickeln: Kaum ist das Verlangen des Patienten gestillt, erscheinen neue Wünsche und Bedürfnisse, die Befriedigung fordern und schließlich zu suchtartigen Zuständen führen (vgl. Balint, 1970, 172).

Eine Regression mit dem Ziel des Erkenntwerdens zielt darauf ab, dass – obwohl die Teilnahme der äußeren Welt, nämlich des Therapeuten, wesentlich ist – die „Wandlung“, auf die es ankommt, im Patienten selbst stattfindet (vgl. Balint, 1970, 174). Der Patient erwartet nicht so sehr eine Befriedigung durch Handlungen von außen, sondern vielmehr die stillschweigende Erlaubnis, die äußere Welt so benutzen zu dürfen, dass er mit seinen inneren Problemen vorankommen kann. Was sich der Patient an Beteiligung des Therapeuten erhofft, ist die Anerkennung der Existenz seines Innenlebens und seiner unverwechselbaren Individualität (vgl. Balint, 1970, 176). Der Regressionsprozess setzt eine Umgebung voraus, „die den Patienten annimmt und bereit ist, ihn zu stützen und zu tragen, wie die Erde oder das Wasser einen Menschen trägt, der sich mit seinem Gewicht ihnen anvertraut“ (Balint, 1970, 177). Von primären Objekten oder Substanzen (d. h. vom Therapeuten) wird keine Handlung erwartet, „sie müssen nur da sein und müssen – stillschweigend oder explizit – erlauben, sie zu gebrauchen, sonst kann der Patient sich nicht ändern.“ (Balint, 1970, 177) Für den Therapeuten bedeutet dies Einwilligung in den bzw. Teilnahme und Beteiligung am stattfindenden Regressionsprozess, jedoch nicht unbedingt Handeln, sondern Verständnis und Toleranz. Es geht um die Schaffung und Aufrechterhaltung von Bedingungen, in denen sich innerlich, in der Seele des Patienten, etwas ereignen kann (vgl. Balint, 1970, 177).

Balint weist darauf hin, dass eine in der therapeutischen Arbeit auftretende Regression gewöhnlicherweise eine Mischung aller möglichen beschriebenen Züge aufweist, er stellt aber ein gemeinsames Auftreten gewisser Züge fest und unterscheidet dementsprechend

eine „gutartige“ von einer „böartigen“ Form der Regression (vgl. Balint, 1970, 172 ff.). Diese Gegenüberstellung wird in der folgenden Abbildung sichtbar:

Merkmale einer gutartigen Regression:	Merkmale einer böartigen Regression:
Es kann sich eine gegenseitig vertrauende Beziehung entwickeln, die an die primäre Beziehung zu Ursubstanzen erinnert.	Die Beziehung gegenseitigen Vertrauens ist eher instabil; eine Atmosphäre der Arglosigkeit zerfällt immer und immer wieder – um sich vor solchen Katastrophen zu schützen, entwickelt der Patient oft Symptome verzweifelter Anklammerns.
Die Regression mündet in einen echten Neubeginn und führt zur Entdeckung neuer Möglichkeiten.	Immer wieder kommt es zu fruchtlosen Versuchen, einen Neubeginn zu finden; eine endlose Spirale von Forderungen und Bedürfnissen führt schließlich zu suchtartigen Zuständen.
Die Regression geschieht mit dem Ziel des Erkenntwerdens.	Die Regression hat das Ziel der Befriedigung durch äußere Handlung.
Forderungen, Erwartungen, Bedürfnisse des Patienten erreichen nur mittlere Intensitätsgrade.	Es bestehen sehr hohe Forderungen, Erwartungen oder Bedürfnisse.
Es gibt keine Anzeichen schwerer Hysterie.	Das klinische Bild enthält Anzeichen schwerer Hysterie.

Abbildung 1: Merkmale gutartiger bzw. böartiger Regression nach Balint (1970)

Zum Regressionsbegriff in der Musiktherapie²⁷

Benenzon beschreibt eine „Regression im Dienste des Ich“ in der Musiktherapie als „bipersonales Phänomen“²⁸ (Benenzon, 2000, 26): beide – Patient und Therapeut – regredieren, beide leben im nicht-sprachlichen Kontext, in der analogen Mitteilung, sie teilen sich dieselben kindlichen und ursprünglichen Verhaltensweisen (vgl. Benenzon, 2000, 26). Dadurch lässt sich eine klare Unterscheidung treffen zu einer auf passiv-induktivem Wege eingeleiteten Regression, die eben in ihrer gefahrenvollen Passivität schwierig zu zügeln ist (vgl. Benenzon, 2000, 26). Bi-personale Regression entsteht durch das (aktive) Teilen einer analogen Mitteilung im Kontext der Musiktherapie; Therapeut und Patient beziehen sich aktiv aufeinander: Der Patient belebt kindliche und pränatale Erfahrungen wieder, spiegelt sie in der therapeutischen Beziehung wider, der Therapeut teilt diese Erfahrungen mit dem Patienten (vgl. Benenzon, 2000, 27). Nach Benenzon wird so „der Musiktherapeut [...] zum Behälter dieser Situation. Der Musiktherapeut wird zum Stützer des Bewussten und des Zeitlichen dieses Phänomens. Und in dieser Situation interagiert der Musiktherapeut mit dem kindlichen Verhalten des Patienten.“ (Benenzon, 2000, 27)

²⁷ Ausführungen zur Bedeutung der Regression in präverbale Stadien des frühkindlichen Erlebens im nonverbalen Medium der Musiktherapie wurden bereits in Kapitel 3 vorweggenommen und bedürfen hier keiner weiteren Vertiefung.

²⁸ Die Zitate aus dem italienischen Artikel von Benenzon wurden von Christian Unterthiner übersetzt.

4.2.2 Stille: Regression und Neubeginn

Zur Bedeutung des Schweigens in der Psychotherapie schreibt Balint :

„Es kann trostlose, fürchterliche Leere bedeuten, allem Leben und Wachstum feindlich [...]; es kann auch eine freundliche, anregende Weite bedeuten, die den Patienten einlädt, abenteuerliche Fahrten in das unerforschte Land seiner Phantasie zu unternehmen; [...] Das Schweigen kann auch ein Versuch sein, die harmonische Verschränkung der primären Liebe wiederherzustellen, die zwischen dem Individuum und seiner Umwelt herrschte, bevor noch Objekte auftauchten.“ (Balint, 1970, 213)

Hier wird deutlich, dass in der Psychotherapie auftretende Stille im Kontext der Regression eine bedeutende Rolle einnehmen kann. Balint schildert dazu ein eindrucksvolles Beispiel:

„Der Patient, dessen Behandlung damals schon etwa zwei Jahre lief, war von Beginn der Stunde an etwa dreißig Minuten lang still; der Analytiker akzeptierte das Schweigen, machte sich klar, was möglicherweise im Patienten vor sich ging, und wartete, ohne jeglichen Versuch, das Schweigen zu brechen, fühlte sich auch durchaus nicht unbehaglich oder unter Druck, etwas unternehmen zu müssen. Solche Schweigepausen während der Behandlungsstunden waren übrigens schon mehrmals vorgekommen, so daß Patient und Analytiker einige Übung darin hatten, sie zu tolerieren. Das Schweigen wurde schließlich gebrochen durch ein erlöstes Schluchzen des Patienten, und bald darauf war er imstande zu sprechen. Er teilte dem Analytiker mit, daß es ihm endlich gelungen sei, zu sich selber zu kommen. Seit seiner Kindheit habe man ihn niemals allein gelassen, es sei immer jemand dagewesen, der ihm sagte, was er tun müsse.“ (Balint, 1970, 174)

Allerdings beantwortet sich Balint selbst die Frage danach, ob man diese Episode tatsächlich „Regression“ nennen kann, mit einem klaren Nein, um eine irreführende Bezeichnung zu vermeiden – er schlägt für das Geschehene den Begriff des „Neubeginns“ vor und nennt es „eine neue Entdeckung [...], die zu einer anderen, befriedigenderen Beziehung zu einem wichtigen Objekt führt“ (Balint, 1970, 175). Dornes interpretiert diese „beeindruckende Schilderung des tiefregredierten Patienten, der in seinem So-Sein anerkannt werden will [als] ‚Regression im Dienste des Erkanntwerdens‘, die im Grunde eine Progression ist, [als] entscheidende Stelle, an der ein Neubeginn stattfinden kann“ (Dornes, 1993, 160). Balints Konzept folgend bedeutet Neubeginn „a) die Rückkehr zu etwas ‚Primitivem‘, zu einem Punkt vor Beginn der Fehlentwirkung [...], und das könnte man als eine Regression beschreiben²⁹; b) gleichzeitig aber kommt es zur Entdeckung eines neuen, besseren Weges, und das bedeutet doch eine Progression“ (Balint, 1970, 161).

Die Begriffe „Regression“ und „Neubeginn“ lassen sich aber niemals isoliert voneinander betrachten, gerade dann nicht, wenn es um eine „Regression im Dienste des Ich“ oder, um es mit Balints Begrifflichkeit auszudrücken, um eine „Regression mit dem Ziel des Er-

²⁹ Bereits in Kapitel 3 wurde die Bedeutung geglückter und missglückter Erfahrungen mit Stille im frühkindlichen Erleben ausführlich behandelt.

kanntwerdens“ geht. Regression bedeutet zwar ein „Zurückschreiten“³⁰ – dieses hat jedoch eine Progression, einen Fortschritt zum Ziel, nämlich: den Schritt nach vorne zu gehen, um einen Neubeginn zu wagen, um Neues entstehen zu lassen. Diese Bewegung wird auch in Eugen Drewermanns Worten „reculer pour mieux saltier“ – „zurückweichen, um besser nach vorne zu springen“ (o. J., zit. nach Dr. Arnold Mettnitzer, persönliche Mitteilung am 20. 02. 2001) zum Ausdruck gebracht.

In der Therapie auftretende Stille bietet auf besondere Weise Möglichkeit für einen Neubeginn im Sinne eines Motors neuer Kreativität und neuen Wachstums: Stille kann ein Innehalten bedeuten, eine Auszeit, die es dem Patienten im Gehaltenwerden durch den Therapeuten ermöglicht, dass er durch Regression auf die Ebene seines traumatisierten oder defizitären Bereichs³¹ und dabei zu sich selbst kommen kann. Dieses Innehalten ist Teil einer im Rahmen der therapeutischen Beziehung gemeinsam vollzogenen Bewegung, der die Dynamik und Lebendigkeit innewohnt, die es braucht, um Kraft zu sammeln für einen echten Neubeginn.

4.3 THERAPEUTISCHE STILLE UND WIDERSTAND

4.3.1 Der Begriff Widerstand

Einige Definitionen

Seinen Ursprung hat das Konzept des Widerstands in der Frühzeit der Psychoanalyse. War der Widerstand in Freuds Vorstellung noch durch die Übertragung determiniert und in ihr inkludiert, so beschreibt neueres psychoanalytisches Denken das Phänomen allgemeiner und eingebettet in das Feld der Beziehung oder das intersubjektive Feld, das sich zwischen Patient und Therapeut etabliert: Widerstand gegen die Entfaltung des therapeutischen Prozesses tritt dann auf, „wenn ein Ereignis im analytischen Dialog dem Patienten signalisiert, dass die Gefahr einer Wiederholung von schädlichen, pathogenen Reaktionen der frühen Bezugspersonen durch den Analytiker besteht“ (Atwood, 2000, 776).

Aus der Sicht der Individualpsychologie bezeichnet der Begriff des Widerstands

„sämtliche bewussten, vor allem aber unbewussten Aktivitäten, die dem therapeutischen Prozess entgegengerichtet sind. Widerstände stehen im Dienst der unbewussten Abwehr oder Sicherungstendenz und können die bewusste Wahrnehmung von Erlebnisinhalten ebenso behindern wie andere Veränderungen im Bereich des lebensstiltypischen Erlebens und Verhaltens von Menschen.“ (Datler, 2000, 777)

Als Vertreterin der Gestalttherapie im *Wörterbuch der Psychotherapie* beschreibt Kathleen Höll das Phänomen dahingehend, dass „persönliche Veränderung [...], obwohl gewünscht,

³⁰ In der Literatur wird vielfach bezweifelt, ob im menschlichen Leben Regression als ein „Zurückschreiten“ oder als eine „Rückkehr“ innerhalb unserer Raum-Zeit-Dimensionen möglich sei, „denn die Rückkehr an denselben Ort ist keine Rückkehr zu derselben Sache, eben weil Zeit vergangen ist“ (Bettelheim, 1977, zit. nach Huber, 1989, 71). Bruno Bettelheim schlägt daher eine Definition vor, welcher nach Regression als „ein Vorgang, der eine Rückkehr auf ein früheres Anpassungsniveau simuliert“ (Bettelheim, zit. nach Huber, 1989, 72) verstanden werden kann.

³¹ Dies ist es wohl, was Balint mit einer Regression auf die Ebene der Grundstörung meint.

dennoch abgeblockt [wird], z. B. durch Müdigkeit, Vergessen, Trotz, Ablenkungsmanöver“ (Höll, 2000, 778). Sie definiert Widerstand als „ein oft schon in der frühen Kindheit eingeübtes Verteidigungsmanöver, das die Person gegen Zumutungen der Außenwelt und gegen eigene, als gefährlich eingeschätzte Impulse schützen soll. Er wird als Stoppsignal interpretiert, das der Integrität und Stabilität dient.“ (Höll, 2000, 778)

Es ließe sich nun eine lange Liste von Definitionsversuchen des Widerstandsphänomens in der Literatur diverser psychotherapeutischer Schulen anführen – Widerstand „gehört zu den zentralsten Konzepten von Psychotherapie überhaupt“ (Höll, 2000, 778). Eine detaillierte Auseinandersetzung mit der Vielfältigkeit des Widerstandsbegriffs findet sich bei Wolfgang Pilz. Ihm scheint „ein Widerstandskonzept, das die [...] unterschiedlichen Ansätze integriert, [...] ebenso utopisch wie eine Integration der psychotherapeutischen Schulen überhaupt“ (Pilz, 1999, 113).

Auch zur Frage des therapeutischen Umgangs mit Widerstand gibt es keine einheitliche Meinung, auch nicht innerhalb der Psychoanalyse. Die bevorzugten Techniken und Interventionen reichen vom Schweigen des Therapeuten bis dahin, der Therapeut solle häufig verbal intervenieren (vgl. Pilz, 1999, 62 f.).

Schlesinger spricht von „going along with the resistance“ (Schlesinger, 1982, zit. nach Pilz, 1999, 63), was auf die Aufgabe des Therapeuten hindeutet, auftretenden Widerstand zu erkennen, zu erlauben und ihn zu begleiten, mitzugehen.

Zum Widerstandsbegriff in der Musiktherapie

Pilz³² stellt fest, dass man in musiktherapeutischen Publikationen nur selten ausführliche Auseinandersetzungen mit dem Thema Widerstand findet (vgl. Pilz, 1999, 117) – er geht davon aus, dass „Musiktherapie aufgrund der unterschiedlichen Patientengruppen, die sie anspricht, nur bedingt als Teilbereich der Psychotherapie gelten kann und sich daher auch nicht immer am entsprechenden Vokabular orientiert“ (Pilz, 1999, 117). Was sich durch seine Literaturrecherche hindurchzieht, ist eine teilweise sehr negative Etikettierung des Widerstands, „sein Auftreten in der Musiktherapie wird von vielen Autoren gelegnet“ (Pilz, 1999, 118).

Den Kern seiner Forschungsarbeit bildet eine selbsterstellte Definition des Widerstandsbegriffs für die „schöpferische Musiktherapie“:

„Als Widerstand können Phänomene in der musikalischen Interaktion zwischen Therapeut und Patient bezeichnet werden, die sich auf der Seite des Patienten als wiederholt gezeigte Einschränkungen von Handlungsmöglichkeiten mit Hilfe musikalischer Begriffe beschreiben lassen. Widerstand ist ein Verlassen der musikalischen Beziehung durch den Patienten. Es muss davon ausgegangen werden können, dass der Patient einerseits den kommunikativen Charakter des Geschehens erfasst – was in der Musik hörbar ist –, andererseits aber nicht ‚bewusst‘ handelt.“ (Pilz, 1999, 193)

³² Pilz ist Musiktherapeut nach der Schule von Nordoff/Robbins („schöpferische Musiktherapie“).

4.3.2 Widerstand und Stille

Widerstand und Stille in musiktherapeutischer Literatur

Die Forschungsarbeit von Pilz zum Thema des Widerstands in der Musiktherapie zeigt, dass die Literatur dem Phänomen Stille im Zusammenhang mit Widerstand selten besondere Bedeutung zumisst. Eher im Gegenteil: Der Begriff „Widerstand“ wird vielfach da zugeordnet, wo Stille nicht eintreten kann, wo der Patient ein Spielverhalten zeigt, das keine Stille zulässt³³: „Spiel in kurzen Sequenzen mit geringem Tonumfang und in rhythmischer Farblosigkeit, pausenloses Spiel, leistungsorientiertes Spiel, unaufhörliches Produzieren von Neuem“ (Tarr-Krüger, 1989, zit. nach Pilz, 1999, 134).

Ausdrückliche Hinweise auf das Schweigen als eine mögliche Form des Widerstands finden sich beispielsweise bei Hegi, wenn er beschreibt, dass „unmittelbar nach einer Improvisation [...] gegen das anschließende Gespräch fast immer Widerstände auf[treten]“ (Hegi, 1997, 161). Weiters lässt sich Pilz's Forschungsarbeit folgend das Item „Schweigen, Pausen, Brüche im Prozeß“ des Heidelberger Episoden-Inventars³⁴ von Czogalik et al. (vgl. Otto, 1995, 203) unter den Widerstandsbegriff fassen.

Auch wenn dem Widerstandsphänomen in der musiktherapeutischen Literatur kaum eine spezielle Aufmerksamkeit zukommt – vor allem nicht in Verbindung mit dem Auftreten von Stille – soll es jedoch keineswegs als ausgegrenzt, unbeachtet, vermieden oder negativ etikettiert betrachtet werden. Wie viele andere aus verschiedenen psychotherapeutischen Richtungen und Schulen stammenden Begriffe, so erfährt m. E. nach auch der Widerstandsbegriff sehr wohl Eingang und Adaption in musiktherapeutische Reflexion.³⁵ Wie bereits erwähnt, wurde in der von mir durchgeführten Fragebogenerhebung auffallend oft eine Verbindung des Auftretens von Stille und Schweigen in der Musiktherapie mit dem Erleben von Widerstand sichtbar gemacht.

Vom Umgang mit dem Widerspenstigen in der Psychoanalyse³⁶

Ein ausführlicher Zugang zum Phänomen des Schweigens³⁷ in der Psychotherapie findet sich in der Forschungsarbeit des Schweizer Psychoanalytikers Res Wepfer. Ihm zufolge wird das Schweigen in aktuellem Verständnis der Psychoanalyse und unter weitreichender

³³ Dass der von mir angenommene Zusammenhang hier nicht aufscheint, kann jedoch auch daran liegen, dass Pilz sich ausgesprochen dem Widerstand innerhalb der musikalischen Artikulation, d. h. den „Spielarten des Widerstands“ zuwendet und das Schweigen als Element der Sprache nicht als spezifisch für die Musiktherapie anerkennt (vgl. Pilz, 1999, 132 f.).

³⁴ Das Heidelberger Episoden-Inventar (HEIN) ist Teil einer Forschungsstrategie des Heidelberger IM-Dos-Projektes. Es bietet 32 Items zur Beschreibung des beobachtbaren Verhaltens von Therapeut und Patient (vgl. Czogalik u. a., 1995, 277).

³⁵ Ich spreche hier als im Ansatz der „Wiener Schule“ stehende Musiktherapeutin. Das Musiktherapiestudium an der Universität für Musik und darstellende Kunst Wien und die Musiktherapie nach der „Wiener Schule“ verstehen sich als psychotherapeutisch orientiert bzw. psychotherapienahe.

³⁶ Diese von mir für den folgenden Abschnitt gewählte Betitelung geht auf den Buchtitel der im folgenden Text herangezogenen Forschungsarbeit von Wepfer (1998) zurück.

³⁷ Wepfer definiert das Schweigen in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie als denjenigen „Prozess der Dyade [...], währenddessen die beiden beteiligten Personen weder sprechen noch nichtverbale Laute bzw. Geräusche von sich geben“ (Wepfer, 1998, 6).

Einigkeit der Psychoanalytiker als Übertragungsphänomen verstanden (vgl. Wepfer, 1998, 7). Die Behandlung zielt dann darauf ab, „die Bedeutung des Schweigens in der Übertragungsbeziehung zu erschliessen, zu verstehen und für den Klienten als sinnvoll begrifflich (auch ‚begrifflich‘) zu machen“ (Wepfer, 1998, 7).

Doch nicht immer wurde das Schweigen in dieser Form als zur Psychoanalyse gehörig empfunden – besonders in diesem psychotherapeutischen Ansatz wurde das Phänomen Stille in seiner Form des Schweigens lange Zeit ausschließlich unter dem Aspekt des Widerstands betrachtet und war stark bestimmt durch die Auffassung des Schweigens als „Bruch im Dialog, und zwar als Bruch, den – ausschließlich – der Patient herstellt“ (Wepfer, 1998, 2). Das Schweigen verstößt diesem Verständnis nach ganz klar gegen die psychoanalytische Grundregel, welcher zufolge sich Patienten/Klienten dazu verpflichten bzw. sich damit einverstanden erklären, „alles mitzuteilen, unabhängig davon, ob es ihnen belanglos oder gehaltvoll, unwichtig oder relevant, angenehm oder peinlich sei“ (Wepfer, 1998, 11) und wird daher als der Behandlung im Wege stehend identifiziert.

Folgt man Wepfers Nachforschungen, so dominiert die „Widerstandsthese“ in all ihren Ausprägungen die psychoanalytische Literatur zum Schweigen bis in die 60er Jahre und wird erst dann durch die „Kommunikationsthese“ ergänzt; sie taucht jedoch bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt regelmäßig in der Literatur auf. Wepfer betont, dass das Phänomen des Widerstands „ja auch dasjenige Konstrukt [war], an dem sich die psychoanalytische Theoriebildung massgeblich orientierte“ (Wepfer, 1998, 38) und folgert daraus: „Somit kann es nicht weiter erstaunen, dass auch das Schweigen zunächst unter dieser Perspektive konzeptualisiert wurde.“ (Wepfer, 1998, 38)

Unter dieser Perspektive kann Schweigen immer als „Verschweigen“ betrachtet werden, und dies bedarf immer eines anderen, demgegenüber verschwiegen bzw. geschwiegen wird. Jan Hendrik van den Berg begreift das Verschweigen anstatt des Verdrängens sogar als Angelpunkt der Psychoanalyse (Van den Berg, 1950, zit. nach Wepfer, 1998, vgl. 38). Großes Augenmerk widmet Wepfer der Theoriebildung zum Schweigen unter triebpsychologischen Aspekten. Widerstand wurde dabei in analer, oraler, urethraler, phallischer oder auch ödipaler Form postuliert (vgl. Wepfer, 1998, 14), wobei auffällt, dass keinem der schweigenden Patienten das Erreichen der genitalen psychosexuellen Entwicklungsstufe zugestanden wurde (vgl. Wepfer, 1998, 39). Wepfer schließt daraus, dass der schweigende Patient lange Zeit „grösstenteils als psychosexuell fixiert, unreif, regrediert, kurz: als krank gesehen wurde. Schweigen war somit ein Kennzeichen von Pathologie“ (Wepfer, 1998, 39).

Als ersten prominenten Deutungsansatz des Schweigens im Rahmen der Widerstandsthese nennt Wepfer den der „analen Retention“, dessen Interpretationsmuster im Wesentlichen besagt, „dass der Patient etwas zurückbehält, das der Analytiker aus ihm herauszwingen muss“ (Wepfer, 1998, 21); Sandor Ferenczi spricht von „Zurückhaltung möglichst aller Emotionen, aller ‚Gefühlsergüsse“ (Ferenczi, 1964d, zit. nach Wepfer, 1998, 21).

Das Schweigen in der Psychotherapie wird hier auch unter dem Aspekt seiner Beziehung zum Tod behandelt. In *Das Ich und das Es* schreibt Freud, „dass die Todestriebe im Wesentlichen stumm seien und der ‚Lärm des Lebens‘ meist vom Eros ausgehe“ (Freud, 1923, zit. nach Wepfer, 1998, 25). Todesangst bedeutet hier im Grunde „Kastrations-

angst“. „Von der Einsamkeit, Stille und Dunkelheit können wir nichts anderes sagen, als dass dies wirklich Momente sind, an welche die bei den meisten Menschen nie ganz erlöschende Kinderangst geknüpft ist.“ (Freud, 1919, zit. nach Wepfer, 1998, 25) Auch von unbewusster Angst vor dem Liebesverlust hinter der Angst vor dem Schweigen wird gesprochen, Wepfer weist jedoch darauf hin, dass diese These vier Jahrzehnte später von Vertretern der Objektbeziehungstheorie zu widerlegen versucht wurde, indem das Schweigen „als verbindende Kraft gesehen [wurde], ganz im Sinne der stummen Geborgenheit des Säuglings in der Symbiose zur Mutter³⁸“ (Wepfer, 1998, 25). Dennoch wird der Grundgedanke, dass das Schweigen als Ausdruck des Todes verstanden werden kann, beibehalten. Morgenstern berichtet 1980 in einem Fallbericht von einer Patientin, die in einer vorwiegend im Schweigen abgehaltenen Kurztherapie die Beziehung zu ihrem Vater reinszenierte, den sie zuvor in den Tod begleitet hatte (vgl. Wepfer, 1998, 26).

Bei Theodor Reik findet 1927 erstmals das Schweigen des Analytikers seine Thematisierung – dieses erfolge nicht aus Passivität, sondern sei „ein aktives, bewusst eingesetztes Arbeitsinstrument“ (vgl. Wepfer, 1998, 29). Unter dem Aspekt der „Phallizität“ spricht Wepfer vom Kraftvollen, Mächtigen und Imponierenden, welches dem Schweigen innewohnt (vgl. Wepfer, 1998, 30).

Ein weiteres triebpsychologisches Deutungsmuster ist das der „Oralität“. Diese Idee stammt von der Tatsache her, dass unsere gesprochene Sprache durch den Mund ausgeformt wird, was einige Analytiker zu der Vorstellung geführt hat, „Sprache könne symbolisch – analog zur Analität – als Exkrement des Mundes betrachtet werden“ (Wepfer, 1998, 32). Wepfer erachtet diese Konzeption der Oralität jedoch theoretisch aus psychosexuellen Gesichtspunkten als unkorrekt, weil ja der Begriff der Oralität eine Entwicklungsstufe des Menschen bezeichnet, in welcher ein Modus des Hergebens oder Zurückhaltens noch gar nicht etabliert ist (vgl. Wepfer, 1998, 31 ff.). Jedoch wurde das Konzept der Oralität auch unter dem Aspekt des „Versorgtwerdens“ auf das Schweigen angewendet – das Schweigen wird hier nicht als Zurückhalten gesehen, sondern als Fütterungswunsch (vgl. Wepfer, 1998, 33).

Das von Robert Fliess 1949 vorgeschlagene Deutungsmuster besteht darin, das Schweigen als „urethralerotisch“ zu verstehen. Hier wird das Sprechen lediglich unterbrochen und könne jederzeit ohne Schwierigkeit wiederaufgenommen werden. Diese Interpretationsweise des Schweigens als Unterbrechung des Sprachflusses³⁹ wird hier im Zusammenhang mit dem Widerstandsbegriff klar von analerotischem und oralerotischem Schweigen abgegrenzt, da es spannungsfrei, gleichsam „normal“ und nicht von machtkämpferischer Natur sei und folglich auch nicht einer Analyse unterzogen werden müsse (vgl. Wepfer, 1998, 36 f.)

Ausgehend von Beiträgen aus der Philosophie der damaligen Zeit⁴⁰, die das Schweigen immer wieder als Bestandteil menschlichen Daseins ansehen, ist Avery D. Weisman 1955

³⁸ Mögliche Bedeutungen von Stille im Kontext der Symbiose von Mutter und Säugling wurden in Kapitel 3.3 behandelt.

³⁹ Wepfer zieht hier auch eine Parallele zum Auftreten von Pausen in der Musik.

⁴⁰ Besondere Zuwendung fand das Schweigen in den Schriften Picards, Huxleys, Heideggers sowie Wittgensteins (vgl. Wepfer, 1998, 43 ff.).

der erste, der diese Sichtweise auf das therapeutische Geschehen anwendet. Weismans Arbeit geht erstmals grundsätzlich von der Annahme aus, dass das Schweigen ein integraler Teil der Psychotherapie sei, der ebenso produktiv zum Verständnis des Patienten beitragen könne wie die Sprache. Damit wird der Grundstein gelegt für eine Etablierung der „kommunikativen Bedeutung des Schweigens“ (vgl. Wepfer, 1998, 45). Auch wird zunehmend ein Zugang zum Phänomen des Schweigens über die Gegenübertragung gefunden (vgl. Wepfer, 1998, 47 ff.). Ichpsychologie, Objektbeziehungstheorie, Lerntheorie, Selbstpsychologie u. v. m. wenden sich in ihren Überlegungen auch dem Schweigen zu.

Das eigentlich Neue an dieser „integrativen Phase der Theoriegeschichte des Schweigens“ (Wepfer, 1998, 77) sieht Wepfer darin, dass das Schweigen auch jenseits einer Deutung von Triebbefriedigung und Widerstand begriffen wird:

„Jenseits einer Deutung von Triebbefriedigung und Widerstand wird Schweigen als komplexer psychischer Status gesehen, der – wie Sprechen und Körperhaltung – Gegenstand der analytischen Betrachtung sein muss. [...] Es verhält sich somit mit dem Schweigen wie mit allen anderen Phänomenen der Analyse auch: Wenn es gelingt, sie analytisch nutzbar zu machen, ist etwas gewonnen.“ (Wepfer, 1998, 77)

4.4 THERAPEUTISCHE STILLE UND „STILLES EINVERSTÄNDNIS“

4.4.1 Zum Begriff des „Einverständnisses“

Dass sich dieser Teil des Kapitels nicht so sehr auf eine klar definierte Begrifflichkeit psychotherapeutischer Fachliteratur bezieht, wurde in der Hinführung hierzu bereits angekündigt. Vielmehr sollen darin eigene Gedanken und Vermutungen zu diesem Begriff und seiner Bedeutung im Rahmen eines psychotherapeutischen Verständnisses ihren Ausdruck finden.

Es sind die Momente⁴¹, in denen innerhalb der therapeutischen Dyade Unbegreifbares, Unsagbares, Unausprechliches geschieht – „irgendwie heilig ...“ meinte eine Kollegin. Der Theologe und Psychotherapeut Robert Katnik denkt hier an die „geheimnisvollen“ Momente einer Therapie im Sinne des Mysteriums – das Geheimnisvolle liegt hier nicht im Dunkel, ist nicht nur ein unlösbares Rätsel, sondern wird „auf anderer Ebene hell“ (Mag. Robert Katnik, persönliche Mitteilung am 14. 08. 2001); es sind die Momente, in denen gewissermaßen „Erkennen“ geschieht, jedoch nicht mehr in denkbarer oder gar diskursiver Weise.

Es sind die Momente, in denen durch Offenheit und Empfänglichkeit sowohl beim Therapeuten als auch beim Patienten, durch beiderseitiges Einlassen auf ebendieses Moment die Empathie des Therapeuten in ihrer tiefgreifendsten und umfassendsten Form ansetzen kann und so „Verstehen“ möglich macht.

Es sind die gemeinsam erlebten Momente der Betroffenheit und Berührtheit, die Momente tiefsten emotionalen Erlebens. Im gemeinsamen Einlassen auf das Erleben unterschied-

⁴¹ Begriffe wie „Moment“ oder „Augenblick“ seien an dieser Stelle nicht an zeitliche Vorstellungen gebunden.

lichster Gefühle wie Trauer und Schmerz, aber auch Glück und Zufriedenheit entsteht die „Nähe“ therapeutischen Einverständnisses.⁴²

So sehr sich die Atmosphäre solch eines Moments verdichten mag, so zerbrechlich ist auch die Kostbarkeit eines solchen Augenblicks.

Diese Momente können gewissermaßen als Höhepunkte therapeutischer Prozesse angesehen werden: Carl Rogers folgend bilden sie die höchste Form der von ihm gestellten „Bedingungen des therapeutischen Prozesses“⁴³, welchen nach der Therapeut „bedingungslose positive Beachtung gegenüber dem Klienten [empfindet,] [...] empathisch den inneren Bezugsrahmen des Klienten [erfährt]“ (Rogers, 1987, 40) und der Klient zumindest in geringem Ausmaße diese Bedingungen wahrnimmt (vgl. Rogers, 1987, 40). Rogers sieht die „bedingungslose positive Beachtung“ als eines der Schlüsselkonstrukte seiner Theorie (vgl. Rogers, 1987, 34): „Positive Beachtung [...] bedeutet, eine Person zu schätzen, ungeachtet der verschiedenen Bewertungen, die man selbst ihren verschiedenen Verhaltensweisen gegenüber hat.“ (Rogers, 1987, 35)

Petersen folgend lässt sich behaupten, dass solch ein Erleben im Rahmen der therapeutischen Beziehung nur dann möglich werden kann, wenn die therapeutische Beziehung eine „mitmenschliche“ geworden ist –

„Mitmenschliche Beziehung ist nur möglich nach und mit dem Aufheben, Durchschauen und Zurücknehmen des Übertragungs-Gegenübertragungs-Prozesses. [...] Der Therapeut analysiert nicht den Patienten, sondern er nimmt den emotionalen Prozeß zwischen beiden wahr, und er nimmt Dinge in seinem Innern, in seiner Tiefe ebenso wahr wie Dinge im Patienten.“ (Petersen, 1987, 17 f.)

Ist die therapeutische Beziehung zu einer „mitmenschlichen“ geworden, so kann aus dieser Beziehung ein Prozess des „Begegnens“ entstehen. Dieses Begegnen impliziert ein Berühren und sich Berührenlassen von beiden Seiten – „Wer sich vom Anderen berühren läßt, [...] läßt sich auf die Existenz, das Sosein des Anderen ein und eröffnet damit die Möglichkeit zu Reife und innerem Wachstum“ (Petersen, 1987, 23). Das Wort „Möglichkeit“ weist hier auf die Zweckfreiheit hin, in der Begegnung stattfindet und die in der Berührung der Begegnung bestehen bleibt. Begegnung bedarf keiner absichtsgerichteten

⁴² Hier lässt sich eine Parallele ziehen zu dem von der „Boston Group“ beschriebenen Begriff der „now-moments“: Diese Säuglingsforschungsgruppe (Stern u. a.) ging der Frage nach, was in psychotherapeutischen Prozessen „wirkt“ und fand heraus, dass ein wirklicher Wandel nur stattfinden kann, wenn über das „explizite Wissen“, beispielsweise als Folge psychoanalytischer Deutungen, hinaus auch die Ebene des „impliziten Wissens“ angerührt wird. Lenz greift dies in ihrer Pilotstudie mit Schrei-Babys auf, wenn sie schreibt: „Damit wird die therapeutische Beziehung ‚real‘. Diese besonderen Momente, in denen dies geschieht, werden ‚now-moments‘ genannt – beide Partner ‚treffen sich‘. Auch in einer gegläckten frühen Mutter-Kind-Beziehung entstehen diese Momente immer wieder und ebenso in Interaktionen mit anderen Betreuungspersonen.“ (Lenz, 2000, 130) Bezugnehmend auf ihre musiktherapeutische Arbeit mit Schreibabys und deren Mütter, schreibt Lenz, dass in der Therapie oftmals zum ersten Mal „Qualitäten wie ‚auf derselben Wellenlänge sein‘, ‚wir haben uns getroffen““ (Lenz, 2000, 138) erlebt werden – „Diese Momente von Glück, die im ‚Jetzt‘ geschehen (‚now-moments‘), haben zur Folge, daß das ‚miteinandersein‘ nicht mehr nur als anstrengend erlebt wird; es fühlt sich gut an.“ (Lenz, 2000, 138)

⁴³ Rogers nennt insgesamt 6 Bedingungen; die hier angeführten sind Bedingung 4, 5 und 6.

Zweckhaftigkeit. Nicht „Verschmelzung“ wie etwa in symbiotischer Entgrenzung ist gemeint, nicht bedingungsloses Einssein, sondern: „Im ‚gegen‘ ist der Andere als ‚Gegner‘ miteinbezogen“ (Petersen, 1987, 23). So lässt Begegnen „zwischen Ich und Du die Freiheit entstehen, welche die Möglichkeit personalen Miteinanderseins, die Gemeinschaft gleichursprünglicher Wesen schafft [...]. Begegnen läßt Freiheit in der Bindung zu; nur aus dieser Freiheit ist personales Wachstum möglich“ (Petersen, 1987, 23 f.).⁴⁴

Als Element einer therapeutischen Haltung, die Begegnung möglich macht, erachtet Petersen die „sinnliche Feinhörigkeit“, die sich nur realisiert,

„indem der zuhörende Mensch gleichsam durch Stimme und Sprache des Leidenden hindurch in die von verfehlten Widerständen abgeriegelte Tiefenseele hinabhört. Das bedeutet: Feinhörigkeit verwirklicht sich bei aller Beachtung von Distanz durch geistiges Hineingehen-in-anderes, in fremdes, widerständiges, unerhelltes, gequältes Leben.“ (Seidmann, 1973, zit. nach Petersen, 1987, 26)

Feinhörigkeit findet sich fernab vorweisbaren Wissens, sie hat nichts mit Vielwissen oder Besserwissen zu tun (vgl. Petersen, 1987, 27) – „Er [der Therapeut] weiß, daß auch er immer erneut im Nichtwissen steht und von der Verführung durch Schein, Unbewußtheit und Irrtum bedroht ist und daher die Feinhörigkeit mit seinem ‚dritten Ohr‘ ständig gegen sich selbst richten muß.“ (Seidmann, zit. nach Petersen, 1987, 27)

Wesentlich scheint mir bei Petersen auch der Begriff des „Innewerdens“ – „Innewerden meint existentielle Begegnung [...] [und] vollzieht sich jenseits von Antipathie oder Sympathie.“ (Petersen, 1987, 29) Durch ein Innewerden wird der Therapeut als er selbst betroffen; und nur, indem sich der Therapeut selbst treffen lässt, kann er dem Patienten dort begegnen, wo er sein Dasein als Antwort vermitteln kann und den Patienten in seiner Personenmitte erreichen kann. „Innere Zeit“ braucht es dann, um den Prozess des Innewerdens wachsen zu lassen (vgl. Petersen, 1987, 29).

4.4.2 „Stilles Einverständnis“ im Begegnen von Therapeut und Patient

Momente oder Zeiten „therapeutischen Einverständnisses“ können m. E. nur da stattfinden, wo Begegnung passiert – Begegnung, die aus der Tiefe kommt und als das Höchste im therapeutischen Geschehen die Menschen miteinander verbindet (vgl. Petersen, 1987, 33).

Dass es meine Absicht ist, Momente der Begegnung solcher Art in Verbindung mit Stille zu bringen, braucht hier nicht weiter erklärt zu werden. Begegnung findet sich jenseits allen therapeutischen Bestrebens, das Gegenwärtige mit Namen, mit Begrifflichkeiten zu versehen, fernab jeglicher Terminologie. „Nähe ist die ursprüngliche Sprache, Sprache ohne Worte und Sätze“ schreibt Emmanuel Levinas (Levinas, o. J., zit. nach Gregor, 1995, 51).

Martin Buber verdeutlicht seine Gedanken zum „mitteilenden Schweigen“ (vgl. Buber, 1962, 141 ff.) anhand eines Beispiels, das hier zusammengefasst wiedergegeben sei: Zwei Männer sitzen schweigend nebeneinander, sie sehen einander nicht an, haben sich einander gar nicht zugewandt, sind nicht miteinander vertraut. Den einen der beiden Männer

⁴⁴ Hier lassen sich Parallelen erkennen zu den in Kapitel 3.5 ausgeführten Überlegungen, nach welchen der Therapeut dem Patienten klar vermittelt: „Ich bin da, aber ich bin nicht Du ...“.

schildert Buber als „gelassen, allem gastfrei zugeneigt, was kommen mag; sein Wesen scheint zu sagen, es sei zu wenig, bereit zu sein, man müsse auch wirklich da sein“ (Buber, 1962, 142), den anderen als „gehalten, verhalten [...] seine Verhaltenheit [ist] noch anderes als Haltung [...], hinter aller Haltung lagert das undurchdringliche Sich-nicht-mitteilen-können“ (Buber, 1962, 142 f.).

Doch plötzlich geschieht es – im Schweigen –, dass sich der Bann löst: „Rückhaltlos strömt die Mitteilung aus ihm, und das Schweigen trägt sie zu seinem Nachbarn, dem sie ja doch zgedacht war und der sie [...] rückhaltlos aufnimmt. Er wird niemandem, auch nicht sich selbst, erzählen können, was er erfahren hat.“ (Buber, 1962, 143)

In diesem Beispiel offenbart sich der wortlose Anteil eines „Geheimnisses“, indem der Mann, der sich nicht mitteilen kann, den Rückhalt, über den nur er selbst Macht hat, aufhebt (vgl. Buber, 1962, 143). In der Therapie sind es die Momente des Loslassens, die Momente, in denen der Patient es wagt, die Ängste und Widerstände, die ihn halten und verhalten, aufzuheben – erst dadurch kann Begegnung als therapeutischer Höhepunkt stattfinden, sprachlos, wortlos. „Es bedarf keines Wissens mehr. Denn wo Rückhaltlosigkeit zwischen Menschen, sei es auch wortlose, gewaltet hat, ist das dialogische Wort sakramental geschehen.“ (Buber, 1962, 143)

Das Unfassbare geschieht im Schweigen, in der Stille⁴⁵. Momente, die von solcher Intensität, Dichte und auch Zerbrechlichkeit, von solcher Nähe getragen werden, bedürfen der Stille, eines Innehaltens im Verstehen und Verstandenwerden – dabei spreche ich sowohl von äußerer als auch von innerer, von akustischer als auch empfundener Stille⁴⁶. Hier kann Veränderung geschehen und neue Kreativität erwachsen.

⁴⁵ Siehe Kapitel 2.2

⁴⁶ Siehe Kapitel 1.2

5 MUSIKTHERAPIE UND STILLE

*Manchmal gelingt es mir, einen Vogel hereinzubolen in mein Reich, und ich lasse ihn singen.
Immer singt er mir Weisen, die ich nicht kenne, aber die mir wohl tun,
Mir die Mitte des Reiches ausdrücken,
Sie erneuern, sie mir mehr zu eigen geben, mir auch Lust machen zu singen
– und ich singe.
Ich kann zur Nachtigall sprechen.
Der Beweis: Sie antwortet mir,
Und ihr Lied dringt in mein Reich ein.
Nährt die Stille.
(Engène Guilleric)*

5.1 HINFÜHRUNG

Als Musiktherapeuten haben wir es hauptsächlich mit zwei Medien zu tun: mit der nonverbalen „Musiksprache“ (vgl. Oberegelsbacher, 1999) und mit der verbalen Sprache. Die Musiksprache ist die wesentliche Besonderheit unserer Therapieform. Gemeinsam mit unseren Patienten bewegen wir uns im nonverbalen Raum, in einem Raum der Klänge. Als unser „Material“ ist alles gemeint, was klingt und tönt – die Musikinstrumente, unsere Stimmen, Improvisationen, Lieder sowie Musik vom Tonträger als rezeptives Element.

Und in unterschiedlicher Gewichtung und je nach Klientel findet auch die verbale Sprache ihren Einsatz – in Form einer Begrüßung, in einer verbal geleiteten Körperwahrnehmung, beim Äußern der momentanen Stimmung, beim Finden, Erklären und Anleiten von Spielangeboten, in der einem Spiel folgenden Reflexion, in Form von Deutung und Interpretation, um nur einige Beispiele zu nennen.

Worüber jedoch wenig Bewusstheit zu herrschen scheint, ist die Tatsache, dass im Kontext jedes verbalen und nonverbalen Geschehens Stille auftaucht und uns zu begegnen versucht – Stille in ihren unzähligen Möglichkeiten und Erscheinungsformen. Dass dem Phänomen Stille so wenig Beachtung geschenkt wird, zeigt sich vor allem darin, dass das Ausmaß musiktherapeutischer Literatur zum Thema sehr spärlich gehalten wird. Zwar finden sich in Therapieberichten und praxisbezogenen Artikeln, Aufsätzen u. ä. des öfteren Hinweise auf Stillevorkommnisse, diesen wird aber meist nicht weiter nachgegangen, und sie bleiben gewissermaßen als „nichtklingender Fremdkörper“ in Betrachtungen und Ausführungen des Klingenden zurück. Meine Literaturrecherchen zum Thema dieser Arbeit lassen mich vermuten, dass das Phänomen Stille in der Therapie derzeit in einem Kreis britischer Musiktherapeuten eine Auseinandersetzung erfährt⁴⁷, auch gibt es an der Fachhochschule in Heidelberg einige Abschlussarbeiten und Diplomarbeiten zum The-

⁴⁷ Die Londoner Musiktherapeutin Pavlicevic (1995) widmete in ihrem Artikel über Improvisationsgruppen mit Erwachsenen in Südafrika der Stille einen eigenen Absatz; Sutton (2001) hielt im Rahmen des Europäischen Musiktherapiekongresses in Neapel 2001 einen Vortrag zum Thema; des weiteren fand sich ein von Flower (2001) im Rahmen einer Konferenz der BSMT gehaltener Vortrag.

ma⁴⁸, in Wien gab es bisher jedoch noch keine musiktherapeutische Arbeit, die das Thema in umfangreicherem Maße behandelte.

Wie jedoch in unserem alltäglichen Umgang mit Sprache und Musik ist natürlich auch im therapeutischen Kontext die Stille Teil der Sprache und Teil der Musik – die Stille ist es, die Kommunikation in Sprache und Musik erst möglich macht.

Bezugnehmend auf die Bedeutung der Stille im musiktherapeutischen Geschehen schreibt Leslie Bunt: “[silence in music therapy is] crucial for giving space and significance to a sound, and can almost be regarded as an element in its own right.” (Bunt, 1994, zit. nach Sutton, 2001)

In diesem Sinne erachte ich es nun als meine Aufgabe, mich in der vorliegenden Arbeit – und dabei speziell in diesem Kapitel – den Zeiten und Momenten der Stille in der Musiktherapie zuzuwenden, in denen akustisch nichts zu hören ist, in denen nichts zum Klingen gebracht wird. In meinen Ausführungen stütze ich mich vor allem auf das Material, das ich einer im Rahmen meiner Diplomarbeit durchgeführten Fragebogenerhebung zum Thema „Stille in der Musiktherapie“ entnehmen konnte.

Zu einem großen Teil entstammen die Ausführungen dieses Kapitels natürlich auch meiner eigenen, studentisch-musiktherapeutischen Erfahrung – wobei ich mich hier hauptsächlich auf Stilleerfahrungen im Praktikumsbereich der Psychosomatik beziehe –, meinen eigenen Gedanken und Gefühlen, meiner eigenen therapeutischen Grundhaltung, wohl auch meiner eigenen Imagination.

Des weiteren versuche ich auch immer wieder, das zum Thema gefundene – wenn auch in seiner Quantität spärliche – Material musiktherapeutischer Literatur einzuflechten.

Ziel dieses Kapitels ist es, den allgemeinen Umgang mit dem Auftreten von Stille in der Musiktherapie widerzuspiegeln, jedoch besonders auch, das Phänomen Stille – sofern dies überhaupt möglich ist – konkret und anschaulich werden zu lassen und immer wieder eine Verbindung von Theorie und Praxis entstehen zu lassen.

Die Ergebnisse der Fragebogenerhebung, auf die im folgenden Abschnitt eingegangen wird, zeigen deutlich, dass Stille, auch wenn sie in ihrer Phänomenologie nur mangelnde Auseinandersetzung in der Literatur erfährt, im Rahmen musiktherapeutischer Arbeit auftaucht, dass sie existiert. In einem Vortrag zum Thema „Musiktherapie und Gesprächspsychotherapie“ fordert Benenzon ganz klar: „Der Musiktherapeut muss mit Stille arbeiten“ (Benenzon, 2000, 24) und definiert daraufhin: „Die Musiktherapie ist somit die Kunst, die Stille zu harmonisieren, um Kommunikation zu ermöglichen.“⁴⁹ (Benenzon, 2000, 24)

Um jedoch mit Stille therapeutisch arbeiten zu können, muss sie zunächst einmal auftreten dürfen und wahrgenommen werden; erst aus der Wahrnehmung heraus kann sie sich entwickeln und gestalten – je nachdem, ob sie zugelassen wird oder nicht.

⁴⁸ Die Diplomarbeit von Spiegler (1991) bot mir für die vorliegende Arbeit einige interessante Gedanken; die Arbeiten von Dietlinde Niehus-Harnett (1983), Siska Wilkens (1993) und Wolfgang Böhner (1999) konnten aufgrund von Schwierigkeiten bezüglich ihrer Erhältlichkeit nicht eingearbeitet werden.

⁴⁹ Die Zitate aus dem italienischen Artikel von Benenzon wurden von Christian Unterthiner übersetzt.

5.2 DIE FRAGEBOGENERHEBUNG

Die Fragebogenerhebung wurde im Mai und Juni 2001 durchgeführt. Sie richtete sich an Musiktherapeuten – vorwiegend an Studierende und Absolventen des Lehrgangs für Musiktherapie bzw. des Kurzstudiums Musiktherapie an der Universität für Musik und darstellende Kunst Wien. 53 Fragebögen wurden ausgegeben, ein Rücklauf von 26 Fragebögen konnte ausgewertet werden – dies entspricht einer Rücklaufquote von 49%. 3 Männer und 23 Frauen im Alter von 21 bis 42 Jahren sendeten mir ausgefüllte Fragebögen zu, davon 14 Berufstätige und 12 Studierende. Die Fragen konnten teilweise durch Ankreuzen, teilweise auch durch ausformuliertes Beschreiben beantwortet werden. Vielfach ging es dabei um eine möglichst spontane Beantwortung der gestellten Fragen. Die geschilderten Stille-Erfahrungen bezogen sich auf unterschiedlichste Klientel, wobei deutliche Schwerpunkte in den Bereichen Psychosomatik und Psychiatrie zu erkennen waren.

1. Stichwort „Stille“ – Was assoziieren Sie damit?

Diese Aufforderung zu spontanen Assoziationen erwies eine durchgehend positive Einstellung der Musiktherapeuten zum Stichwort „Stille“: 9 Musiktherapeuten nannten ausschließlich positive Erlebensweisen, bei 15 Musiktherapeuten wurden sowohl positive als auch negative Erlebensweisen genannt, auch hier überwogen jedoch positive Assoziationen. Die Beiträge zweier Musiktherapeuten konnte ich einer Kategorisierung von positiv und negativ nicht eindeutig zuordnen, da sie Tautologien darstellten bzw. poetischer Natur waren. Auffallend oft fanden sich Assoziationen wie „Ruhe“, „Entspannung“, „auf sich selbst hören“, „Genuss“ und „Pause“, auch „Spannung“ und „Anspannung“ wurden wiederholt genannt. Als negative Erlebensweisen wurden vermehrt „Blockade“, „Widerstand“, „Angst“ und „Aggression“ assoziiert.

2. Können Sie sich in diesem Moment spontan an eine spezielle Stille-Sequenz einer Musiktherapiesitzung erinnern? (bitte später nicht korrigieren!)

In 22 der 26 ausgewerteten Fragebögen gaben die Musiktherapeuten an dieser Stelle an, sich spontan an eine Stillesequenz erinnern zu können (dies entspricht etwa 85%). Die Angaben der geschätzten Dauer der Stille reichten von 2 Sekunden bis 25 Minuten, der rechnerische Mittelwert liegt bei etwa 3 Minuten.

3. Auf einer Skala von 1–7: Wie wichtig ist – ganz allgemein – das Auftreten und Zulassen von Stille in der Musiktherapie für Sie?

Die Auswertung dieser Frage zeigte eine deutliche Tendenz nach oben. Bei weniger als 12%, nämlich 3 Personen lag die Einschätzung des persönlichen Stellenwerts unter dem Skalenwert 5; ein gutes Viertel, nämlich 7 Musiktherapeuten, ordneten sich dem Wert 6 auf der Skala zu, jeweils ein knappes Drittel, nämlich 8 Musiktherapeuten den Werten 5 und 7. So ergab sich auf der Skala ein rechnerischer Durchschnitt von 5,65 – die Einschätzung des persönlichen Stellenwerts von Stille in der Musiktherapie liegt demnach deutlich im oberen Bereich.

4. Wodurch könnte Stille innerhalb einer Musiktherapie-Sitzung entstehen?

Die Beantwortungen dieser Frage boten ein weites und reichhaltiges Feld von Faktoren und Auslösern für das Auftreten von Stille in der Musiktherapie, es wurden meist mehrere Antworten unterschiedlichen Gehalts angeführt.

Sehr oft wurden Situationen genannt, in denen eine „dichte“ Atmosphäre besteht, etwa durch Betroffenheit, Berührtheit, Erkenntnis oder das Gefühl, etwas Unsagbares erlebt zu haben. Auch „Unsicherheit“ und „Ratlosigkeit“ sowohl beim Therapeuten als auch beim Patienten wurden genannt, des weiteren „Angst“ und „Hemmung“. Auch bezog sich das Auftreten von Stille wiederholt auf Situationen, in denen Aggression, Widerstand, Abwehr und unausgesprochene tabuisierte Konflikte spürbar werden.

In mehr als zwei Drittel, nämlich in 18 der 26 ausgewerteten Fragebögen wurde diese Frage mit mindestens einer Äußerung beantwortet, die das Zustandekommen von Stille unmittelbar mit dem musikalischen Geschehen in Verbindung bringt. Am häufigsten wurden hier die Stille vor und die Stille nach der Musik genannt, auch fand die „Pause“ infolge angeleiteter Spielangebote ihre Berücksichtigung.

Als weitere, des öfteren genannte Auslöser für Stille lassen sich Situationen der Veränderung, der Neukonfiguration von Themen beispielsweise, beschreiben, in welchen die Stille als Rückzug und zum Innehalten oder Nachdenken ihre Bedeutung erhält.

5. Welche unterschiedlichen Gefühlsqualitäten des Stille-Erlebens kennen Sie?

Auch diese Frage führte in der Auswertung zu einer sehr breiten Palette von im Zusammenhang mit Stille auftretenden Gefühlen. Bezog sich die 1. Frage des Fragebogens auf eine allgemeine Assoziation, so richtete sich diese Frage konkret an das Stille-Erleben in der Musiktherapie, wobei die Tendenz zu unangenehmen Gefühlsqualitäten hier deutlich zunahm: 48% der genannten Gefühlsqualitäten hatten deutlich negative, 41% positive Färbung, 11% konnten in einer solchen Kategorisierung nicht eingeordnet werden.

Bei 40% der Musiktherapeuten überwog negativ gefärbtes Erleben therapeutischer Stille, bei 32% positives, bei 28% wurden positive und negative Gefühlsqualitäten in ausgeglichenerem Maße genannt. Auffallend war, dass die – weniger berufserfahrenen – Studierenden eher zu negativen Gefühlen tendierten als Musiktherapeuten mit längerer Berufserfahrung: bei 50% der Studierenden standen negative Gefühlsqualitäten im Vordergrund, bei 25% positive, wohingegen 38% der berufserfahrenen Musiktherapeuten vorwiegend positive und 23% vorwiegend negative Gefühlsqualitäten nannten.

6. Wie lange schätzen Sie die längste der von Ihnen in der Musiktherapie erlebten Stille-Sequenzen in ihrer Dauer ein?

Die Angaben der geschätzten Dauer reichten von 15 Sekunden bis hin zu 40 Minuten, der rechnerische Durchschnitt liegt bei etwa 7 Minuten. Hier fiel auf, dass Stillesequenzen von sehr langer Dauer (15–40 Minuten) ausschließlich von Musiktherapeuten mit längerer Berufserfahrung berichtet wurden, auch wurden sehr kurze Zeiträume (15 Sekunden) nur von Berufstätigen genannt. Studierende gaben meist eine Dauer von 2–3 Minuten an, nur eine Studentin schätzte die längste Stillesequenz auf 10 Minuten.

7. Würden Sie die Stillesequenzen, mit denen Sie in der Musiktherapie zu tun haben, eher der Musik oder der Sprache zuordnen?

Die Auswertung dieser Frage zeigte eine durchgehende Ausgewogenheit in der Zuordnung von Stille zu Sprache und Musik. An den beiden Endpolen fanden sich jeweils 2 Zuordnungen, in der Mitte 7; 6 Musiktherapeuten ordneten die Stille eher der Musik zu, 9 eher der Sprache. Der Durchschnitt liegt somit ein wenig nach der Mitte in Richtung zum Sprachpol.

8. Bitte bestimmen Sie (möglichst spontan!) die Schwerpunkte Ihrer musiktherapeutischen Erfahrungen mit Stille:



Die Auswertung dieser Aufgabe spiegelt ein recht positives Bild musiktherapeutischer Erfahrungen mit Stille wider: Es wurden deutlich starke Tendenzen zu den Polen „spannend“ und „erfüllt“ sichtbar, mittelstarke Tendenzen zu „kommunikativ“ und „bewegt“, sowie leichte Tendenzen zu „angenehm“ und „etwas in Fluss bringend“.

9. Wenn Sie Frage 2 mit „nein“ beantwortet haben – Erinnern Sie sich nun an eine musiktherapeutische Stille-Sequenz?

Von den 4 Musiktherapeuten, die die 2. Frage des Fragebogens mit „nein“ beantwortet hatten, gaben an dieser Stelle 3 an, sich nun an eine Stillesequenz erinnern zu können, wodurch die Gesamtanzahl auf 25 erhöhte – dies entspricht etwa 96% der Musiktherapeuten in den ausgewerteten Fragebögen. Dies spricht auch dafür, dass mit einer verstärkten Zuwendung zum Phänomen „Stille in der Musiktherapie“, d. h. mit der Beantwortung der gestellten Fragen, teilweise eine Bewusstmachung für das Auftreten von Stille geschehen konnte.

10. Welche Spielangebote kennen Sie, die das Entstehen von Stille beinhalten oder zum Ziel haben?

Diese Frage lieferte ein sehr breites Spektrum von Möglichkeiten, Stille gezielt in der Musiktherapie einzusetzen und anzuleiten: Am häufigsten wurden Spiele genannt, in denen es zu „Pausen“ kommt, Spiele, in denen ein Wechsel von Klang und Stille angeboten wird.

Dies diene der Darstellung von Gegensätzen, der Trennung verschiedener Spielteile, dem musikalischen Einbeziehen derjenigen Gruppenteilnehmer, die nicht spielen wollen. Aus dem Kinderbereich wurden Spielangebote in Form gezielter, strukturierter und vorstellungsgeliteter Musikspiele angeführt (z. B. „Wachsstatuen-Spiel“). Weiters wurde wiederholt das Angebot genannt, eine Improvisation aus der Stille heraus zu beginnen und in die Stille ausklingen zu lassen. Großen Stellenwert erhielt die Stille hier auch in diversen Körperwahrnehmungsangeboten sowie in rezeptiven Angeboten.

11. Welche Interventionsmöglichkeiten kennen Sie / wenden Sie an, um eine in der Musiktherapie auftretende Stille zu beenden?

Die hier angeführten Möglichkeiten lassen sich einteilen in verbale oder nonverbale Interventionen – in allen ausgewerteten Fragebögen wurden Interventionsmöglichkeiten beider Kommunikationsebenen angeführt. Als verbale Interventionsmöglichkeiten wurden häufig das Ansprechen der Stille, das Nachfragen sowie die Beschreibung des eigenen Erlebens genannt. Nonverbale Interventionen können einerseits musikalische Impulse sein, ein musikalisches Aufgreifen des Stimmungsgehalts, andererseits lassen sich dieser Ebene auch nonverbale Gesten wie das Herstellen von Blickkontakt oder auch Berührung zuordnen.

12. Haben Sie schon einmal eine Stille in der Musiktherapie erlebt und zugelassen, ...

... die Sie als besonders wichtig für den Therapieprozess erachten,

... die etwas Unerwartetes in Gang gesetzt hat,

... ohne die etwas Wesentliches wahrscheinlich nicht stattgefunden hätte?

In 24 der 26 ausgewerteten Fragebögen beantworteten die Musiktherapeuten diese Frage mit „ja“ und konnten ein entsprechendes Beispiel aus ihrer praktischen Erfahrung schildern – dies entspricht etwa 92% des Rücklaufs. Zwar fand sich vielfach kein ausdrücklicher Hinweis auf das „besonders Wichtige“, „Unerwartete“ oder „Wesentliche“, den Beispielen konnte jedoch beispielsweise das „Eröffnen von Ängsten“, die „Fortsetzung eines Wohlfühls“ oder eine „emotionale Nachreifung und Begegnung“ als qualitative Bedeutung der Situation entnommen werden. Die Beispiele entstammten der musiktherapeutischen Arbeit mit unterschiedlichster Klientel, wobei deutliche Schwerpunkte in den Bereichen Psychiatrie und Psychosomatik zu erkennen waren. Vor allem die Studierenden schilderten großteils Beispiele aus dem musiktherapeutischen Praktikum Psychosomatik. Ein großer Teil der zur Verfügung gestellten praktischen Beispiele konnte in das „musiktherapeutische Kreismodell der Stille“⁵⁰ eingearbeitet werden, wobei deutliche Häufungen in den Schilderungen „prä-musikalischer“ (etwa 30%) sowie „intra-verbaler“ (25%) Stillebeispiele auffielen.

⁵⁰ Siehe Kapitel 5.4

5.3 EIN STILLER RAUM

5.3.1 Bereit(et) sein zur Stille

Ein therapeutischer Umgang mit Stille setzt voraus, dass der Therapeut zunächst selbst bereit dazu ist, eine auftretende Stille auch dahingehend zuzulassen und anzunehmen, dass auch er gewissermaßen als Person von ihr erfasst wird. Ein Zugang zu seinem eigenen Stille-Erleben bedarf eines Prozesses, eines Weges, auf dem der Therapeut sich selbst dazu bereitet, Stille in ihren unterschiedlichsten Möglichkeiten und – positiv wie negativ gearteten – emotionalen Bedeutungen kennenzulernen und sie in ihrem Potential anzuerkennen. Benenzon weist auch auf die Notwendigkeit für den Therapeuten hin, selbst regressionsfähig zu sein, seine eigenen regressiven Tendenzen sehr gut zu kennen und Erfahrungen mit dem Ein- und Ausstieg in die bzw. aus der Regression gemacht zu haben (vgl. Benenzon, 2000, 27).

Der Alltag bietet uns zuweilen sehr wenig Spielraum und Zeit dafür, einer Reflexion des eigenen Erlebens und Aushaltens von Stille nachzugehen. Vielmehr kann es im Rahmen einer Selbsterfahrung oder Eigentherapie darum gehen, sich selbst Zeit zu geben dafür, einen eigenen Raum der Stille zu erfahren, seine eigenen Schwierigkeiten im Umgang mit Stille zu entdecken und diesen nachzugehen.

Oberegelsbacher beschreibt die Wirkung einer musiktherapeutischen Selbsterfahrungsgruppe bei einer Ausbildungskandidatin einer italienischen berufsbegleitenden Musiktherapieausbildung:

„Eine junge Frau macht eine beeindruckende Erfahrung, die sie mir nach einem Jahr mitteilt: ‚Es ist eigenartig, im letzten Winter habe ich etwas Neues bemerkt ... Ich habe entdeckt, dass ich die Stille besser ertrage. Oft bin ich in mein Zimmer gegangen, um ein Buch zu lesen, die Stille zu genießen, und es ging mir gut mit mir selbst, während ich vorher nie allein sein konnte und immer mit meinen Leuten in der Küche oder mit dem Fernseher oder mit dem Radio sein wollte. Ich habe überlegt, warum sich das geändert hat und habe nichts gefunden, weil ich in meinem Leben nichts Besonderes gemacht habe. Dann erinnerte ich mich an das Seminar in Musiktherapie aus dem letzten Sommer. Am Anfang mochte ich die stillen Momente in der Gruppe nicht, und ich verstand nicht wirklich, wofür das gut sein sollte, das Chaos mit den Instrumenten – ich sah wirklich keinen Sinn darin. Aber dann war es immer so, dass mit der Zeit etwas entstand, eine Musik ... Es reichte, zu warten, und die Stille verlor ihr Unbehagen ... Ich bin zuversichtlicher geworden. Also, ich denke, dass es jenes Seminar war, welches mich diese schöne Sache entdecken ließ: auch die Stille gern zu haben ...‘ (N. N.)“⁵¹ (Oberegelsbacher, 2000, 223 f.)

5.3.2 Akustische Rahmenbedingungen

Wir wissen, dass die Stille, mit der wir in der Musiktherapie zu tun haben können, stets eine relative ist – wir sind ständig von Geräuschen der Alltagswelt umgeben und produzieren selbst ständig Geräusche, die unsere (biologische) Existenz ausmachen.⁵² Und in die-

⁵¹ Aus dem Italienischen übersetzt von Dr. Dorothea Oberegelsbacher.

⁵² Siehe Kapitel 1.2

sem Sinne geht es bei einer Erörterung musiktherapeutischer Stille zunächst um das akustische Phänomen im Sinne einer „äußeren Stille“.

Als Therapeuten tragen wir die Verantwortung, unseren Patienten einen geschützten Raum anzubieten – einen Raum mit festen (im Idealfall schalldichten) Wänden, mit einer Tür, die geschlossen und geöffnet werden kann. Wir unterliegen einer Schweigepflicht, Geheimnisse verlassen das Therapiezimmer nicht; nichts, was uns der Patient anvertraut, soll aus dem Raum dringen.

Und ebenso verhält es sich umgekehrt: Der jeweilige Arbeitsraum eines Musiktherapeuten soll möglichst frei von äußeren Störfaktoren sein. Ein an der Tür befestigtes Schild mit der Aufschrift „Musiktherapie – bitte nicht stören“ hält in der Regel andere davon ab, den Raum zu betreten und die Therapie (unwissend oder aus mangelnder Rücksicht) zu stören. Es gibt aber auch Störfaktoren, die kaum oder sehr schwer abzuschirmen sind – Kollegen, die mit Patienten am Krankenbett arbeiten, wissen von zahlreichen Erfahrungen zu berichten, in denen Mitarbeiter des Pflegepersonals keine Rücksicht oder wenig Gespür und auch zu wenig Wertschätzung für die Zerbrechlichkeit einer therapeutischen Situation zeigen⁵³.

In einem musiktherapeutischen Praktikum erlebte ich einmal eine von einem Stemmbohrer ‚begleitete‘ Therapiesitzung, die durch die ständige Präsenz dieses von irgendwoher kommenden Lärms äußerst schwierig verlief. Ähnlich problematisch war für mich eine Therapiestunde mit einem zehnjährigen, sehr ängstlichen Jungen, als ein Trommelspiel vom benachbarten, lediglich durch eine Falttür abgetrennten Raum, in dem eine Kollegin arbeitete, durchdrang und immer mehr an Dynamik – für den Jungen wohl an Bedrohlichkeit – zunahm. (Auszüge eigener Therapieprotokolle der klinischen Praktika im Sommersemester 2000)

Natürlich gibt es Situationen, in denen durch institutionelle Bedingungen, durch die provisorische Umfunktionierung z. B. eines Klassenzimmers zu einem Therapieraum oder durch sonstige ungünstige Umstände des Settings so manche Gegebenheiten – dazu zählen auch die akustischen – schwer zu beeinflussen sind. Auch ist es nahezu unmöglich, manche permanent vorhandenen Geräuschquellen, wie eine Klimaanlage oder den von einer nahen Straße ins Therapiezimmer tönenden Verkehrslärm abzuschalten.

Dennoch erachte ich es für sehr wichtig zu versuchen, dem Patienten einen Raum anzubieten, der so viel Schutz bietet, dass das Entstehen von Stille von den akustischen Gegebenheiten her prinzipiell möglich ist. Bei störendem, unbeeinflussbarem Lärm ist es auf jeden Fall notwendig, ihn anzusprechen und bis zu einem gewissen Grade in die Therapie-sitzung zu integrieren, um ihn dadurch zu neutralisieren.

⁵³ Die therapeutische Arbeit am Krankenbett ist oft unabdingbar mit maschinellen Geräuschen oder auch notwendigen Störungen von Seiten des Pflegepersonals verbunden und bedarf hier einer gesonderten Betrachtung.

5.3.3 Den Raum bereiten

Bevor der Patient oder die Teilnehmer der bevorstehenden Therapiesitzung den Raum betreten, befindet sich der Therapeut oftmals allein im Therapiezimmer. Eine etwaige vorausgegangene Sitzung ist beendet, eine neue Situation steht bevor. Der Raum wird neu gestaltet, schnell zusammengeräumt, Sessel aufgestellt und gerückt, Instrumente gestimmt und platziert – der Therapeut gestaltet die Atmosphäre des Raums mit, er bereitet Raum für den erwarteten Patienten.

Diese Minuten vor Beginn einer Therapiesitzung können als „stiller Zwischenraum“ für den Therapeuten genutzt werden: ein Innehalten zwischen dem Vergangenen und dem Kommenden, ein Besinnen auf die eigene momentane Verfassung und Befindlichkeit, ein Gewahrwerden und Annehmen dieser und das Ausrichten der Aufmerksamkeit und Geistestätigkeit auf das nun in Kürze erforderliche Einlassen auf den oder die gleich zur Tür hereinkommenden Menschen. Alfred Schmölz prägte den Begriff der „Einstimmung“ in der Musiktherapie als

„das mehr oder weniger bewußt gestaltete, notwendige Bemühen, über den Weg der Zurücknahme des meist unreflektierten, automatisch ablaufenden Reagierens innerhalb der Alltagsroutine zu einem neuen, empfangs-, kontakt- und reagierbereiten Verhalten zu kommen, um dann [...] für eine sinnvolle Auseinandersetzung im Hier und Jetzt erfahrbereit zu werden.“ (Schmölz, 1983, 58 f.)

Ich denke, dass diese Definition der Einstimmung auch im Sinne einer stillen Einstimmung des Therapeuten auf die kommende Therapiesitzung seine Gültigkeit besitzt. Erst das Zulassen und Aushalten eines eigenen Stille-Raums – wenn auch nur ein paar Momente Zeit dafür sind – bereitet die nötige Offenheit für das erwartete Du; und diese sollte schon bestehen, bevor die Tür aufgeht und der Patient bzw. die Gruppenteilnehmer das Therapiezimmer betreten.

5.3.4 Hör-Raum

Hat die Musiktherapiesitzung nun begonnen, so ist auch hier ein erster, wesentlicher Aspekt der auftauchenden Stille in ihrer raumschaffenden Funktion zu sehen. Das Zulassen einer Stille lässt einen schweigenden Raum (vgl. Schlieffen, 1982, zit. in Spiegler, 1991, 49) entstehen, der es dem Patienten ermöglicht, sich zu entfalten.

Was ein stiller Raum zunächst ermöglichen kann, ist das Hören⁵⁴ –

Hören als das Wahrnehmen und Gewahrwerden, dass es still geworden ist, dass es nun still ist;

Hören als das Wahrnehmen der in dieser Stille vorhandenen und womöglich erst durch diese Stille hörbaren Geräusche – dies können von außen kommende, ‚störende‘ Geräusche, aber auch körpereigene Geräusche sein;

Hören als das Wahrnehmen des eigenen Lebendigseins, des eigenen Atems;

Hören als das Wahrnehmen der Anwesenheit eines anderen.

⁵⁴ Hierfür würde sich auch Tomatis' (2000) Begriff des „Horchens“ (siehe Kapitel 3.2) gut eignen.

„Die Stille ist der erste Ausdruck des Patienten. Dadurch wird ihm die Möglichkeit gegeben, sich zu hören und sich wiederzuerkennen und den anderen zu erkennen.“ (Benenzon, 2000, 24)

Benenzon stellt fest, dass es in der Musiktherapie häufig geschieht, dass Musiktherapeut oder Patient die Notwendigkeit verspüren, einen Klang zu erzeugen und den Raum damit auszufüllen. Oft gelingt es dem Musiktherapeuten dabei nicht abzuwarten – und dadurch besetzt er Raum und Zeit, die es dem Patienten ermöglichen würden, sich auszudrücken (vgl. Benenzon, 2000, 24). Claire Flower hält fest, dass

„es sein kann, dass der Klient durch die Fähigkeit des Therapeuten, Raum zu lassen, Pausen zu machen im Spiel, ‚hört‘, was er selbst macht. Es kann sein, dass die Stille des Therapeuten zum Wachstum des Klienten oder sogar zu einem Bewusstsein seiner eigenen Vielfalt von Klängen führt.“⁵⁵ (Flower, 2001, 6)

Ich denke, eine der größten Schwierigkeiten im Umgang mit Stille in der Therapie besteht darin, dass sie auf so vielfältige Weise auftreten und auf so unterschiedliche Art erlebt werden kann. Therapeutische Stille wird nicht nur als nährender Genuss, als lustvoll, erfüllt, Entspannung, Ruhe, wohltuend usw. erlebt, sondern doch überwiegend mit Gefühlen von Unsicherheit, Beklemmung, Ratlosigkeit, Stress und Angst in Verbindung gebracht.⁵⁶

Es sei jedoch bezweifelt, dass dies Grund dafür sein kann, Stille zu vermeiden und ihr Auftreten zu verhindern, wo doch so vieles des in der Stille Wahrgenommenen und aus der Stille Erspürten im Sinne einer der wesentlichen Informationsquellen und unverzichtbarsten Schlüsselphänomene therapeutischen Arbeitens, der Reflexion wirkender Übertragungs- und Gegenübertragungs-Prozesse, genutzt werden kann. Stille ist ein Phänomen, das Patient und Therapeut immer gleichzeitig erleben. Sie kann niemals aus dem Zusammenhang gerissen betrachtet werden, sondern hat im Kontext einer musiktherapeutischen Sitzung einen Ausgangspunkt, der von beiden erlebt wurde und an dem beide teilgenommen haben, wenn auch auf unterschiedliche Weise.

Und so kann Stille gerade auch dem Therapeuten zunächst einen Raum des Hörens, des In-die-Stille-Lauschens bieten.

Auch Spiegler erachtet als eine der wesentlichsten Funktionen der Stille das damit verbundene Zuhören und Verstehen (vgl. Spiegler, 1991, 49). Flower führt als eine von drei der Erfahrung mit Stille entstammenden Möglichkeiten an, dass sie „dem Therapeuten einen Raum zuspricht, um nachzudenken, zuzuhören und zu verdauen, was der Patient gerade macht“ (Flower, 2001, 9).

Das Hören beginnt nun ebenfalls bei einer Wahrnehmung und Feststellung dessen, dass es nun still ist. Es liegt am Therapeuten, die aufgetretene Stille zu erspüren, ihre Atmosphäre, darin auftauchende Gefühle wahrzunehmen, anzunehmen und sie sich bewusst zu machen. Diese Wahrnehmung des eigenen Stille-Erlebens beginnt bei einer Wahrnehmung seiner selbst: Löst diese Stille in mir ein wohltuendes Gefühl aus? Bin ich entspannt? Brei-

⁵⁵ Das englischsprachige Paper von Flower wurde von der Autorin übersetzt.

⁵⁶ Siehe auch Kapitel 5.2, Frage 5 der Fragebogenerhebung.

tet sich Ruhe aus? Oder verkrampe ich mich? Werden Atem und Puls schneller? Verspannen sich Muskeln? Lähmt mich diese Stille? Hat der Therapeut erspürt und erfasst, was eine Stille in ihm auslöst, kann er vielleicht auch Rückschlüsse darauf ziehen, wie es dem Patienten wohl ergeht, was ihm dieser in der Stille mitteilen möchte.

5.4 EIN MUSIKTHERAPEUTISCHES KREISMODELL DER STILLE

Die folgenden Ausführungen sollen einen Versuch darstellen, Zeiten der Stille, die in der Musiktherapie auftreten können, systematisch zu erfassen und in eine sinnvolle Gliederung zu bringen. Das vorliegende Kreismodell umfasst sechs mögliche Anknüpfungspunkte des Phänomens Stille an musikalisches und verbales Geschehen innerhalb einer Therapiesitzung, denen ich je nach ihrem musik- bzw. sprachbezogenen Kontext mit entsprechenden Begriffen gewissermaßen eine „Orientierungshilfe“ gegeben habe. Mit dieser detaillierten Aufgliederung von 6 verschiedenen Stilletypen soll eine klare Trennung der „musikalischen“ von der „sprachlichen“ Stille sichtbar gemacht werden.

Das Modell ist so aufgebaut, dass die einzelnen Stillezeiten im Verlauf einer Therapiesitzung in der vorliegenden Reihung mit dem entsprechenden „dazwischenliegenden“ sprachlichen und musikalischen Geschehen einander folgen könnten – dies bedeutet jedoch lediglich eine theoretische Chronologie. Wer es praktisch mit Stille in der Musiktherapie zu tun hat, wird innerhalb einer Sitzung oder sogar innerhalb eines ganzen therapeutischen Prozesses wohl oft nur Segmente des Kreises mitbekommen und einer eigenen Bewusstmachung zugänglich machen können.

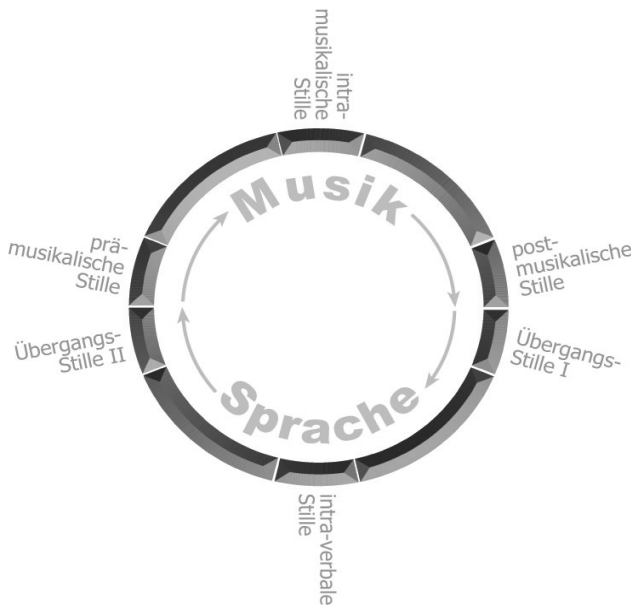


Abbildung 2: Musiktherapeutisches Kreismodell der Stille (Lagler 2001)

5.4.1 Prä-musikalische Stille

Als „prä-musikalische Stille“ bezeichne ich eine vor dem ersten erklingenden Ton eines musikalischen Geschehens eintretende Stille. Sie steht eng in Zusammenhang mit den bevorstehenden Klängen und kann daher als bereits zur Musik gehörig betrachtet werden. Prä-musikalische Stille soll Raum schaffen für das, was klingen wird. Es sind die Momente des Ankommens, des Innehaltens, der Orientierung auf sich selbst. Ein vorhergehendes Körperwahrnehmungsangebot des Therapeuten bietet oft eine gute Hilfe dafür, zur Ruhe zu kommen, um diese Stille annehmen und auskosten zu können.

Die Vorbereitung auf das, was kommen wird, verläuft natürlich unterschiedlich je nachdem, wie und was zuvor gesprochen wurde und was der Patient in Folge an Klingendem zu erwarten hat.

Steht eine Musikrezeption bevor, so wird der Therapeut bereits eine Vorahnung gegeben (z. B. „Wir werden jetzt eine Musik vom CD-Player hören ...“ oder „Ich werde jetzt für Sie einige Klänge spielen ...“) oder auch einen Impuls mitgeschickt haben (z. B. „Lassen Sie sich von den Klängen an einen Platz führen, an dem Sie sich wohlfühlen können ...“). Der Patient kann die prä-musikalische Stille dazu nützen, sich auf seine eigene Körperhaltung zu besinnen, es sich gemütlich zu machen, die Augen zu schließen und sich zu öffnen für – beispielsweise: einen erwarteten Hör-Genuss.

Steht eine Improvisation bevor, an der der Patient aktiv teilnehmen wird, so richtet sich die Aufmerksamkeit und Besinnung in der prä-musikalischen Stille in verstärktem Maße auf den aktiv zu bewältigenden Prozess. Spiegler vergleicht diese Situation mit der Vorbereitung auf ein musikalisches Ereignis im Konzert und spricht dabei von einer „Zwitterrolle“ des Patienten, da dieser weder eindeutig dem Hörer noch dem ausführenden Künstler zuzuordnen ist: Er wird zwar selbst aktiv wie der Musiker, weiß jedoch – ähnlich wie der Hörer – noch nicht oder nicht genau, was ihn erwartet (vgl. Spiegler, 1991, 72 f.). Folgt man Spieglers Überlegungen zur prä-musikalischen Stille⁵⁷, so kann die vage Erwartung des Bevorstehenden eine potentielle akustische Bedrohung darstellen, die er in Anlehnung an Heinz Kohuts Untersuchung über den Musikgenuss auf das frühe Stadium des noch ungeformten Ichs zurückführt, „für das Geräusche chaotische bedrohliche Erfahrungen bedeuten, die nicht gemeistert werden können, und die deshalb zu einer primitiven Angst vor Zerstörung führt“ (Kohut, 1977, zit. nach Spiegler, 1991, 72).

Ein zentraler Gedanke Spieglers ist auch, dass sich die prä-musikalische Stille im Sinne einer gezielten Einstimmung einer Improvisation durch vorausgehende Stille als Hilfe bei der Auflösung musikalischer Erstarrung erweist – sie kann dem Patienten „dabei helfen, sich von den bisherigen musikalischen Mustern zu lösen, Neues zu versuchen und das Neue sichtbar werden zu lassen“ (Spiegler, 1991, 68).

Um „Neues“ zu entdecken, kann prä-musikalische Stille dazu dienen, einen eigenen Impuls aufzuspüren. Der Patient hat möglicherweise ein bereits ausgewähltes Instrument vor sich, er bereitet sich in seiner Körperhaltung darauf vor, aus der Stille heraus diesem bald Töne zu entlocken, etwas zum Klingen zu bringen. Je nach Vertrautheit mit den Möglich-

⁵⁷ Spiegler selbst spricht von der „Stille vor der Musik“.

keiten des Instruments kann er sich in der Stille mögliche Klänge vorstellen und sich die konkrete Frage stellen: „Wie möchte ich heute klingen?“
Innerliche Bedürfnisse werden aufgespürt, wahrgenommen und in Bewegung gebracht – dazu Hegi:

„Musiktherapeutische Improvisation beginnt [...] bei der inneren Bewegung, überträgt sich auf die äußere Bewegung und von dieser auf das Instrument oder die Stimme. Nicht die Technik oder das Wissen machen hier die Musik, sondern die durch Gefühle oder durch Impulse ausgelöste Bewegung. Der Bauch und die Hände, das pulsierende Herz, die wachen Füße oder der starke Rücken wissen dann mehr als der Kopf.“ (Hegi, 1997, 157 f.)

Die prä-musikalische Stille wird zu einer Stille voll Konzentration, voll von Wachsamkeit und erhöhter Aufmerksamkeit. Die Spannung steigert sich, und in diese Spannung ist der Impuls eines momentanen Bedürfnisses eingearbeitet, dessen Wunsch nach (musikalischem) Ausdruck durch die Spannung verstärkt wird. Das führt in Folge dazu, dass bei einer Entladung durch eine musikalische Improvisation der Spannungsinhalt, d. h. das dahinterstehende Bedürfnis, deutlicher sichtbar werden kann als bei einem Spiel ohne vorausgehende Stille (vgl. Spiegler, 1991, 70).

Die Londoner Musiktherapeutin Mercedes Pavlicevic⁵⁸ bringt in ihrem Artikel über Improvisationserfahrungen mit Gruppen in Südafrika eine sehr anschauliche Beschreibung der prä-musikalischen Stille. Sie geht von wenig strukturgebenden Vorbereitungen und Erklärungen im Vorfeld der Improvisation aus und schreibt dementsprechend auch der Qualität dieses Stilletypus' ein stark dynamisches Potential zu:

„Die Qualität dieser prä-musikalischen Stille ist gefärbt davon, was passieren könnte oder wie der Klang beginnen könnte. [...] Sie ist eine Stille scharfer Wachsamkeit, geladen von höchster Aufmerksamkeit; eine Stille, deren Länge unvorhersagbar ist. Diese stark dynamische Stille könnte jeden Moment enden.“ (Pavlicevic, 1995, 360)

Es entsteht das Bild eines sich aufziehenden Bogens, der sich immer weiter spannt, bis der Pfeil ausgelassen wird und „jemand die Stille in Klang verschiebt, indem er zu spielen beginnt“ (Pavlicevic, 1995, 360). Dies kann eine zeitlang dauern – oder die Gruppe bewegt sich schnell in den Klang hinein, ohne zuerst ganz in die Stille zu finden.

Pavlicevic beschreibt eine weitere Qualität der Stille, zu der sich die prä-musikalische Stille senken kann, wenn ihr einladender und vorbereitender Charakter und damit die sich ansammelnde Dynamik, die zum Spiel führt, verloren geht: es entsteht eine „wartende Stille“. Diese weniger dynamische Form der Stille erzeugt eine andere Spannungsqualität – das Warten selbst wird zum dominanten Antrieb, sodass „in gewisser Hinsicht die reichhaltigeren, dynamischeren Resonanzen der prä-musikalischen Stille zerstreut werden und möglicherweise verloren gehen“ (Pavlicevic, 1995, 360). Es kommt dann ein Moment, an dem das Warten unerträglich wird, sodass jemand in Klang ausbricht, um die Spannung zu

⁵⁸ Im folgenden Abschnitt verwende ich einige Zitate aus dem Artikel von Pavlicevic (1995), deren Übersetzung aus dem Englischen ich selbst vorgenommen habe.

vertreiben. Solch eine aus der Spannung des Wartens entstehende „musikalische Eröffnung“ kann sich anfühlen „wie eine Explosion, wie ein plötzlicher Klang, der zu früh passiert“ (Pavlicevic, 1995, 360).

Hegi schildert eine Situation, in der ein Patient die prä-musikalische Stille nicht auszuhalten vermag, das Warten nicht zulassen kann:

„Diese Stille vor der freien Improvisation, diese geladene Erwartung ohne Erlösung, dieses erstickende Aufstoßen von Gefühlen, dieser Stau von Leere, kaum auszuhalten. Deshalb lieber beginnen, bevor die drei Atemzüge der Anfangsruhe tief durchgeatmet sind. Lieber als Erster sich blind in die Stille stürzen ...“ (Hegi, 1998, 331)

Bleibt die prä-musikalische Stille jedoch in ihrer Flüssigkeit erhalten und entwickelt sich daraus klangliches Geschehen, so kann diese Musik eine wunderbare Qualität, „die von jenseits des Horizonts erscheint“ (Pavlicevic, 1995, 360), haben; die Stille bekommt eine Zeit, sich zu beenden – anstatt unterbrochen zu werden –, bevor die Musik beginnt.

Pavlicevic' geschilderte Erfahrung zeigt, dass eine Gruppe, damit sie eine prä-musikalische Stille auch in ihren Möglichkeiten auskosten kann, Zeit und einen Prozess braucht, um Vertrauen zu entwickeln, Angst und Scheu vor der Stille zu vermindern, um sich weniger unter Druck fühlen zu können, die Stille schnell beenden zu müssen. In späteren Sitzungen, d. h., wenn der Gruppenprozess bereits ein fortgeschrittener ist, kann es sein, dass die Gruppenmitglieder den Akt der Eröffnung einer Improvisation nicht mehr als so bedeutsam erleben, sodass die prä-musikalische Stille nicht von Hemmungen und Besorgnissen wie „Soll ich derjenige sein, der beginnt?“ oder „Soll ich nun beginnen?“ begleitet wird, sondern eher von einem Gefühl des Sich-in-die-Stille-Entspannens als eine Einleitung zum Musikmachen (vgl. Pavlicevic, 1995, 360).

Für den Therapeuten stellt es oft eine überwältigende Versuchung dar, die Stille zu unterbrechen – Pavlicevic weist jedoch besonders auf die Wichtigkeit dessen hin, dass der Therapeut selbst die prä-musikalische Stille und ihre Spannung ertragen und lange genug darauf warten kann, dass jemand beginnt: „Einem Gruppenmitglied zu erlauben, die Improvisation zu eröffnen, heißt, dass die Gruppe ihren eröffnenden Klang bestimmt.“ (Pavlicevic, 1995, 360)

5.4.2 Intra-musikalische Stille

Als „intra-musikalische Stille“ bezeichne ich in diesem Modell eine innerhalb des bereits stattfindenden musikalischen Geschehens auftretende Stille. Ähnlich der Stille innerhalb der Musik eines Konzerts⁵⁹ kann diese Stille verschiedenste Formen und Gestalten, verschiedenste Intensitäten und Ausformungen in Dynamik und Spannung annehmen. Im Gegensatz zu komponierten Pausen, die dem Metrum und der Rhythmik des Werks unterworfen sind, entsprechen in der Therapie auftretende Stillmomente jedoch meist eher der spontanen und gewissermaßen unvorhersagbaren Natur musiktherapeutischer Improvisationen.

⁵⁹ Siehe Kapitel 1.5

Größtenteils kann aber zu den Charakteristika der intra-musikalischen Stille in der Musiktherapie Ähnliches gesagt werden wie zu den in Kapitel 1 beschriebenen konzertant-musikalischen Stillesequenzen, bzw. erhalten diese durch die verstärkte aktive Beteiligung und erhöhte Aufmerksamkeit des Patienten am musikalischen Geschehen noch größeren Stellenwert: Intra-musikalische Stille kann niemals isoliert betrachtet, sondern nur als ein den Zusammenhang konstituierendes und weiterführendes Moment aufgefasst werden. Sie hat zwei zeitliche Beziehungsrichtungen – das Vergangene und das Zukünftige; das erlebende Bewusstsein trägt den in der Musik bereits entstandenen Prozess weiter. Loos bezieht sich wohl vor allem auf das Wesen der intra-musikalischen Stille, wenn sie schreibt:

„Eine Pause ist die erfüllte Zeit zwischen zwei Zeitabschnitten und steht in Abhängigkeit von beiden. Sie verbindet Vergangenes mit Zukünftigem. Sie kann nur gefüllt werden mit dem vorausgegangenen [!] Informationsgehalt, den sie über die Zeit-Brücke zum anderen Ufer auf den festen Boden des Neubeginns tragen muß. Ohne diesen Spannungsbogen verliert der Zeitraum seinen Brücken-Charakter, wird Leere, Nichts, Verlorenheit.“
(Loos, 1994, 144)

Die Auswertung der von mir durchgeführten Fragebogenerhebung⁶⁰ hat gezeigt, dass intra-musikalische Stille in zahlreichen Spielangeboten ihren Einsatz findet und auf vielfältige Weise für die Strukturgebung der entstehenden Musik eine wesentliche Rolle spielt. Es geht vielfach darum, bewusst „Pausen“ zu spielen, mit Pausen zu arbeiten und im Wechsel von Spiel und Pause, von Aktivität und Ruhe der Stille einen Raum zu geben. Die intra-musikalische Stille erscheint weiters in Form von Zäsuren, sie ist ein Mittel zur Teilung und Abgrenzung unterschiedlicher Phasen eines Spiels zum Übergang zu einer neuen Spielphase, sowie zur Verdeutlichung von Gegensätzen.

Innerhalb jedes dialogischen Spiels kann intra-musikalische Stille ihren Platz finden. Wie im verbalen Gespräch, wie in jeder Reaktion auf einen Reiz, schafft man sich Zeit der Stille – oft nur einen Augenblick lang –, bevor man antwortet.⁶¹

In ihrer freiesten und spontansten Form findet intra-musikalische Stille Platz innerhalb einer freien Improvisation. Ein Hinweis des Therapeuten in der verbalen Hinführung darauf, dass auch Stille entstehen kann, darf oder sogar soll, dass jeder Patient auch die Möglichkeit nützen kann, dem „Klang der Stille“ zu lauschen, ein stilles Innehalten während der Musik zuzulassen, kann dem Spiel eine eigene Dynamik und Spannung geben. Gerade in einer frühen Phase einer Therapie, in der der Zugang des Patienten zum vorhandenen Klangmaterial oftmals noch zaghafte, verhalten und unsicher ist und Kommunikation nur spärlich vorhanden ist oder eine depressive Grundstimmung spürbar macht, nimmt die Akzeptanz dessen, dass Stille innerhalb des Spiels auftreten kann, den Druck, möglichst viel Klang zu erzeugen oder sich sogar hinter Klängen verstecken zu müssen. Werden durch das vermehrte Entstehen von Stille oder auch durch „unüberhörbares“

⁶⁰ Siehe Kapitel 5.2, Auswertung der 10. Frage.

⁶¹ Siehe dazu die Ausführungen zu frühen Interaktionen in der Dyade von Mutter und Kind in Kapitel 3.4

Vermeiden von Stille Widerstände spürbar, so können diese einer Bearbeitung zugänglich werden.

Ein bekanntes Spielangebot, das die Wirkung der intra-musikalischen Stille zur Geltung bringt, lautet „Spiel-Pause-Spiel“:

„Eine Spielphase geht in eine Pause über, bis das Spiel wieder aufgenommen wird. Wie hat sich für jeden die Pausen-Zeit dargestellt: lang oder kurz, peinlich? Als schöne Stille oder Angst? Wer macht den Neubeginn? Haben die beiden Spielphasen eine innere Verbindung gehabt?“ (Loos, 1994, 171)

Loos schildert auf gut nachvollziehbare Weise den wiederholten Einsatz dieses Spielangebots im Verlauf eines Therapieprozesses mit Renate, einer anorektischen jungen Frau, und deutet das von der Patientin rückgemeldete Erleben während der Stille:

Nach 1-monatiger Behandlungszeit wird die auftretende Stille als zeitlos, als nutzlos und beängstigendes Alleinsein erlebt. Das „Rumsitzen“ ist der Patientin, für die lediglich Tätigkeit und Leistung zählt, nicht würdig und rührt an ihre tiefe narzisstische Kränkung. Nach 4-monatiger Behandlungszeit bildet die intra-musikalische Stille bereits eine reale Brücke zwischen den beiden Spielteilen. Die Pause ist mit Planung erfüllt und wird daher nicht mehr als „nutzlose Zeit“, sondern sogar als „nicht unangenehm“ erlebt und rückgemeldet.

Nach 11-monatiger Behandlungszeit – Renate nimmt mittlerweile an einer Gruppentherapie teil – wird die Pause durch die fortwirkende Anwesenheit des Rhythmus aus dem ersten Spielteil nicht als Leere empfunden, sondern die Patientin spürt ihren eigenen Zeitgeber, der sie in die Pause begleitet und die Stille trägt (vgl. Loos, 1994, 82 ff.).

Dieses Beispiel eines therapeutischen Prozesses im Umgang mit Stille zeigt sehr deutlich, dass es Zeit braucht, Stille ertragen und aushalten zu lernen und daraus kreativen Nutzen zu ziehen. Es braucht Zeit und einen Prozess, Vertrauen zu entwickeln in das Gehalten- und Getragenwerden in der Stille und durch die Stille hindurch. Ist dieses Vertrauen entstanden, so kann sich der Patient – und mit ihm auch der Therapeut – fallen lassen in die Stille, er kann loslassen und sich ausruhen in Zeit und Raum (vgl. Loos, 1994, 83).

Entsteht ein Spielangebot, das die Darstellung unterschiedlicher Stimmungsgehalte, Gefühle oder Themen bzw. den wiederholten Wechsel verschiedener Ebenen innerhalb einer Improvisation zum Ziel hat, so bietet sich der gezielte Einsatz von Stille zum Zweck der Trennung und Abgrenzung, aber auch der Verbindung verschiedener Spielteile an. Die Stille fungiert hier als eine Zäsur, als Strukturhilfe, als ein Innehalten nach dem Verklungenen und Vorausblicken auf das Kommende.

Auch kann der Stille innerhalb eines Spiels ein eigener Spielteil gewidmet werden, z. B. in Form eines „stillen Mittelteils“ einer mehrteiligen Improvisation. Stille kann hier als Möglichkeit genutzt werden, dem Bedürfnis einzelner Patienten nach Ruhe und Rückzug einen Platz anzubieten, welcher – dem Klanglichen in der Musik gleichwertig – ebenso in einer musikalischen Form steht.

Aufgrund unterschiedlicher Bedürfnisse der Patienten werden gemeinsam Spielregeln für eine Improvisation erarbeitet: Die Musik soll zuerst leise sein – dann lauter werden – Pause – leises Spiel soll folgen.

In den Rückmeldungen der Patienten zum Spiel sowie in der Dokumentation der Situation von Beobachtern wurde deutlich, wie wichtig der Stilleteil für den Verlauf des Spiels war:

Frau D. , die im 1. Teil nichtspielend zuhörte, meinte, das Laute sei dennoch erträglich gewesen, weil sie wusste, dass es wieder aufhören werde – laute Klänge waren für sie also solange auszuhalten, als sie die Gewissheit hatte, dass die Musik – den Spielregeln gemäß – wieder in Stille münden werde. Hier vermittelte die Stille als Strukturmittel der Patientin eine gewisse Sicherheit.

Frau St. erzählte, am Anfang habe sie die „Ruhe“ gestört – nun sei es umgekehrt: jeder habe das Recht, sich in seine Stille zu begeben. Stille wurde als ein Stück Selbstbestimmung erlebt. Die Patientin sprach auch ihre Bewunderung einer Mitpatientin gegenüber aus, die nach der Stille wieder zu spielen begonnen hatte.

Frau Z. und Herr H. setzten nach der Stille sehr behutsam auf zarten Instrumenten ein und gingen miteinander einen kurzen musikalischen Dialog ein. Die Stille gab hier die Möglichkeit, Neues zu beginnen und auszuprobieren. (Auszug eines Protokolls meines eigenen Psychosomatikpraktikums im Wintersemester 1999/2000)

Stille als Teil eines Spiels kann auch als Ausdruck derjenigen Gruppenteilnehmer, welche nicht spielen wollen, betrachtet werden und schafft somit Raum für das Bedürfnis einzelner Patienten, sich eben nicht zum Klingen zu bringen.

1. Musiktherapie-Sitzung. Zu Beginn der Sitzung stellen sich die Patienten vor und erzählen von ihren Vorerfahrungen mit Musik bzw. Musiktherapie. Frau A. erklärt knapp, dass sie ständig Musik höre, da ihr Stille unangenehm sei. Am Ende der Sitzung erhalten die Gruppenteilnehmer das Angebot, einen musikalischen Schlusspunkt zu setzen. Frau A. möchte nichts spielen, worauf alle kurz ihrem stillen Abschlusston lauschen. In der Therapie wird der Patientin Platz angeboten für das, was sie sonst nicht zulassen kann. (Auszug eines Protokolls meines eigenen Psychosomatikpraktikums im Wintersemester 1999/2000)

In einem weiteren Beispiel wird Stille als „Vertonung“ eines Stimmungsbildes eingesetzt:

„In einer Gruppe von fünf Patienten einer Entgiftungsstation schlage ich den Teilnehmern vor, sich einen Ort vorzustellen, an dem es ihnen schon einmal gut gegangen sei.

Es entstehen zwei Paare (‚durch den Wald auf den Berg wandern‘ und ‚am Meer liegen‘), die fünfte Patientin – ich nenne sie Martina – fühlt sich in der Kirche am wohlsten, und zwar, wenn alles ganz still ist. Da sie alleine mit dem Bild ist, unterstütze ich sie bei der Umsetzung des Themas. In der Ausprobierphase proben die anderen Patienten; ich zeige Martina einen leeren, sonnendurchfluteten Raum neben dem Musiktherapiezimmer.

Die ‚Stille in der Kirche‘ wird als zweites vorgestellt. Martina bittet die Patienten, sich einen Ort im Raum zu suchen, sich dort hinzusetzen, die Stille solle drei Minuten betragen; ich solle die Stille dann beenden.

Die Patienten setzen sich verteilt an die Wand, z. T. so, dass sie nicht gesehen werden (der Raum hat Arkaden); einer legt sich hin, setzt sich nach einer Minute auf. Die Teil-

nehmer schauen auf den Boden oder zum Fenster hinaus; ich sitze ganz abseits an der Tür.

Nach drei Minuten stehe ich auf, bitte mit leiser Stimme die Teilnehmer, langsam aufzustehen; wer möchte, könne noch kurz still durch den Raum gehen, wem es genug sei, der gehe zurück in den Therapieraum.

Hinterher findet ein Austausch über das Erleben der Patienten in der Stille statt. Daraus entwickelt sich ein Gespräch über Rückzugsmöglichkeiten auf einer geschlossenen Station mit Mehrbettzimmern; der Wunsch nach Ruhe wird deutlich – diese drei Minuten der Stille seien die ersten ruhigen Minuten für die Patienten gewesen, seit sie auf der Station sind.“ (Auszug einer Beantwortung der 12. Frage im Fragebogen)

Eine weitere Möglichkeit intra-musikalischer Stille bieten rezeptive Angebote – vor allem solche, in denen der Therapeut selbst „live“ für den Patienten oder die Gruppe spielt. Stille kann bewusst eingesetzt werden und durch Reduzierung des Klangmaterials, durch eine Beschränkung der Töne entstehen. Der Patient wird dadurch dazu aufgefordert, genau hinzuhören, in die Stille hineinzuhorchen und innezuhalten, bevor der nächste Ton erklingt. Spielangebote hierzu:

- Der Therapeut spielt einen Ton an; der Patient ist dazu aufgefordert, genau hinzuhören, bis der Ton verklungen ist – dann erst erklingt der nächste Ton.
- Ein Klang/eine Musik geht vom Lauten ins Leise, bis nur mehr die Stille zu hören ist; dann steigert sich die Lautstärke des Spiels wieder. (Auszüge aus Beantwortungen der 10. Frage im Fragebogen)

Auch im aktiven Spiel findet das „Nachlauschen“ im Sinne der Methode des „Einzeltonspiels“ nach Alfred Schmözl, in dem durch das Hören und Lauschen einzelner Klänge eine konzentrierte Stimmung geschaffen werden kann, seinen Einsatz.

Und schließlich das Angebot, die Stille auch in der Bewegung spürbar werden zu lassen:

Solange die Musik erklingt, ist Bewegung (im Raum) erlaubt; verstummt die Musik, folgt ein Innehalten in der Bewegung, ein Erstarren, bis die Musik wieder ertönt (z. B. „Stop-Los-Spiel“; „Wachsstatuen-Spiel“). (Auszüge aus Beantwortungen der 10. Frage im Fragebogen)

5.4.3 Post-musikalische Stille

Ist eine Musik verklungen, kann sie in eine „post-musikalische Stille“ übergehen. Diese Stille ist noch voll vom klanglichen Erlebnis und kann daher ebenfalls als zur Musik gehörig betrachtet werden.

In der Fragebogenerhebung wurde gerade dieser Stilletypus besonders erinnert,⁶² vor allem bei Musiktherapeuten, bei denen sich dann eine Tendenz zur positiven Einschätzung von Gefühlsqualitäten des Stilleerlebens zeigte.

Ein Grund für das angenehme Erleben post-musikalischer Stille könnte nicht zuletzt darin liegen, dass sie gewissermaßen bedingungslos ist. Sie ist ein Zustand, der (noch) nichts fordert, der im Moment nicht darauf ausgerichtet ist, beendet zu werden, um weitergehen

⁶² Siehe Kapitel 5.2, Auswertung der 12. Frage.

zu können. Sie ist eine Stille, die sich nicht in die Zukunft richtet, sondern einen Ist-Zustand darstellt, der sich aus einer bewegten und bewegenden unmittelbaren Vergangenheit gebildet hat. Eine Stille, um den im Klanglichen durchgangenen Prozess noch weiterzuführen und ausklingen zu lassen, mit dem Ziel, den Ist-Zustand für Therapeuten und Patienten in aller Sprachlosigkeit erlebbar, spürbar zu machen.

Die post-musikalische Stille entspringt also dem unmittelbar vorangegangenen klanglichen Erlebnis und ist daher im Potential ihres Erlebens und ihres emotionalen Gehalts untrennbar mit der Vielfältigkeit klanglichen Geschehens verbunden. Wolfgang Meyberg schreibt dazu: „Die Stille ist kein Vakuum. Das Trommeln geht weiter, die Töne und Bewegungen wirken in die Stille hinein.“ (Meyberg, 1984, 267)

Die der Fragebogenerhebung entnommenen Schilderungen sowie meine eigenen musiktherapeutischen Erfahrungen lassen mich einige Möglichkeiten in der Musik stattfindenden und erlebten Geschehens, welches sich dann in der Stille fortsetzen kann bzw. Stille erst zustande kommen lässt, anführen:

Das Erleben von Harmonie, Geborgenheit, Ästhetik, Schönheit und Stimmigkeit

„eine musiktherapeutische Improvisation, die in einer Gruppe nach vielen Einheiten das 1. Mal ‚gelang‘ – die Musik war für alle so schön, sie wurde selbst von denen, die die Instrumente und die Musik abwerteten, als schön empfunden [...] die Stille war sozusagen die adäquateste Reaktion auf diese Improvisation“

„eine ‚gelungene‘ Improvisation in der Gruppe mit stimmigem Schluss [...] die Stille war erfüllt vom Erlebten, emotional intensiv“

„Verharren in Stille nach einer längeren Gruppenimprovisation, die sehr harmonisch war [...] in der Stille wurde das Wohlgefühl fortgesetzt; ich hatte das Gefühl, dass die Klienten diesen Zwischenraum sehr genossen: das Nachklingenlassen, keiner Sprechforderung ausgesetzt zu sein“

„eine sich auf einen Punkt konzentrierende musikalische Aktion, die von großer emotionaler Dichte für die Patientin war, im Sinne emotionaler Nachreifung und Begegnung, die Nähe und Geborgenheit ausdrückte [...] das Erleben von Begegnung, Nähe und Geborgenheit in der musikalischen Aktion [...] konnte durch die Stille besser wirken“ (Auszüge aus Beantwortungen der 2. Frage im Fragebogen)

Musik transportiert, Musik lässt entstehen, sie vermittelt und macht erfahrbar. In frühen Phasen einer Therapie – gerade da, wo von seiten der Patienten noch viel Abwehr dem „Kinderkram“ gegenüber geäußert wird – kann die therapeutische Aufgabe darin bestehen, einen (musikalischen) Raum zu schaffen, in dem gemeinsames Erleben möglich wird. Erst dann kann sich in einer Gruppe oder im Einzelkontakt ein fruchtbringender Arbeitsprozess entwickeln. Dieses erste Erleben braucht oft auch das Gefühl, „etwas zustande gebracht zu haben“, an der Entstehung eines Produkts mitgewirkt und mitgestaltet zu haben. Im Sinne Isabelle Frohne-Hagemanns Erläuterung des Ästhetikbegriffs in der Musiktherapie soll es hier nicht primär um eine ästhetische Gestaltung der „Form“ gehen – „der Patient soll nicht ‚schön‘ spielen sollen“ (Frohne-Hagemann, 2001, 3) – sondern darum,

„aus der gefühlten Empfindung heraus dem Fluss des Werdens zu folgen, den Tönen zu folgen wie sie aus einem herausströmen wollen und zu staunen, wie sie sich den Gegebenheiten kreativ anpassen und sich dann – quasi von selbst – zu einer Gestalt formieren, die sich auch erst dadurch als etwas Sinnvolles zu erkennen gibt.“ (Frohne-Hagemann, 2001, 3)

Mit zunehmender Entwicklung des therapeutischen Prozesses gelingt es vielen Patienten immer mehr, sich des eigenen Schaffensprozesses bewusst zu werden und ihn auch als eigene Fähigkeit und eigenes kreatives Potential anzuerkennen.

Es ist die Erfahrung von ernstgemeinter Beziehung, von Kontakt, von Halt und Geborgenheit, von Begegnung mit einem Du, die den Patienten in seinem tiefsten Inneren berühren und zum Gefühl, etwas Unbegreifliches erlebt zu haben, führen kann, liegen doch gerade dort die gewichtigsten Defizite seiner Biografie. Es sind auch Erfahrungen von vielleicht bisher unbekanntem oder nicht gelebten Gefühlen oder das Entdecken neuer, ungeahnter Komponenten des Selbst, die in Staunen versetzen können und zunächst zu Sprachlosigkeit, zu Stille führen.

In der Stille setzt sich das Erlebte fort. Sie bietet Raum und Zeit dazu, der Musik nachzulauschen und nachzuspüren. Stille kann ein Innehalten sein in momentaner Berührtheit; ein Staunen über das noch Unbegreifbare; ein langsames Gewahrwerden vorhandener Emotionen und auch des momentanen Körpergefühls.

Der Aufbau von Spannung und das Erleben von Entladung und Katharsis

„eine lange, dynamische Gruppenimprovisation mit sehr heftiger und lauter Spielphase nach langem Spannungsaufbau – danach Stille: innerlich nachklingen lassen, Erleichterung, durchatmen“ (Auszug einer Beantwortung der 2. Frage im Fragebogen)

„nach heftigem, lauten Spiel [...] folgt dieser Entladung eine plötzliche Stille, die als ‚körperlich entspannend‘, ‚wohltuend‘, ‚entlastend‘ im Nachhinein von den GruppenteilnehmerInnen beschrieben wird; die Stille dauert 20 Sekunden, bei manchen Gruppenmitgliedern tauchen Bilder auf (Urlaub, Ruhe, Landschaften)“ (Auszug einer Beantwortung der 12. Frage im Fragebogen)

In der Arbeit mit psychosomatisch erkrankten Patienten wird es oftmals zur therapeutischen Aufgabe, den Punkt zu erreichen, an dem sich Aggression und Spannung schüren und Ärger, Wut – auf Mitpatienten, auf die allgemeine Situation, auf Mutter und Vater, auf den missbrauchenden Onkel, auf die eigene Krankheit, ... – ihren Ausdruck in der Musik finden. Jahrelang Zurückgestautes, Unterdrücktes platzt aus allen Nähten und entlädt sich in Klang. All die unangenehmen Gefühle und verdrängten Triebregungen schaffen den Aufschub nicht mehr und müssen raus.

Solche musikalischen ‚Ausbrüche‘ können sehr spontan, unerwartet und heftig sein, und post-musikalische Stille findet hier große Notwendigkeit und Bedeutung: als Teil der Sprachlosigkeit des Traumas, aber auch als Moment des Staunens über eine neue Erlebensqualität im Ausdruck und zum Nachklingenlassen der neuen Erfahrung, die sich langsam setzen kann. Als Moment der Erleichterung und Entlastung, als Zeit zum Durchat-

men, zum Ausatmen, zur Wahrnehmung körperlicher Veränderungen durch das Spiel, zum Loslassen der erlebten Anspannung.

Oder aber die in der Improvisation, im Klang sich aufbauende und offenbarende Spannung wird in der Stille beibehalten und steigert sich sogar noch. In diesem Fall bringt postmusikalische Stille einen ‚spannenden‘ Prozess erst so richtig in Gang und macht vorhandene Gefühle und Konflikte zum Thema:

„Die Improvisation war sehr spannungsgeladen – in der Stille bleibt diese Spannung erhalten [...] zu schnelles Eingreifen mit Worten könnte diese Spannung zerstören, das hervorgekommene Gefühl zerstören (Vergleich: Man hört auf zu weinen, wenn man ein Taschentuch bekommt).“ (Auszug einer Beantwortung der 12. Frage des Fragebogens)

„Frau I. steht mit einem Ruck auf und setzt einen wütenden Schlag auf den Gong. Es herrscht betretenes Schweigen. – Herr F. muss nun hören, dass sein Spiel eigensinnig und zwingend erlebt wurde, dass andere ihres Entfaltungsspielraums beraubt wurden und sich nicht wahrgenommen fühlten. Frau I. kennt diese achtlose Verkenntung ihrer Wünsche und Bedürfnisse aus ihrer Familie und ist nicht willens, sie weiter zu ertragen.“ (Auszug eines im Rahmen der Fragebogenerhebung zur Verfügung gestellten Therapieprotokolls)

Verebbte Kommunikation

So manche Improvisation kommt nie so recht in Gänge – ein „Dahingeklopfe“ ohne wirklichen Bezug zum Instrument und zum anderen, sei es aus Lustlosigkeit, Abwehr und Widerstand; oder aus Unsicherheit, aus mangelnder Vertrautheit mit dem Instrument und fehlender Neugier, seine Möglichkeiten zu entdecken; oder aus symptomatischer, dem pathologischen Zustand entsprechender Kommunikations- und Kontaktschwierigkeit. Es kann auch sein, dass eine Gruppe Schwierigkeiten damit hat, ein Spielangebot umzusetzen, die Patienten sind noch nicht so weit, den strukturellen oder inhaltlichen Anforderungen nachzukommen.

„Die Gruppe hatte eine Spielphase, die harmonisch war, hinter sich; es sollte eine Phase der Individuation kommen, die aber nicht möglich wurde“ (Auszug einer Beantwortung der 12. Frage des Fragebogens)

Irgendwann hat sich dann das so spärlich Klingende verflüchtigt, es herrscht Stille, die musikalische Kommunikation ist verebbt. Unsicherheit und unangenehme Gefühle machen sich breit. In der Gegenübertragung tauchen Gefühle wie Verzweiflung, Angst vor dem Verlassenwerden durch Auflösung der Gruppe und auch Aggression auf. Diese postmusikalische Stille kann dem Therapeuten vor allem im Aufspüren und Gewahrwerden dieser Gefühle dienlich sein, um später die Schwierigkeit der Situation einer verbalen Bearbeitung zugänglich zu machen. Wichtig für den Therapeuten ist hier jedoch, die Sogwirkung der Stille nicht zu unterschätzen und den innerlichen Kontakt zum Patienten und zur Situation aufrecht zu erhalten, um sich nicht gemeinsam in der Stille zu verlieren.

Abschied

Ein Kollege stellte mir hierzu ein Beispiel aus seiner eigenen Lehrtherapie zur Verfügung:

„Es ist das letzte Spiel in der letzten Musiktherapiesitzung eines dreijährigen Therapieprozesses. Die Therapeutin zieht sich allmählich aus dem Spiel zurück, der Klient spielt weiter, die Stille im Spiel nimmt immer weiter zu. Es kommt das Ende des Spiels, ein letzter Klang, darauf folgt eine lange Stille. Gefühle von Trauer, Aufhorchen, Gespanntsein, Wehmut und Schmerz tauchen auf und werden dann angesprochen.“ (Auszug einer Beantwortung der 2. Frage im Fragebogen)

Die allmählich auftauchende und am Ende anhaltende Stille bedeutet hier, dass es nun Zeit wird, den eigenen Weg alleine weiter zu beschreiten, ohne die Sicherheit einer therapeutischen Beziehung. Ein Raum wurde bereitet, drei Jahre lang, in dem der Student sich zum Klingen bringen konnte, neue Klänge seiner selbst entdecken und stärkende Resonanz erleben konnte, ein Raum, in dem Beziehung erfahren werden konnte. Nun mündet all der Klang in Stille, und diese verstärkt das Gefühl der Trennung bzw. der Getrenntheit, der Individualisierung, der Individualität und Identität. Aber diese Stille ist nicht leer, sie ist voll des akustisch Verklungenen, sie trägt die Klänge weiter und schickt sie mit auf den neuen Weg, die Erfahrung der Beziehung ist eine verinnerlichte geworden.

5.4.4 Übergangsstille I

„Nachdem die beiden Therapeutinnen eine Begrüßungsmusik für die Patienten gespielt und nach Rückmeldungen gefragt haben, herrscht Stille. Die Stille wird von allen ausgehalten, sie ist aber weder angenehm noch unangenehm (schwankt zwischen beiden Gefühlsqualitäten). Von den Therapeutinnen ist eine erwartungsvolle, aber geduldige und abwartende Haltung spürbar. Nach ca. einer Minute beendet eine Therapeutin die Stille, indem sie einen nach dem anderen direkt anspricht und nach seinen/ihren Gefühlen fragt. Die Patienten sind jetzt zu einem Gespräch bereit.“ (Auszug einer Beantwortung der 12. Frage im Fragebogen)

Die erste hier beschriebene „Übergangsstille“ entwickelt sich aus der post-musikalischen Stille. Sie beginnt da, wo der „seiende Zustand“ der Stille übergeht in die Vorbereitung einer Verbalisierung des Erlebten. Sie nimmt eine Brückenfunktion ein zwischen der non-verbalen Ebene der Musik und der verbal-sprachlichen Ebene. Wanderten die Gedanken in der post-musikalischen Stille noch zurück zur beendeten Improvisation, so richten sie sich nun nach vorne zum bevorstehenden verbalen Austausch mit dessen Anforderungen, das Erlebte in verständlicher Form mitzuteilen. Kognitive Prozesse setzen ein – es gilt, den analogen Erlebensprozess der Musik nun zu verlassen, um in den digital dominierten Bereich der verbalen Sprache zu gelangen.

Folgt man Watzlawicks Kommunikationstheorie, so gibt es „zwei grundsätzlich verschiedene Weisen, in denen Objekte dargestellt und damit zum Gegenstand von Kommunikation werden können“ (Watzlawick, 2000, 62) und diese können entweder durch eine „Analogie“ oder durch einen „Namen“ ausgedrückt werden – mit „Namen“ meint Watzlawick „Worte, deren Beziehung zu dem damit ausgedrückten Gegenstand eine rein zufällige oder

willkürliche ist“ (Watzlawick, 2000, 62). Für die Musiktherapie könnte dies bedeuten, dass wir uns einerseits in der Musik, in der Improvisation einer analogen Kommunikationsform betätigen können, andererseits das in der Musik Erlebte – sofern dies möglich ist – in digitale Wort-Sprache umzusetzen versuchen⁶³.

Nach Watzlawick hat analoge Kommunikation ihre Wurzeln in viel archaischeren Entwicklungsperioden als die digitale (vgl. Watzlawick, 2000, 63): Sie beinhaltet den Beziehungsaspekt, wohingegen der Inhaltsaspekt digital übermittelt wird (vgl. Watzlawick, 2000, 64). Der Kommunikationstheoretiker weist auch auf das Fehlen der einfachen Negation in analoger Kommunikation hin: es gäbe hier keinen Ausdruck für „nicht“. Weiters trifft Analogiekommunikation keine Unterscheidung zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft und sie erlaubt die Gleichzeitigkeit gegensätzlicher Regungen – darin liegt auch eine Besonderheit der Musiksprache. Watzlawick folgend lässt sich auch eine Ähnlichkeit zwischen den Merkmalen analoger und digitaler Kommunikation und den in der Psychoanalyse beschriebenen primären und sekundären Prozessen herstellen (vgl. Watzlawick, 2000, 67).

Wie für uns Menschen in unserem alltäglichen Kommunikationsverhalten eine „ständige Notwendigkeit, von der einen in die andere ‚Sprache‘ zu ‚übersetzen‘“ (Watzlawick, 2000, 67) besteht, so kann auch das Stadium der Übergangsstille in der Musiktherapie dazu dienen, die in der Musik erlebten analogen Phänomene, die vorwiegend außerhalb des Bewusstseins stattfinden, durch den Versuch einer Digitalisierung ins Bewusstsein zu bringen. Stille schafft hier gewissermaßen einen „Puffer“ zwischen den beiden sich auf der Erlebensebene fundamental unterscheidenden Bereichen (vgl. Spiegler, 1991, 77). Auch wenn sich die Musiktherapie als kreative Therapieform die Erschließung einer nonverbalen, also analogen Kommunikationsebene zur Aufgabe macht, so kommt doch auch der Reflexion von inneren und zwischenmenschlichen Vorgängen, die in der Improvisation durchlebt wurden, wesentliche Bedeutung zu: Durch den Eintritt in und das Zulassen von Stille in diesem Übergangsstadium von Musik zu Sprache erhält die Reflexion, die maßgeblich an einer Bewusstmachung eigener Denk- und Verhaltensstrukturen beteiligt ist und deshalb als unentbehrlicher Anteil des therapeutischen Prozesses angesehen werden kann, Raum zur Entfaltung. In diesem Stille-Raum kann die notwendige Übersetzung der Empfindungen und Erfahrungen, die im Spannungsfeld der Improvisation (die prä- und die post-musikalische Stille zählen hierzu) gemacht werden konnten, auf der sprachlichen Ebene und in einer mitteilbaren Form stattfinden, damit eine anschließende verbale Weiterbearbeitung möglich wird (vgl. Spiegler, 1991, 79).

⁶³ Ein Spiel aus heftigen, schweren, dumpfen, dunklen Klängen gepaart mit leidvoller Körperhaltung, Gestik und Mimik beispielsweise erhält in einer verbalen Reflexion vielleicht die Beschreibung „Schmerz“, weil eben unsere Sprache für das ausgedrückte Gefühl dieses Wort erfunden hat. Oder die Musik vermittelt einen warmen Klangmantel, der den Patienten umhüllt und zu tragen versucht – und wird im Nachhinein als „Geborgenheit“ bezeichnet, weil dies eben der Begriff für dieses Gefühl ist.

5.4.5 Intra-verbale Stille

Das Auftreten von Stille im Gespräch, Stille innerhalb verbalen Geschehens einer Musiktherapiesitzung, bezeichne ich in diesem Modell als „intra-verbale Stille“⁶⁴. Vorwiegend handelt es sich dabei um ein „Schweigen“ im handelnden, aktiven Sinne⁶⁵, seltener geht es um Stille im Sinne eines „seienden Zustands“. Die intra-verbale Stille ist vielleicht die am schwierigsten handhabbare, nicht zuletzt deshalb, weil sich in der Musiktherapie zwar oft „Spielangebote“, nicht jedoch auf vergleichbare Weise „Redeangebote“ als strukturgebende Mittel als hilfreich erweisen.⁶⁶ Die sprachliche Stille ist auch diejenige innerhalb dieses Kreismodells, für die sich am wenigsten beschreiben lässt, was unmittelbar zuvor geschehen sein könnte. Dennoch sei hier versucht, einige mögliche Qualitäten intra-verbaler Stille anzuführen, ohne den Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben:

Aggression und Widerstand

„In einer Gruppentherapie mit psychosomatischer Klientel entstand durch eine treffende Fragestellung der Therapeutin in das ‚Anfangsgeplapper‘ hinein eine Stille. [Es war eine] quälende Stille; Widerstand und Machtspiel [waren] spürbar; [ebenso die] Anspannung: Was wird passieren, wer wird das Schweigen brechen? Ein Patient löste [die Stille] auf durch ablenkendes Reden – er konnte die Stille, das drückende Schweigen nicht aushalten.“ (Auszug einer Beantwortung der 2. Frage im Fragebogen)

Stillesequenzen solcher Art werden zu einem großen Teil als äußerst unangenehm erlebt geschildert: Sprachlosigkeit, Stummheit in ihrer unangenehmsten Form, unausgesprochene, tabuisierte Konflikte, zurückgestaute und blockierte Aggression, Abwehr, Widerstand⁶⁷, Weigerung, Provokation, Machtspiel, und Verbissenheit – all dies kann zum Inhalt dieser Stille, zum interaktiven Gehalt dieses Schweigens werden.

Im geschilderten Beispiel ging dem Schweigen eine treffende Fragestellung der Therapeutin voraus. Ähnlich verhielte es sich wohl mit einer zwar treffenden, jedoch zu frühen Deutung, die zu Verblüffung führt und zum Schutz in ihrer Direktheit abgewehrt werden muss. Wepfer beschreibt auch, dass Patienten mit Schweigen auf eine falsche Deutung reagieren und durch das Schweigen ihre Enttäuschung darüber, nicht verstanden worden zu sein, zum Ausdruck bringen (vgl. Wepfer, 1998, 151).

Oft ist es das vorherrschende Spannungsniveau, das die Stille so unangenehm und quälend machen kann – dieses kann sich sowohl in einem überspannten (wie ein brodelnder Kochtopf, der nicht übergehen darf) als auch in einem unterspannten Bereich (wie eingeschlafene Füße) befinden.

Und: Je länger so eine Stille andauert, desto bodenloser wird sie auch. Machtkämpfe verhärten sich, immer dringender stellt sich die Frage danach, wer nun das Schweigen

⁶⁴ Dieser Stilletypus wurde in Lagler (Diplomarbeit, 2001) als „sprachliche Stille“ bezeichnet.

⁶⁵ Siehe Kapitel 1.4

⁶⁶ Hier beziehe ich mich auf meine studentische Erfahrung in der Ausbildung, in der die Methodik der Gesprächsführung nicht in dem Maße wie eine Methodik des Spielens gelehrt wurde.

⁶⁷ Siehe Kapitel 4.3

brechen wird. Zwar erhielt ich auch ein Beispiel, in dem von Provokation und Widerstand geprägte sprachliche Stille in einer Musiktherapiesitzung in positives Erleben übergeht, in all dem geschilderten Widerstand dennoch Ruhe einkehrt, der Atem tiefer wird, Blickkontakt entsteht und schließlich zu gemeinsamem Genuss führt. Doch ein Akzeptieren von Stille solcher Art ist im Kontext der Musiktherapie mit psychosomatischer Klientel eher als Ausnahme zu betrachten.⁶⁸

Es liegt an der Einschätzung des Therapeuten, ob er dem einzelnen Patienten oder der Gruppe ein Andauern des Schweigens zumutet und abwartet, was weiter geschieht, oder ob er selbst das Schweigen unterbricht, um etwaige Widerstände einer verbalen Aufarbeitung zugänglich zu machen.⁶⁹ M. E. nach liegt große Verantwortung darin, abzuwägen, ob die Stille etwa im Sinne der Förderung von Eigeninitiative und Entfaltung des Patienten fruchtbar sein kann, ob erst durch das Schweigen Inhalte auftauchen, die dem therapeutischen Prozess dienlich sein können oder ob ein Risiko besteht, dass der Patient durch die Stille erneut traumatisiert wird.

Kränkung, Frustration und Getrenntheit⁷⁰

Stille, Schweigen kann kränkend sein – Benenzon spricht von Stille als „Teil der narzisstischen Kränkung“⁷¹ (Benenzon, 2000, 25). Der Patient erwartet vom Therapeuten, ihm zu geben, ihm zu helfen, für ihn zu tun – doch die Zeit des Nährens hat ein Ende gefunden, es wird Zeit, auf eigenen Beinen zu stehen. Wie ein Säugling, der sich aus seiner Abhängigkeit von der Mutter und ihrer uneingeschränkten Zuwendung lösen muss und Trennung erfährt, so erlebt auch der Patient in der therapeutischen Beziehung allmählich das Ende der Symbiose. Unsicherheit, Ratlosigkeit und Hemmung gehen über in Rückzug, Resignation und Depression. Auch in dieser depressiven Grundstimmung – Benenzon spricht hier von einer Regression in die „depressive Position“ – werden vielfach Abwehr und Widerstand als spürbar geschildert. Ich denke jedoch, dass diese Begriffe oft nicht ausreichen, den Gehalt der Stille zu beschreiben und in ihrem Kern zu treffen. Vielmehr sehe ich eine wesentliche Bedeutung dieser Stille darin, dass sich im therapeutischen Prozess eine Trennung, ein Getrenntsein voneinander bemerkbar macht. Hier geschieht es, dass es zur Aufgabe des Therapeuten wird, dem Patienten zu vermitteln: „Ich bin da. Auch ich bin jetzt still. Aber: Ich bin nicht Du. Wir sind zwei voneinander getrennte Wesen.“

⁶⁸ Die von einer Kollegin geschilderte Stillesequenz entstammt einer Einzelmusiktherapie mit einem Immigrantenkind, dessen Störungsbild von elektivem Mutismus geprägt ist. Im Rahmen dieser Arbeit kann nicht gezielt auf die Bedeutung des „Schweigens als Krankheit“ eingegangen werden. Eine Vertiefung des Schweigens bei verbal „verstummter“ Klientel findet sich – aus pädagogischer Sicht – bei Gregor (1995), auch sei ich auf die musiktherapeutische Diplomarbeit von Elisabeth Lass (2001) hingewiesen, die sich mit interkultureller Musiktherapie unter besonderer Berücksichtigung des elektiven Mutismus befasst.

⁶⁹ Auf mögliche Interventionen, die eine Stille beenden, komme ich später zu sprechen.

⁷⁰ Siehe Kapitel 3.5

⁷¹ Aus dem Italienischen übersetzt von Christian Unterthiner.

Eine Kollegin stellte mir hierzu ein Beispiel aus einer Gruppenmusiktherapie mit psychosomatischer Klientel zur Verfügung. Sie beschreibt die Gesprächskultur der Gruppe allgemein als „sehr zäh“; in verbalen Aufarbeitungsphasen wird Abwehr der Patienten durch knappe Antworten, unpräzise, sich oft wiederholende Bemerkungen wie „war eh schön“ und durch Schweigen sehr deutlich. Besonders das Schweigen wird als provokativ empfunden, das Nachfragen der Therapeutin kommt ihr selbst sinnlos vor.

Als Intervention setzt die Therapeutin eine ganz gezielte Hinführung zur Wahrnehmung und zum Zulassen von Stille, es folgt eine dreiminütige Stillephase:

„Es war deutlich Unbehagen, Unsicherheit und Unruhe im Raum zu spüren, die dieses gemeinsame Aushalten der stillen Abwehr hervorrief. Das Schweigen wurde schließlich durch einen Vorschlag eines Patienten beendet. Diese Therapiesitzung war sicherlich ein wichtiger Schritt für die Gruppe in Richtung ‚Einlassen auf die Therapie‘ – in der Schweigephase wurden sie mehr mit ihrer jetzigen Situation und Gefühlswelt konfrontiert als in einem gemeinsamen Spiel, das sie später als ‚eh harmonisch‘ oder ‚schön‘ bezeichnet hätten und das sie eher von ihrem Momentanzustand abgelenkt hätte.“ (Auszug einer Beantwortung der 12. Frage im Fragebogen)

Das zunehmende Aushalten einer sprachlichen Stille von solcher Art kann für den Patienten eine wesentliche Entwicklung darstellen: Wird zunächst die Stille als Frustration erlebt, so kann sie mit der Zeit auch zu positiven Erfahrungen von Autonomie und Abgegrenztheit führen – „Im Schweigen bin ich selbst.“ Dass dies fruchtbar für den therapeutischen Prozess sein kann, beschreibt Winnicott, wenn er sagt: „Dieses Schweigen stellt sich als ein Fortschritt des Patienten dar, weit davon entfernt, ein Zeichen des Widerstands zu sein. Vielleicht hat der Patient hier zum erstenmal allein sein können.“ (Winnicott, 1958, 36)

Betroffenheit

Vor Stundenbeginn erhalten die Therapeutinnen die Nachricht, dass am Abend zuvor die Schwester der Patientin N. tödlich verunglückt ist

Noch vor Beginn der Therapie besprechen die Studentinnen mit der Praktikumsleiterin, worin nun die therapeutische Haltung bestehen solle: Ein Anspruch auf Krisenintervention besteht – es wird darum gehen, da zu sein und nichts Großartiges zu verlangen. Es sollen keine Löcher oder zu langen Pausen entstehen, trotzdem soll mit Worten sparsam umgegangen werden; eine Gedenkminute soll zu Beginn der Sitzung angeboten werden. (Auszug eines Protokolls meines eigenen Psychosomatikpraktikums im Wintersemester 1999/2000)

Die in dieser Gruppenmusiktherapiesitzung angebotene Gedenkminute findet in Stille statt und bietet somit der Gruppe ein Ankommen in der mit dem Thema Tod einhergehenden Sprachlosigkeit⁷². Nicht Tabuisierung, Wegschieben und Verdrängung findet hier statt, nicht Ver-Schweigen, sondern: Aushalten des Schmerzes im Mit-Schweigen. In dieser Stille und in den in der folgenden Stunde immer wieder eintretenden Schweigephasen ist die Betroffenheit aller Gruppenteilnehmer spürbar, Erinnerungen an eigene Erfahrungen mit dem Tod nahestehender Menschen tauchen auf, Anteilnahme wird zwar auch in

⁷² Siehe Kapitel 2.2.5

verbalen Äußerungen einiger Gruppenteilnehmer, vor allem aber in Stille erwiesen. Präsenz und Halt soll vermittelt werden; auch soll in der Stille vermieden werden, dass der Sog weiter nach unten zieht – Gefühle der Bestürzung, vielleicht auch schon der Trauer sind da, und diese benötigen tragenden Boden und Stütze.

In diesem Beispiel können die Therapeutinnen schon vor Stundenbeginn erahnen, dass der Tod von Frau N.'s Schwester zentrales Thema der Musiktherapiesitzung sein wird, schon im Vorfeld können sie sich auf die bevorstehende und erwartete Gefühlsdichte einlassen. Doch Betroffenheit innerhalb einer Therapiesitzung kommt oft unvermutet, unerwartet, plötzlich: in Situationen von großer spürbarer Nähe und Dichte bei Therapeut und Patient; in Situationen der – vielleicht erstmaligen – verbalen oder nonverbalen Mitteilung tiefster innerster Gefühle von Leid und Schmerz; in Situationen, in denen die therapeutische Beziehung zu einer „mitmenschlichen“⁷³ wird und der Therapeut den Leidenszustand, das Ausmaß der Verletzung und die damit verbundenen tiefreichenden – bewussten oder unbewussten, präsenten oder verdrängten – Gefühle des Patienten unmittelbar erkennen kann; in Situationen, die das vom Patienten erlebte Trauma erinnern und wiedererleben lassen; in all diesen und vielen anderen Situationen und Momenten der Therapie, die so vertraulich, zerbrechlich und doch kostbar sind auf einem heil- und heilungsversprechenden Weg, ist die Stille der Sprachlosigkeit ein erster, wenn auch stummer Ausdruck und vermittelt eine Ahnung dessen, was für ein großer Schritt es sein wird, den Gehalt dieser Stummheit und Sprachlosigkeit in Musik- oder Wortsprache weiter mittelbar zu machen, ihn klanglich hörbar und einer Aufarbeitung zugänglich zu machen.

Rückzug nach dem Kontakt

„Gefühle sind da [...] Der Patient braucht Zeit, diese beschreiben zu können; Spannung entsteht: Wird er weiter in die Tiefe gehen oder weglenken von drohenden Gefühlen? Ein Einwurf meinerseits (verbal oder musikalisch) würde diesen Fluss vermutlich unterbrechen – einiges könnte wohl nicht zur Sprache kommen. Es ist eine positiv erlebte Stille. Der Patient bringt schließlich eine Äußerung, mit der weitergearbeitet werden kann.“
(Auszug einer Beantwortung der 12. Frage im Fragebogen)

Ein aus der Gestalttherapie stammender Kontakt-Zyklus von Joseph Zinker beschreibt auf sehr anschauliche Weise den Kreislauf des Menschen innerhalb von Gewahrsein, Erregung und Kontakt, welcher im Spiel von Selbst und Umwelt immer wiederkehrt: Wurde eine Empfindung ins Bewusstsein gebracht, Energie mobilisiert und eine Erregung in Handlung umgesetzt, so findet ebendort „Kontakt“⁷⁴ statt. Der Mensch erlebt sich in Kontakt mit sich selbst und im Kontakt mit anderen (vgl. Zinker, 1982, 95 ff.). Jedoch betont Zinker: „Es gibt einen Rhythmus von Kontakt und Rückzug. Man lernt, wie man

⁷³ Im Sinne der Bedeutung „mitmenschlicher“ therapeutischer Beziehung bei Petersen (1987); siehe Kapitel 4.4.1

⁷⁴ Auf den Kontaktbegriff in der Musiktherapie hier näher einzugehen, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Bereits in Kapitel 3.5.3 wurde der Kontaktbegriff angesprochen, auch verweise ich dazu auf die Diplomarbeit von Harrer (1997).

auf seine Bedürfnisse achtgibt, wie man sich daranmacht, sie zu befriedigen und sich dann zurückzuziehen und zu erholen.“ (Zinker, 1982, 114)

Wie bereits im Eingangskapitel die Bedeutung eines rhythmischen Faktors, der mit jeder Situation des Lebens in Verbindung steht, erörtert wurde,⁷⁵ so ist auch im verbalen Geschehen der Therapie die Stille Teil eines Zyklus von Kontakt und Rückzug, von Aktivität und Ruhe.

Wird intra-verbale Stille als Rückzugsmöglichkeit für den Patienten genutzt, so kann sie dazu dienen, sich aus der Intensität des Kontakts zu lösen. Das Gesprochene wirkt in der Stille nach, die vorhandenen Gefühle erfahren ihre Verstärkung durch die Stille. Und gleichzeitig kann der Patient Distanz zum Therapeuten herstellen und sich umso mehr sich selbst zuwenden, sich auf sich besinnen, sich in sich kehren. Solches Zurücknehmen in Stille bietet Platz zum Nachdenken, zum Innehalten im „Alleinsein“⁷⁶ mit den noch nicht fassbaren Gefühlen, bevor (innerhalb des beschriebenen Zyklus) erneut Kontakt entstehen kann.

Nach Zinker geht es dabei um eine richtige Dosierung des Kontakts, des Gebens und Nehmens. Es geht darum, den Grad der Stimulierung und die Grenze der Kontaktintensität zu erkennen und dazu fähig zu sein, „auf dem Gipfelpunkt oder Kulminationspunkt seines Erlebens loszulassen“ (Zinker, 1982, 115). Zinker sieht ein Ziel der therapeutischen Erfahrung darin, „für die Vielzahl von Rhythmen in unserem Leben offen zu werden. Sie deckt uns den Reichtum des Schweigens auf und das Bedürfnis nach Ruhe.“ (Zinker, 1982, 116)

Raumschaffendes Schweigen mit dem Ziel der Entfaltung von Eigeninitiative oder Entscheidungsfindung

Eine Musiktherapeutin schilderte hierzu ein Beispiel aus einer Einzeltherapie mit einem fünfjährigen, mutistischen Kind, das in symbiotischer Beziehung mit seiner Mutter steht: „Die Mutter manipulierte das Kind im Alltagsleben, konnte es nicht ertragen, den Jungen selbständig und unabhängig von ihr zu sehen.“

Auch nach eineinhalb Jahren Musiktherapie sitzt die Mutter, die mittlerweile Vertrauen zur Therapeutin gefasst hat, Sitzung für Sitzung vor der Tür des Therapieraums. Die Therapeutin beschreibt den Therapieprozess als stagniert; ihr kommt die Idee, die Mutter in die Therapie miteinzuladen, um die Interaktion zwischen den beiden beobachten zu können.

„Ich frage ihn [den Jungen] möglichst neutral, ob wir seine Mama einmal in die Stunde einladen sollen. Seine Augen leuchten auf (Freude); kurz darauf folgt Stille. Er ist in sich gekehrt. Da er bis zu diesem Zeitpunkt nicht mit mir gesprochen hat (nur vokale Geräusche), biete ich ihm Zeichen für seine Antwortmöglichkeiten an. Ich nehme mich völlig zurück – auch mit meiner Idee, eine Stunde zu dritt könnte eine interessante Wendung im Prozess bewirken. Es folgt eine längere Zeit der produktiven Stille (ca. 1½ Minuten).

⁷⁵ Siehe Kapitel 1.2.4

⁷⁶ Vgl. dazu die von Winnicott (1958) beschriebene „Fähigkeit zum Alleinsein“, die ich in Kapitel 3.5.1. erläutert habe.

Schließlich entscheidet er sich für die Stille zu dritt.“ (Auszug einer Beantwortung der 12. Frage im Fragebogen)

Die Musiktherapeutin in diesem Beispiel erachtet es als positiv an der geschilderten Stillesituation, dass das Kind – aus welcher Motivation auch immer – eine Entscheidung treffen konnte, ohne äußerlichem Druck ausgesetzt zu sein. Auch wenn diese Entscheidung erneute Schwierigkeiten mit der Situation der nächsten Therapiesitzung nach sich zog, so bot die Stille in diesem Fall einen Rahmen, innerhalb dessen das Kind die Möglichkeit hatte, ein klares „Ja“ oder ein klares „Nein“ zu formulieren – ganz in seiner Zeit. Schon zu Beginn dieses Kapitels wurde auf die raumschaffende Funktion der Stille hingewiesen: Der Therapeut nimmt sich zurück, hält die Stille aus und bereitet in der Stille einen Raum, in dem der Patient seine eigenen Bedürfnisse selbst erspüren kann und Akzeptanz für das Eigene, für den eigenen Prozess, für die eigene Entscheidung erfährt.

Im Rahmen der Fragebogenerhebung berichteten einige Musiktherapeuten von ihren Erfahrungen damit, immer wieder gezielt zu schweigen, gerade dann, wenn der Patient eine Erwartungshaltung dem Therapeuten gegenüber zeigt, er solle doch entscheiden, er solle doch die Initiative ergreifen, er solle doch ein Spielangebot bringen, er solle doch wissen, was zu tun sei. Hier geht es vielfach darum, Erwartungen und (unausgesprochenen) Forderungen nicht zu entsprechen, sondern den Patienten – direkt oder indirekt – dazu zu ermutigen, selbst die Initiative zu ergreifen, selbst die Gestaltung der Stunde in die Hand zu nehmen.

„Immer wieder entsteht Stille, weil der Patient von mir erwartet, zu entscheiden, was wir tun werden; um ihm das zu spiegeln, ließ ich die Stille öfters zu; manchmal beendete der Patient sie selbst durch einen Vorschlag, was wir tun könnten; ich sprach die Stille auch ein paar Mal an [...] Mit der Zeit wurde der Patient initiativer, spielte auch von sich aus auf den Instrumenten, was er vorher lange abgelehnt hatte; nach einer längeren Stillesequenz erzählte er mir von sich aus von depressiven Phasen, die er hat und von denen keiner weiß.“ (Auszug einer Beantwortung der 12. Frage im Fragebogen)

Entscheidungsfindung kann für den Patienten auch darin bestehen, sich dem Therapeuten oder der Gruppe zu öffnen – was und wie viel gebe ich nun von mir her? Was kann ich in dieser Gruppe von mir erzählen? Wie stark ist mein Vertrauen? Solche Prozesse, die es braucht, um sich den anderen eröffnen zu können oder auch, um entscheiden zu können, dass es noch nicht an der Zeit ist, Innerstes preiszugeben und dadurch eine Bearbeitung dessen zu riskieren, erhalten in und durch Stille einen tragenden Boden.

Das folgende Beispiel entstammt der Schilderung einer Musiktherapiesitzung mit einer Frauengruppe in der Psychiatrie, wobei eine der Frauen mit „deutlich anderem Tempo“ als die anderen beschrieben wird:

„In einer Gesprächssequenz mit ihr entstand Stille durch mein Angleichen an ihr Tempo; unsere Beziehung wurde dichter und tragfähiger, die Patientin ging stark in ihre Gefühle und eröffnete uns (nach der Stille), dass sie Angst hätte, die Gruppe aufzuhalten [...] In der Stille war ein innerer Kampf der Patientin spürbar, ob sie sich der Gruppe öffnen soll

oder nicht; dies wurde im Nachhinein auch von ihr bestätigt.“ (Auszug einer Beantwortung der 12. Frage im Fragebogen)

5.4.6 Übergangsstille II

Diese zweite Form einer Übergangsstille bezieht sich auf die Zeit zwischen einem verbalen Geschehen und der Zuwendung zu einem neuen Geschehen auf der musikalischen Ebene. Auch sie nimmt eine Brückenfunktion ein, wobei der verbale Kommunikationsbereich den Ausgangspunkt darstellt und ein Übergang zur musikalischen Ebene möglich werden soll.

Diese Stille kann eine Zeit der Dissoziation sein, ein Thema ist eventuell schon da, es soll ein Weg hin zur Nonverbalität gefunden werden. Sie kann eine Stille der Entscheidungsfindung sein, in der Eigeninitiative und Aktivität des Patienten gefragt sind. Gefühle der Unsicherheit, der Hemmung und Ratlosigkeit können sowohl beim Patienten als auch beim Therapeuten auftreten. Es ist oft schwierig, diese Zeit als Teil eines kreativen Prozesses anzuerkennen und sich diese Zeit auch zu nehmen und zu gönnen. Hier ziehen sich Patienten mitunter aus einer aktiven Beteiligung an diesem Entscheidungsprozess zurück und erwarten Vorschläge und Anweisungen vom Therapeuten. Widerstände und Ablehnung können spürbar werden, auch bietet diese Stille Raum für regressive Tendenzen der Patienten, für seinen primärprozesshaften Wunsch, passiv zu bleiben.

Im Falle einer strukturierten Durcharbeitungsphase, in der versucht werden soll, mit Hilfe eines Spielangebotes zu musikalischem Ausdruck zu finden, beginnt die Aufmerksamkeit sich auf den zu bewältigenden Prozess zu konzentrieren, auf die Aufgabe, etwas zum Klingen zu bringen. Neue Instrumente werden gewählt, durch die Erwartung des Bevorstehenden verändert sich die Atmosphäre. Sie ist dann eine konzentrierte Stille, eine Stille des Nach-innen-Horchens. Die Spannung steigert sich, und die Stille kann übertreten in das Stadium der prä-musikalischen Stille – der Kreis schließt sich.

5.5 MÖGLICHKEITEN DES BEENDENS VON STILLE

Die 11. Frage des Fragebogens richtete sich darauf, welche Interventionsmöglichkeiten Musiktherapeuten kennen, um eine Stille zu beenden. Die Antworten auf diese Frage lassen sich einteilen in verbale und nonverbale Interventionen:

Entschließt sich der Therapeut dazu, die Stille mit einer verbalen Intervention zu beenden, so werden seine verbalen Äußerungen, seine Fragen oder Feststellungen der Bearbeitung der Stille in ihrem Gehalt und ihrer Bedeutung dienen. Hier geht es zunächst darum, die Stille zum Thema zu machen, sie zu bemerken, anzusprechen, zu benennen, zu beschreiben – der Therapeut stellt fest: „Jetzt ist es still. Jetzt ist es ganz still geworden.“

Eine Erörterung des momentanen Zustands erfolgt:

Was bedeutet diese Stille? Hat sie etwas mit unserer Situation zu tun? Was hat sie mit der Situation zu tun? Welchen Sinn könnte diese Stille haben? Wie wurde die Stille erlebt? Was geschieht gerade? Welche Gefühle und Gedanken sind jetzt da? Wo ist mein Gegenüber gerade? Wohin haben die Gedanken des Patienten ihn während der Stille geführt?

Es kann der Grund dafür gesucht werden, warum es nun so still ist:

Was ging der Stille voraus? Was gab uns den Anlass zu schweigen, still zu sein? Was hindert uns daran, zu sprechen/uns zum Klingen zu bringen? Was wird durch die Stille vermieden? Welches Ziel/welchen Zweck hat die Stille?

Der Therapeut kann auch selbst diese Fragen beantworten, das eigene Erleben beschreiben, die Stille deuten und Vermutungen anstellen, das von den Patienten aufrechterhaltene Schweigen kommentieren, indem er sich mit den Patienten identifiziert:

Ich will/kann jetzt nichts sagen, es fällt mir schwer ...

Oft ist es schwierig zu reden. Ich bin zu müde, ich werde nicht verstanden, es ist zu böse, was ich sagen will ...

Ich brauche Ruhe, Stille. Wir brauchen Stille.

Ich kann nicht und ich will nicht.

Ich passe auf mich auf, ich schütze mich vor mir selbst und vor dem, was ich den anderen sagen will; die Müdigkeit hilft mir dabei.

Besonders dann, wenn die Stille, das Schweigen als „gegen“ etwas gerichtet erlebt wird und in ihrer Funktion als Widerstand und Protest gegen das Sprechen oder dagegen, sich zum Klingen zu bringen, auftritt, ist es oftmals notwendig, das vertraute Medium der Sprache anzubieten, um die Widerstände und deren Dynamik, auch deren interaktiven Gehalt einer Aufarbeitung über das Wort zugänglich zu machen und so eine Bewusstwerdung im Hier und Jetzt zu ermöglichen.

Aber auch in Situationen, die von höchster emotionaler Dichte und Intensität geprägt sind, kann eine verbale Intervention der Abgrenzung und Bewahrung des Ichs dienen und die nötige Distanz im Kontakt wiederherstellen.

Oft ist es jedoch so, dass Stille gerade deshalb zustande kommt, weil etwas Unbegreifbares, Unbeschreibbares im therapeutischen Prozess passiert. Das Erleben und Fühlen steht im Vordergrund, tief drinnen wird gespürt. Kognitive Ansprüche sind hier fehl am Platz, und Worte könnten das Erleben in seiner Tiefe mindern oder sogar zerstören. Um dem tiefgreifenden, vielleicht sogar archaischen Erleben solcher Stille dennoch einen Weg in einen Klangraum zu ermöglichen, wird der Therapeut daher eine nonverbale Intervention setzen, und zwar dann, wenn er spürt, dass es an der Zeit ist, die Stille – vorerst im akustischen Sinne – zu beenden.

Einzelne, vom Therapeuten in die Stille gesetzte Klänge können einen ersten Übertritt auf die nonverbale Ebene der Musik ermöglichen. Er beginnt leise zu spielen, geht behutsam auf die möglicherweise zerbrechliche Stimmung der Stille ein und versucht, diese musikalisch aufzugreifen. Dabei betrachtet und bespielt er die durch die Stille ausgelösten Gefühle – die eigenen oder die in der Gegenübertragung erspürten.

Auch wenn Spannung oder Angst spürbar sind, kann eine Intervention auf der musikalischen Ebene den emotionalen Inhalt der Stille übernehmen und hörbar machen. Im Schweigen spürbare Aggression, die einer Bearbeitung bedarf, kann vor einer verbaler Annäherung durch einen musikalischen Impuls hörbar gemacht werden, ebenso eine abwehrende, abwertende, gelangweilte oder depressive Grundstimmung, um nur einige Beispiele möglicher Stimmungen zu nennen.

Flower (2001) gibt das Beispiel eines Musiktherapeuten wieder, der eine deutlich von Abwehr der Patienten geprägte Stille nonverbal beendet: „Nach etwa vier Minuten nahm ich den Regenmacher vom Boden auf und versuchte, indem ich auf eine fragmentierte Weise spielte, mit der unterschwellig unbehaglichen und brütenden Feindseligkeit, die im Raum lag, zu kommunizieren.“⁷⁷ (Stewart, 1996, zit. nach Flower, 2001, 4 f.) Flower sieht in dieser Intervention des Therapeuten zwei Gründe:

„Einerseits fühlen wir, dass die hilfreichste Intervention diejenige ist, die Stille zu brechen und uns in eine musikalische Sprache zu begeben, mit verschiedenen möglichen Absichten. Andererseits werden wir von einer Sorge ergriffen, die zu groß ist, um ertragen zu werden, und wir spielen, um unsere Gefühle von Nutzlosigkeit und Unbehagen abzuschütteln.“ (Flower, 2001, 5)

Im musikalischen Eingehen auf die Situation des Schweigens und der Stille vollzieht sich eine Sensibilisierung für den Moment; manchmal wird der Gehalt der Stille dem Patienten wie dem Therapeuten erst durch ein musikalisches Aufgreifen zugänglich gemacht.

⁷⁷ Das englischsprachige Paper von Flower wurde von der Autorin übersetzt.

6 SCHLUSSFOLGERUNG

Im Laufe dieser Arbeit wurden immer wieder runde Formen verwendet, um meine Gedanken und Ausführungen bildlich zu veranschaulichen. Und auch für den Schlussteil dieser Arbeit erscheint es mir hilfreich, das Bild einer runden Form zu verwenden. Dies soll mich zunächst darin unterstützen, meine Ausführungen zum Thema der Stille in der Musiktherapie in diesem Rahmen „abzurunden“, darüber hinaus soll damit noch zweierlei zum Ausdruck gebracht werden:

Der therapeutische Umgang mit Stille hat wie der Kreis eine Form ohne Ende – jeder Einzelne sei zum Weiterdenken eingeladen, sei dazu aufgefordert, sich immer wieder bezüglich seines Umgangs mit Stille und seiner Offenheit den unzähligen Möglichkeiten ihres Auftretens gegenüber zu hinterfragen.

Runde Formen sind in Bewegung. Auch wenn in der Stille so manches stillzustehen scheint, wohnt ihr im therapeutischen Prozess ständig Bewegung inne. Diese Bewegung besteht in einem Weg, auf dem sich der Therapeut mit Stille auseinandersetzt, in seinem eigenen Umgang mit Stille zunehmend in die Tiefe geht, zu verstehen beginnt und die Stille gemeinsam mit dem Patienten einer kreativen Nutzung zugänglich macht.

Die runde Form, die ich hier zur Veranschaulichung meiner abschließenden Gedanken heranziehe, sei zunächst die eines Kreises. Der Kreis steht hier in seiner Zweidimensionalität für diejenigen Aspekte meiner Überlegungen, die eine in der Musiktherapie auftretende Stille mit Hilfe verbaler Begrifflichkeiten zu beschreiben oder zu umschreiben vermögen. In Kapitel 1 wurde gezeigt, dass sich Versuche, die Stille vom phänomenologischen Standpunkt aus zu betrachten, immer wieder auf einem Kontinuum zwischen zwei Polaritäten bewegen – zwischen äußerlicher, akustischer Gegebenheit und innerem Empfinden, zwischen Objektivität und Subjektivität, zwischen quantitativen und qualitativen Faktoren beispielsweise. Auch das Benennen der Stille mit Begriffen wie „Schweigen“, „Pause“, „Ruhe“ u. ä. lässt sich auf diesem Kreis ansiedeln: Das Verwenden von Begriffen solcherart impliziert nicht unbedingt ein tieferes Eindringen in das Wesen der Stille, sondern bleibt durchaus auf der beschreibenden Ebene. Es ermöglicht erste Zuordnungen der Stille – zur Sprache, zur Musik, zum Leib. Die Benennung der 6 Typen meines Kreismodells gehört ebenso hierher: Wenn ich von „prä-musikalischer“, „intra-musikalischer“, „post-musikalischer“, „intra-verbaler“ oder „Übergangsstille“ spreche, so bewege ich mich vorerst in einer Dimension rein beschreibender, wort-sprachlicher Begrifflichkeiten.

Therapeutische Nutzung von Stille erfordert jedoch das Wagnis, den Kreis des rein Deskriptiven zu verlassen, sich von der Oberfläche der Zweidimensionalität zu lösen und in die Tiefe zu gehen. Es geht hier nicht mehr um eine rein sachliche Beschreibung der Stille, sondern darum, die Aufmerksamkeit auf die therapeutische Beziehung in der Stille zu lenken. Für folgende Gedanken stelle man sich das Bild einer aus der anfänglichen Kreisform heraustretenden Spirale vor, die nach unten reicht und sich zunehmend verdichtet.

Der Therapeut stellt sich vielleicht die Frage, wogegen sich das Schweigen, die Stille richtet, welchen Widerständen des Patienten sie entstammen könnte? Oder er fragt sich, wo-

für diese Stille ist, welche Defizite des Patienten es sein könnten, die einer durch die Stille in Gang gesetzten Regression bedürfen? Der Therapeut hinterfragt seine eigene Funktion in diesem Prozess und erspürt eigene Gefühle in der Stille. Er versucht, sich laufender Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse bewusst zu werden. Diese Ebene therapeutischen Umgangs mit Stille macht feinfühlig für die Symbolhaftigkeit des Stilleerlebens. Wie in Kapitel 3 beschrieben, kann Stille in der Therapie vielfach ein Verweis auf geglückte oder missglückte Zeiten der Stille im präverbalen Erleben des damaligen Kindes sein. Der Therapeut kann hier die Bedeutung des Stilleerlebens wohl auf diskursive Weise erfassen; wort-sprachliche, analysierende Reflexion ist oft notwendig für das Verstehen der laufenden Vorgänge. Der Patient jedoch befindet sich in einem Bereich, der noch keine Sprache, noch keine Worte kennt. Stille kann hier im Sinne regressiver Bedürfnisse genutzt werden, sie kann zu symbiotischem Erleben führen und ein Nachnähren und Nachreifen früher Defizite implizieren. Oder sie bietet einen Raum, in dem der Patient sich als getrennt vom Therapeuten wahrnehmen kann und das Eigene Erkennen und Erfahren in die Tiefe gelangt das Erleben von Stille in der Therapie, wenn sich eine Ebene eröffnet, auf der ich die Momente der Therapie angesiedelt sehe, in denen Unbegreifbares, Unsagbares, Unaussprechliches geschieht: Momente des „therapeutischen Einverständnisses“. Es sind die „heiligen Momente“ in der Therapie, in denen die therapeutische Beziehung zu einer „mitmenschlichen“ wird und in der Nähe gemeinsamen Erlebens intensivster Gefühle Begegnung möglich wird. Diese ist auch die Ebene, auf der das Kapitel 2 über die Bedeutung von Stille im Kontext religiöser Grunderfahrungen seine Berechtigung erfährt. Es mag eine Art der „Achtsamkeit“ sein, die der Therapeut in der Begegnung mit dem Patienten braucht, um wirklich hinzuhören zu können auf die – unsagbare – Mitteilung in der Stille und durch die Stille hindurch. Dadurch, dass Begegnung dort stattfindet, wo es nicht mehr notwendig ist, alles zu analysieren und mit Begrifflichkeiten zu versehen, dadurch, dass man eine Annahme des Unsagbaren und Unbegreifbaren miteinbezieht, gelangt der Umgang mit Stille auf eine Ebene, die keine Worte, keine Sprache mehr kennt.

Es soll hier nicht das Bild von etwas Bodenlosem vermittelt werden, dem die Gefahr innewohnt, sich in der Tiefe zu verlieren. Peter Schellenbaum schreibt, dass Stille Verluste des Halts mit sich bringt und so „in uns den Reflex einer Flucht nach vorn in die Übertönung aus[löst]. Wir singen, wenn wir noch schweigen sollten“ (Schellenbaum, 1999, 202). Eine Reflexion unseres eigenen Umgangs mit Stille könnte jedoch dahin führen, dass wir es als unsere therapeutische Aufgabe erkennen, im Tiefgang in besonderem Maß Halt und Stütze zu vermitteln. Dies ist nur möglich, wenn wir selbst bereit sind, Stille zuzulassen und auszuhalten. Auf einem Weg des therapeutischen Umgangs mit Stille wird es uns dann vielleicht zunehmend gelingen, noch zu schweigen, wo wir sonst schon singen würden.

Ich bin mir dessen bewusst, dass dieses Modell meiner Überlegungen nicht über mathematische Korrektheit verfügt und ich die Symbolik der Spiralform an sich nicht zu Ende gedacht habe. Zahlreiche Dimensionen des Stilleerlebens in der Musiktherapie bedürfen sicherlich der Vertiefung oder wurden hier gar nicht besprochen: Die Sphäre des Traumatisierten, die vom Fehlen des Wortes gekennzeichnet ist, wurde lediglich als ein Aspekt

musiktherapeutischen Stilleerlebens behandelt, auch fand die Dimension der Zeit im Umgang mit Stille wenig Zuwendung. Doch findet in meiner Vorstellung die Spirale in ihrer Tiefe, in zunehmender Intensität und Verdichtung ihren Punkt, an dem Entscheidendes geschieht: „Neues“ beginnt – neue Klänge, neue Töne, neue Melodien und Rhythmen, Schöpferisches und Kreativität. Berendt schreibt:

„Das Entscheidende geschieht immer, wenn etwas aufhört. Denn dann geschieht Stille, und daraus entsteht das Neue. Ohne die Stille kann Neues nicht entstehen, denn ohne sie ist das, was jeweils geschieht, nur eine Fortsetzung des Alten. Stille ist fruchtbar. Stille gebiert.“ (Berendt, 2000, 118)

Schellenbaum schreibt: „Wenn wir sie [die Stille] lange genug aushalten, dann erwachen wir im seminalen Punkt ohne Ausdehnung, im existentiellen Moment der Empfängnis“ (Schellenbaum, 1999, 203 f.). Stille in der Therapie zu erfahren kann dann bedeuten, „dass wir auf den Punkt kommen und uns in dem jetzt Aufbrechenden und Wachsenden vorbehaltlos zentrieren“ (Schellenbaum, 1999, 202). Aus der Stille heraus geschieht Begegnung, Vertrauen, Hinwendung und Initiative. Und all das Neue, Schöpferische, Kreative, das der Erfahrung therapeutischer Beziehung entspringen kann, ist keineswegs still ...

7 LITERATURVERZEICHNIS

Albrecht, Carl (1976). *Psychologie des mystischen Bewußtseins*. Mainz: Mathias Grünewald.

Atwood, George E. (2000). Widerstand. In Stumm, Gerhard/Pritz, Alfred (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie (776–777)*. Wien: Springer.

Balint, Michael (1970). *Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung*. Stuttgart: Ernst Klett.

Bellebaum, Alfred (1992). *Schweigen und Verschweigen. Bedeutungen und Erscheinungsvielfalt einer Kommunikationsform*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Benenson, Rolando (2000). Musicoterapia e psicoterapia verbale. La resistenza al contesto non verbale. In Larocca, Franco (Hrsg.), *Atti del VI Convegno Internazionale 1999, Musicoterapia e danzaterapia per l'handicap – I mediatori analogici (19–30)*. Verona: Libreria Editrice Universitaria.

Berendt, Joachim-Ernst (2000). *Kraft aus der Stille. Vom Wachsen des Bewusstseins*. München: Droehmer.

Bolen, Inge (2000). Regression. In Stumm, Gerhard/Pritz, Alfred (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie (590)*. Wien: Springer.

Borghesi, Massimo/Garcia, Maria Elena/Scardovelli, Mauro (a cura di). (2000). *Musicoterapia a confronto, Quaderni di musica applicata n°21*. Assisi: Edizioni fonografiche e musicali PCC.

Buber, Martin (1962). Zwiesprache. In Buber, Martin (1994), *Das dialogische Prinzip (137–196)*. Gerlingen: Schneider.

Cage, John (1995). *Silence*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Czagalik, Dietmar u. a. (1995). Zum Verlauf bedeutsamer Episoden in einer Musiktherapie. Ein Beispiel aus dem Integrativen Musiktherapie-Dokumentationssystem IMDoS. *Musiktherapeutische Umschau*, Bd. 16, 270–288.

Daly, Rebecca/Skolnick, Neil J. (2000). Depressive Position. In Stumm, Gerhard/Pritz, Alfred (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie (125)*. Wien: Springer.

Danielewicz-Betz, Anna (1998). *Silence and Pauses in Discourse and Music*. Dissertation, Philosophische Fakultät der Universität des Saarlandes, Saarbrücken.

Datler, Wilfried (2000). Widerstand. In Stumm, Gerhard/Pritz, Alfred (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie (777)*. Wien: Springer.

Decker-Voigt, Hans-Helmut (Hrsg.). (1983). *Handbuch Musiktherapie*. Lilienthal/Bremen: Eres Edition.

- Decker-Voigt, Hans-Helmut/Knillm Paolo J./Weymann, Eckhard** (Hrsg.). (1996). Lexikon Musiktherapie. Göttingen u. a.: Hogrefe.
- Dibelius, Ulrich** (1994). Kraft aus der Stille. Erfahrungen mit Klang und Stille in der neueren Musik. MusikTexte, Bd. 55, 9–14.
- Die Bibel** (1980). Altes und Neues Testament. Einheitsübersetzung. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Dorfles, Gillo** (1992). Die kreative Stille. In Kamper (Hrsg.), Schweigen: Unterbrechung und Grenze der menschlichen Wirklichkeit (23–26). Berlin: Riemer.
- Dornes, Martin** (1993). Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.
- Dornes, Martin** (1997). Die frühe Kindheit: Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.
- Finscher, Ludwig** (Hrsg.). (1997/1998) Die Musik in Geschichte und Gegenwart. Allgemeine Enzyklopädie der Musik begründet von Friedrich Blume. Sachteil 7/8. Kassel u. a.: Bärenreiter; Stuttgart u. a.: Metzler.
- Finscher, Ludwig** (1997). Pause. In Finscher, Ludwig (Hrsg.), Musik in Geschichte und Gegenwart: Sachteil 7 (1533–1538). Kassel u. a.: Bärenreiter; Stuttgart u. a.: Metzler.
- Fitzthum, Elena/Oberegelsbacher, Dorothea/Storz, Dorothee** (1997). Wiener Beiträge zur Musiktherapie. Weltkongresse Wien Hamburg 1996. Wien: Edition Praesens.
- Flower, Claire** (2001). The Spaces Between the Notes. Silence in Music Therapy. Paper for APMT/BSMT Conference, February 2001.
- Fontana, David** (1994). Kursbuch Meditation. Bern u. a.: Scherz.
- Frohne-Hagemann, Isabelle** (2001). Ästhetische Dimensionen der Musiktherapie. Unveröffentlichter Vortrag im Rahmen des Vth European Music Therapy Congress in Neapel/Italien im April 2001, deutsche Fassung.
- Frohne-Hagemann, Isabelle** (2002). Vom Sinn und Unsinn des Nachnährens. In Moreau, Dorothee von/Wöfl, Andreas (Hrsg.), Zur Idee des therapeutischen Nachnährens – Was kann Musiktherapie leisten? Beiträge der 10. Musiktherapie-Tagung 2002. Wiesbaden: Reichert.
- Gindl, Barbara** (2000). Der Leib als „Resonanzkörper“ in der musiktherapeutischen Behandlung von frühgestörten und psychosomatisch kranken Menschen. In Österreichischer Berufsverband der MusiktherapeutInnen e. V. (Hrsg.), Wiener Beiträge zur Musiktherapie Band 2 (142–156). Wien: Edition Praesens
- Gregor, Ingrid** (1995). Der Rest ist Schweigen ... – Zum Phänomen des Schweigeverhaltens. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien.

Grimm, Jacob und Wilhelm (1893). Deutsches Wörterbuch: Bd. 8 R – Schiefe. Fotomechanischer Nachdruck der Erstausgabe 1893–1984, Bd. 14. München: DTV.

Grünbacher, Hemma (1998). Seine Majestät das Ich. Die „Sündenbock-Projektion“ in der Musiktherapie. Unveröffentlichte Diplomarbeit im Kurzstudium Musiktherapie, Hochschule für Musik und darstellende Kunst Wien.

Guillevic, Eugène (1997). Du Silence – Von der Stille. Tübingen: Gunter Narr.

Harrer, Marion (1997). Kontakt: Ausführungen zu Definition, Theorie und Praxis des Phänomens „Kontakt“ in der Musiktherapie. Unveröffentlichte Diplomarbeit im Kurzstudium Musiktherapie, Hochschule für Musik und darstellende Kunst Wien.

Hegi, Fritz (1997). Improvisation und Musiktherapie. Paderborn: Junfermann⁵.

Hegi, Fritz (1998). Übergänge zwischen Sprache und Musik. Die Wirkungskomponenten der Musiktherapie. Paderborn: Junfermann.

Herbstrith, Waltraud (1988). Schweigen/Stille. In Schütz, Christian (Hrsg.), Praktisches Lexikon der Spiritualität (1108–1111). Freiburg im Breisgau: Herder.

Höll, Kathleen (2000). Widerstand. In Stumm, Gerhard/Pritz, Alfred (Hrsg.), Wörterbuch der Psychotherapie (778–779). Wien: Springer.

Huber, Gerald (1989). Zur Kulturpsychologie der Stille. eine theoretische Studie unter Berücksichtigung literarischer, alltagspsychologischer, psychoanalytischer und kunstphilosophischer Aspekte. Dissertation, Universität Salzburg.

Huxley, Aldous (1994). Der Rest ist Schweigen. In Huxley, Aldous (1994), Form in der Zeit: Über Literatur, Kunst, Musik. Essays II (279–281). München: Piper.

Jaworski, Adam (Hrsg.). (1997). Silence. Interdisciplinary Perspectives. Berlin/New York: Mouton de Gruyter.

Jüngel, Eberhard (1978). Der Tod als Geheimnis des Lebens. In Paus, Ansgar (Hrsg.), Grenzerfahrung Tod (9–39). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Kamper, Dietmar (Hrsg.). (1992). Schweigen. Unterbrechung und Grenze der menschlichen Wirklichkeit. Berlin: Riemer.

Kamper, Dietmar/Wulf, Christoph (1992). Unterbrechung und Grenze. In Kamper (Hrsg.), Schweigen: Unterbrechung und Grenze der menschlichen Wirklichkeit (1–3). Berlin: Riemer.

Kunz, Claudia Edith (1996). Schweigen und Geist. Biblische und patristische Studien zu einer Spiritualität des Schweigens. Freiburg im Breisgau u. a.: Herder.

Lagler, Monika (2001). Stille in der Musiktherapie. Unveröffentlichte Diplomarbeit im Kurzstudium Musiktherapie, Universität für Musik und darstellende Kunst Wien.

- Larocca, Franco** (Hrsg.). (2000). *Atti del VI Convegno Internazionale 1999, Musico e danzaterapia per l'handicap – I mediatori analogici*. Verona: Libreria Editrice Universitaria.
- Lass, Elisabeth** (2001). *Wege zu einer interkulturellen Musiktherapie am Beispiel des elektiven Mutismus bei türkischen Migrantenkindern*. Unveröffentlichte Diplomarbeit im Kurzstudium Musiktherapie, Universität für Musik und darstellende Kunst Wien.
- Laube, Johannes** (1988). *Fernöstliche Spiritualität*. In Schütz, Christian (Hrsg.), *Praktisches Lexikon der Spiritualität (1193–1197)*. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Lenz, Gisela** (2000). *Musiktherapie bei Schrei-Babys. Eine Pilotstudie zu frühen Interaktionsstörungen zwischen Mutter und Kind*. *Musiktherapeutische Umschau*, Bd. 21, Heft 2, 126–140.
- Lissa, Zofia** (1964). *Die ästhetischen Funktionen der Stille und Pause in der Musik*. *Studien zur Musikwissenschaft*, Bd. 25, 315–346.
- Loos, Gertrud Katja** (1994). *Spiel-Räume der Magersucht. Musiktherapie und Körperwahrnehmung mit frühgestörten Patienten*. Stuttgart u. a.: Bärenreiter².
- Lukas, Elisabeth** (1999). *In der Trauer lebt die Liebe weiter*. München: Kösel.
- Lukas, Elisabeth** (2000). *Alles fügt sich und erfüllt sich. die Sinnfrage im Alter*. Gütersloh: Quell⁴
- Mahler, Margaret** (1978). *Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation*. Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Menuhin, Yehudi**. Zitat ohne Angabe in Domej, Elke. (2000). *Weihnachten ganz ohne Musik? Der Vierzeiler*, 20. Jahrgang Nr. 4, 22–23.
- Mertens, Wolfgang** (1997). *Entwicklung der Psychosexualität und der Geschlechtsidentität*. Stuttgart u. a.: Kohlhammer.
- Meyberg, Wolfgang** (1984). *Lärm und Stille. Über die Einbeziehung von Trommeln, Bewegung und Stöcken in die therapeutische Arbeit*. *Musiktherapeutische Umschau*, Bd. 5, Heft 4, 255–270.
- Moreau, Dorothee von/Wöfl, Andreas** (Hrsg.). (2002). *Zur Idee des therapeutischen Nachnürens – Was kann Musiktherapie leisten? Beiträge der 10. Musiktherapie-Tagung 2002*. Wiesbaden: Reichert.
- Muñoz-Duston, Emma/Kaplan, Judith** (1995). *A Sampling of Sources on Silence*. In Tannen, Deborah/Saville-Troike, Muriel (Hrsg.), *Perspectives on Silence (235–242)*. New Jersey: Ablex Publishing Corporation.
- Nitsch, Barnim** (2000). *Regression*. In Stumm, Gerhard/Pritz, Alfred (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie (590)*. Wien: Springer.

Nöcker-Ribaupierre, Monika (1996). Hörorgan. Entwicklung und Bedeutung. In Decker-Voigt, Hans-Helmut/Knill, Paolo J./Weymann, Eckhard (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie* (130–133). Göttingen u. a.: Hogrefe.

Oberegelsbacher, Dorothea (1997). Musiktherapeutisches Improvisieren als Mittel der Verdeutlichung in der Psychotherapie. In Fitzthum, Elena/Oberegelsbacher, Dorothea/Storz, Dorothee, *Wiener Beiträge zur Musiktherapie* (42–66). Wien: Edition Praesens.

Oberegelsbacher, Dorothea (1999). 40 Jahre Musiktherapie in Österreich. Zur Entwicklung einer Therapieform. Vortrag gehalten im Rahmen des 4. Jour Fixe des ÖBM in Wien am 13. 12. 1999.

Oberegelsbacher, Dorothea (2000). Emozioni e musicoterapia. In Borghesi, Massimo/Garcia, María Elena/Scardovelli, Mauro (a cura di), *Musicoterapia a confronto* (214–227). Assisi: Edizioni fonografiche e musicali PCC.

Oberegelsbacher, Dorothea/Topitz, Andrea (2000). Wege aus der Regression – von der geglückten musiktherapeutischen und psychiatrischen Behandlung einer schizophrenen Frau. In Österreichischer Berufsverband der MusiktherapeutInnen e. V. (Hrsg.), *Wiener Beiträge zur Musiktherapie Band 2* (45–59). Wien: Edition Praesens

Österreichischer Berufsverband der MusiktherapeutInnen e. V. (Hrsg.). (2000). *Wiener Beiträge zur Musiktherapie Band 2. Symposium „Bilder einer Landschaft“*, Wien 1997. Wien: Edition Praesens.

Österreichischer Rundfunk (2001). Das Salzburger Nachtstudio: Stille und Schweigen – Der Atem der Welt. Radiosendung am 11. 04. 2001.

Otto, Hartmut Johannes u. a. (1995). Zur Struktur bedeutsamer Ereignisse in der Musiktherapie: Eine Forschungsstrategie im Rahmen des Heidelberger IMDoS-Projektes. *Musik- Tanz- und Kunsttherapie*, Bd. 6, 200–206.

Otto, Rudolf (1963). *Das Heilige. Über das Irrationale in der Idee des Göttlichen und sein Verhältnis zum Rationalen*. München: C. H. Beck.

Paus, Ansgar (Hrsg.). (1978). *Grenzerfahrung Tod*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Pavlicevic, Mercedes (1995). Growing into sound and sounding into growth: Improvisation groups with adults. *The Arts in Psychotherapy*, Bd. 22, Heft 4, 359–367.

Pawlowsky, Gerhard (2000). Regression. In Stumm, Gerhard/Pritz, Alfred (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie* (589–590). Wien: Springer.

Petersen, Peter (1987). Übertragen und Begegnen im therapeutischen Dialog – Ansätze zu einer Anthropologie der therapeutischen Beziehung. In Petzold Hilarion (Hrsg.), *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung* (13–35). Paderborn: Junfermann.

Petersen, Peter (1996). Therapeut als Künstler – Kunst als Therapie. In Decker-Voigt, Hans-Helmut/Knill, Paolo J./Weymann, Eckhard (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie* (389–392). Göttingen u. a.: Hogrefe.

Petzold Hilarion (Hrsg.). (1987). *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung*. Paderborn: Junfermann².

Pilz, Wolfgang (1999). Widerstand. Konstruktion eines Begriffes für die improvisatorische Musiktherapie nach Nordoff/Robbins mit psychiatrischen Patienten. Frankfurt am Main u. a.: Europäischer Verlag der Wissenschaften.

Rogers, Carl R. (1991). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie³.

Saville-Troike, Muriel (1995). The Place of Silence in an Integrated Theory of Communication. In Tannen, Deborah/Saville-Troike, Muriel (Hrsg.), *Perspectives on Silence* (3–18). New Jersey: Ablex Publishing Corporation.

Schellenbaum, Peter (1999). *Die Spur des verborgenen Kindes. Heilung aus dem Ursprung*. München: DTV².

Schmölz, Alfred (1983). Zum Begriff der Einstimmung in der Musiktherapie. In Decker-Voigt, Hans-Helmut (Hrsg.), *Handbuch Musiktherapie* (58–59). Lilienthal/Bremen: Eres Edition.

Schumacher, Karin (1999). Musiktherapie und Säuglingsforschung. Zusammenspiel. Einschätzung der Beziehungsqualität am Beispiel eines autistischen Kindes. Frankfurt am Main u. a.: Lang.

Schütz, Christian (Hrsg.). (1988). *Praktisches Lexikon der Spiritualität*. Freiburg im Breisgau: Herder.

Schütz, Christian (1988). Christliche Spiritualität. In Schütz, Christian (Hrsg.), *Praktisches Lexikon der Spiritualität (1170–1180)*. Freiburg im Breisgau: Herder.

Seidel, Wilhelm (1998). Stille. In Finscher, Ludwig (Hrsg.), *Musik in Geschichte und Gegenwart: Sachtteil 8 (1760–1765)*. Kassel u. a.: Bärenreiter; Stuttgart u. a.: Metzler.

Seifert, Theodor/Loos, Gertrud Katja (1987). Matriarchaler Raum und Lebensrealität. Zur stationären Psychotherapie der Anorexie und Bulimie. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, Bd. 32, 154–162.

Sobkowiak, Wlodzimierz (1997). Silence and markedness theory. In Jaworski, Adam (Hrsg.), *Silence: Interdisciplinary Perspectives* (39–61). Berlin/New York: Mouton de Gruyter.

Spiegler, Martin (1991). *Die Stille. Eine Charakterisierung des Phänomens und seine spezielle Bedeutung im musiktherapeutischen Prozeß*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Fachhochschule der Stiftung Rehabilitation Heidelberg.

- Stern, Daniel N.** (1991). *Tagebuch eines Babys. Was ein Kind sieht, spürt, fühlt und denkt.* München: Piper.
- Stumm, Gerhard/Pritz, Alfred** (Hrsg.). (2000). *Wörterbuch der Psychotherapie.* Wien: Springer.
- Sutton, Julie P.** (2001). *The Pause That Follows. Silence, Improvised Music and Music Therapy.* Unveröffentlichter Vortrag im Rahmen des Vth European Music Therapy Congress in Neapel/Italien im April 2001.
- Symington, Neville** (1997). *Narzissmus. Neue Erkenntnisse zur Überwindung psychischer Störungen.* Göttingen: Steidl.
- Tannen, Deborah/Saville-Troike, Muriel** (Hrsg.). (1995). *Perspectives on Silence.* New Jersey: Ablex Publishing Corporation.
- Teichmann-Mackenroth, Ole** (1996). *Psychosomatik.* In Decker-Voigt, Hans-Helmut/Knill, Paolo J./Weymann, Eckhard (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie* (312–315). Göttingen u. a.: Hogrefe.
- Tomatis, Alfred A.** (2000). *Der Klang des Lebens. Vorgeburtliche Kommunikation – die Anfänge der seelischen Entwicklung.* Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Watzlawick, Paul/Beavin, Janet H./Jackson, Don D.** (2000). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien.* Göttingen u. a.: Huber¹⁰.
- Wepfer, Res** (1998). *Schweigen in der Psychotherapie. Zum Umgang der Psychoanalyse mit dem Widerspenstigen.* Frankfurt am Main: Verlag für Akademische Schriften.
- Wiesmüller, Edith** (2000). *Zur Bedeutung von Übergangsobjekten, Übergangsphänomenen und objektalen Besetzungen in der Musiktherapie.* Unveröffentlichte Diplomarbeit im Kurzstudium Musiktherapie, Universität für Musik und darstellende Kunst Wien.
- Winnicott, Donald W.** (1958). *Die Fähigkeit zum Alleinsein.* In Winnicott, Donald W. (1974), *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt* (36–46). München: Kindler.
- Wulf, Christoph** (1992). *Präsenz des Schweigens.* In Kamper (Hrsg.), *Schweigen. Unterbrechung und Grenze der menschlichen Wirklichkeit* (7–16). Berlin: Riemer.
- Zenck, Martin** (1994). *Dal niente – Vom Verlöschen der Musik. Zum Paradigmenwechsel vom Klang zur Stille in der Musik des neunzehnten und zwanzigsten Jahrhunderts.* *MusikTexte*, Bd. 55, 15–21.
- Zinker, Joseph** (1993). *Gestalttherapie als kreativer Prozeß.* Paderborn: Junfermann⁵.

Wenn eine Melodie verklingt ...

Musiktherapie in der Sterbebegleitung

Susanne Heinze

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich in ihrem theoretischen Teil mit verschiedenen Fragen und Themen, welche die Zeit des Sterbens kennzeichnen, wie z. B. die menschliche Angst vor Sterben und Tod, die Frage nach der Lebensqualität oder der palliativmedizinischen Behandlung. Es werden zwei Modelle vorgestellt, die den Sterbeprozess hinsichtlich der psychischen, körperlichen, sozialen und spirituellen Probleme Sterbender verstehen: das Phasenmodell nach Kübler-Ross und das Konzept der Aneignungsprozesse nach Petzold. Im Zusammenhang damit wird auf die Besonderheiten der therapeutischen Arbeit mit Sterbenden vor allem bezüglich der therapeutischen Beziehung näher eingegangen. Weiterhin werden die Prinzipien und Grundlagen der Hospizarbeit beschrieben. Im musiktherapeutischen Teil dieser Arbeit werden zunächst Indikationen und Ziele für musiktherapeutisches Arbeiten mit Sterbenden aufgezeigt sowie Schwierigkeiten, die sich für den Musiktherapeuten in der Therapie ergeben können. Aus dem Blickwinkel der beiden oben genannten Sterbekonzepte werden im folgenden Praxisteil eine ausführliche Falldarstellung und einige kurze Fallvignetten aus Therapiesituationen beleuchtet. Es zeigt sich, dass diese Modelle hilfreich sind, um Sterbende in ihren inneren Verarbeitungsprozessen der antizipatorischen Trauer zu unterstützen und sie auf ihrem Weg begleiten zu können. Mit Hilfe eines Fragebogens und der referierten Literatur werden Vergleiche zwischen den Arbeitsweisen der Musiktherapeuten gezogen, die auf dem Gebiet der Sterbebegleitung arbeiten.

Schlüsselbegriffe: Lebensqualität – Sterbebegleitung – thanatotherapeutische Beziehung – Modelle zum Sterbeprozess – Hospizpraxis – Angehörige – Indikationen – Ziele – Wirkungen von Musik – musiktherapeutische Arbeitsweisen

The theoretical section of the present dissertation addresses questions and topics relating to the final period of life and the point of death, such as human fear of dying and death, quality of life, and palliative medical treatment. It presents two models that observe and explain the process of dying in regard to the patient's individual concerns: the Phase Model conceived by Elisabeth Kübler-Ross and the concept of integrative processes according to Hilarion Petzold. Features of therapeutic work with dying patients, particularly concerning the therapist relationship, are investigated in detail, while principles and fundamentals of hospice work are also described. A chapter on music therapy covers indications and objectives in music therapy work with dying patients as well as difficulties that may arise for the therapist during treatment. The following practical section of the paper illuminates the above-mentioned concepts of dying by means of a case study and several brief examples of therapy situations. These models are shown to be helpful in supporting patients in their process of accepting anticipated mourning, and accompanying them along their path. The last chapter uses a questionnaire and bibliographic reports to compare the working method of various music therapists working in the field of accompanying the dying.

Keywords: Quality of life – accompanying the dying – thanatological therapy relationship – models of the process of dying – hospice work – indications – objectives – effects of music – music therapy work

INHALT

EINLEITUNG	116
1 LEBENSBEWÄLTIGUNG ANGESICHTS DES TODES	118
1.1 LEBENSQUALITÄT – WAS IST DAS?	119
1.2 PALLIATIV-CARE	121
1.3 DER SCHMERZ UND SEINE PSYCHISCHE DIMENSION	122
1.4 TODESANGST	123
1.5 STERBENSANGST	124
1.6 GRENZERFAHRUNGEN UND GRENZBEREICH	125
1.7 STERBEBEGLEITUNG – EINE BEGRIFFSBESTIMMUNG	128
1.7.1 Euthanasie	128
1.7.2 Sterbehilfe, Sterbebeistand, Sterbebegleitung	129
1.8 MENSCHENWÜRDE IM KONTEXT DER LEIDENSERFAHRUNG	130
2 THANATOTHERAPIE	133
2.1 EINE STANDORTBESTIMMUNG	133
2.2 DAS MENSCHENBILD IM THANATOLOGISCHEN KONTEXT	134
2.3 DIE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG IN DER THANATOTHERAPIE	134
2.4 DIE THERAPEUTISCHE GRUNDHALTUNG NACH WALTER PIERINGER	135
3 MODELLE ZUM STERBEPROZESS	138
3.1 DAS MODELL DER PHASEN DES STERBENS NACH ELISABETH KÜBLER-ROSS	138
3.2 DAS KONZEPT DER ANEIGNUNG NACH HILARION PETZOLD	141
4 HOSPIZPRAXIS	144
4.1 DIE GESCHICHTE DES HOSPIZES	144
4.1.1 „Die Hospizidee – Eine neue Ars moriendi?“	146
4.2 GRUNDELEMENTE DER HOSPIZBEWEGUNG	147
4.3 DIE ROLLE DER ANGEHÖRIGEN	149
4.3.1 Sterbende und ihre Angehörigen als „Dyade“	150
4.4 DAS HOSPIZ AM RENNWEG	151
4.4.1 Das Team	151
4.4.2 Abschied und Psychohygiene	152
5 MUSIKTHERAPIE IN DER STERBEBEGLEITUNG	153
5.1 ZIELREFLEXION	153
5.2 INDIKATIONEN UND ZIELE	153
5.3 SCHWIERIGKEITEN FÜR DEN THERAPEUTEN	155
5.3.1 Verlauf des Therapieprozesses	155
5.3.2 Der zeitliche Aspekt	155
5.3.3 Der räumliche Aspekt	156
5.3.4 Einbeziehung der Angehörigen	156
5.3.5 Verschiedene Krankheitsbilder	156

5.3.6	Das Rollenbild des Therapeuten	157
5.3.7	Musiktherapie ohne Musik	158
5.4	GRUNDVORAUSSETZUNGEN UND FÄHIGKEITEN DES THERAPEUTEN	158
5.5	MÖGLICHKEITEN UND WIRKUNGEN MUSIKALISCHER ELEMENTE	158
5.5.1	Die Bedeutung der Stimme	159
5.5.2	Die Bedeutung der Melodie	160
5.5.3	Die Rolle des Liedes in der Therapie	161
5.5.4	Zum Musikhören	162
5.5.5	Die Wirkungsqualitäten von Musik in der Arbeit mit Sterbenden	165
6	EIGENE ARBEITSWEISE UND PRAXISBEISPIELE	167
6.1	MEINE EIGENE MUSIKTHERAPEUTISCHE ARBEITSWEISE IM HOSPIZ	167
6.2	RAHMENBEDINGUNGEN	167
6.3	ORGANISATORISCHER ABLAUF	167
6.4	FALLBESCHREIBUNG HERR K.	168
6.4.1	Angaben zur Person	168
6.4.2	Fallbericht anhand von Stundenprotokollen	169
6.4.3	Diskussion	181
6.5	EINZELNE BEISPIELE	182
6.5.1	Aneignung von Leiblichkeit	182
6.5.2	Die Zeit im Kontext des Sterbens	184
6.5.3	Vom Umgang mit der Zeit	185
6.5.4	Das Schweigen	187
6.5.5	Haltung im Schweigen	188
6.5.6	Musik zur Entspannung	191
6.5.7	Musik in der Trauerbegleitung von Angehörigen	192
7	BEZÜGE ZU VERGLEICHBAREN PROJEKTEN	194
7.1	LITERATUR	194
7.2	ERGEBNISSE EINER EIGENEN EMPIRISCHEN ERHEBUNG DER MUSIKTHERAPEUTISCHEN ARBEIT IM DEUTSCHSPRACHIGEN RAUM ZUM THEMA STERBEBEGLEITUNG	196
7.2.1	Die Fragen im Überblick	197
7.2.2	Zusammenfassung der Antworten	197
7.3	VERGLEICH DER ARBEITSWEISEN	201
8	DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	203
8.1	SCHLUSSGEDANKE	205
9	LITERATURVERZEICHNIS	207

EINLEITUNG

„Ich habe es nicht gesehen, wie er sich in der Nacht auf den Weg machte. Er war lautlos entwischt.

Als es mir gelang, ihn einzubolen, marschierte er mit raschem entschlossenen Schritt dahin.

Er sagte nur: „Ab, du bist da ...“

Und er nahm mich bei der Hand. Aber er quälte sich noch

„Du hast nicht recht getan. Es wird dir Schmerz bereiten.

Es wird aussehen, als wäre ich tot, und das wird nicht wahr sein ...“

Ich schwieg.

„Du verstehst. Es ist zu weit. Ich kann diesen Leib da nicht mitnehmen. Er ist zu schwer.“

Ich schwieg.

„Aber er wird daliegen, wie eine alte verlassene Hülle. Man soll nicht traurig sein um solche alten Hüllen ...“

Ich schwieg.“

(Antoine de Saint-Exupéry, 1984, 87 f.)

Menschen machen sich auf den Weg, ihre letzte Reise anzutreten. Manchmal unbemerkt leise. Im Text des kleinen Prinzen von Saint-Exupéry klingen bereits wesentliche Themen an, die kennzeichnend für die Arbeit mit Sterbenden sind: die begrenzte Zeit, der Schmerz, Trauer und Trost, der Körperkontakt und das Schweigen, als grundlegende Verständigungsmöglichkeiten zwischen Sterbendem und Begleiter. Nicht zuletzt geht es auch um die spirituelle Frage nach dem, was hinter allem Erfahrbaren sein wird.

Sterbende zu begleiten heißt, sich auf ihr Schrittempo einzustellen – nicht zu langsam, nicht zu schnell –, denn was wir mit dieser Begleitung vermeiden wollen ist Einsamkeit.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich damit, wie Musik, als Medium der Musiktherapie, einen Raum schafft, in dem Begegnung stattfinden und der Umgang mit Sterben und Tod erleichtert werden kann.

Dabei stehen folgende Fragen im Mittelpunkt:

1. Wird das ‚neue‘ Angebot des Musiktherapeuten¹ von Sterbenden, die sich am Ende ihres Lebens auf Wesentliches reduzieren, als Hilfe angenommen?
2. Kann Musiktherapie zur Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität in der Behandlung und Begleitung sterbender Menschen beitragen?
3. Kann musiktherapeutisches Handeln sterbende Menschen bei der Bewältigung ihrer Probleme unterstützen und ihnen behilflich sein?

Zunächst werden Themen aufgefächert zwischen normaler Alltagsbewältigung sowie philosophischen und spirituellen Fragen, welche die Situation sterbender Menschen kennzeichnen.

In Kapitel 2 soll der psychotherapeutisch theoretische Hintergrund beschrieben werden, in dessen Kontext ich meine musiktherapeutische Tätigkeit eingebettet sah. Besondere Aspekte der Beziehungsgestaltung hinsichtlich der Übertragungsmechanismen werden ebenso beleuchtet, wie eine spezifische therapeutische Haltung, die in der Arbeit mit Ster-

¹ In dieser Arbeit wird zugunsten des Leseflusses hauptsächlich die männliche Schreibweise benutzt, die weibliche Form ist im Verständnis darin einbezogen.

benden hilfreich sein kann. Zwei Modelle zum Sterbeprozess werden in Kapitel 3 dargestellt, die mir als wichtige Gedanken- und Handlungsgrundlage dienten. Näher ausgeführt wird das Aneignungskonzept von Hilarion Petzold (1992), das in fünf Bereichen wesentliche Problemfelder sterbender Menschen verdeutlicht und Anregungen für die therapeutische Bearbeitung bietet. Während das Modell der Sterbephasen von Elisabeth Kübler-Ross (1983) die Gefühle des Patienten fokussiert, sind diese im Petzold'schen Konzept vor allem Ausgangs- und Zielpunkt, Prozesse in Gang zu setzen, welche die Ganzheit von Leiblichkeit, Emotionalität, Gedankenwelt, Spiritualität und Beziehung beinhalten.

In Kapitel 4 wird der konkrete Bezugsrahmen des Hospizes umrissen, in den mein musiktherapeutisches Angebot integriert war. Die meisten Patienten, die dort Betreuung und Unterstützung suchten, waren krebskrank. Dem Konzept der Hospizarbeit entsprechend waren auch die Angehörigen in die Betreuung einbezogen und so wird in diesem Kapitel auch auf ihre besondere Situation Bezug genommen.

Der musiktherapeutische Teil beginnt in Kapitel 5 mit einigen theoretischen Überlegungen, die Indikationen und Ziele für die Musiktherapie in der Sterbebegleitung systematisieren, sich mit Schwierigkeiten der musiktherapeutischen Tätigkeit in diesem Bereich auseinandersetzen und besondere Qualitäten des Mediums Musik aus dem Blickwinkel der Sterbebegleitung betrachten.

Im Praxisteil von Kapitel 6 wird anhand des Aneignungskonzeptes und des Modells der Sterbephasen ein Fallbericht analysiert und damit Entwicklungsschritte im Sterbeprozess verdeutlicht. Einzelne Phänomene, wie das besondere Zeiterleben und das bedeutsame Schweigen, werden anhand von Beispielen reflektiert.

In Kapitel 7 werden die Ergebnisse einer im Jahr 1999 durchgeführten eigenen empirischen Erhebung der musiktherapeutischen Arbeit im deutschsprachigen Raum zum Thema Sterbebegleitung dargestellt.

1 LEBENSBEWÄLTIGUNG ANGESICHTS DES TODES

Sterben, eine Zeit des Lebens (Beutel/Tausch, 1989) lautet der Titel eines Buches. Wann aber beginnt Sterben? Durch das ganze Leben hindurch sind wir einem Alterungsprozess ausgesetzt, mit dem wir uns in unterschiedlichem Maß auseinander setzen und der sein Ziel im Tod findet. Mit der eigenen Endlichkeit sind die meisten Menschen aber erst dann konfrontiert, wenn sich irreparable Alters- oder Krankheitserscheinungen einstellen oder wenn sie einer lebensbedrohlichen Krankheit gegenüberstehen.

„Der Sterbeprozess mit körperlichem Verfall und psychischen Adaptationsvorgängen kann bei dem einen mehrere Wochen dauern, bei dem anderen in wenigen Tagen ablaufen.“ (Albrecht/Orth/Schmidt, 1995, 31) Der Zusammenhang zwischen Psyche und Körper weist große Variationen auf in der Weise, wie Menschen ihren körperlichen Verfall und ihr Sterben annehmen. Körperliche und psychische Beeinträchtigungen des Wohlbefindens müssen nicht parallel verlaufen, da sich Unterschiede im Verlauf auch hinsichtlich der Art der Erkrankung zeigen. Innerhalb des fortschreitenden Sterbeprozesses treten öfter zusätzliche Erkrankungen auf, die ihn beschleunigen können. Dabei ist es wichtig zu wissen, dass selbst in der Sterbephase Verbesserungen des körperlichen Zustandes erreichbar sind, auch wenn sie zeitlich begrenzt bleiben. In der Betreuung ist es darum besonders bedeutsam, sich aufmerksam an den Bedürfnissen des Sterbenden zu orientieren, wann z. B. Aktivierung und Verbesserung der Mobilität sinnvoll ist, und wann sie nur noch Belastung wäre (vgl. Albrecht/Orth/Schmidt, 1995, 32 ff.).

Ebenso wichtig ist es, den psychischen Anpassungsvorgängen Beachtung zu schenken, da es keinen allgemeingültigen Verlauf, sondern nur individuelle Reaktionsmuster gibt.

Monika Renz beobachtete in ihrer Arbeit mit Sterbenden, dass diese einen ständigen Wechsel von verschiedenen Zuständen erleben – ein Hin und Her, beispielsweise zwischen Wachen und Schlafen, zwischen Irdischem und Unbegreiflichem, zwischen Leid und Erlösung. Dieser Grenzbereich „ist zugleich Ort großer Angst, Ehrfurcht und Ohnmacht, als auch Ort großer Wandlung und Spiritualität“ (Renz, 1999).

Die psychischen Reaktionsmuster folgen individuellen Grundmustern. Kübler-Ross (1983) hat mit ihrem Modell der Sterbephasen eine Orientierung gegeben, aber natürlich kennt die Psyche weit mehr Gefühlszustände. Elisabeth Albrecht, Christel Orth und Heida Schmidt schreiben von einem „Gefühlsrad“ (Albrecht/Orth/Schmidt, 1995, 34), innerhalb dessen die Gefühle wechseln. Der Sterbende und seine Angehörigen stehen vor einer Menge von Schwierigkeiten, die es zu bewältigen gilt, und ihre Situation wird verschärft durch die begrenzte Zeit, die dafür bleibt. Die meisten Menschen ziehen in dieser Situation eine Lebensbilanz, arbeiten schwierige Lebensphasen noch einmal durch und stellen sich zutiefst spirituelle Fragen: „Was hat mein Leben für einen Sinn? Hat meine Krankheit einen Sinn? Gibt es ein Leben nach dem Tod? Gibt es so etwas wie eine übergeordnete Instanz, die über der sichtbaren Welt wirksam ist?“ (Albrecht/Orth/Schmidt, 1995, 39)

Bei Menschen, die an einer schweren Krankheit leiden, steht diese Krankheit mit all ihren Auswirkungen meist im Vordergrund. Nicht selten wird darüber vergessen, so einfache Fragen zu stellen wie: „Was ist eigentlich gesund? Welche Aktivitäten sind dennoch mög-

lich? Welche Wünsche kann sich der Betroffene jetzt erfüllen?“ (Albrecht/Orth/Schmidt, 1995, 65). Es ist wichtig, sich aus der engen Fokussierung zu lösen, die nur Einschränkungen in Betracht zieht und eine passiv abwartende Haltung hervorruft.

Wichtig sind die kleinen Freuden des täglichen Lebens, um positive Anreize zu geben und zu einem Wohlbefinden beizutragen. Besonders wenn der Kranke in einer medizinischen Einrichtung liegt, ist es hilfreich, eine weitestgehend private Atmosphäre zu schaffen, z. B. die Umgebung wohnlich und mit privaten Gegenständen zu gestalten. An Interessengebiete kann angeknüpft werden. Für Zärtlichkeiten und Berührungen sollte eine Privatsphäre gewährt werden und gegebenenfalls für Lebenspartner auch die Gelegenheit zum intimen Beieinandersein geschaffen werden. In Hospizen gibt es beispielsweise die Möglichkeit, dass der Partner im gleichen Zimmer übernachtet und zur Wahrung der Intimsphäre die Tür verschlossen werden kann. Noch immer sind sexuelle Bedürfnisse bei Sterbenden mit einem Tabu belegt, das unter Umständen für die Betroffenen sehr belastend sein kann.

Auch während der Zeit eines Sterbeprozesses gibt es Anlässe zum Feiern, wie z. B. Geburtstage. Solche Festtage sind wichtig, denn sie bieten die Möglichkeit zu sozialen Kontakten für die Betroffenen. Manche Sterbende schaffen es, ihr Sterben zu verzögern, um bestimmte Höhepunkte noch miterleben zu können. Erst dann können sie endgültig loslassen. Auch Kinder sollten nicht ausgegrenzt werden, sondern es sollte die Gelegenheit genutzt werden, um sie mit dem Sterben vertraut zu machen und ihnen bei der Auseinandersetzung damit zu helfen (vgl. Albrecht/Orth/Schmidt, 1995, 66 ff.).

In der Gestaltung der Umgebung und des Tagesablaufs kann man sich gut an den Bedürfnissen der fünf Sinne (sehen, hören, riechen, fühlen und schmecken) orientieren.

Sicher sind nicht alle angeführten Bereiche in gleichem Maße umsetzbar, aber sie bieten in der Gestaltung der letzten Lebensphase doch eine Orientierungshilfe, die je nach den vorhandenen Möglichkeiten zur Erleichterung der Situation für alle Beteiligten beitragen kann. Dabei spielen professionelle Helfer eine wichtige Rolle, sowohl zur Unterstützung des Patienten als auch in der Entlastung und Einbeziehung der Angehörigen. Genannt seien hier die verschiedenen Therapieformen, angefangen von Physiotherapie über Kunsttherapie, Atemtherapie, Musiktherapie und Psychotherapie (vgl. Albrecht/Orth/Schmidt, 1995, 70 ff.).

So sehr die Situation für Angehörige und Betroffene auch Verlust und Schmerz bedeutet, so gibt es doch auch in dieser Zeit Möglichkeiten positiver Erfahrungen. Vielleicht ergeben sich neue Freundschaften, Hilfeleistungen von unerwarteter Seite. Vielleicht ist Zeit, sich innerhalb der Beziehungen wieder einmal nahe zu kommen, sich zu versöhnen und vielleicht erfüllt auch der Blick auf das Leben, auf das Geleistete, die gemeinsam verbrachte Zeit mit Dankbarkeit (vgl. Albrecht/Orth/Schmidt, 1995, 39).

All diese Überlegungen gründen letztlich auf der Frage nach der Lebensqualität.

1.1 LEBENSQUALITÄT – WAS IST DAS?

Was bedeutet sie für den Einzelnen? Was bedeutet sie im Angesicht des Todes oder unter der Einwirkung einer schweren Krankheit? Joachim Schara schreibt: „Lebensqualität ist eine subjektive Größe. Sie ist abhängig von der Einstellung dessen, der sie erfährt. Krankheit kann auch als Lernprozess gesehen werden. So ändert sich die Ansicht von Lebens-

qualität als individuelle Erfahrung mit ihrer zunehmenden Einschränkung.“ (Schara, 1994, 78)

Für Menschen, die mit einer Krankheit leben müssen, ändern sich die Bedingungen für ein erträgliches Leben und die Maßstäbe. Wichtig sind: Schmerzfreiheit, weitestgehende Selbstständigkeit, geistige Beweglichkeit (Wachheit, Abwechslung) und soziale Einbeziehung (nicht allein gelassen sein). Schara kommt zu dem Schluss, dass nur erträgliches Leben im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten Qualität hat und dass deshalb auch die Lebenslänge, die durch Krebstherapie erreicht werden kann, am erträglichen Leben gemessen werden soll (vgl. Schara, 1994, 78 f.).

Stein Huseboe hat den Begriff „Lebensqualität“ stellvertretend mit einigen Begriffen definiert, die wohl für die meisten Menschen als wichtige Faktoren gelten: „Wärme, Essen und Trinken, Symptomkontrolle, Fürsorge und Betreuung, Leben, Qualität, Hoffnung, Biographie (Vergangenheit und Zukunft), soziale Relationen, Integrität und Autonomie, nicht allein zu sterben“ (Huseboe, 1994, 152). Die Wertigkeit dieser Punkte und was darüber hinaus für den einzelnen Lebensqualität ausmacht, offenbart sich erst in der Begegnung mit dem Betroffenen. Nur in der Begegnung und indem sich der Helfer auf sein Gegenüber einlässt, kann er den Kranken besser kennen und verstehen lernen: sein Leben, seine Biografie, seine Beziehungen, Träume und Ängste, die Hoffnungen und den Kummer. Erst wenn man Einblick in das Leben eines Menschen bekommen hat, kann man einschätzen, was Lebensqualität für ihn in der verbleibenden Zeit und unter Einbeziehung der Krankheit bedeutet. Fragen zu stellen statt Antworten zu geben, zuzuhören und sich einfühlsam zuzuwenden, Details gegenüber empfindsam zu sein und Verletzlichkeit nicht zu verbergen sind wichtige Voraussetzungen, wenn es darum geht, den Patienten in seiner Autonomie zu respektieren und ihm subjektive Lebensqualität zu ermöglichen (vgl. Huseboe, 1994, 151 ff.).

Phantasien und Träume als real existierenden Teil der Person zu beachten, Vergangenheit und Zukunft, die wir in uns tragen, in die Gegenwart einzubeziehen, kann ein Gefühl von Ganzheit ermöglichen, das an sich schon ein Stück innere Heilung bewirkt. Bedeutsam ist dabei die Hoffnung. Damit ist nicht eine übersteigerte, unrealistische Hoffnung auf Heilung gemeint, wo diese im physischen Sinne nicht mehr möglich ist. Gedacht ist an die Hoffnung auf die kleinen Dinge des Alltags, auf ein ausreichendes Stück verbleibende Zeit bis zum Tod, um Dinge abschließen zu können und nicht zuletzt selbst zu einer Zufriedenheit und Abgeklärtheit zu kommen in Gedanken und Gefühlen, die das Scheiden erleichtert, die Hoffnung auf einen sanften Tod. Lebensqualität für Sterbende bedeutet ebenso, letzten Wünschen Gehör zu schenken und die Erledigung von Aufgaben zu ermöglichen und, falls dies nicht mehr realisierbar ist, Alternativen und Verarbeitungsmöglichkeiten anzubieten.

Sterben können, wenn die Zeit dazu gekommen ist, gehört als wesentlicher Faktor zur Lebensqualität. Das Recht auf Leben ist vielfach festgeschrieben² und zu einer ethischen Norm der Menschheit erklärt worden. Menschliches Leben muss respektiert werden. Wie

² Das Recht auf Leben ist in der Verfassung vieler Länder, in der Konvention der Vereinten Nationen 1966, sowie in der „Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte“ 1948 festgeschrieben und zu einer ethischen Norm der Menschheit erklärt worden (vgl. Sporken, 1976, 23).

sieht es jedoch mit dem Recht auf Sterben aus? In Anbetracht der heutigen Möglichkeiten Leben zu erhalten, ist es durchaus verständlich, dass sich erst in unserer Zeit diese Frage aufdrängt. Hat ein Mensch das Recht zu sterben? Es gibt Menschen, die den Tod herbeisehnen, andere sind bereit ihn hinzunehmen, aber für die meisten kommt er zu früh, zu plötzlich und unerwartet. Weshalb also sollten wir etwas als ein Recht in Anspruch nehmen, was völlig sicher und sogar als eine unabwendbare Wirklichkeit über uns kommen wird? Im Kontext der Sterbebegleitung und in Anbetracht der medizinisch-technischen Möglichkeiten stellt sich jedoch die Frage nach dem Recht auf Sterben. Die Medizin hat vielfältige Möglichkeiten Leben zu erhalten und zu verlängern. Wann aber ist es sinnvoll, intensivmedizinische Maßnahmen zu unterlassen und dem Kranken mit palliativer Unterstützung die letzten Lebensstage so angenehm wie möglich zu machen? (vgl. Sporken, 1976, 23 f.) Paul Sporken schreibt:

„Jeder Mensch hat ein Recht darauf zu sterben, wenn seine Zeit gekommen ist, das heißt, niemand darf dann sein Sterben auf sinnlose Weise oder gegen seinen Willen verlängern. [...] Einen Sterbeprozess verlängern kann nur dann sinnvoll und akzeptabel werden, wenn dadurch bestimmten menschlichen Werten gedient ist, zum Beispiel, wenn der Patient noch eine Aufgabe, individuell oder, sozial gesehen, erledigen will. [...] Das Recht auf Sterben (das man auch Recht auf ‚ungestörtes‘ Sterben nennen kann) ergibt sich unmittelbar aus dem Recht auf Leben. Wir haben die Pflicht, dem anderen die Möglichkeit zu geben und ihm zu helfen, er selbst in seinem Sterben zu sein.“ (Sporken, 1976, 27 f.)

Dieses individuelle Sterben zu respektieren und hilfreich zu begleiten ist Inhalt und Ziel der palliativen Therapieformen.

1.2 PALLIATIVE-CARE³

Man unterscheidet heute zwischen kurativer (heilender) und palliativer (lindernder) Behandlung eines Menschen. Pallium (lat.) bedeutet „Mantel“ (Heinichen, 1971, 348), palliare heißt „lindern“ oder „mit dem Mantel bedecken“ (Albrecht/Orth/Schmidt, 1995, 17).

Die Weltgesundheitsorganisation definiert die palliative Therapie als eine „umfassende und aktive Behandlung von Patienten, deren Erkrankung einer kurativen Therapie nicht mehr zugänglich ist, und für die das Behandlungsziel die bestmögliche Lebensqualität für sie selbst und für ihre Angehörigen ist“ (Hospiz-Führer '97, 1998, 14).

Palliative care stellt beim terminalen Patienten, bei dem eine Lebensverlängerung nicht mehr sinnvoll ist, die Linderung der Krankheitsbeschwerden ganz in den Vordergrund. Eine Lebensverlängerung wird nicht angestrebt, Risiko und Nebenwirkungen der Behandlung dürfen den Nutzen der palliativen Therapie nicht beeinträchtigen. Klassische Medizin und Palliativmedizin unterscheiden sich unter anderem bezüglich ihrer Einstellung gegenüber der Symptombehandlung voneinander. Während in der klassischen Medizin im Dienste der Ursachenbekämpfung unter Umständen für einen gewissen Zeitraum größere

³ Im Deutschen haben sich eher die Bezeichnungen „palliative Therapie“ bzw. „Palliativmedizin“ durchgesetzt.

Risiken und schwere Nebenwirkungen in Kauf genommen werden, steht in der Palliativmedizin die Befreiung oder Linderung von Symptomen an erster Stelle.

Ebenso wichtig ist die Kommunikation mit dem Patienten und seinen Angehörigen. Die Pflege sozialer Kontakte und die Ausübung liebgewordener Gewohnheiten sind wesentliche Bestandteile der Rehabilitation, durch die ein weitgehend normales Leben angestrebt wird, gemessen an den verbliebenen Fähigkeiten und Möglichkeiten des Patienten (vgl. Zech, 1994, 88 f.). Palliativmedizinische Behandlungskonzepte beruhen auf einer ganzheitlichen Betrachtungsweise des Menschen. Der Mensch wird als Einheit von Leib, Seele und Geist und im Kontext seiner Umwelt gesehen. Neben den physischen werden auch psychische und geistige Bedürfnisse des Patienten berücksichtigt. M. Weissenberg-Leduc schreibt: „Wenn es uns gelingt bei schwerstkranken und sterbenden Menschen nicht länger gegen den Tod zu kämpfen, sondern ihn als Bestandteil der Begleitung zu erleben, dann schaffen wir uns Raum die verbleibende Zeit für den Patienten so gut wie möglich zu gestalten.“ (Weissenberg-Leduc, 1998, 33)

Eine zentrale Stellung nimmt dabei die Schmerzbehandlung ein.

1.3 DER SCHMERZ UND SEINE PSYCHISCHE DIMENSION

Schmerz wird definiert als „eine komplexe Sinneswahrnehmung unterschiedlicher Qualität (z. B. stechend, ziehend, drückend), die in der Regel durch Störung des Wohlbefindens als lebenswichtiges ‚Frühwarnsystem‘ von Bedeutung ist“ (Psyhyrembel, 1990, 1500). Weiterführend wird Schmerz beschrieben als „die subjektive Empfindung einer körperlichen Schädigung, die durch psychische Einflüsse moduliert wird. Daher ist Schmerz nicht objektivierbar, allein der Betroffene weiß, wie stark etwas weh tut. Die enge Verzahnung von Schmerzwahrnehmung und Psyche erklärt aber auch, warum gerade bei Sterbenden eine rein körperlich orientierte Schmerztherapie nicht ausreicht: Alle anderen Probleme verstärken das Leiden, welches als ‚Schmerz‘ empfunden wird. Die Erleichterung der Gesamtsituation des Sterbenden ist genauso wichtig, wie die medikamentöse Schmerzbekämpfung, das eine kommt ohne das andere nicht aus.“ (Albrecht/Orth/Schmidt, 1995, 120 f.)

Dem chronischen Krebschmerz kommt eine besondere Bedeutung zu. Hoffmann schreibt, dass das ständige Vorhandensein der Schmerzen ein größeres Problem ist als der Grad ihrer Heftigkeit, da der Patient somit ununterbrochen an seine lebensbedrohliche Krankheit erinnert wird (vgl. Hoffmann, 1983, zit. in Aulbert, 1993, 261). So ist es verständlich, dass der Grad der Schmerzfreiheit die Krankheitsbewältigung und Akzeptanz ganz entscheidend bestimmt (vgl. Aulbert/Niederle, 1990, zit. in Aulbert, 1993, 261). Werden die Schmerzen bei fortgeschrittenen Tumorerkrankungen nicht ausreichend behandelt, beanspruchen sie zunehmend die ganze Aufmerksamkeit des Patienten und können somit einen eigenständigen Krankheitswert bekommen. „So wird häufig ein Circulus vitiosus⁴ in Gang gesetzt, in dem Angst, Depression, Verzweiflung, Trauer, Isolation und Verlust der Unabhängigkeit die Schmerzen verstärken.“ (Kocher, 1981, zit. nach Aulbert,

⁴ Circulus vitiosus: „gleichzeitig bestehende Krankheitsprozesse, die sich gegenseitig ungünstig beeinflussen“ (Duden Fremdwörterbuch, 1997, 154).

1993, 262) Chronischer Schmerz unterscheidet sich in wesentlichen Punkten vom akuten Schmerz. So braucht die Schmerzbehandlung des Tumorpatienten eine besonders einfühlsame und geduldige Betreuung, da der Patient sowohl der tumorbedingten (z. B. Lähmungserscheinungen, Sprachfindungsstörungen als auch der schmerzbedingten Belastung ausgesetzt ist (vgl. Senn/Glaus, 1982, zit. in Aulbert, 1993, 263).

Die Charakteristika des akuten und des chronischen Schmerzes werden zusammenfassend in einer Tabelle gegenübergestellt:

Akuter Schmerz	Chronischer Schmerz
von der Umwelt akzeptiert erkennbarer Bezug zum auslösenden Ereignis Ende absehbar nimmt mit der Zeit ab korreliert mit der Heilung meist gut beeinflussbar	von der Umwelt verdrängt kein erkennbarer Sinn kein Ende absehbar nimmt mit der Zeit zu signalisiert ein Fortschreiten der Erkrankung schwer beeinflussbar geht mit körperlichem und psychischem Verfall einher

Abbildung 1 (Aulbert, 1993, 262)

Frühere Schmerzerfahrungen sowie augenblickliche Befürchtungen und Ängste spielen oft eine wichtige Rolle in der Wahrnehmung des Schmerzerlebnisses. „Schmerzempfindung wie auch Schmerzäußerung sind wesentlich beeinflusst durch psychische Faktoren. Es besteht daher in der Regel kein linearer Zusammenhang zur Intensität des Schmerzreizes.“ (Aulbert, 1993, 263) Der Patient setzt oftmals bewusst oder unbewusst sein Schmerzverhalten in der Interaktion mit seinem Betreuungsteam ein. Dabei gibt der Schmerz in erster Linie Auskunft über den persönlichen Zustand des Patienten, sein körperliches und seelisches Befinden. So kann der Schmerz den Charakter einer Mitteilung haben und ein wesentliches Gestaltungsmoment in der Beziehung des Patienten zu seiner Umgebung darstellen (vgl. Aulbert/Niederle, 1990, zit. in Aulbert, 1993, 265). Da schon akuter Schmerz oft mit Angst verbunden ist, z. B. vor dem Verlust der körperlichen Integrität, wohnt dem Schmerz bei krebserkrankten Menschen natürlich die Angst vor dem Sterben und dem Tod inne.

1.4 TODESANGST

Dieter Bürgin stellt in seinem Buch *Das Kind, die lebensbedrohliche Krankheit und der Tod* Erkenntnisse verschiedener Autoren nebeneinander, die zu Entstehung, Ursache und Inhalt der Todesangst beim Menschen geforscht haben. An dieser Stelle soll eine Auswahl der Autoren getroffen werden, die mir besonders wichtig erscheinen und die Wiederholungen vermeidet. Anthony schreibt, dass die akute Todesangst ontogenetisch an dem Punkt der psychischen Entwicklung entstehe, an dem sich ein Todeskonzept entwickelt hat „und erstmals die Verbindung dieses Konzeptes mit der eigenen Person hergestellt worden ist“ (Anthony, 1940, zit. nach Bürgin, 1981, 78). Niemand ist also frei von Todesangst, aber

wie Zilboorg feststellt, impliziert der Begriff der „Selbsterhaltung“ ein dauerndes Anknüpfen gegen desintegrierende Kräfte (vgl. Zilboorg, 1943, zit. in Bürgin, 1981, 79). Todesangst muss vehement abgewehrt werden und kann nicht dauernd bewusst sein, sonst könnten wir kein normales Leben führen. „Nach Harnik sind im Kern jeglicher Todesangst drei Ängste vereint:

- die vom Geburtserlebnis abgeleitete Angst vor dem Ersticken (der Unmöglichkeit zu atmen, z. B. beim Gefressenwerden, beim Ertrinken usw.),
- die Angst, das primäre Liebesobjekt zu verlieren (Trennungsangst), und später
- die Angst vor Beschädigung der körperlichen Integrität (Verstümmelungsangst)“ (Harnik, 1930, zit. nach Bürgin, 1981, 79).

Murphy nennt sechs Grundelemente der Todesangst:

1. die Angst vor Bewusstseins- und Kontrollverlust
2. die Angst vor Allein- oder Getrenntsein
3. die Angst vor dem Unbekannten
4. die Angst vor Bestrafung, vor Verstümmelung
5. die Angst vor dem leidvollen Schicksal der von einem abhängigen Überlebenden
6. die Angst vor dem Versagen oder Versagthaben (vgl. Murphy, 1959, zit. in Bürgin, 1981, 82).

Benson sieht Todesangst auch immer als „eine Angst vor innerem Wachstum, das – als Verwandlung – immer auch von Verlust und Trauer begleitet ist“ (Benson, 1972, zit. nach Bürgin, 1981, 83). Bürgin selbst meint: „Todesangst ist nichts Homogenes, sondern etwas sehr Komplexes, mit bewußten, vorbewußten und unbewußten Aspekten und vielen kulturellen, religiösen und historischen Determinanten. Die genannten und wahrscheinlich noch viele weitere Grundelemente kommen beim Einzelnen in individuell unterschiedlicher Gewichtung und Interaktion zur Geltung.“ (Bürgin, 1981, 82) Der Grundimpuls der meisten Menschen ist, sich einem Sterbenden oder schon Gestorbenen fernzuhalten, denn man meint, in seiner Nähe könne man den Tod auf sich selbst ziehen. Diese Reaktion ist ein natürliches Warnsignal: die Todesfurcht (vgl. Hampe, 1990, 14). Den Tod fürchten bedeutet aber auch ihn zu ehren, was sich in folgendem Bild ausdrückt: „Wir halten den Abstand, den seine Majestät gebietet.“ (Hampe 1990, 15) Todesfurcht ist der Tribut, den wir dem Tabu der Grenze unserer Existenz zollen, und sie schlägt erst um in Todesangst, „wenn wir an uns selbst denken und uns vor dem unvermeidlichen Tode zu retten suchen“ (Hampe, 1990, 15). Was Angst macht, ist vor allem die Ungewissheit, dass kein Mensch sich als gestorben denken kann. Sich als gestorben denken können hieße, über den Zeitpunkt des Todes verfügen zu können (vgl. Hampe, 1990, 16).

1.5 STERBENSANGST

Verbreiteter als die Todesangst ist aber die Angst vor dem Sterben. Dabei spielen drei Fragen eine wesentliche Rolle: „Wann und wie werde ich sterben, und was wird danach sein?“ Am meisten ängstigt wohl die Frage nach dem „Wie?“ Das ist vor allem die Frage des Menschen nach dem individuellen Tod. „Wie werde ich sterben? [...] ,Kurz und

schmerzlos⁶, wie er es sich wünscht, oder unter Schmerzen, wie er es befürchtet?“ (Hampe, 1990, 16) Die Angst vor Schmerzen, vor der Einsamkeit und der Sinnlosigkeit sind bestimmend. Schmerzen sind heute weitgehend durch die Palliativmedizin unter Kontrolle zu bringen. Der befürchteten Sinnlosigkeit des Todes können wir begegnen, indem wir unserem Leben mehr Sinn geben. Was aber ist mit der Einsamkeit? Selbst wenn wir gute Begleiter und Weggefährten haben, müssen wir die Stunde des Todes doch allein bestehen. „Einsamkeit im Angesicht der Macht, die uns jedes Wort einmal abschneiden wird, ist fürchterlich.“ (Hampe, 1990, 18)

„Wann wird es sein, wie wird es sich abspielen, was kommt danach? Die Ungewißheit, die wir nicht auf sich beruhen lassen können, wird zur Quelle unserer Angst. Ist Sterbensangst unvermeidbar und menschlich, ganz so, wie das Grauen vor dem Tabu des Todes und des Toten seit alters zur Menschlichkeit gerechnet wird? Die offen sich äußernde wie die insgeheim uns verzehrende Angst vor dem Sterben muß um so größer werden, je mehr uns das Bewußtsein einer Ordnung abhanden kommt, die das Leben überschreitet und den Lebenden in Pflicht nimmt, je weniger wahre Kenntnis vom wirklichen Sterben wir haben können, weil wir die Sterbenden und das Sterben aus unserer Welt hinausdrängen, und drittens, je schwerer es uns fällt, aus unserem Unterbewußtsein die Schreckensbilder zu vertreiben, die uns frühere todeshungrige Zeiten überliefert haben.“ (Hampe, 1990, 18)

Sterbensangst und Todesangst kann keiner den Menschen nehmen, jedoch schreiben einige Autoren von den Möglichkeiten sich darauf vorzubereiten. Beispielsweise schreibt Sogyal Rinpoche im *Tibetischen Buch vom Leben und vom Sterben*:

„Es gäbe nicht die geringste Möglichkeit, den Tod näher kennenzulernen, wenn er nur ein einziges Mal einträte. Aber zum Glück ist das Leben nichts anderes als ein andauernder Tanz von Geburt und Tod, der Tanz des ewigen Wandels. Jedesmal, wenn ich das Rauschen eines Gebirgsbachs höre, die Brandung des Meeres oder meinen eigenen Herzschlag – immer höre ich den Klang der Vergänglichkeit. Diese Veränderungen, diese kleinen Tode sind unsere lebendige Verbindung mit dem Tod. Sie sind der Puls des Todes, sein Herzschlag, der uns drängt, alles, woran wir hängen, loszulassen.“ (Rinpoche, 1994, 52)

1.6 GRENZERFAHRUNGEN UND GRENZBEREICH

In diesem Abschnitt soll der Grenzbereich betreten werden, der am Übergang zum Tod liegt, dem äußersten Abschnitt, der für Lebende erfahrbar ist. Über das Ereignis des Todes kann kein Mensch wirklich etwas aussagen, aber es gibt Menschen, die Todesnähe in ihrer nahbarsten Form erlebt haben. Es soll hier nicht auf Nahtoderfahrungen eingegangen werden, obwohl die vielfältigen Berichte darüber längst in die Thanatoforschung einbezogen werden und damit implizit ein Teil der Grundlagen wissenschaftlicher Erkenntnisse

sind. Um diesen bedeutsamen Teil des Sterbens einzubeziehen fasse ich im Folgenden wesentliche Gedanken eines Vortrages von Monika Renz⁵ zusammen.

Renz sagt: „Grenzerfahrung zeichnet sich einerseits aus durch die Tiefe der Erschütterung. In Krise und Krankheit sind Menschen auch den einfachsten Eindrücken, den Schmerzen, den Ängsten in einem fast unerträglichen Maß ausgeliefert. [...] Andererseits bedeutet Grenzerfahrung auch die Nähe zu einer ganz anderen Seinsweise, zu einem Nicht-mehr-ganz-da-Sein“ (Renz, 1999). Der Grenzbereich wird von Menschen in der Regel gemieden. Auslöser für Grenzerfahrungen und für das Betreten dieses Grenzbereiches sind meist Extremsituationen in unserem Leben. Der Bogen spannt sich angefangen vom intrauterinen Werden über die Geburt, existentielle Lebenskrisen, spirituelle Krisen bis hin zum Sterbeprozess. Auslöser für solche Krisen sind zumeist tiefgreifende Erschütterungen oder unausweichliche Krankheiten. Diese Ereignisse bringen Menschen an die Grenze physischer und psychischer Belastbarkeit. Doch gerade in diesen Grenzerfahrungen wird für viele eine neue Erlebnisqualität wahrnehmbar, die den Hauch einer anderen Seinsweise spüren lässt. Die Ängste und Schmerzen, die den Menschen zuerst an die Grenze bringen, rücken ihn zugleich auch in die Nähe eines grundsätzlich anderen Zustandes, „zu einer anderen, nicht durch das Ich und die Sinneswahrnehmungen bestimmte Weise des Erlebens“ (Renz, 1999).

„Leere ist dabei ebenso Fülle, und mit der Qualität des Numinosen ist Gott im Raum, als ewig Seiender, Umgreifender, wie auch als Gegenüber. [...] Der Sterbende ist mit diesem radikalen Loslassen gleichsam seinem Ziel nahe. Man könnte auch sagen: Todesnähe ist Gottesnähe.“ (Renz, 1999)

Renz spricht von einer Richtungsvorgabe, einer Gesetzmäßigkeit, die dem „Stirb-und-Werde“-Prozess innewohnt. Sie hat diesen Vorgang in 5 Schritten beschrieben:

1. Das Ich hat keinen Ausweg mehr, es muss sich dem Tod stellen, muss sich überlassen. Das persönliche Wollen, das Denken und die Fähigkeiten müssen losgelassen werden, und dieses Loslassen wird häufig erst nach langem Hadern und Kämpfen erreicht. Dieses Geschehen kann sich unterschiedlich vollziehen. Möglicherweise löst sich der Realitätsbezug auf. Wahrgenommenes ergibt keinen Sinnzusammenhang mehr, ist nicht mehr erkennbar und verständlich. Es kann aber auch der emotionale Bereich betroffen sein, sodass beispielsweise Empfindungen von einem größer werdenden schwarzen Abgrund vorherrschen, der das Ich und die Identität zu zerstören droht. „Und dann, an einem Punkt, gibt das Ich auf, was auch bedeutet: Ich lasse los, ich gebe mich preis, ich falle, ohne zu wissen wohin.“ (Renz, 1999)

2. Nach diesem Sterben folgt die Leere, die Erschöpfung, das Nichts. „Das Alte ist gestorben, das Neue ist noch nicht da. Und in der Zeitqualität selbst liegt das Vorbereitende.“ (Renz, 1999) In diesen Freiraum hinein fällt dann die Frage nach dem Beginn des Neuen:

⁵ Veröffentlichte Tonbandaufnahme des Vortrags von Dr. Monika Renz: „Spiritualität, Grenzerfahrung und das Medium Musik“, gehalten auf dem 2. Psychotherapie-Weltkongress am 07. 07. 1999 in Wien.

„Womit beginnt es, wie deutet es sich an? Mit der neugewagten Hoffnung? Oder beginnt es von selbst mit Anzeichen des Neuen, das sich in mir zeigt?“ Renz meint, das Neue beginne mit beiden: „Mit einer bewussten Erwartung ist das Erwartete bereits da, einerseits, und andererseits tritt dieses zugleich von innen wie von außen als Moment der Gnade an uns heran.“ (Renz, 1999)

3. In der Folge „erfährt das Ich eine Bewusstseinsweiterung bei gleichzeitiger Handlungseingrenzung. [Es ist] die Erfahrung, dass irgend etwas neu geworden ist, nicht selbst bewirkt; ein neuer Zustand vielleicht, eine neue Gegenwart, ein spirituelles Sein. Eine Antwort, um die schon lange gerungen worden ist, ist plötzlich da; eine neue Gelassenheit oder ein neues Urvertrauen. Das Ich ist wie angeschlossen an einen Urgrund, [...] psychologisch formuliert steht das Ich dann in neuer Beziehung zum Selbst. Für Kranke ist dies häufig ein Zustand jenseits von Angst und Schmerz. Sie fühlen sich in tiefem Frieden. Näheres zu sagen ist ihnen kaum möglich, denn dieser Zustand ist ewig jenseits, nie wirklich mit unseren Begriffen und Realitätsvorstellungen einfangbar, sondern nur erfahrbar.“ (Renz, 1999)

4. Da dieser Zustand des Neuen noch keinen gesicherten Platz hat, geht es nun darum, immer wieder in dieser neu erfahrenen Qualität anzukommen, beispielsweise trotz Schmerzen und Angst wieder in diese neue Erlebnisqualität hineinzukommen.

„Für Patienten bedeutet das etwa: trotz Schmerzen wieder zu atmen, sich immer wieder zu entspannen und loszulassen. Für gesunde Menschen, die nach einem Wandlungsprozess zu zweifeln beginnen, bedeutet das etwa zu tun ‚als ob‘ oder sich daran zu erinnern, bisweilen auch zu schweigen. Aus der einmal erlebten Gnade will dann Haltung werden, letzte Reifung, die zu Würde führt.“ (Renz, 1999)

5. Im letzten Schritt wächst, „das Gefühl einer im Spirituellen begründeten Freiheit. Sie beinhaltet zugleich auch letzte Verantwortung. Es entsteht eine gelebte, verantwortete Sendung, oder ein gelebtes verantwortetes Dasein. [...] So wird zur neuen Persönlichkeit und Realität, was einst als unbeschreibbare Grenzerfahrung begann. Was einst im Unfassbaren, Atmosphärischen, ja Musikalischen seinen Anfang nahm, hat jetzt zu Bewusstheit, zu Profil und Wort gefunden.“ (Renz, 1999)

Der letzte Punkt der Beschreibung des „Stirb-und-Werde-Prozesses“ ist nach meiner Ansicht aber nicht mehr übertragbar auf das Geschehen des Sterbens. Er beinhaltet den Schritt ins Leben, sozusagen das Hervorgehen aus einem Wandlungsprozess, der durch eine existentielle Lebenskrise hervorgerufen wurde. Wird Sterben unter den von Renz gewonnenen Erkenntnissen betrachtet, so mündet es nach dem 4. Schritt in den Tod, in die letzte Wandlung, den Zustand eines „transpersonalen Seins“ (Renz, 1999).⁶

⁶ Renz spricht innerhalb ihres Vortrages von „transpersonalem Sein“ im Zusammenhang mit der Zeit vor und außerhalb jeglicher Differenzierungsmöglichkeit.

Stanislav Grof schreibt in seinem Buch *Geburt, Tod und Transzendenz* von einer Ebene transpersonaler Erfahrungen⁷, die sich jenseits von Person, Raum und Zeit befindet (Grof, 1985, 125). Obwohl er sich dabei auf Erfahrungen von lebenden Menschen bezieht, deren Bewusstsein für einen beschränkten Zeitraum die „normalen“ Grenzen überschritten hat, scheint mir diese Beschreibung doch das zu ergänzen, was Renz meint, und was sie für die Zeit vor dem Beginn des Lebens und nach dem Tod beschreibt.

1.7 STERBEBEGLEITUNG – EINE BEGRIFFSBESTIMMUNG

In den letzten Jahrzehnten hat es einen Bedeutungswandel des Wortes Sterbehilfe gegeben. Die Begrifflichkeit von Sterbehilfe findet sich in dem Wort Euthanasie wieder.

1.7.1 Euthanasie

Euthanasie ist ein griechisches Wort und bedeutet:

„a) Erleichterung des Sterbens, besonders durch Schmerzlinderung mit Narkotika, b) die beabsichtigte Herbeiführung des Todes bei unheilbar Kranken durch Anwendung von Medikamenten.“ (Duden, 1997, 241)

„Dem ursprünglichen Sinn des griechischen Wortes ‚eu-thanasia‘ nach meint Euthanasie einfach den guten, den sanften Tod. In einer gewissen Entwicklung des Begriffs wurde dann zuerst daraus ‚einen guten Tod sterben‘ und ‚Hilfe zum guten Tod‘. Zuletzt bekam der Begriff eindeutig die folgende Bedeutung: helfen, einen guten oder sanften Tod zu sterben, durch absichtliche Verkürzung des Sterbeprozesses.“ (Sporken, 1976, 132)

Sporken, Philosoph und Moralthologe, bezieht den Begriff der „Euthanasie“ grundsätzlich nur auf eine Handlung im Verlauf des Sterbens hinsichtlich der Erleichterung oder des Eingriffs in den Sterbeprozess. Euthanasie, wie sie durch die Praktiken des Nationalsozialismus geprägt wurde, bezeichnet er als unrichtig, da sie nicht im Zusammenhang mit Sterbeprozessen stand. Unter dem Deckmantel der Sterbehilfe wurde eine Entscheidung zwischen „lebenswertem“ und „lebensunwertem“ Leben gefällt. Unter diesen Umständen lautet die ethische Frage nicht, ob man unter Umständen einen Sterbevorgang abkürzen, sondern ob man Menschen töten darf, deren Leben nach Meinung anderer Menschen keinen Sinn hat (vgl. Sporken, 1976, 134). Auf die Frage also, bei der es sich nicht um die Euthanasiefrage handelt: „Darf man diese Personen töten?“ gibt es für Sporken nur eine grundsätzliche Antwort: „Nein!“ (vgl. Sporken, 1976, 137)

Bei der ethischen Beurteilung der Euthanasie im strikten Sinn des Begriffs geht es um die Frage: „Kann es u. U. ethisch vertretbar sein, einen Sterbeprozess absichtlich zu verkürzen

⁷ Grof beschreibt eine „Ebene der transpersonalen Erfahrungen“, die sich nicht „als intrapsychische Phänomene im konventionellen Sinn interpretieren“ (Grof, 1985, 124) lassen. Er schreibt: „Einerseits bilden sie das Ende eines Kontinuums, das auch noch die biographischen und perinatalen Erlebnisse umfaßt, andererseits scheinen sie häufig direkt – ohne Vermittlung der Sinnesorgane – von Informationsquellen gespeist zu werden, die eindeutig außerhalb des konventionellen definierten Bereiches des Individuums liegen.“ (Grof, 1985, 124 f.)

und, wenn ja, wann und unter welchen Bedingungen?“ (Sporken, 1976, 138) Dabei wird unterschieden zwischen passiver und aktiver Euthanasie.

1. Passive Euthanasie: „Situationen, in denen man weitere Versuche, den Sterbeprozess zu verlängern, einstellt.“ (Sporken, 1976, 138)

2. Aktive Euthanasie: a) „Situationen, in denen der Patient selbst sich dafür entscheidet, durch aktives Eingreifen den Sterbeprozess zu verkürzen“ und b) „Situationen, in denen andere Personen die Entscheidung treffen, den Sterbeprozess des Kranken durch aktives Eingreifen drastisch zu verkürzen“ (Sporken, 1976, 138 f.).

Im Rahmen dieser Arbeit soll es nur um die passive Euthanasie (auch als Sterbebegleitung, Sterbebeistand bezeichnet) gehen, Situationen also, in denen weitere Versuche den Sterbeprozess zu verlängern, eingestellt werden.

In Situationen, in denen der Sterbeprozess eines Menschen so weit fortgeschritten ist, dass eine Erhaltung des Lebens nicht mehr möglich ist, stellt sich die Frage, ob weitere Maßnahmen zur Verlängerung des Sterbeprozesses unterlassen werden dürfen – man sich dem Sterbeprozess gegenüber also passiv verhalten darf. Da die emotionalen, geistigen und sozialen Belange eines Menschen bei der Entscheidung eine wesentliche Rolle spielen, vertritt Sporken die Auffassung, dass sich eine solche passive Haltung verantworten lässt (vgl. Sporken, 1976, 138 f.). Passive Euthanasie bedeutet demzufolge Verzicht auf künstliche Lebensverlängerung durch sinnlos gewordene Maßnahmen in einem Sterbeprozess. Das Wort „passiv“ ist hier nicht in dem Sinn zu verstehen, dass nichts mehr für den Patienten getan wird. Im Gegenteil: alle ärztlichen, pflegerischen und menschlichen Möglichkeiten müssen ausgeschöpft werden, um dem Patienten ein „sanftes“ Sterben zu ermöglichen, im Sinne seines eigenen Todes. Sporken schreibt, dass die passive Euthanasie in ihrem Wesen das Bemühen um jeden nur menschenmöglichen Sterbebeistand ist (vgl. Sporken, 1976, 140).

1.7.2 Sterbehilfe, Sterbebeistand, Sterbebegleitung

Diese Begriffe, werden in der Literatur z. T. synonym verwendet, weisen jedoch Bedeutungsunterschiede auf. Heute wird unter „Sterbehilfe“ zumeist aktive Euthanasie verstanden, d. h. dass der Sterbeprozess wissentlich und absichtlich verkürzt wird mit dem Ziel, dem Kranken zu einem guten oder sanften Tod zu verhelfen. Sterbehilfe wird in der Literatur (besonders der älteren Literatur bis Ende der 80er Jahre) aber auch im Sinne von Sterbebegleitung verwendet, was eine Differenzierung beim Lesen nötig macht. Sporken schreibt beispielsweise: „Der Begriff ‚Sterbehilfe‘ ist mißverständlich. Im Deutschen wird das Wort Sterbehilfe oft als Synonym für Euthanasie, d. h. für die absichtliche Verkürzung des Sterbeprozesses gebraucht. [...] Sterbehilfe ist eher eine Form der [...] Lebenshilfe, die sich nur dadurch auszeichnet, daß sie während der letzten Lebensphase geleistet wird.“ (Sporken, 1982, 22)

„Sterbebeistand“ und „Sterbebegleitung“ sind nahezu gleichbedeutend und meinen die Erleichterung des Sterbevorganges durch Schmerzkontrolle und Schmerzlinderung in Kombination mit einer ausgeprägten psychosozialen und, wenn es gewünscht wird, spirituellen Betreuung. Es werden zwei Arten von Sterbebegleitung unterschieden: Zum einen Sterbebegleitung ohne lebensverkürzende Wirkung, womit jede pflegerische und seelsor-

gerliche Maßnahme gemeint ist, die ein gutes Sterben ermöglicht. Zum anderen fällt darunter auch die Erleichterung des Sterbens, die eine mögliche ungewollte lebensverkürzende Wirkung als Nebeneffekt hat. Dazu gehört jede Verabreichung von Narkotika, Hypnotika und Analgetika, die jedoch für eine wirksame Schmerztherapie unerlässlich sind. Sterbebegleitung ist auch Lebenshilfe und bedeutet, in stützender Weise so nahe zu sein, dass sich der Kranke mit den Problemen seines Sterbens auseinander setzen kann und letzten Endes seinen eigenen Tod zu sterben vermag (vgl. Sporken, 1982, 22). Aus diesem Verständnis heraus wird der Begriff der Sterbebegleitung, der m. E. auch eine therapeutische Haltung verdeutlicht, in dieser Arbeit verwendet.

1.8 MENSCHENWÜRDE IM KONTEXT DER LEIDENSERFAHRUNG

Im Artikel 1 Absatz 1 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland heißt es: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlicher Gewalt.“ (Blumenthal-Barby, 1991, 21)

Was aber ist menschliche Würde? Worin besteht sie und worauf bezieht sie sich?

Die folgenden Überlegungen zu diesen Fragen beziehen sich im Wesentlichen auf die Ausführungen des Theologen Dr. Walter Schaupp⁸. Sie dienen als roter Faden bei der Auswahl wesentlicher Stichpunkte und Überlegungen aus dem Fundus der Themen, die im Zusammenhang mit der Beschreibung menschlicher Würde untersucht werden könnten.

In der Literatur findet sich laut Andreas Wittrahm keine Konkretisierung des Begriffs der „Menschenwürde“. Sie zeichnet sich im heutigen Verständnis vielmehr durch die Abgrenzung zu menschenunwürdigen Verhältnissen ab. Menschenwürde bezeichnet einen Schutzraum, der jedem Menschen lebenslang zusteht und ohne Schaden für seine ureigene Menschlichkeit wie auch für die Humanität einer Gemeinschaft niemals verletzt werden darf. Die Verpflichtung zur unbedingten Achtung der Menschenwürde gründet in der festen Annahme, dass jeder Mensch einen Freiraum zur Entfaltung seiner Person benötigt und auch sinnvoll ausfüllen kann (vgl. Wittrahm, 1993, 33).

Der Begriff der menschlichen Würde ist laut Schaupp ein Begriff der europäischen Geistesgeschichte, welcher in der abendländischen Kultur vielfache Wandlung erfahren hat, abhängig davon, wie der Mensch sich in Beziehung zur Welt erlebte. In früheren Zeitaltern bis hin zur antiken Welt wurde Menschenwürde definiert aus der Teilhaftigkeit des Menschen an einem größeren Horizont, aus seiner Beziehung zu Gott und seiner Fähigkeit zur Vernunft. In der Neuzeit veränderte sich der Würdebegriff. Er verlagerte sich sozusagen von außen nach innen. Der Mensch rückte in den Mittelpunkt der Betrachtungsweise. Im neuzeitlichen Verständnis besitzt der Mensch Würde aus sich selbst heraus, was sich zum einen in seiner Freiheit begründet und zum anderen in seiner Fähigkeit, die Natur zu beherrschen.

Immanuel Kant beeinflusste das neuzeitliche Verständnis von Würde entscheidend. Er prägte den Begriff der „Autonomie des Menschen“, der als einziges Wesen aufgrund sei-

⁸ Dr. Walter Schaupp: „Menschenwürde – Was ist das?“, Tonbandaufnahme eines Vortrages, gehalten auf der österreichischen Krankenhauseelsorgetagung am 23. 02. 1999 in Wien.

ner Begabung zur Vernunft, sich selbst Gesetz zu sein vermag und eigenverantwortlich sittliche Entscheidungen treffen kann (vgl. Wittrahm, 1993, 35).

In unserem Jahrhundert verbreitet sich zunehmend eine pluralistische Haltung, die ihre Hauptursache wohl darin hat, dass Religiosität nicht mehr eine Grundlage gesellschaftlichen Zusammenlebens darstellt. Früher bezog man die Inhalte des Würdebegriffs daraus, was einem Menschen zusteht. Heute definiert man ihn mit dem, was einem Menschen nicht angetan werden soll. Es findet also eine Ethisierung des Begriffe statt, dessen inhaltliche Ausprägung sich in dem Recht manifestiert, das eine Gesellschaft sich gibt (vgl. Schaupp, 1999).

Was also sind Attribute menschlicher Würde? Privatraum, in dem ein Mensch sich entfalten kann, ebenso wie gesellschaftlicher Bezug in Form von Mitgestaltungsrecht bei gleichzeitigem Schutzraum für persönliche Freiheit. Individuell gesehen bezieht der Mensch Würde aus seiner Autonomie, seiner Identität, seiner Fähigkeit Pläne zu schmieden, Ideale und Ziele zu verfolgen. „Menschsein ereignet sich immer in der Spannung von Individualität und Gemeinschaft. Niemand kann sich verwirklichen, wenn er ganz in der ihn umgebenden Gemeinschaft aufgeht, aber eine Gemeinschaft, in der jeder nur den eigenen Interessen nachgeht, ist nicht lebensfähig.“ (Wittrahm, 1993, 28)

Aber auch der Glaube, die metaphysische Ebene jedes Menschen, spielt eine Rolle. Er ist nicht nur ein Teil seiner Identität, sondern gibt ihm überhaupt eine tiefere Begründung und die Motivation, Würde ernst zu nehmen. Wenn wir Würde ernst nehmen, müssen wir sie auch schützen durch Achtung und Respekt vor dem Leben. Besonderen Schutzes bedürfen der Anfang und das Ende des Lebens, damit sich zum einen Freiheit und menschliche Fähigkeiten entfalten können und zum anderen Würde nicht verloren geht (vgl. Schaupp, 1999).

Wittrahm stellt fest: „Die Anerkennung der Menschenwürde verpflichtet die Mitmenschen zur bestmöglichen Förderung und Unterstützung der [noch] vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten, und seien diese noch so gering.“ (Wittrahm, 1993, 34)

Was geschieht aber mit der Würde, wenn ein Mensch leidet?

Für viele Menschen bedeutet der körperliche und geistige Verfall mit seinen Begleitererscheinungen den Verlust von Würde, besonders durch das Angewiesen- oder Abhängigsein von anderen Menschen (vgl. Albrecht/Orth/Schmidt, 1995, 18). „Krankheit und Schmerz beeinträchtigen den Menschen und berauben ihn vieler Lebensmöglichkeiten.“ (Wittrahm, 1993, 46) Es ist in jedem Fall oberstes Gebot für die Mitmenschen, mit den zur Verfügung stehenden Mitteln das Leiden zu mindern. Dennoch ist Leiden, ebenso wie Freude, eine Ausdrucksform menschlicher Existenz (vgl. Wittrahm, 1993, 46).

Der Begriff der Würde ist vor dem Hintergrund schwerer Krankheit oder des Sterbens nur zu fassen, wenn ein Mensch die Fähigkeit zum Leiden entwickelt. Viktor E. Frankl schreibt aus der Sicht des Arztes, dass der Helfende nicht nur die Aufgabe hat, den Patienten arbeits- und genussfähig zu machen, sondern ihm auch behilflich sein soll bei der Entwicklung der Leidensfähigkeit. Arbeitsfähigkeit ist Schaffen und Verwirklichung schöpferischer Werte. Genussfähigkeit ist Erleben, Begegnen, Lieben und Erlebniswelten verwirklichen. Leiden ist die Möglichkeit, den höchsten Wert zu verwirklichen und den tiefsten Sinn zu erfüllen (vgl. Frankl, 1991, 80). Dabei ist die Haltung, die Einstellung des

Leidenden der Krankheit gegenüber von besonderer Bedeutung. „Wo keine Handlung mehr möglich ist – die das Schicksal zu gestalten vermöchte –, dort ist es nötig, in der rechten Haltung dem Schicksal zu begegnen.“ (Frankl, 1991, 81) Frankl sieht den Menschen unter drei wesentlichen Aspekten: den schaffenden Menschen (*homo faber*), den liebenden Menschen (*homo amans*) und den leidenden Menschen (*homo patiens*). Der Spannungsbogen des Leidens umfasst die Kategorien „Erfüllung und Verzweiflung“. Dieses Kategorienpaar ist dem Paar „Erfolg und Misserfolg“ überlegen, denn es gehört einer anderen Dimension an. Im Angesicht des Misserfolgs und der nachlassenden Kraft des Schaffenden kann sich auf andere Weise, in einer anderen Dimension Erfüllung einstellen. Leiden birgt Sinn, wobei es nur dann echt ist, wenn es nicht zu vermeiden ist, wie z. B. bei unheilbar kranken und sterbenden Menschen (vgl. Frankl, 1991, 82).

Wie also kann ein Mensch bei der Wahrung der ihm eigenen Würde unterstützt werden? Der Verlust der Autonomie (Selbständigkeit, Unabhängigkeit) und der Integrität (Makellosigkeit, Unbescholtenheit, Unverletzlichkeit) ist eine schwere Beeinträchtigung. Es ist schwer für einen Menschen, zu lernen, „daß andere an ihm, für ihn, mit ihm handeln und daß er weder über seine Gesundheit noch über seinen Tod verfügen kann“ (Wittrahm, 1993, 47). Aber Leid und Hilfsbedürftigkeit berauben den Menschen nicht seiner Würde. Menschliche Beziehung ist die beste Voraussetzung zur Unterstützung dieses Lernprozesses. Man kann den Kranken Dankbarkeit spüren lassen dafür, dass es ihn gibt. Man kann seinen dunklen, bedrohlichen oder bemitleidenswerten Zustand ernst nehmen und Sensibilität für die Mitteilungen entwickeln und sich um Verständigung bemühen. Vor diesem Hintergrund kann ein schwerkranker Mensch die Kraft sammeln, sein Schicksal (in Würde) zu ertragen (vgl. Wittrahm, 1993, 47). Jürgen Kuczynski schreibt: „Meisterung seiner selbst, des gesellschaftlichen Lebens und der Natur – das gibt unserem Leben Würde. Und wenn ganz gegen Ende des Lebens diese Meisterschaft nachlassen sollte, dann ist es die Aufgabe der den Sterbenden Umsorgenden, ihm diese Würde erhalten zu helfen.“ (Kuczynski, 1983, zit. nach Blumenthal-Barby, 1991, 21)

2 THANATOTHERAPIE

2.1 EINE STANDORTBESTIMMUNG

Thanatologie leitet sich ab vom griechischen Wort Thanatos (Gott des Todes). Thanatologie ist also die Lehre über Sterben und Tod (vgl. Rösing, 1992, 10). „Thanato-Therapie ist [...] kein eigenständiges Verfahren, sondern ein spezifischer Aufgabenbereich im Rahmen einer psychotherapeutischen Methode, z. B. der Psychoanalyse, der Individualpsychologie, der Daseinsanalyse usw.“ (Petzold, 1992, 435). Thanatotherapie kann, muss aber nicht „formale“ Psychotherapie sein, da sie alle Formen der psychosozialen Intervention einschließt. Dazu zählt das Handeln des Seelsorgers ebenso wie ein Gespräch mit der Krankenschwester oder auch die Interaktion der Angehörigen mit dem Sterbenden.

„Gerade im Bereich der Arbeit mit Sterbenden ist Methodenvielfalt angezeigt, weil anzunehmen ist, daß unterschiedliche Ansätze die Chance bieten, der Vielfalt der Bedürfnisse gerecht zu werden, die wir bei den Patienten und ihren Angehörigen finden, und die uns in der Verschiedenheit der individuellen Sterbeprozesse entgegentritt.“ (Rösing, 1992, 8)

Thanatotherapie arbeitet mit Menschen, die von Sterben und Tod unmittelbar betroffen sind, sowohl mit jenen, die eine lebensbedrohliche Krankheit haben, als auch mit denen, die mit sterbenden Menschen umgehen, um sie trauern oder innerlich von eigenen Todesängsten oder fremdem Tod betroffen sind (vgl. Rösing, 1992, 9). Die Fragestellungen der Thanatotherapie sind hauptsächlich intrapersonell und interpersonell orientiert. Es geht um die intrapersonelle Erlebnisverarbeitung der Erfahrungen von Sterben und Tod und die spezifischen zwischenmenschlichen Konstellationen (vgl. Rösing, 1992, 16 ff.). Bei der Auseinandersetzung mit diesen Themen bedürfen Menschen außer ihrer Angehörigen oftmals eines Begleiters, der Gesprächspartner und Beistand ist. Dabei geht es in keiner Weise um die Verdrängung der Seelsorge aus der Sterbebegleitung, denn sie verfügt über religiöse Tröstungen und sakramentalen Beistand, den Therapie nicht bieten kann. Jedoch kann Thanatotherapie ein Angebot sein für Menschen mit anderen Bedürfnissen und Ausrichtungen, gerade in unserer Zeit, in der es eine Vielfalt individueller Todesvorstellungen und persönlicher Sterbephilosophien gibt (vgl. Petzold, 1992, 432).

Auch kann und soll der Therapeut dabei nicht primär einen Raum ausfüllen, den Angehörige hinterlassen, die sich aus verschiedensten Motivationen und gesellschaftlichen Prägungen heraus der Aufgabe der Sterbebegleitung entziehen. Vielmehr soll er sie dazu ermutigen und ihnen in der Begleitung des Sterbenden Stütze sein. Die Aufgabe des Therapeuten wird darin zu sehen sein, dazu beizutragen, „daß die Sterbebegleitung wieder integrierter Bestandteil des pflegerischen und ärztlichen Tuns wird“ (Petzold, 1992, 433). Damit Thanatotherapie sich nicht zur Entlastungsdisziplin für zerfallene familiäre oder unvollständige klinische Strukturen entwickelt, kommt eine kritische Dimension in ihr Aufgabenfeld. Sie ist herausgefordert, zur Bewusstseinsbildung der Gesellschaft beizutragen im Hinblick auf die Situation alter und sterbender Menschen, für Humanität und gegen Marginalisierung einzutreten, Nachdenklichkeit herauszufordern und die Aufmerk-

samkeit im Umgang mit Sterbenden auf ein liebevolles Miteinander zu lenken (vgl. Petzold, 1992, 434).

2.2 DAS MENSCHENBILD IM THANATOLOGISCHEN KONTEXT

Innerhalb der Integrativen Therapie nach Hilarion Petzold wird der Mensch gesehen als „Körper-Seele-Geist-Subjekt im sozialen und ökologischen Kontext und im Kontinuum individueller Biographie und kollektiver Geschichte. Durch die Interaktion mit seinem Umfeld gewinnt er seine Identität.“ (Petzold, 1992, 435 f.) In Anlehnung an Martin Buber und Gabriel Marcel führt Petzold weiter aus:

„Der Mensch weiß um seinen Anfang und um sein Ende, darum, daß er diesem Kosmos entstammt und wieder in diesen Kosmos eingeht. Er weiß um seine subjektive Einmaligkeit als biologisches Ereignis und als Zeitgestalt, um seine intersubjektive Verbundenheit, darum, daß er Mensch nur als Mitmensch ist, wenn er sich im Spiegel anderer Gesichter und Herzen erkennt.“ (Petzold, 1992, 436)

Ethische Aspekte, wie der Respekt vor der Einzigartigkeit, der Würde und der Integrität des Menschen sowie sein Wissen um Wesen und Geheimnisse unserer gemeinsamen Lebenswelt sind Leitbilder thanatotherapeutischer Arbeit. Der Mensch wird als Ganzheit betrachtet. Diese Ganzheit, bestehend aus körperlicher, seelischer und geistiger Dimension, hat ihre Grundlage in der Leiblichkeit (vgl. Petzold, 1992, 435 ff.). Die Basis der menschlichen Identität bildet das Selbstbild, das sich aus einzelnen Bildern zusammensetzt, die mit Hilfe sensorischer, motorischer, perzeptueller und psychischer Funktionen gewonnen werden. Ebenso bestimmend für eine unverwechselbare Identität ist die durch Anfang und Ende begrenzte Lebensspanne. In der Integrativen Gestalttherapie wird innerhalb der Persönlichkeitstheorie das Konzept der 5 „Säulen der Identität“ (Petzold, 1992, 438) beschrieben: 1. Leiblichkeit, 2. Soziales Netzwerk, 3. Arbeit und Leistung, 4. materielle Sicherheit, 5. Werte. Für sterbende Menschen kommt der Säule der Werte als Identitätsmöglichkeit eine besondere Bedeutung zu, aufgrund ihres übergeordneten und überdauernden Charakters, der in der Regel auch dann erhalten bleibt, wenn die anderen Identitätssäulen beeinträchtigt sind (vgl. Petzold, 1992, 437 ff.).

2.3 DIE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG IN DER THANATOTHERAPIE

Ziel thanatotherapeutischen Arbeitens ist es, dem Betroffenen zu helfen seinen Sterbeprozess in einer für ihn kongruenten Weise zu vollziehen. In diesem Zusammenhang gewinnen Übertragungs- und Abwehrphänomene einen anderen Stellenwert in dem Sinn, dass Übertragung (z. B. Mutter- oder Vaterübertragungen) ermöglicht, angenommen und aufrechterhalten wird. Petzold schreibt, dass „das regressiv Moment, das bei schweren körperlichen Erkrankungen häufig aufkommt, beim Patienten ein besonderes Bedürfnis nach Schutz und Sicherheit schafft“ (Petzold, 1992, 467 f.). Die Angst löst beim Betroffenen die Suche nach Sicherheit, Geborgenheit und Vertrauen aus. So werden diese Qualitäten in Anlehnung an mütterliche und väterliche Qualitäten bzw. den Schoß der Familie beim Therapeuten gesucht.

„Es können diese Qualitäten nur bereit gestellt werden, wenn es dem Therapeuten gelingt, die Regression des Patienten mit eigener Regression zu begleiten, ohne dabei in inflationäre Konfluenz abzurutschen. Er kann dann die archaischen Regungen besser verstehen, z. B. spezifische Formen des Zeiterlebens, denn die Zeit der Sterbenden hat ihr eigenes Maß, sowohl was den Horizont betrifft als auch den Verlaufstakt.“ (Petzold, 1992, 468)

Meiner Ansicht nach entspricht das auch der Intension des Isoprinzips, das in der psychotherapeutisch orientierten Musiktherapie Anwendung findet. Die der Integrativen Therapie zugrunde liegende therapeutische Haltung bezeichnet Petzold als „Intimität in der Distanz“ (Petzold, 1992, 469). In seinem Konzept thanathotherapeutischen Wirkens äußert er sich hinsichtlich der Handhabung der Abstinenz wie folgt:

„Das Annehmen der Übertragung wandelt sich mit dem Wachsen der Intensität in den therapeutischen Begegnungen zur Beziehung. Mit jemandem das Sterben zu teilen, schafft vielfach eine Verbundenheit, in der sich therapeutische Abstinenz verbietet, sondern eine zugewandte Haltung, ja auch körperliche Zuwendung möglich und notwendig wird als Ausdruck der Beziehung.“ (Petzold, 1992, 469)

Die zunächst professionelle Haltung des Therapeuten kann in Fällen besonderer Intensität durch die Übertragungseinfärbungen den Charakter einer „Wahlverwandtschaft“ annehmen. Dabei wird vom Therapeuten jedoch erwartet, dass er den Überblick wahrt, klar und stark ist und, obgleich berührt, nicht überwältigt oder handlungsunfähig wird (vgl. Petzold, 1992, 469). So dürfen die „symbiotischen Verschmelzungswünsche des Sterbenden, der in die Sicherheit des mütterlichen Schoßes zurückkehren möchte“ (Ferenczi, 1964, zit. nach Petzold, 1992, 469), nicht mit eigenen symbiotischen Bedürfnissen beantwortet werden, da in der frühkindlichen Symbiose die Mutter die Rolle eines Hilfs-Ichs übernimmt, das „tut, was das Kind noch nicht kann“ (Moreno, 1944, zit. nach Petzold, 1992, 469). In der thanathotherapeutischen Situation tut das Hilfs-Ich das, „was der Sterbende nicht mehr tun kann“ (Petzold, 1992, 469).

2.4 DIE THERAPEUTISCHE GRUNDHALTUNG NACH WALTER PIERINGER

Ausgehend von der psychosomatischen Lehre der vier Temperamente, die qualitative Unterschiede der menschlichen Temperierung mit psychosomatischen Stoffwechselprozessen erklärt, formuliert Walter Pieringer 4 schulenunabhängige menschliche Grundhaltungen in der therapeutischen Beziehung. Aus dieser Zusammenschau der tiefenpsychologischen, humanistischen und kognitiven Psychotherapietheorien differenziert er folgende entwicklungsgeschichtlich begründeten Haltungen:

1. Die ästhetische Grundhaltung
2. Die ethische Grundhaltung
3. Die ökonomische Grundhaltung
4. Die erotische Grundhaltung

Pieringer geht davon aus, dass diese 4 Grundhaltungen den primären Themen unserer Kultur entsprechen und damit auch den Dimensionen unserer Sprache sowie den basalen Leidensthemen des Menschen. Sie werden als die primären psychosomatischen Lebenswirklichkeiten gesehen, denen jeweils spezifische Wirkung zukommt. Sie sind nicht „künstliche Differenzierungen des bunten Lebensstromes, sondern [...] genetische Facetten des kreativen Lebens“ (Pieringer, 1995, 120). In Übereinkunft aller psychotherapeutischen Schulen wird hinsichtlich der Wirksamkeit von Psychotherapie angenommen, dass der Mensch wirkt. „Die/der TherapeutIn ist die Arznei! Die spezifische Wirkung dieser ‚Arznei‘ wird von der Grundhaltung des Menschen bestimmt, therapeutische Techniken, Interventionsstile und Varianten des Settings sind nur Hilfswerkzeuge der jeweiligen Methode.“ (Pieringer, 1995, 116)

Im Zusammenhang mit der therapeutischen Begleitung Sterbender gewinnt vor allem die ästhetische Grundhaltung an Bedeutung, da sie für die Begegnung mit existentiellen Erkrankungen als sinnvoll erachtet wird. So soll sie hier als Einzige näher erläutert werden, als wichtige Ergänzung zu dem bereits beschriebenen thanatotherapeutischen Beziehungsverständnis.

Die ästhetische Grundhaltung

„Die (syn)-ästhetische Grundhaltung verkörpert jene menschliche Gestimmtheit, in welcher Denken und Fühlen zusammenfallen, ein zur Transzendenz offener Weltbezug vorliegt, und sich ein Gewahrwerden von Zeitlosigkeit konkretisiert.“ (Pieringer, 1995, 121)

Pieringer beleuchtet die ästhetische Grundhaltung aus der Perspektive der Philosophie, verschiedener psychotherapeutischer Ansätze, der Temperamentenlehre, der medizinischen Anthropologie und des alltäglichen menschlichen Lebens. Zusammenfassend sollen folgende Erkenntnisse festgehalten werden: ästhetische Grundhaltung beinhaltet einen phänomenologischen Ansatz. Erkenntnis wird gewonnen mit Hilfe des vorurteilsfreien Schauens nach dem wahren Wesen der Sachen (vgl. Husserl, 1939/Heidegger, 1926, zit. in Pieringer, 1995, 121). Diese Erkenntnishaltung stellt die Betrachtung der zeitlos gültigen Dimension des Lebens in den Mittelpunkt. Durch bewusste Reflexion kann sie sinnstiftend wirken. „Innerhalb dieser Grundhaltung werden Tod und Zeitlosigkeit eins, werden Irrationales und Rationales anschaulich.“ (Pieringer, 1995, 121) Neben „Erkenntnis“ steht auch der Modus „Erkundung“ (Wyss, o. J., zit. nach Pieringer, 1995, 121) als Ausdruck einer vorurteilsfreien Haltung, jenseits der Spaltung zwischen Objekt und Subjekt und jenseits ethischer und moralischer Werte. Ähnlich dieser phänomenologischen Herangehensweise wurde in der Psychoanalyse für eine grundlegende therapeutische Fähigkeit der Begriff der „freischwebenden Aufmerksamkeit“ geprägt. Metaphorisch wird ästhetische Grundhaltung auch als „Schauen mit dem Herzen“ (Merleau-Ponty, 1966, zit. nach Pieringer, 1995, 121) bezeichnet. Sie sieht wohl das Schreckliche und Entsetzliche dieser Welt, spürt aber dahinter eine zeitlose Wirklichkeit. Pieringer schreibt, dass synästhetische Grundhaltung sich im Schweigen äußert und im Rahmen der Begegnung mit existentiellen Erkrankungen direkt therapeutisch wirksam wird. In diesem Zusammenhang wird der ästhetische Imperativ des „kategorischen Ja zum Leben“ (Kant, o. J., zit. nach Pieringer,

1995, 121) das unmittelbar therapeutische Wirkprinzip. Persönliche Sinnfindung als Voraussetzung für eine Neuorientierung des Lebens wird auf dieser Beziehungsebene konkret.

„Ästhetische Grundhaltung ist weder warm noch kalt, kennt beides, akzeptiert bei existentiellen Erkrankungen Schmerz und Trauer, Verzweiflung und Hoffnung, und fühlt dahinter menschlichen Humor, wie menschliche Tragik.“ (Wurmser, 1989, zit. nach Pieringer, 1995, 121)

3 MODELLE ZUM STERBEPROZESS

Versuche, die Probleme Sterbender zu systematisieren, führen in der Literatur dazu, den Vorgang des Sterbens in einem Konzept zu erfassen. Diese Konzepte sind Sichtweisen bzw. Beobachtungen, um zu begreifen, wie Sterben geschieht. Alle Ansätze, die Vielfalt der Probleme Sterbender zu systematisieren, „laufen darauf hinaus, den Sterbeprozess in entweder zeitliche oder inhaltliche Bereiche zu gliedern, die dann jeweils durch spezifische, häufig auftretende Probleme gekennzeichnet werden“ (Rösing, 1992, 145).

An dieser Stelle soll jedoch ausschließlich auf das Phasenmodell von Elisabeth Kübler-Ross (1983) und das Aneignungskonzept von Hilarion Petzold (1992) Bezug genommen werden, da sie die Grundlage für mein Verstehen und therapeutisches Handeln in der Arbeit mit Sterbenden bildeten. In diesen beiden Konzepten sah ich die Erfahrungen, die ich im Laufe meiner Arbeit machte, in einen für mich sinnvollen und schlüssigen Zusammenhang gestellt.

3.1 DAS MODELL DER PHASEN DES STERBENS NACH ELISABETH KÜBLER-ROSS

Das in der Öffentlichkeit sicher bekannteste Modell der „Phasen des Sterbens“ wurde von Kübler-Ross entwickelt. Als eine der ersten Autorinnen stellte Kübler-Ross vor allem die psychischen Leiden der Sterbenden in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Ohne Zweifel sind diese eng mit den körperlichen Leiden verknüpft und werden unter anderem auch durch Schmerzen und andere körperliche Beeinträchtigungen hervorgerufen. Darüber hinaus aber gibt es innerhalb des Gefühlslebens Ereignisse, die seelische Schmerzen erzeugen und zum Teil soweit reichen, dass Menschen wegen unbehandelter psychischer Leiden nicht sterben können. Kübler-Ross beschreibt 5 Phasen des Sterbeprozesses, die sie in ihrer Arbeit als Psychiaterin bei Sterbenden immer wieder beobachten konnte: *1. Nichtwahrhabenwollen und Isolierung*, *2. Zorn*, *3. Verhandeln*, *4. Depression* und *5. Zustimmung*. Diese Phasen prägen nach ihrer Beobachtung den Sterbeprozess. Sie sind allerdings nicht an eine Reihenfolge gebunden, können sich überlappen und müssen nicht unbedingt von jedem durchlaufen werden.

Die 1. Phase: Nichtwahrhabenwollen und Isolierung

„Wir können nicht lange in die Sonne blicken, und wir können dem Tod nicht immer ins Auge sehen“ (Unbekannt, zit. nach Kübler-Ross, 1983, 41). Dieser Ausspruch kennzeichnet die Situation der Menschen, die eine infauste Diagnose erfahren und die Möglichkeit ihres nahenden Todes erkannt haben. Um das Leben überhaupt fortsetzen zu können und sich in einem für sie erträglichen Maß mit diesem Gedanken vertraut zu machen, zeigen sie Reaktionen, in denen sie die Krankheit vor sich selbst und ihrer Umwelt leugnen. „Das Nichtwahrhabenwollen schiebt sich wie ein Puffer zwischen den Kranken und sein Entsetzen über die Diagnose; er kann sich wieder fangen und andere, weniger radikale Wege zur inneren Verteidigung suchen.“ (Kübler-Ross, 1983, 42) Dieser Zustand kann sich

beispielsweise darin äußern, dass Patienten es nicht glauben können von einer solchen Krankheit betroffen zu sein oder dass sie immer wieder nach ihrer Diagnose fragen, diese aber im nächsten Augenblick bereits wieder vergessen haben. Manche schreiben sich selbst eine andere Krankheit zu, die weniger bedrohlich ist, oder sie tun nach außen die feste Ansicht kund, sie seien auf wunderbare Weise geheilt. Meist wird das absolute Ausweichen nach einiger Zeit durchbrochen von teilweise Akzeptieren der Realität. Dann besteht die Möglichkeit, sich mit ihnen über ihre Krankheit und den unausweichlichen Tod zu unterhalten. Solch ein Gespräch ist allerdings nur möglich, wenn der Kranke „dazu bereit ist, und es muß abgebrochen werden, sobald der Patient zu erkennen gibt, daß er die Tatsachen nicht mehr erträgt und sie wieder abstreiten möchte“ (Kübler-Ross, 1983, 42). Nichtwahrhabenwollen und Akzeptieren können in dieser Phase also gleichzeitig und nebeneinander bestehen. Für den Begleiter gilt es, den Zeitpunkt zu erkennen, wann sich der Kranke wieder zurückziehen und angenehmeren Vorstellungen hingeben möchte. Dies kann sich an einem plötzlichen Themenwechsel zeigen bzw. darin, dass er plötzlich alles vorher Gesagte zurücknimmt oder gar abstreitet. „Alle Kranken haben also im Anfang und später immer wieder einmal das Bedürfnis, dem Ernst ihrer Lage auszuweichen.“ (Kübler-Ross, 1983, 44) Der Begleiter sollte dieses Bedürfnis respektieren, den Kranken nicht auf Widersprüche aufmerksam machen und es ihm überlassen, wann er sich der Realität stellen möchte. „Meistens greift der Kranke in einer späteren Phase eher zur Isolierung als zur Leugnung; dann redet er über seine Gesundheit und seine Krankheit, seinen Tod und seine Unsterblichkeit, als wären es Geschwisterpaare, die getrost nebeneinander existieren können – so wie er dem Tod entgegenseht und doch die Hoffnung nicht aufgibt.“ (Kübler-Ross, 1983, 44)

Die 2. Phase: Zorn

Hinter der Frage: „Warum denn gerade ich?“ verbergen sich meistens Zorn, Groll, Wut und Neid. Zorn über die unheilbare Krankheit und den Zeitpunkt ihres Ausbruchs; Wut über den zunehmenden Verlust an Zukunft; Groll darauf, dass niemand dieses Schicksal abnehmen kann; und Neid, dass die anderen weiterleben werden. Solche offen oder unterschwellig ausgelebten Gefühle und Gedanken sind für den Kranken Ausdrucksmittel und Waffe, seiner Ohnmacht zu begegnen. Für das betreuende Team und die Angehörigen ist diese Phase oftmals sehr schwierig, da sie es dem Patienten kaum mit irgend etwas recht machen können, denn „sein Zorn ergießt sich ohne sichtbaren Anlaß in alle Richtungen“ (Kübler-Ross, 1983, 50). Bei Angehörigen kann dieses Verhalten Schuld- und Schamgefühle über ihre ebenfalls ohnmächtige Situation auslösen und darüber, dass sie leben dürfen. Wenn sich die Situation zuspitzt und unerträglich wird, können diese Gefühle noch verstärkt werden, da sich die Betroffenen gedanklich vielleicht Auswege aus der Situation wünschen, wie z. B. den baldigen Tod des Kranken.

Für Pflegende und Angehörige ist es wichtig zu wissen, dass der Zorn des Kranken zu meist nicht persönlich gegen sie gerichtet ist, sondern dass es eher vom Zufall bestimmt ist, gegen wen er sich gerade richtet. Wenn sie verärgert darauf reagieren und ihren Standpunkt in völlig nebensächlichen Dingen gegen den Patienten verteidigen, geben sie ihm Anlass zu weiterem Groll. Begründete oder unbegründete Wut sollte toleriert werden, da

es dem Patienten hilft, diese auszudrücken ohne die Akzeptanz und Liebe seiner Umwelt zu verlieren (vgl. Kübler-Ross, 1983, 50 ff.).

Die 3. Phase: Verhandeln

In dieser Phase versucht der Kranke, „das Unvermeidliche durch eine Art Handel hinauszuschieben“ (Kübler-Ross, 1983, 77). Sie gleicht der Reaktion von Kindern, die durch gutes Benehmen und Bitten erreichen möchten, was sie im Zorn und mit Forderungen nicht bekommen konnten. „Der todkranke Patient wendet dieselbe Taktik an und hofft, für sein Wohlverhalten belohnt zu werden. Sein Hauptwunsch ist fast immer eine längere Lebensspanne, dann aber auch ein paar Tage ohne Schmerzen und Beschwerden“ (Kübler-Ross, 1983, 77). Meist verhandeln Patienten ganz im Verborgenen mit Gott um einen Aufschub, setzen sich selbst Fristen und legen Versprechen ab. Bemerkungen, die dies andeuten, sollten nicht unbeachtet bleiben, da sie meist auf verborgene Schuldgefühle hinweisen. Irrationale Ängste und der Gedanke an Bestrafung können zutage treten und sollten im Gespräch verständnisvoll bearbeitet werden (vgl. Kübler-Ross, 1983, 77 ff.).

Die 4. Phase: Depression

Kübler-Ross unterscheidet zwei Arten der Depression: die reaktive und die vorbereitende. Die reaktive Depression tritt meist dann auf, wenn der Patient seine Krankheit nicht mehr verleugnen kann, wenn er spürt, dass sich sein Zustand verschlechtert und sich Verzweiflung einstellt. Unrealistische Scham- und Schuldgefühle sind oft Begleiter dieser ersten Form der Depression. Besserung dieses Zustandes kann am ehesten dadurch erreicht werden, dass lebenswichtige Fragen gelöst werden, wie z. B. die Versorgung der Kinder oder der alten Eltern.

„Die andere Art der Depression entsteht nicht aus einem bereits erlittenen Verlust, sondern durch einen drohenden“ (Kübler-Ross, 1983, 81). Verlust von geliebten Menschen und Dingen und allem, was dem Kranken etwas bedeutet. Er verliert alles auf einmal. In dieser Zeit versucht sich der Kranke auf den bevorstehenden Verlust aller geliebten Dinge vorzubereiten und über sein Ende nachzudenken. Er durchlebt Angst und Trauer, und dieser Prozess ist wichtig, damit er Abschied nehmen und sich lösen kann, um später in das Unausweichliche einzuwilligen. Diese Zeit erfordert in der Begleitung keine großen Worte. Oft sind Patienten dann sehr still und in ihrem Nachdenken versunken. Hier kommt es darauf an, vor allem durch Anwesenheit oder wenige Gesten zu vermitteln, dass man den Schmerz teilt und mitträgt (vgl. Kübler-Ross, 1983, 80 ff.).

Die 5. Phase: Zustimmung

„Die Phase der Einwilligung darf nicht als glücklicher Zustand verstanden werden: Sie ist fast frei von Gefühlen. Der Schmerz scheint vergangen, der Kampf ist vorbei, nun kommt die Zeit der ‚letzten Ruhe vor der langen Reise‘, wie es ein Patient einmal ausdrückte.“ (Kübler-Ross, 1983, 99) Der Kranke hat vermehrt das Bedürfnis nach Schlaf oder Dösen, aber es ist kein Ausweichen oder resigniertes Aufgeben mehr, sondern ist eher dem Schlafbedürfnis von Babys vergleichbar, aber mit umgekehrtem Sinn. Sein Interesse an der Umwelt nimmt ab und es ist „ein gewisses Maß von Frieden und Einverständnis erreicht“

(Kübler-Ross, 1983, 99). Die Kommunikation reduziert sich zunehmend auf Gesten und gemeinsames Schweigen. Kübler-Ross beobachtete, dass im Allgemeinen ältere Kranke dieses Stadium leichter erreichen, da sie sich am Ende ihres Lebens wissen und eher einen Sinn in ihrem erfahrungsreichen Leben finden können als jüngere. Diese brauchen in der Regel mehr Unterstützung, um diese Zustimmung erreichen zu können (vgl. Kübler-Ross, 1983, 99 ff.).

3.2 DAS KONZEPT DER ANEIGNUNG NACH HILARION PETZOLD

Trauer ist eine natürliche Reaktion auf einen Verlust. Sie ist eine Form seelischen Schmerzes, die in vielfältigen Erscheinungsformen ihren Ausdruck findet. Trauer beinhaltet nicht allein psychisches Geschehen, sondern findet sich auch in körperlichen Reaktionen wieder. Sigmund Freud prägte den Begriff der „Trauerarbeit“ (Freud, 1982, 35) und meinte damit den innerseelischen Prozess der Verarbeitung eines Erlebnisses, „durch welchen man sich nach einem persönlichen Verlust vom Gegenstand der Trauer löst“ (Peters, 1990, 570). Bezogen auf den Verlust bzw. die Trennung von einem Menschen schreibt Verena Kast:

„Trauer nennen wir das Gefühl für das Erlebnis des Verlustes von etwas, das für uns einen Wert dargestellt hat. Überlassen wir uns den Gefühlen der Trauer, dann treten wir in einen psychischen Prozeß ein, der uns befähigt, uns so abzulösen von dem Verlorenen, daß wir zwar den Verlust akzeptieren können, aber soviel als möglich von dem, was in der Zeit vor dem Verlust durch die Beziehung zu einem bestimmten Menschen, durch das Erleben einer bestimmten Lebenssituation in uns geweckt und belebt worden ist, nicht verloren geben, sondern weiter in unser Leben hineinragen.“ (Kast, 1988, 9)

Wenn ein Mensch stirbt, erleidet er den Verlust seines Lebens und von allem, was ihn damit verbindet. Aber nicht nur er, sondern auch seine Angehörigen und seine Umgebung erleiden Verlust. Sie verlieren ihn, diesen besonderen Menschen, der in ihrem Leben eine einzigartige Rolle gespielt hat, unabhängig davon, wie gut oder schwierig sich die Beziehungen zwischen ihnen gestalteten. Der unheilbar kranke oder sterbende Mensch empfindet Trauer, im Vorgefühl des drohenden Verlustes. Er durchlebt den Trennungsschmerz, bevor das gefürchtete Ereignis (der Tod) eintritt, der ihn von allem trennt. Dieser Prozess wird „antizipatorische Trauer“ (Aldrich, 1963; Fulton/Gottesmann, 1980, zit. nach Petzold, 1992, 462) genannt.

Petzold schreibt, dass gelungene Trauerprozesse bewirken, „daß die Trennung nicht zum Erleben des totalen Verlustes, sondern in ein Abschiednehmen führt, und das ist ein ‚Nehmen‘, nicht ein ‚Verlieren‘. [...] Der Abschied führt die Dinge zusammen. Er ermöglicht Aneignung auf einer neuen Ebene.“ (Petzold, 1992, 462 f.)

Frederick S. Perls und Petzold entwickelten vor dem Hintergrund der Gestalttherapie ein „Konzept der Aneignung“ (vgl. Petzold, 1992, 463), das die Grundlage für Wachstumsprozesse bildet, die Assimilation und Integration erfordern. Dieses Konzept, das also Trauerarbeit beinhaltet und sich in der Thanatotherapie vor allem auf Phänomene stützt, die im hohen Alter oder bei terminaler Krankheit natürlich aufkommen, wird im Folgenden beschrieben. Aneignung wird dabei in fünf Bereiche unterteilt: Lebensspanne, Welt, Leiblichkeit, zwischenmenschliche Beziehung und Wertwelt.

Aneignung der Lebensspanne

Aus Berichten von Nahtoderfahrungen ist bekannt geworden, dass in Situationen äußerster Lebensbedrohung das ganze Leben in Sekundenschnelle noch einmal vor einem inneren Auge abläuft. Bei alten oder sterbenskranken Menschen ist dieser Vorgang ebenfalls zu beobachten, aber in weit ausgedehnter Form. Sie ziehen eine „Lebensbilanz“ (Petzold, 1992, 463). In der gestalttherapeutischen Arbeit wird die Lebensbilanzierung in den Dienst der Aneignung der Lebensspanne gestellt, unter Verwendung imaginativer Techniken. Dabei wird so gearbeitet, dass der Patient aufgefordert wird, alles, was er erzählt, bildhaft vor sich zu sehen, sodass in seiner Phantasie Bilder und Szenen entstehen. So laufen Lebenssequenzen mit großer „Intensität und Plastizität“ (Petzold, 1992, 463) vor dem Patienten ab. „Dabei geht es nicht nur um die Reproduktion historischer Lebensereignisse. Das Bilderleben hat auch eine gestaltende, formative Seite.“ (Petzold, 1992, 463) So können Szenen der Vergangenheit in alternativer Weise neu geschaffen werden, was zu einer Neubewertung der Vergangenheit führen kann. Zeit lässt sich schwer in Worte fassen und innere Bilder übersteigen die Worte. Dennoch ist es wichtig, den Patienten immer wieder zur sprachlichen Formulierung seiner Erlebnisse zu ermutigen (vgl. Petzold, 1992, 463 f.). „Die Auslotung der Lebensspanne vermag ein Gefühl der Geschlossenheit zu vermitteln, durch das es offenbar leichter wird, den Tod anzunehmen.“ (Petzold/Marcel, 1976, zit. nach Petzold, 1992, 464)

Die Aneignung von Welt

Die Erinnerung an Lebensereignisse „bringt den Sterbenden noch einmal in Kontakt mit der Vielfalt von Welt, mit Landschaften, Städten, Häusern, mit politischen und familiären Ereignissen, mit Kriegs- und Friedenszeiten, Umwälzungen und Veränderungen. Diese ganze Vielfalt von Welt wird noch einmal zugänglich“ (Petzold, 1992, 464). Dies verdeutlicht sich auch in dem Wunsch mancher Menschen, bestimmte Orte noch einmal aufsuchen zu wollen. Es ist zugleich die Vergegenwärtigung von Weltvielfalt und der Wunsch, Abschied davon zu nehmen. Indem die Welt in den eigenen Erlebnisraum hineingenommen wird, zeigt sich die Verbundenheit von Ich und Welt. „Ein solches Erleben [...] läßt Gelassenheit aufkommen, und die Angst schwindet, im Tode verloren zu gehen“ (Petzold, 1992, 464). In der therapeutischen Arbeit nehmen neben imaginativen Verfahren ebenso Materialmedien einen wichtigen Raum ein. Steine, Blumen, verschiedene Naturmaterialien und andere Dinge bieten vielfältige Möglichkeiten, über Tast- und Geruchssinn die Welt zu erleben und sie sich anzueignen (vgl. Petzold, 1992, 464).

Aneignung von Leiblichkeit

Alte Menschen und insbesondere Sterbende müssen Abschied nehmen von ihren Kräften, von Leistungsfähigkeit, Beweglichkeit und Sinnesvermögen. Dieses Loslassen fällt schwer. Geschieht die Versöhnung mit dem Leib allerdings nicht, so kann oftmals beobachtet werden, dass das Sterben erschwert ist. Aneignung von Leiblichkeit in einer Phase des Lebens, da der Körper verfällt, scheint zunächst paradox: „Aber der Leib trägt das Leben bis zum letzten Atemzug. Man kann ihm nicht entkommen; und jede Verdrängung, jeder Hader mit dem Leib, führt zu heftigen Kämpfen, Schmerzen, Pein. Versöhnung mit dem

Leib, Aneignung des Leibes und Abschiednehmen vom Leib gehen zusammen.“ (Keleman, 1977, zit. nach Petzold, 1992, 464 f.) Therapeutische Zugänge werden über das Formen von Ton ebenso eröffnet wie über Spüren, Atmen, Dehnen und über Körperkontakt. Methoden, entwickelt aus Atemtherapie, Yoga u. a. Bereichen können Linderung verschaffen, entlasten und die Bewusstheit für den Körper schärfen (vgl. Petzold, 1992, 465).

Aneignung zwischenmenschlicher Beziehung

Pflege, Tröstung, Linderung erfolgen in Berührungen, die den ganzen Körper meinen und vollziehen sich in der „Zwischenleiblichkeit“ (Petzold, 1992, 465). Körperkontakt aber ist für viele alte Menschen nicht mehr selbstverständlich. Alte und Sterbende sind oftmals ausgegrenzt und isoliert, sie ziehen sich zurück und sind dadurch nicht mehr in der Lage Beziehungen herzustellen oder zu erhalten. Zwischen ihnen und den Angehörigen entsteht Entfremdung (vgl. Petzold, 1992, 465 f.).

„Zu erfahren, daß der eigene Leib angenommen wird, trotz Gebrechen, trotz der Zeichen des Alters, bildet die Grundlage der Selbstakzeptanz und bietet darüber hinaus einen Zugang zum anderen Menschen, indem durch die Sprache des Körpers, durch die Gesten und Berührungen eine Unmittelbarkeit und Innigkeit entsteht, die von der Qualität her an die Intimität von Zwischenleiblichkeit erinnert, wie sie zwischen Mutter und Kind und zwischen Lebenspartnern gewachsen ist.“ (Petzold, 1992, 465)

Therapeutisches Arbeiten sollte deswegen darauf abzielen, den Sterbenden zu lehren, dass er sich seiner Umwelt zumuten darf, dass er ein Recht darauf hat, nicht allein sterben zu müssen (vgl. Petzold, 1992, 466).

Aneignung und Bekräftigung der Wertwelt

Werte sind für jeden Menschen prägend und handlungsbestimmend. Religionen und Denksysteme „vermitteln das Bewußtsein einer Geborgenheit, eines Eingebettetseins, einer Hoffnung. In Ritualen und Symbolen, in der sakralen Kunst, wurde eine Schönheit entfaltet und ein Raum von Geborgenheit bereitgestellt, deren Kraft – sofern sie noch ungebrochen und lebendig ist – durch Schmerz und Todesangst trägt. Ist eine solche Wertwelt ausgeprägt oder in Bruchstücken vorhanden, ist es sinnvoll, sie zu bekräftigen“ (Petzold, 1992, 466). Kreative Medien, (religiöse) Texte, (sakrale) Musik und Bilder können unterstützend in der therapeutischen Arbeit eingesetzt werden. Für Menschen, denen ihre Werte nicht klar bewusst sind, kann die Arbeit darin bestehen, herauszufinden und zu verdeutlichen, nach welchen Werten sie gelebt haben. Sinnfindung ist somit eng mit der Aneignung der Wertwelt verbunden (vgl. Petzold, 1992, 466).

4 HOSPIZPRAXIS

Wer das Wort „Hospiz“ hört, denkt wohl zuerst an die Bedeutung, die es in vergangenen Jahrhunderten hatte. Hospize waren Herbergen für Pilger, von christlichen Orden errichtete Unterkünfte, Wegstationen, Orte der Begegnung, des Durchgangs, der Ankunft und der Abreise. Die Pilgerfahrt wurde als Gleichnis zum menschlichen Leben gesehen: als eine Reise zwischen Geburt und Tod, hin zum ewigen Leben. „Hospiz“ ist abgeleitet vom lateinischen Wort „Hospitium“ (vgl. Heinichen, 1971, 230), das Gastfreundschaft und Herberge bedeutet und hat den gleichen Wortstamm wie „Hospital“, dessen Bedeutung als Gastzimmer, Altersheim, Armen- oder Krankenhaus auch in unserem Sprachgebrauch noch seine Verwendung findet. Erst während der letzten drei Jahrzehnte hat sich der Begriff „Hospiz“ in der Öffentlichkeit zunehmend in einem anderen Zusammenhang verbreitet: in Bezug auf die professionelle Begleitung Sterbender.

Elisabeth Kübler-Ross (1983) setzte mit ihrem Buch *Interviews mit Sterbenden* (1983)⁹ eine Bewegung in Gang, die das Interesse der breiten Öffentlichkeit erstmalig auf das Thema Sterben lenkte. Inzwischen haben zahlreiche Bücher, die sich mit Sterben und Tod befassen, Verbreitung gefunden. Ohne diese Entwicklung wäre die Hospizbewegung wohl kaum denkbar. Der gesellschaftliche Umgang mit dem Sterben ist schwierig geworden, weil der Tod aus dem Leben verbannt und hinter die Türen von Krankenhäusern und Altersheimen verdrängt wird. Die Hospizbewegung wie auch die Literaturverbreitung sind Entwicklungen, die aus der Bevölkerung heraus entstanden und für unsere heutige Zeit von dem Bedürfnis der Gesellschaft nach einem anderen, neuen Umgang mit dem Sterben zeugen. Hospize sind der hoffnungsvolle Beginn eines Umdenkens, denn sie wollen verhindern, dass der soziale Tod schon lange vor dem physischen eintritt (vgl. Ballnus, 1995, 242 ff.).

4.1 DIE GESCHICHTE DES HOSPIZES

Wie in so vielen Lebensbereichen gibt es auch in der Geschichte des Hospizes keine kontinuierliche, lineare Entwicklung. Durch die Jahrhunderte hindurch sind Fragmente zu finden, Bemühungen von Menschen, die sich der Idee eines würdigen Sterbens in Geborgenheit verpflichtet fühlten. Zumeist aus tiefster religiöser Überzeugung machten sie es sich zur Aufgabe, Häuser einzurichten, in denen sie ihren Mitmenschen während der letzten Lebensphase Gastfreundschaft und Pflege angeidehen ließen.

Bis in unser Jahrhundert hinein ist die Umsetzung der Hospizidee immer eng verbunden mit dem Christentum: Menschen wie Fabiola, die Mönche des Johanniterordens, “the sisters of charity”, Mary Aikenhead und Ciceley Saunders, die sich dieser Idee verpflichtet fühlten, lebten in enger Verbundenheit zum christlichen Glauben. Biblische Worte wie z. B. „liebe deinen Nächsten wie dich selbst“, hatten neue ethische Maßstäbe gesetzt (vgl. Stoddard, 1989; Lamerton, 1991). Sandol Stoddard schreibt dazu:

⁹ Amerikanischer Originaltitel des Buches: *On Death and Dying* (1969)

„In der mittelalterlichen christlichen Welt gründete sich die Hospitalität gegenüber Schwerkranken und Sterbenden auf die wörtliche Interpretation des Bibeltextes: ‚Was ihr dem geringsten meiner Brüder tut, das habt ihr mir getan.‘ Die Namen vieler Hospize in England heutzutage zeigen, daß auch sie auf der Forderung des Neuen Testaments basieren: St. Joseph, St. Christopher, St. Ann, St. Margaret, St. Luke. Trotzdem stehen die Türen dieser Hospize Menschen jeden Glaubens und jeder Überzeugung offen.“ (Stoddard, 1989, 28)

1. Fragment:

Beginnen möchte ich bei Fabiola, einer wohlhabenden römischen Bürgerin des 4. Jh. N. Chr., welche trotz öffentlicher Verfolgung der Anhänger des Christentums zu diesem neuen Glauben konvertiert war. Sie eröffnete ein Refugium (Zufluchtsort) für Pilger, wo diese Nahrung und Unterkunft bekommen konnten, bevor sie weiterreisten. Die Kranken unter ihnen wurden gepflegt, und waren sie unheilbar erkrankt, sorgte Fabiola für sie bis zum Tod (vgl. Stoddard, 1989, 27).

2. Fragment:

Im 11. Jh. wurde in Jerusalem der Johanniter-Orden gegründet, als der Kalif von Ägypten einigen Kaufleuten aus Amalfi die Erlaubnis erteilte, eine Herberge für kranke und schwache Pilger zu errichten. In den darauf folgenden Jahrhunderten zogen die Johanniter in Eroberungszügen in die verschiedensten Teile der gesamten zivilisierten Welt. So entstand in Rhodos „eine der großartigsten und einmaligen Einrichtungen zur Pflege von Kranken und Verwundeten“ (Stoddard, 1989, 32). Im Krankenhaus von Rhodos wurden erstmalig Kranke mit unheilbaren Leiden von allen anderen getrennt und in gesonderte Räume innerhalb des Hauses gebracht. Sie wurden als „unsere Herren Kranken“ bezeichnet und von den Rittern eigenhändig gewaschen und mit den besten Speisen bedient. „Ein erfahrener Arzt besuchte sie täglich, diagnostizierte ihre Gebrechen und verschrieb Heilmittel. Der Direktor des Krankenhauses hatte die Aufgabe, zweimal täglich mit jedem einzelnen Patienten zu reden, ihn zu trösten und zu ermutigen.“ (Stoddard, 1989, 34)

3. Fragment:

1443 wurde in Frankreich in Beaune, von Nicolas Rolin, Kanzler am Hof des Herzogs von Burgund, das erste „Hotel Dieu“ gegründet. Zusammen mit dem etwas jüngeren „Hospice de la Charité“, das von der aus Flandern stammenden Schwesternschaft der Beginnen geführt wurde, gehört es zu den „Hospices de Beauné“, die fast 520 Jahre lang ihren Dienst an Kranken und Sterbenden erfüllten und die Vorläufer der Hospize von heute waren. Der letzte Patient wurde 1971 entlassen (vgl. Fried, 1988, 43; Caritas Hospiz Wien, 1994, 51).

4. Fragment:

In der Mitte des 19. Jh. eröffnete Mary Aikenhead das erste moderne Hospiz in Dublin. Sie hatte zuvor einen Nonnenorden gegründet, die „Irischen Schwestern der Barmherzigkeit“. Eine der Aufgaben, die sie ihnen erteilte, war die Pflege und Sorge für kranke und sterbende Menschen. Für die Pflege Sterbender stellte sie ihr eigenes Haus in Dublin zur

Verfügung und fand dafür den Namen „Hospiz“. „Da sie den Tod als Beginn einer Reise ansah, als einen Durchgang und nicht eine Endstation, schien dieser alte Name, den die Rastplätze auf dem Pilgerweg in das Heilige Land hatten, sehr angemessen.“ (Lamerton, 1991, 22)

In der Folge wurden auch in London drei Hospize gegründet: eines von den Irischen Schwestern der Barmherzigkeit, eines von anglikanischen Nonnen und eines von der methodistischen Mission.

5. Fragment:

In Amerika kam es zu einer parallelen Entwicklung. Das erste Hospiz der Neuen Welt wurde von Rose Hawthorne 1899 in New York gegründet. Sie gehörte dem Orden der Dominikanerinnen an, welcher es sich zur besonderen Aufgabe gemacht hatte, unheilbar kranke Menschen zu pflegen. Später entstanden sechs weitere Hospize in anderen Gegenden der USA, vom gleichen Orden begründet (vgl. Lamerton, 1991, 23).

6. Fragment:

Der Hospizgedanke bekam jedoch erst den nötigen Aufschwung durch zwei Entwicklungen der 50er Jahre. Die erste war die „Marie-Curie-Stiftung“, die daran ging, die Folgen bösartiger Krankheiten zu bekämpfen und infolge dessen für die Einrichtung von speziellen Wohnheimen für Krebskranke plädierte.

Die zweite Entwicklung ging von David Tasma und Ciceley Saunders aus. Tasma war ein polnischer Flüchtling, der den Holocaust überlebt hatte, und 1948 in einem Londoner Lehrkrankenhaus an Krebs starb. Während seines Aufenthaltes dort besprach er seine Probleme mit der Sozialarbeiterin Saunders und in ihrer beider Köpfe wuchs die Idee eines modernen Hospizes, die zur Lebensaufgabe von Saunders wurde. Zwanzig Jahre später eröffnete Saunders, die inzwischen Medizin studiert und an der Verwirklichung ihrer Idee gearbeitet hatte, im Juli 1967 das St.-Christopherus-Hospiz in London. Dort wurden „Erfahrungen aus Europa und Amerika zusammengefaßt und erstmalig zu einem System umfassender Pflege verwoben“ (Lamerton, 1991, 24 f.).

So wurde das St.-Christopher-Hospiz die „Pforte“ zum modernen Hospizverständnis und zur Verbreitung und Weiterentwicklung der Hospizidee. Es war einerseits den englischen Hospizvorbildern verpflichtet und nutzte ihre Erfahrungen, andererseits wurde es richtungweisend für die Entwicklung und den Umgang mit den palliativen Möglichkeiten der Medizin sowie für den gesellschaftlichen Umgang mit dem Thema Sterben und Tod.

4.1.1 „Die Hospizidee – Eine neue Ars moriendi?“¹⁰

Die Hospizbewegung hat verschiedene Vorbilder. Sie knüpft jedoch vor allem an zwei mittelalterliche Traditionen an: die Herbergen für Pilger zum einen und die Ars Moriendi zum anderen. Im Spätmittelalter herrschte in der damals zivilisierten Welt eine pessimistische Grundstimmung. Durch Kriege, Hungersnöte, Pestepidemien und andere Krankheiten waren die Menschen damals fast immer mit dem Tod konfrontiert. In dieser Zeit, in

¹⁰ Titel eines Artikels von Werner Ballnus (1995) in Gerontologische Geriatrie 28.

der das Vertrauen in einen guten und gnädigen Gott stark erschüttert war, schrieben einige berühmte Theologen Anleitungen zum heilsamen Umgang mit Sterbenden. Diese Schriften waren als Handreichungen für junge Priester gedacht, deren seelsorgerliche Ausbildung diesem Ausmaß an menschlichem Leid nicht gewachsen war. Obwohl die einzelnen *Ars-moriendi*-Schriften¹¹ ihrem Inhalt nach recht unterschiedlich waren, liegt doch den meisten eine ähnliche Einteilung zugrunde: Ermahnungen, Fragestücke, Gebete und Anweisungen an den Sterbehelfer (vgl. Ballnus, 1995, 244).

Diese theologischen Handreichungen fanden bald auch in der Bevölkerung Interesse und so entstanden in der Folge auch volkstümliche *Ars-moriendi*-Bücher, die mit drastischen Holzschnitten illustriert wurden. So erreichten sie auch Menschen, die nicht lesen und schreiben konnten, als Anleitungen zur Vorbereitung auf den Tod. Ebenso wie damals diese neue Literaturgattung schnell Verbreitung fand, lässt sich in unserem Jahrhundert eine ähnliche Entwicklung beobachten.

4.2 GRUNDELEMENTE DER HOSPIZBEWEGUNG

Der Begriff Hospiz meint heute nicht mehr nur ein Gebäude, sondern eine ethische Grundhaltung und ein Handlungskonzept. Johann-Christoph Student fand 5 gemeinsame Grundelemente der Fürsorge heraus, die eine Minimalanforderung an alle Hospiz-Einrichtungen darstellen, gleich in welcher Form sie arbeiten, und die das Essentielle von Hospiz-Arbeit kennzeichnen:

1. Der sterbende Mensch und seine Angehörigen (im weitesten Sinne) sind gemeinsame Adressaten des Hospizdienstes.
2. Die Betroffenen werden durch ein interdisziplinär arbeitendes Team von Fachleuten unterstützt.
3. Freiwillige Helfer werden in den Hospiz-Dienst einbezogen.
4. Das Hospiz-Team verfügt über spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in der lindernden (palliativen) Therapie.
5. Hospiz gewährleisten Kontinuität der Betreuung (vgl. Student, 1994, 22 f.).

Die Aufgabe der Hospize ist es, Menschen im letzten Stadium einer tödlichen Krankheit aufzunehmen, wenn keine Möglichkeit der Heilung mehr besteht. Dennoch ist es eine weitverbreitete falsche Meinung, dass Menschen ausschließlich zum Sterben ins Hospiz kommen. Durch eine optimale medikamentöse Einstellung, liebevoll umsorgende Pflege und verständnisvolle seelische Begleitung kommt es nicht selten vor, dass sich der Gesundheitszustand von Patienten verbessert. Wenn sie es wünschen, können sie nach einiger Zeit wieder nach Hause gehen, um dort die letzten Tage und Wochen ihres Lebens zu verbringen und gegebenenfalls auch dort sterben zu können. Hospiz bedeutet also Verbesserung der Lebensqualität im letzten Abschnitt (vgl. Wanschura, 1993, 137).

Tod und Krankheit gehen oft Hand in Hand. Auch bedingt durch die in unserem Jahrhundert gestiegene Lebenserwartung alter Menschen, kommen maligne Krankheiten wie z.

¹¹ Die heute wohl noch berühmteste *Ars-moriendi*-Schrift sind die „Anselmischen Fragen“ an einen Sterbenden von Anselm von Canterbury.

B. Krebs im Alter zum Ausbruch, die den Tod herbeiführen. Strittig ist dabei die Frage, was überhaupt ein sogenannter „natürlicher“ Tod ist. Sterben an sich ist keine Krankheit, sondern reiht sich als letztes Glied in die Kette der verschiedenen Lebensphasen ein. In jedem Lebensabschnitt – den unterschiedlichen Phasen der Kindheit, Pubertät, Schwangerschaft, Geburt und des Alters – erleben wir sowohl krisenhafte Zeiten als auch Reifung und inneres Wachstum (vgl. Christensen/Harding, 1985, zit. in Student, 1994, 28 f.). In diesen Lebensabschnitten benötigen wir eine Unterstützung, die den ganzen Menschen einbezieht. Es ist eines der wichtigsten Ziele der Hospiz-Bewegung, Sterbenden eine neue Form der Lebensbewältigung zu ermöglichen (vgl. Student, 1994, 29).

Gesprächsführung und Zuhören gewinnen im palliativmedizinischen Bereich zunehmend an Bedeutung. Im Hospiz sind sie bereits als grundlegende Elemente in der täglichen Arbeit verankert. In der Hospizarbeit geht es sowohl um die Bedürfnisse des Patienten als auch um die betroffenen Familien, deren Ängste, Sorgen und Trauer. So kann die interdisziplinäre Zusammenarbeit für die betroffenen Familien eine wichtige Erfahrung sein. Zum einen erleben sie die weitreichende Sorge des Teams um ihre Bedürfnisse und können zum anderen ein Arbeitsmodell sehen, in dem verschiedene Menschen in einer Weise zusammenarbeiten, wie es für ihre eigene Situation Vorbild sein könnte (vgl. West, 1993, 25).



Abbildung 2: Caritas Hospiz Wien 1994

4.3 DIE ROLLE DER ANGEHÖRIGEN

Einen besonderen Stellenwert nehmen Familien und vertraute Personen des Patienten ein, da sie Bindeglied zu seinem bisher gelebten Leben sind und durch die bestehende Beziehung wesentlich zum Gefühl der Sinnhaftigkeit für den Patienten beitragen können. Jedoch ist ihre Situation besonders schwierig, da sie Helfer und Betroffene zugleich sind. Als Lebensbegleiter sind sie auch die wichtigsten Sterbebegleiter. Nicht selten stellt diese Aufgabe aber für die Angehörigen eine Grenzsituation dar, in der ihre Kräfte auf das Äußerste gefordert sind. Angehörige leisten Beistand und haben darüber hinaus ihren normalen Alltag, berufliche und familiäre Verpflichtungen zu bewältigen. Auch Beziehungen werden dadurch auf die Probe gestellt. Die Familie steht vor 2 Aufgaben:

1. die Bewältigung des Alltagslebens unter der gegebenen zusätzlichen Belastung,
2. Beschäftigung mit dem Gedanken an das Weiterleben nach dem Tod des Betroffenen.

Schwierigkeiten ergeben sich auch in Situationen, in denen über medizinisch-therapeutische Maßnahmen entschieden werden muss. Niemand weiß im voraus, wann und woran er sterben wird. In welchen Situationen ist es sinnvoll, therapeutische Maßnahmen bis zur letzten Minute zu nutzen, und wann erschwert es eher das Sterben? Sowohl auf der Seite der Angehörigen als auch beim Arzt gibt es Entscheidungen, die im Nachhinein zu Schuldgefühlen oder Schuldzuweisungen führen können. Solche Konflikte sind in der Sterbebegleitung aber unvermeidbar und belasten alle Beteiligten (vgl. Albrecht/Orth/Schmidt, 1995, 45 f.).

Unter Umständen kann sich durch den Wegfall einer Bezugsperson die gesamte persönliche Lebenswelt für Angehörige verändern. Sie benötigen darum besondere Unterstützung, die im Idealfall vom Freundeskreis geleistet werden könnte. Dies ist aber oft nicht der Fall, da sich die sozialen Kontakte in solch einer belasteten Zeit meist reduzieren (vgl. Albrecht/Orth/Schmidt, 1995, 40 f.). Hospize bemühen sich, sofern das gewünscht wird, der Familie mit Gesprächen und praktischen Hinweisen zur Seite zu stehen. Ziel des Hospizteams sollte es sein, der Familie helfend zur Seite zu stehen, wo diese die nötigen Dienste nicht erfüllen kann (wie beispielsweise in der Pflege). Es bleibt aber eine der wichtigsten Aufgaben, die Angehörigen zu befähigen, ihre Funktion als Sterbebegleiter wahrzunehmen. Die Stärken der einzelnen Personen sollten erkannt und unterstützt werden, da es sonst leicht zu Gefühlen der Überforderung kommen kann, was einen raschen Kräfteverfall bewirkt. Auch nach dem Tod des Betroffenen ist es wichtig, die Familie bei Bedarf in ihrer Trauerzeit zu unterstützen. In manchen Hospizen wird dies realisiert, indem die Angehörigen im Abstand von einigen Wochen mehrmals angerufen und zu Gesprächen eingeladen werden. Es werden Besuche, regelmäßige Kontakte oder verschiedene Formen der Trauerbegleitung angeboten. Mascha Kaleko schreibt: „Bedenket: Den eigenen Tod, den stirbt man nur, aber mit dem Tod der anderen muß man leben.“ (Kaleko, o. J., zit. nach Albrecht/Orth/Schmidt, 1995, 119)

4.3.1 Sterbende und ihre Angehörigen als „Dyade“

In der Folge wird auf eine Studie Bezug genommen, welche die besondere Rolle der Angehörigen in der Beziehung zu Sterbenden untersucht. Der Titel dieser Studie lautet *Menschen im Terminalstadium und ihre betreuenden Angehörigen als „Dyade“: Wie erleben sie die Endlichkeit des Lebens, wie setzen sie sich mit dieser auseinander?* (Kruse, 1995, 264 ff.)

Ohne die Studie in dieser Arbeit im Detail zu erläutern, eröffnen ihre Ergebnisse doch einen entscheidenden Blickwinkel hinsichtlich der Einbeziehung Angehöriger in den Sterbeprozess.

Die Ergebnisse der Längsschnittstudie weisen darauf hin, dass es Zusammenhänge bezüglich der Verlaufsformen des Erlebens und der Auseinandersetzung mit Endlichkeit zwischen Patienten und Angehörigen gibt. Für den Kranken sind in dieser Auseinandersetzung drei Kriterien wichtig: die Intensität der Schmerzen, der Grad der Überzeugung, von anderen Menschen gebraucht zu werden und eine Aufgabe zu haben, also „der Grad der sozialen Integration, sowie die erlebte Qualität der Beziehungen“ (Kruse, 1995, 265). Im Verlauf des Sterbeprozesses verändert sich die psychische Situation des Sterbenden in der Auseinandersetzung mit der Grenzsituation. Es wird angenommen, dass sich Patienten und ihre betreuenden Angehörigen in der Art und Weise, wie sie Endlichkeit erleben und sich mit dieser auseinandersetzen, gegenseitig beeinflussen. Dafür spricht auch die Tatsache, dass Patienten und ihre betreuenden Angehörigen vor allem in den letzten Monaten vor dem Tod intensiven Kontakt haben, sodass zu erwarten ist, dass die Erlebens- und Auseinandersetzungsform des einen Auswirkungen auf die Erlebens- und Auseinandersetzungsform des anderen hat. Mit „intensivem Kontakt“ ist nicht unbedingt eine enge vertrauensvolle Beziehung gemeint, sondern lediglich der ständige Umgang im Alltag. Bei einer engen Beziehung sind möglicherweise die gegenseitigen Einflüsse noch größer. Die Ergebnisse der Studie bestätigen ihre Annahmen und werfen kritische Aspekte hinsichtlich der Phasenmodelle auf. Der Studie zufolge unterscheiden sich Menschen im Terminalstadium nicht nur in der Art und Weise, wie sie ihre Endlichkeit erleben und sich mit dieser auseinandersetzen, sondern auch im Grad der Kontinuität (vs. Diskontinuität) des Erlebens und Verhaltens – ein Aspekt der in Phasenmodellen überhaupt nicht berücksichtigt wird. „Die individualistische Perspektive bei der Analyse der psychischen Situation von Menschen im Terminalstadium vernachlässigt die Tatsache, daß Erleben und Verhalten von Einstellungen und Verhaltensweisen der sozialen Umwelt beeinflusst sind.“ (Kruse, 1995, 271) Andreas Kruse legt am Ende seiner Ausführungen für zukünftige Untersuchungen und thanatologische Forschung einen Analyseansatz nahe, „der den Patienten und seine Angehörigen als Dyade begreift“ (Kruse, 1995, 271).

Nach meiner Meinung ist bei den Ergebnissen dieser Studie zu berücksichtigen, dass sie mit Sterbenden durchgeführt wurde, die sich in hausärztlicher Betreuung befanden und offensichtlich zu Hause von ihren Angehörigen gepflegt wurden. In einer Krankenhaussituation werden Beziehungen durch die institutionellen Gegebenheiten ganz anders beeinflusst, und so lassen sich die Ergebnisse nicht ohne weiteres übertragen. Jedoch unterstreichen sie die Bedeutsamkeit familiärer und privater Beziehungen, was für eine weitestgehende Einbeziehung der Angehörigen in die Sterbebegleitung auch im institutionellen Rahmen spricht.

4.4 DAS HOSPIZ AM RENNWEG

Die Hospizstation, auf der ich ein Jahr lang tätig war, ist eingebunden in das CS Pflege- und Sozialzentrum Rennweg. CS heißt Caritas Socialis und ist eine geistliche Schwesterngemeinschaft, die 1919 von Hildegard Burian in Wien gegründet wurde. Sie hat es sich zur Aufgabe gemacht, die aktuellen sozialen Nöte im Geist christlicher Nächstenliebe zu lindern. Die Schwestern der Ordensgemeinschaft kümmerten sich als erste um eine ambulante Betreuung sterbender Menschen in Wien. Daraus entstand das Mobile Caritas-Hospiz Wien¹². 1995 wurde innerhalb des neugebauten Pflegezentrums am Rennweg das stationäre Hospiz eingerichtet. Im Pflegezentrum, das inmitten eines modernen Wohnparks steht, gibt es außerdem ein geriatrisches Tageszentrum, eine Pflegestation für Kurz- und Langzeitpflege, eine Station für Multiple-Sklerose-Patienten, Kindergarten und Hort sowie Beratungs- und Sozialdienste. So befindet sich das Hospiz inmitten eines lebendigen Sozialgefüges. Soweit die Patienten noch nicht vollkommen an ihr Bett gebunden sind, haben sie die Möglichkeit zu Begegnungen auch außerhalb der Station in der täglich geöffneten Cafeteria, bei den regelmäßig stattfindenden Messen und zu organisierten kleinen Festlichkeiten innerhalb des Zentrums.

4.4.1 Das Team¹³

Das Hospiz am Rennweg hat sich auf die Begleitung und Betreuung von Krebspatienten spezialisiert. Es kann zwölf Personen aufnehmen und als Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige stehen vier Betten zur Verfügung. Die Patienten werden von einem multidisziplinären Team betreut, von dem die meisten in Teilzeit arbeiten. Zum Team gehören 1 Stationsleiterin, 10 diplomierte Krankenschwestern, 7 Pflegehelferinnen, 3 Ärztinnen, 1 Seelsorger, 1 Hospizassistentin, 2 Abteilungshilfen, sowie 35 ehrenamtliche Mitarbeiter. Sofern Bedarf besteht, können außerdem noch die Psychologin, die Physiotherapeutin und der Sozialarbeiter des Hauses hinzugezogen werden.

Die Mitarbeiter des Teams sind darum bemüht, den Patienten in ihren letzten Lebenswochen eine Heimat zu geben. Einige Leitsätze aus der Pflegephilosophie des CS-Hospizes sollen die Haltung des Teams verdeutlichen:

- Heimat ist dort, wo ich verstanden werde, wo ich ich selbst sein kann,
- Heimat ist dort, wo meine Wünsche ernst genommen werden, mit mir respektvoll umgegangen wird und ich noch mächtig sein kann,
- Heimat ist dort, wo ich berührt werde und dort, wo ich mich entwickeln kann,
- Heimat ist dort, wo ich in Frieden im Kreis meiner Lieben in Ruhe sterben kann,
- Heimat ist dort, wo mein Andenken bewahrt wird (vgl. Stapel, 1999).

¹² Heute untersteht das Mobile Caritas-Hospiz Wien der Caritas der Erzdiözese Wien und nicht mehr der Caritas Socialis.

¹³ Alle Angaben beziehen sich auf den Zeitraum 1998/99.

4.4.2 Abschied und Psychohygiene

Die Mitarbeiter des Hospiz-Teams haben ein Trauerritual entwickelt, um sich von den verstorbenen Patienten verabschieden zu können. Es findet einmal im Monat statt. Der Seelsorger bereitet diese halbe Stunde des Abschiednehmens vor und bindet das Team als Mitwirkende z. B. durch die Übernahme kleiner Aufgaben in das Ritual ein. Es werden Texte gelesen, ein Musikstück vom Tonband gespielt, eine Kerze entzündet, Weihrauchduft durchzieht den Raum. Die Verstorbenen werden in Erinnerung gerufen, indem ihre Namen verlesen werden. Die Zeit Abschied zu nehmen, hat Platz im Hospizalltag und ist ein wesentlicher Bestandteil der Psychohygiene für die Mitarbeiter. Die Beziehungen zu Sterbenden sind besondere Beziehungen und werden beendet vom Tod. Jeder einzelne Mitarbeiter ist Stütze, Bezugsperson und nicht selten alleiniger Ansprechpartner, Begleiter und Helfer in vielen Krisensituationen. Durch wechselnde Dienstzeiten ist es nicht möglich, sich von jedem gestorbenen Patienten zu verabschieden. Betroffenheit und Trauer aber müssen Ausdruck finden, damit ein seelisch unbeschadetes Weiterarbeiten im Hospiz möglich ist, denn: „Nicht gelebte Trauer ist ein Einfallstor zur Depression.“ (Pera, o. J., zit. nach Nowak, 1999) Die Teammitglieder finden füreinander Zeit, wenn es notwendig ist und einer Beistand braucht. In der monatlich stattfindenden Supervision ist Zeit und Raum, sich über Sorgen, Ängste und Schmerz auszutauschen und durch den Supervisor professionelle Unterstützung zu bekommen. Darüber hinaus liegt es in der Verantwortung jedes einzelnen, auch im Privaten Ausgleich zu suchen, um täglich in der Spannung von Leben und Tod arbeiten zu können. Nicht zuletzt bekommen die Helfer auch Unterstützung vom Kranken selbst, da eine Beziehung immer ein wechselseitiges Geschehen ist. So sind sie nicht nur Gebende, sondern zugleich auch Nehmende: von Dankbarkeit, Zuneigung und persönlichen Erfahrungen des Sterbenden.

5 MUSIKTHERAPIE IN DER STERBEBEGLEITUNG

5.1 ZIELREFLEXION

„Jede Psychotherapie hat Ziele, jede psycho-soziale Intervention hat Ziele, jedes Helfen hat Ziele – auch wenn sie nicht explizit formuliert sind, denn auf irgendetwas hin (unter Ausschluß anderer möglicher, denkbarer Ziele) soll psychotherapiert, interveniert, geholfen werden.“ (Rösing, 1992, 141). Den Begriff „Ziel“ benutzt Rösing als Kurzbezeichnung für alle Orientierungen, die der thanatotherapeutischen Arbeit Richtung geben, was auch mit Zielorientierung oder Wertorientierung ausgedrückt werden kann. Dabei sind die Probleme Sterbender der wichtigste Bezugspunkt der Zielbewertung für den Therapeuten (vgl. Rösing, 1992, 174). Insbesondere in der existentiellen Situation der Psychotherapie mit Sterbenden sind Zielreflexionen von besonderer Relevanz. Für den Therapeuten ist es notwendig, sich Rechenschaft über das eigene Tun zu geben: Was tue ich eigentlich? Warum und wozu tue ich es? Was ist mein Ziel und welche Wertvorstellungen bestimmen mein therapeutisches Arbeiten? Zielreflexion ist in zweierlei Hinsicht von Bedeutung:

1. Zum einen birgt therapeutisches Handeln im Kontext von Sterben und Tod die Schwierigkeit für den Therapeuten, dass er selbst grundsätzlich vom Problem des Patienten betroffen ist. Das bringt die Gefahr mit sich, dass er aufgrund seiner Betroffenheit unbemerkt mehr zu seiner eigenen als zur Entlastung des Patienten handelt. Der Therapeut sollte sich der Grenzen seiner Belastbarkeit bewusst sein und diese mit den Zielen und Werten seines therapeutischen Handelns abstimmen.

2. Zum anderen ist die Situation für den Patienten existentiell, da seine Zeit bemessen ist und die Möglichkeit zu Korrekturen der Wirkungen von Therapie ungewiss und äußerst begrenzt ist (vgl. Rösing, 1992, 141 f.).

Daraus ergeben sich auch Fragen nach möglichen negativen Wirkungen, nach der Angemessenheit von Psychotherapie mit Sterbenden und daraus folgend die Frage nach den Indikationen.

5.2 INDIKATIONEN UND ZIELE

So habe ich potentielle Indikationen und Ziele herausgearbeitet und sie vier Bereichen zugeordnet, in denen sich die vorrangigen Probleme der Patienten zeigten. Diese Therapieziele dienen vor allem einer Aufrechterhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität in der letzten Lebenszeit, die in der Regel von vielen außergewöhnlichen Belastungen und Einschränkungen geprägt ist.

Einige inhaltliche Aspekte aus dem *Indikationskatalog Musiktherapie für chronisch und chronisch-psychisch erkrankte ältere und alte Menschen* (Muthesius/Beyer-Kellermann, 1999) sowie Antworten aus den Fragebögen meiner Untersuchung (Heinze, 1999 und 2002) fließen in diese Übersicht ebenfalls ein.

Indikationen

körperliche Ebene

- starke Beeinträchtigung körperlicher Funktionen durch Tumorwachstum (z. B. Lähmungserscheinungen)
- einschneidende Veränderungen im Körperbild (z. B. durch OP)
- körperlich, stimmlich und sprachlich eingeschränkte Ausdrucksmöglichkeiten (z. B. durch Tumorwachstum)
- Krankheitsbedingte, körperliche Muskelverspannungen
- besondere vegetative Reaktionen (Dissoziationen, Wahrnehmungsstörungen)

psychische Ebene

- Identitätsverlust durch abgerissene persönliche Beziehungen
- (Sterbens-)Angst
- Bewältigungsprobleme/ Krankheitsverarbeitung (depressive, aggressive Symptome)
- pathologisches Verharren in Trauer oder Zorn
- Schuldgefühle
- Objektverlust
- Suizidalität

kommunikative Ebene

- Interaktionsstörungen mit den Angehörigen und dem Team
- Compliance-Problematik (Einwilligung zu bestimmten palliativen oder sozialen Maßnahmen)
- psycho-soziale Isolation, Einsamkeit, starke Zurückgezogenheit

transzendente Ebene

- Sinnkrisen
- spirituelle Fragen

Ziele

körperliche Ebene

- Krankheitsverarbeitung
- körperliche Entspannung
- Herstellen eines Realitätsbezuges
- Arbeit am Körperbild

psychische Ebene

- Wiedererwecken eines Identitätsgefühls
- Bewältigung und Abbau von Angst
- Vertrauensbildung und Aggressionsabbau
- Unterstützen und In-Bewegung-Bringen des Trauerprozesses (Nachtrauern lebensgeschichtlicher Ereignisse – Aneignung, antizipatorische Trauer bez. des Existenzverlustes)
- Abbau von Schuldgefühlen den Angehörigen gegenüber
- Unterstützung der Genussfähigkeit und Lebensfreude
- seelische Entspannung
- Förderung der persönlichen Einsichten in Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität
- Ermöglichen nonverbalen Gefühlsausdrucks bzw. des Gefühls von Verstandesein und Geborgenheit

kommunikative Ebene

- Konfliktlösung im sozialen Umgang
- Förderung der Kontaktfähigkeit
- (Entdecken aggressiver Potentiale)

transzendente Ebene

- Raum für Orientierung und Sinnerfüllung
- Kompensationsmöglichkeiten im religiös geistigen Vermögen

5.3 SCHWIERIGKEITEN FÜR DEN THERAPEUTEN

Unter den besonderen Gegebenheiten, die das Arbeiten mit Sterbenden im Allgemeinen und im speziellen Rahmen des Hospizes mit sich bringt, entstehen auch besondere Schwierigkeiten für den Therapeuten, die im Folgenden erläutert werden sollen.

5.3.1 Verlauf des Therapieprozesses

Da sich die Arbeit im Hospiz an den momentanen Bedürfnissen der Patienten orientiert, ist es nur möglich innerhalb eines offenen Settings zu arbeiten. Das heißt, dass es in vielen Fällen keinen kontinuierlichen Therapieprozess gibt. Der Therapeut muss sich deshalb besonders darum bemühen, zum Patienten einen regelmäßigen Kontakt zu pflegen. In der Praxis heißt das, an den Tagen, an denen der Therapeut im Hospiz arbeitet, den Patienten zu besuchen, sich nach seinem Wohlbefinden zu erkundigen, gegebenenfalls einen neuen Termin zu vereinbaren. Der Therapeut sollte dem Patienten die Sicherheit vermitteln, dass er ihn wieder besuchen wird, unabhängig von dessen körperlichem und seelischem Zustand. Dabei muss für den Patienten jedoch klar werden, dass er sowohl die Besuche als auch das musiktherapeutische Angebot jederzeit und ohne Schuldgefühle ablehnen kann. Für den Therapeuten ergeben sich daraus des Öfteren Situationen der Zurückweisung, die bei gehäuftem Auftreten ein Gefühl der persönlichen Ablehnung erzeugen können. Dafür ist es notwendig, sich im Rahmen einer Supervision oder anderer psychohygienischer Maßnahmen Klarheit darüber zu verschaffen, dass diese als Ablehnung erlebten Situationen in der Regel nicht der eigenen Person gelten, sondern auf den momentanen Zustand des Patienten innerhalb seines Sterbeprozesses zurückzuführen sind. Gleichzeitig ist die Aufmerksamkeit des Therapeuten gefordert, diese Situationen von jenen zu unterscheiden, in denen ein Patient Unterstützung braucht, dies aber nicht adäquat deutlich machen kann, beispielsweise aus Bescheidenheit, Angst, Wut, Scham oder anderen aktuellen Gründen. Dies sind Situationen, in denen es um eine sensible Annäherung des Therapeuten an den Patienten geht.

5.3.2 Der zeitliche Aspekt

Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, dass die Therapie keinen festgelegten zeitlichen Rahmen hat. Therapieeinheiten können jederzeit durch dringende pflegerische Maßnahmen unterbrochen werden, wie z. B. das Einstellen der Schmerzpumpe, Toilettengänge der Patienten, Medikamentengaben (da diese im Sinne der Schmerzprophylaxe zu festgelegten Zeiten eingenommen werden müssen) etc. Ebenso kann der Therapieprozess durch plötzlich auftretendes Unwohlsein, starke Müdigkeit oder lang ersehnten Besuch des Patienten vorzeitig unterbrochen oder beendet werden.

Durch den oft unberechenbaren Krankheits- oder Sterbeverlauf kann es auch der Fall sein, dass sich die Situation des Patienten bis zur nächsten Stunde erheblich verschlechtert, was ein Fortführen der Therapie unmöglich macht. Manche Patienten gehen aufgrund einer Verbesserung nach Hause oder werden in eine andere Pflegeeinrichtung transferiert, sodass eine Verabschiedung nicht mehr möglich ist. Manchmal liegen aus diesen Gründen einige Wochen zwischen den einzelnen Sitzungen und ein kontinuierliches Arbeiten ist

nicht vorauszusetzen. Vom Therapeuten fordern solche Umstände besondere Ausdauer und Flexibilität. Wenn Patienten in der Zeit zwischen zwei Therapiesitzungen sterben, kann das beim Therapeuten ein Gefühl des „Verlassenwerdens“ hervorrufen, was gut reflektiert und gegebenenfalls im Team oder in der Supervision besprochen werden sollte.

5.3.3 Der räumliche Aspekt

In den meisten Fällen ist der körperliche Zustand des Patienten so instabil, dass die Therapie am Bett stattfindet. Das kann Komplikationen mit sich bringen, da viele Patienten in Zweibettzimmern wohnen. Es muss also eine Absprache mit dem Bettnachbarn getroffen werden, damit dieser sich nicht gestört fühlt und der Musiktherapiepatient seinerseits genug Freiraum und Intimität innerhalb der Therapie genießt. In meiner praktischen Erfahrung war es meistens möglich einen Konsens insofern zu finden, dass entweder das Bett des Musiktherapiepatienten in den freistehenden Meditationsraum (der eine ruhige, warme und angenehme Atmosphäre ausstrahlte) verschoben werden konnte oder der Bettnachbar, soweit es seine körperliche Mobilität erlaubte, für die Zeit der Therapie mit einer Betreuung außerhalb des Zimmers versorgt werden konnte. Bei Patienten mit einem hohen Grad an Verwirrtheit ist ein Ortswechsel für die Therapie jedoch nicht ratsam.

In der Arbeit mit Sterbenden im Hospiz kann Therapie an sehr unterschiedlichen Orten stattfinden. Im Hospiz am Rennweg waren diese Orte außer dem Patientenzimmer und dem Meditationsraum auch die Sitzecke im Eingangsbereich, die Wohnküche, die Terrasse, die Cafeteria und die Hauskapelle, wo eine Orgel steht. An manchen dieser Orte sind Störungen durch den öffentlichen Charakter der Räume nahezu vorprogrammiert. Diese Störungen nicht als unangenehm zu empfinden, sondern sie in angemessener Weise in den therapeutischen Prozess einzubeziehen und nutzbar zu machen, ist Aufgabe des Therapeuten.

5.3.4 Einbeziehung der Angehörigen

Manchmal ist es der Wunsch des Patienten, die Familie bzw. die Angehörigen miteinzubeziehen. Das verändert das Setting sowie die Therapieatmosphäre und kann zunächst bei allen Beteiligten Verunsicherung hervorrufen. Nicht selten liegen der gegebenen Situation Beziehungskonflikte zugrunde. Alte Verhaltens- und Interaktionsmuster, die über Jahrzehnte gewachsen sind, können unter dem Vorzeichen der Endlichkeit und dem erheblichen Zeitdruck als massive Konflikte zutage treten. Für den Patienten und seine Angehörigen bedeuten sie allerdings auch Schutz und Sicherheit im Gewohnten. So ist es im Rahmen des offenen Settings nur bedingt möglich, diese Konflikte in zufriedenstellender Weise zu bearbeiten und konstruktive Lösungen zu finden. Vom Therapeuten verlangen diese Situationen viel Erfahrung, Geduld und eine hohe Frustrationstoleranz.

5.3.5 Verschiedene Krankheitsbilder

Den Patienten, die ins Hospiz kommen, ist die Diagnose einer unheilbaren Krankheit und der (beginnende) Prozess des Sterbens gemeinsam, auch wenn sie noch einmal für einige Zeit nach Hause gehen können. Die Bandbreite der diagnostizierten Krankheiten ist je-

doch sehr groß. Es handelt sich um Krankheitsbilder aus den unterschiedlichsten medizinischen Fachgebieten, die im Normalfall einer Behandlung in Spezialkliniken bedürfen. Das fordert nicht nur von Ärzten und Pflegepersonen ein umfangreiches Wissen, sondern auch vom Musiktherapeuten. Obwohl es in der Musiktherapie nicht um die Heilung dieser spezifischen Krankheiten geht, beeinflussen ihre Erscheinungsbilder dennoch in unterschiedlichem Maße die Therapie. Das bedeutet: die Arbeitsweise des Therapeuten muss breit gefächert sein.

Bei Patienten in besonders schlechtem gesundheitlichen Zustand oder in der Terminalphase sind Reaktionen nur noch auf vegetativer Ebene möglich und erkennbar. Der Therapeut braucht dann die Fähigkeit, diese Reaktionen als persönliches, dem Patienten zur Verfügung stehendes Ausdrucksmittel zu verstehen, in ihrem Informationsgehalt zu deuten und, indem er darauf reagiert, in die Arbeit einzubeziehen. Das verlangt einerseits besondere Sensibilität in Bezug auf minimale Reaktionen und andererseits ausreichende Selbstsicherheit, um sein Tun vor dem Patienten und sich selbst verantworten zu können.

5.3.6 Das Rollenbild des Therapeuten

Im Kontext existentiellen Verlustes und durch die Tatsache, dass der Therapeut potentiell vom gleichen Problem wie der Patient betroffen ist, muss die therapeutische Rolle immer wieder in Frage gestellt werden. Die Grenzen zwischen therapeutischer Haltung, therapeutischer Liebe und freundschaftlicher, ganz persönlicher Begegnung oder „Wahlverwandtschaft“ (Petzold, 1992, 469) sind in diesem Arbeitsgebiet so fließend wie in kaum einem anderen therapeutischen Zusammenhang. Dieser Spagat kann unter Umständen für den Therapeuten sehr anstrengend und verwirrend sein. So ist es seine Aufgabe, seine Rolle immer wieder zu reflektieren, um sich über die Beweggründe seines Handelns Klarheit zu verschaffen. Was letztendlich zählt, ist unbedingte Aufrichtigkeit in der menschlichen Begegnung auf ganz basaler Ebene, in der auch die Verletzlichkeit und Endlichkeit des Therapeuten mitschwingen kann.

In der von existentiellen Verlust bedrohten Situation des Patienten kann es Situationen geben, in denen er dringend therapeutischer Hilfe und Unterstützung bedarf. Das kann beim Therapeuten verstärkt das verführerische Gefühl des „Gebraucht Werdens“ hervorrufen. Da der Therapeut annehmen kann, dass er eines Tages in einer vergleichbaren Situation sein wird, besteht die Gefahr einer zu starken Identifikation. Dessen sollte er sich bewusst sein, um sich als Person immer wieder die nötige Distanz zu verschaffen, die professionelles therapeutisches Handeln möglich macht. Im Gegensatz dazu gibt es Menschen, die auch in dieser besonderen Situation große Autonomie bewahren und nur einer geringen Unterstützung bedürfen. Das kann beim Therapeuten Unsicherheit bezüglich seiner Rolle verursachen und macht es notwendig, die benötigte Distanz zu respektieren, ohne sich aufgrund eines Gefühls des „Unnütz-Seins“ zu weit zurückzuziehen.

Eine besondere Belastung für den Therapeuten stellen die Übertragungsmechanismen innerhalb der Therapie dar. Nach welchem inneren Modell der Therapeut auch immer handelt, werden doch die existentiellen Ängste und Befürchtungen des Sterbenden auch auf den Therapeuten übertragen.

5.3.7 Musiktherapie ohne Musik

Nach meinen Beobachtungen ziehen sich manche Menschen gegen Ende ihres Lebens mehr und mehr zurück. Das kann zur Folge haben, dass in der Therapie keine Musik mehr gewünscht wird und auch kein Gespräch mehr möglich ist. Es kann dann darum gehen, einfach da zu sein, vielleicht die Hand zu halten, miteinander zu schweigen, vor allem aber die Situation gemeinsam auszuhalten. Wenn dies über einen längeren Zeitraum anhält, tauchen beim Therapeuten unter Umständen eigene oder aus der Gegenübertragung entstandene Gefühle der Sinn- und Hoffnungslosigkeit auf, eigenes Unbehagen, sowie assoziierter Rechtfertigungsdruck darüber, dass Musiktherapie ohne Musik stattfindet.

5.4 GRUNDVORAUSSETZUNGEN UND FÄHIGKEITEN DES THERAPEUTEN

In Anbetracht des Arbeitsgebietes und der aufgezeigten Schwierigkeiten, die sich daraus für den Therapeuten ergeben können, bin ich der Meinung, dass folgende therapeutische Fähigkeiten von besonderer Bedeutung sind:

1. Es ist wichtig, sich seiner persönlichen Geschichte bezüglich der Erlebnisse mit Sterben und Tod bewusst zu sein und sie in angemessener Weise verarbeitet zu haben.
2. Die Bereitschaft zu wiederholter Reflexion über die eigene Endlichkeit und die Auseinandersetzung mit den damit verbundenen existentiellen Ängsten (gegebenenfalls auch durch Übungen mit Selbsterfahrungscharakter (im Sinne des Loslassenkönnens) ist unabdingbar.
3. Der Therapeut sollte in der Lage sein, sich über seine eigene Intuition ausreichend Bestätigung zu holen, da sich in der Sterbebegleitung die Bestätigung nur bruchstückhaft einstellt und ein Messen des Erfolges kaum möglich ist.

5.5 MÖGLICHKEITEN UND WIRKUNGEN MUSIKALISCHER ELEMENTE

Am Beginn des Lebens empfangen den Menschen als erste Reize musikalische Parameter. Fritz Hegi teilt diese ein in Klang, Rhythmus, Dynamik, Melodie und Form (vgl. Hegi, 1996, 173 ff.). In diesem Sinne ist Musik also auch eine Stimme, ein Herzschlag, eine Stille, ein Lied oder eine Geste. Auch bezogen auf die vorgeburtlichen Wahrnehmungen musikalischer Elemente muss unter dem Begriff „Musik“ mehr verstanden werden als nur ein Musikstück oder ein gesungenes Lied. Ich erlebe den Menschen als musikalisches Wesen in seiner Seinsweise und seinen Äußerungen. Der Zusammenklang der musikalischen Parameter, die als Gesamtausdruck am Menschen beobachtet und wahrgenommen werden können, bildet den Ausgangspunkt für musiktherapeutisches Handeln. Musik ist in ihrer Eigenschaft als nonverbales Medium besonders geeignet, an vorbewusste Befindlichkeiten anzuknüpfen, das heißt Stimmungen und Gefühlsqualitäten zu erinnern und auszudrücken. Leben, in seiner Polarität zwischen Werden und Vergehen, findet Entsprechungen und Übereinstimmungen genau an diesen Polen, den äußersten Grenzen menschlicher Existenz. Musik ist Trägerin emotionaler Qualitäten, wie z. B. der Gefühle, Erinnerungen

und Atmosphären. Sie ist aber auch rhythmisch strukturierendes Element in Bezug auf die Zeitwahrnehmung und vermittelt Raumgefühl durch Klang und Form.

In den folgenden Abschnitten soll auf die Bedeutung der Stimme innerhalb der Musiktherapie Bezug genommen werden sowie auf die Rolle des gesungenen Liedes und die Bedeutung der Melodie. Des Weiteren werden Aspekte der Musikrezeption von technischen Tonträgern erläutert.

5.5.1 Die Bedeutung der Stimme

„Kein anderes Ausdrucksmedium verbindet derart unmittelbar Innenraum und Außenraum, ist derart variabel, sensibel, aber auch labil und stör anfällig, ist ein ehrlicher Ausdruck meines Körper-Ich, geht mit seiner emotionalen Wirkung derart weit in tiefste Schichten meiner Persönlichkeit, wie die Stimme in ihrer untrennbaren Verflechtung mit der Atmung und mit Körperbewegungen.“ (Rittner, 1990, 118)

In der Arbeit mit Sterbenden scheint mir der aufmerksame Umgang mit den Potentialen der Stimme in besonderer Weise gegeben. Sterbende Menschen, die in ihren äußeren Handlungs- und Ausdrucksmöglichkeiten zunehmend eingeschränkt sind und dies meist auch bewusst erleben, können über die Stimme ihre Befindlichkeiten vermitteln. Sabine Rittner schreibt:

„Die Stimme ist Träger des tieferen emotionalen Gehaltes der Sprache. Sie koppelt den logisch-rationalen Sprachinhalt mit der emotionalen Interpretation. [...] Die Stimme vermittelt uns, in welcher Stimmung sich unser Gesprächspartner befindet und ob die vernommenen Worte ‚stimmig‘ sind, auch dann, wenn wir seine Mimik und Gestik nicht sehen.“ (Rittner, 1990, 105)

Meist dient die Stimme als Erstes der Kontaktaufnahme, z. B.: der Therapeut stellt sich vor und fragt nach dem Wohlbefinden, macht sich mit dem Patienten bekannt. Die Stimme ist ein Erkennungsmerkmal. „so tönt der individuelle Stimmklang als direktester Ausdruck unserer Persönlichkeit und unseres Lebens- und Reifeprozesses doch durch alle angenommenen ‚sozialen Masken‘ hindurch (griech.: persona, Maske, lat. per-sonare, hindurchtönen)“ (Moses, 1956, zit. nach Rittner, 1996, 359). Die Stimme schafft „die Verbindung zwischen Innen- und Außenraum, zwischen Regression, dem wohligen Sich-Einhüllen, und Progression, in der sich lebenserhaltende aggressive Anteile artikulieren“ (Rittner, 1990, 106). Singen kann diesen Spannungsbogen zwischen Regression und Progression verdeutlichen. Wenn es regressive Momente auslöst, wird Singen eher als angenehm erlebt, weil es Erinnerungen an frühe Empfindungen und wohlige Geborgenheit weckt. Genau aus diesem Grund kann es jedoch als zu starker emotionaler Ausdruck ebensogut abgewehrt werden (vgl. Klausmeier, 1978, zit. in Rittner, 1990, 107).

Karl Adamek fand mit Hilfe einer Studie heraus, dass das Singen auch als psychische Bewältigungsstrategie angesehen werden kann. Als solche ist es jedem zugänglich und in allen Altersgruppen zu finden. Wird Singen als Bewältigungsstrategie benutzt, singen Menschen meist allein, um ihre Emotionen zu regulieren, d. h. um die gegensätzlichen Emotionen im Gleichgewicht zu halten. Adameks Schlussfolgerung aus seinen Untersuchungen lautet:

„Singen als Energieintegrator bedeutet Entspannung für Psyche und Physis, hilft dem Singenden, überschüssige, ansonsten ‚vagabundierende‘ physische wie psychische Energie zu kanalisieren“ (Adamek, 1995, zit. nach Rittner, 1996, 370).

Rittner formuliert einige therapeutisch relevante Ansatzmöglichkeiten für die Arbeit mit der Stimme:

- „Die Stimme knüpft an allerfrüheste präverbale phylogenetische wie ontogenetische Erfahrungen an und vermag tiefste Schichten der Persönlichkeit in Schwingung zu versetzen.
- Über die Stimme teilen sich unbewußte Anteile des Gefühlsspektrums mit, werden hör- und fühlbar und damit zugänglich für therapeutische Bearbeitungs- und Veränderungsprozesse.
- Atmung und Stimme sind für die emotionale Oszillation zwischen Innenraum und Außenraum, für den Ausgleich zwischen Eindrucks- und Ausdruckspotentialen im Menschen von zentraler psychohygienischer Bedeutung. Sie stellen eine unmittelbare, untrennbare Verknüpfung zwischen körperlich-sinnlichem und emotionalem Erleben dar.“ (Rittner, 1990, 108)

5.5.2 Die Bedeutung der Melodie

„Melodien haben Individualität und persönliches Profil. Sie gestalten die inneren Bewegungen und betonen die aktuelle Meinung. Sie formulieren Vorlieben und wandeln ein Thema ab. Sie behandeln Motive und spielen mit Figuren. Sie laufen einem nach und fallen einem ein. Sie er-innern.“ (Hegi, 1996, 179)

Melodie ist tönende Sprache. Eine Sprachmelodie verrät die Meinung, die Haltung und die Herkunft des Sprechers. Hegi meint, „daß die Melodie in der Musik das ist, was die Meinung in der Sprache ist“ (Hegi, 1993, 99). Melodien erzählen Geschichten, zeigen innere Bewegung an, drücken Phantasie aus und prägen das Gesicht einer Musikkultur. „Die Bewegung einer Melodieführung oder eines Leitmotivs kann ganz allgemein der Bewegung eines Gemütszustandes, auf den die Melodie einwirken soll, gleichgesetzt werden.“ (Hegi, 1993, 100) Beispielsweise ahmen Schlafliedmelodien die Bewegung der untergehenden Sonne und die des Wachbewusstseins in den Schlaf nach. Wenn die Melodie eines Liedes gesungen wird, drückt sie nicht allein die Idee oder Überzeugung des Komponisten aus, sondern es klingen ebenso Haltung und Stimmung des Sängers mit. Was bedeutet diese Melodie? Wieso fällt ihm diese Melodie jetzt ein? Was drückt sie aus? Eine „Ohrwurm-Melodie“ deutet an, dass etwas im Innersten des Menschen mit ihr verbunden ist, dass ein Klang, ein Melodiemerkmal, ein Rhythmus etc. oder der Text den Sänger ansprechen (vgl. Hegi, 1993, 102 ff.).

„Ein Einfall wirkt so lange spannend, wie die Verbindung zwischen Ausdruck und Meinung besteht, so lange, wie ein solches musikalisches Element unsere momentane innere Bewegung ausdrückt. [...] Die innere Entscheidung ist der Punkt, wo Einfall und Ausdruck sich treffen, wo der Körper seine Eindrücke verarbeitet, in der Intuition.“ (Hegi, 1993, 113)

Schlussfolgernd aus diesen Überlegungen kann die Melodie also in besonderem Maße Individualität zum Ausdruck bringen. Lied-Melodie kann die anderen musikalischen Parameter wie Klang, Rhythmus, Harmonie, Dynamik und Form zu einem Ausdruck vereinen, ja sie benötigt sie sogar, um die ihr eigene Botschaft vermitteln zu können. So ist die Melodie ein dynamisches Geschehen in ihrem Erscheinen, Klingen und Verklingen, das dem menschlichen Leben gleicht, der Ausprägung menschlicher Individualität. In der Arbeit mit Sterbenden kommt diesem Ausdruck eine besondere Bedeutung zu, da sich in Liedmelodien, die mit Text verbunden sind, aber auch in instrumentalen oder vokalischen Melodien die Welt des Erlebens widerspiegelt.

5.5.3 Die Rolle des Liedes in der Therapie

„Als Lied ist die Melodie die Gestalt schlechthin, die Gestaltung von zwei oder mehr Figuren bzw. Motiven, welche zueinander in Beziehung gesetzt und dadurch gestaltete Aussage werden. Ein Lied kann in verschiedenen Tonlagen, Instrumentalfarben, Sprachen oder Kulturen gespielt und gesungen werden – was bleibt, ist seine Gestalt.“ (Hegi, 1996, 179)

Schlager, Operetten- und Opernmelodien oder Volkslieder spiegeln in ihren Texten und Melodien Themen wider, die sich durch das ganze menschliche Leben ziehen: Liebe, Abschied, Jahreszeitenwechsel, Tod und Sterben, Weihnachten, Heimat, Fröhlichkeit, Ruhe und Schlaf, um nur einige Beispiele zu nennen. Diese Lieder wecken Gefühle und Erinnerungen. Trauer und Wehmut kann beim Singen ebenso aufkommen wie Freude und ein Gefühl von Geborgenheit. Immer wieder geben solche Lieder den Menschen Anlass, aus ihrem Leben zu erzählen, zu sagen, was für sie mit diesen Liedern verbunden ist. So kann mit Hilfe der Lieder „Aneignung von Lebensspanne“ (Petzold, 1992, 463), von Beziehungen oder Werten geschehen, wenn sie in Bezug zum eigenen Leben gesetzt werden. Lieder sind Geschichten, und im Singen der Lieder erzählt der Sänger etwas von sich und erfährt etwas vom Erleben anderer. In der therapeutischen Arbeit mit Sterbenden zeigt sich insbesondere, wie Lieder und Melodien in symbolischer Beziehung zu ihrem Leben stehen und wie mit ihrer Hilfe die Gesamtheit des gelebten Lebens in die Zeit des Sterbens hineingenommen werden kann. Auch das für den Sterbenden aktuelle Thema des Abschiednehmens und des Todes kann in Liedern auf symbolischer Ebene anklingen und bearbeitet werden.

Beispiel: Eine Patientin, die immer sehr erschöpft und abwesend wirkte und nur die notwendigsten Sätze zur Verständigung sprach, wünschte sich immer, dass ich Volkslieder für sie singe. Zu Beginn ihrer dritten Musiktherapiestunde erwartete sie mich bereits und begann zum ersten Mal von selbst, ein Lied zu singen:

So leb denn wohl, du stilles Haus

1. *So leb denn wohl, du stilles Haus!
Ich zieh betrübt von dir hinaus.
ich zieh betrübt und traurig fort,
noch unbestimmt an welchen Ort.*

2. *So leb denn wohl, du schönes Land,
in dem ich hohe Freude fand.
Du zogst mich groß, du pflegest mein,
und nimmermehr vergess ich dein!*

3. *So lebt denn all ihr Lieben wohl,
von denen ich jetzt scheiden soll.
Und find ich draußen auch mein Glück,
denk ich doch stets an euch zurück.*

Ein Gespräch über das Lied war nicht möglich, aber ihre Antwort auf mein Gesprächsangebot war, dass sie sich das Lied „Wem Gott will rechte Gunst erweisen“ als nächstes von mir gesungen wünschte.

Einen besonderen Stellenwert haben Schlaf- und Wiegenlieder. Zum einen wird in ihren Texten im übertragenen Sinn das Thema des Sterbens aktualisiert, beispielsweise wenn Texte vom Niederlegen, Sich-zur-Ruh-Begeben u. ä. handeln. Zum anderen aber wird auch Bezug genommen auf frühe Kindheitserfahrungen, in denen das Singen von Schlaf- und Wiegenliedern für viele Menschen mit intuitiven Erinnerungen an mütterliche Qualitäten verbunden ist und dadurch auch mit der Regulation von Gefühlen durch die Mutter. Diese Lieder vermitteln Geborgenheit, Intimität, Schutz und Trost (vgl. Hansen, 1997, 101). In der Arbeit mit Sterbenden habe ich die Erfahrung gemacht, dass sich im gemeinsamen Singen solcher Lieder oder auch beim Vorsingen regressive Bedürfnisse des Patienten erfüllen lassen. Es entsteht beim einfühlsamen Singen eine Gemeinsamkeit zwischen Patient und Therapeut, die an die frühe Mutter-Kind-Dyade erinnert und dem Patienten in seiner Verletzlichkeit im Grenzbereich des Sterbens eine positive Gefühlsregulation ermöglicht.

5.5.4 Zum Musikhören

In diesem Abschnitt geht es um das Musikhören von Tonträgern (Kassetten und CDs). Im Gegensatz zum Hören von live gespielter Musik, wird das Musikhören von Tonträgern in der Therapie von verschiedenen Musiktherapeuten kritisch betrachtet. Hegi schreibt beispielsweise, dass das Anhören von Lieblingsplatten immer eine Diskrepanz zwischen Idealvorstellung (rezipierter Musik) und Realität lässt. Das schmerzliche Empfinden dieser Diskrepanz birgt die Gefahr, dass Musik zur Droge wird, „die uns per Knopfdruck dahin bringt, wo wir sein wollen“ (Hegi, 1993, 114), jedoch dann um so schmerzlicher den Ist-Zustand spüren lässt. In Gesprächen mit anderen Musiktherapeuten hörte ich den Einwand, dass die „Konservenmusik“ den Momentanzustand des Patienten nicht adäquat berücksichtigen kann. Vom Therapeuten selbst gespielte oder gesungene Musik dagegen könne viel direkter und persönlicher wirken, da in dieser lebendigen, im Augenblick erzeugten und bestehenden Musik die Wirkungskomponente einer lebendigen Beziehung stärker zum Tragen komme.

Jedoch bin ich der Auffassung, dass Musikhören von Tonträgern speziell in der Hospizarbeit Relevanz hat. Das hängt zum einen mit dem Klientel zusammen, das sich anders zusammensetzt (vorwiegend alte Menschen) als beispielsweise auf einer Palliativ- oder Intensivstation. Zum anderen bietet diese Form der Musiktherapie den Patienten in stärkerem Maße als live gespielte Musik die Möglichkeit sich auf das Angebot einzulassen oder Abstand zu nehmen. Bekannte Musik kann einerseits Anknüpfungspunkt an Vertrautes aus dem alltäglichen Leben sein, andererseits lässt sie zu Beginn der Therapie mehr Möglichkeiten der Distanzierung für den Patienten zu. Da Patienten im Hospiz durchschnittlich einen eher kurzen Aufenthalt haben und sich in einer Lebensphase befinden, die vorwiegend von Reduktion bestimmt ist, halte ich es für wichtig, dem Patienten ein Angebot

zu machen, in dem er das Maß der Intensität seiner Beteiligung leicht selbst regulieren kann.

Das Musikhören in der Sterbebegleitung ist zuerst einmal erlebnisorientiert. Der Patient sucht sich aus einem Angebot von Musik diejenige heraus, die er gern hören möchte. Der Therapeut fordert den Patienten auf (oder hilft ihm dabei), sich in eine bequeme körperliche Lage zu bringen, bevor die Musik erklingt. An den Reaktionen des Patienten während des Hörens kann der Therapeut bereits erste Eindrücke darüber gewinnen, was diese Musik beim Patienten auslöst und wie es ihm dabei geht. Nachdem der letzte Ton verklungen ist, kann einige Zeit Stille sein, in der sich Therapeut und Patient Zeit geben, die Musik nachklingen zu lassen. Zumeist beginnen die Patienten dann selbst darüber zu sprechen, wie ihnen die Musik gefallen hat beziehungsweise woran sie erinnert oder was sie an Empfindungen ausgelöst hat. Ist dies nicht der Fall, so kann der Therapeut den Patienten einfühlend dazu ermutigen, über seine Empfindungen und Erlebnisse während des Musikhörens zu sprechen. So kann im Gespräch eine aufarbeitende Rückkoppelung geschehen und das Gehörte zum Leben und Empfinden des Patienten in Bezug gesetzt werden, was für die Verarbeitungsprozesse des Sterbenden hinsichtlich der antizipatorischen Trauer von Bedeutung ist.

Ist dem Patienten ein verbaler Ausdruck krankheitsbedingt erschwert, hat der Therapeut die Möglichkeit Wahrnehmungen aus der Gegenübertragung anzusprechen und dem Patienten damit einen Weg zu einer Äußerung anzubieten, indem er mimisch oder gestisch zustimmen oder ablehnen kann. Dabei geht es nicht um das Überstülpen der Therapeutenmeinung, sondern um ein sensibles Herantasten an mögliche Erlebensweisen des Patienten, um ihm, wenn auch nur in Form von Gestik, Mimik oder sparsamen Worten, Gefühlsäußerungen zu ermöglichen. In Situationen, in denen der Patient das Musikerlebnis und damit verbundene Gedanken für sich behalten möchte, sollte das vom Therapeuten akzeptiert werden. Manchmal wünschen sich Patienten, dass der Therapeut einfach noch eine Weile schweigend zugegen bleibt, um in diesem Schweigen das Erlebte und Nachklingende zu teilen. In diesen Situationen erlebte ich mich oftmals als „Behüterin“ der unausgesprochenen Gedanken und Gefühle des Patienten, die er im Schutz meiner Gegenwart zulassen und erleben konnte, ohne sich verbal darüber äußern zu müssen.

Beispiel: Ein Patient sagte in einer Situation, in der ich ihn, nach einiger Schweigezeit, etwas fragte, ihm sei aufgefallen, dass er im Hospiz keine Geste oder Äußerung tun könne, ohne gleich nach der Bedeutung gefragt zu werden. Dennoch wünschte er sich, dass ich noch eine Weile bei ihm sitzen bliebe und ihn nach dem Musikhören nicht allein ließe.

Gemeinsam ausgewählte und gehörte Musik bekommt einen neuen Bedeutungs- und Sinnzusammenhang durch diese Gemeinsamkeit des Erlebens, so wie ein gesungenes Lied unterschiedliche Bedeutung haben kann, wenn es beispielsweise zu Spaß und Freude „heruntergeschmettert“ wird, oder wenn der Therapeut speziell für einen bestimmten Menschen und bezogen auf dessen Situation ein Lied auswählt und singt.

Beim gemeinsamen Musikhören und in den Reflexionen der Patienten fiel mir auf, dass der Kontakt zwischen den Patienten und mir sowie das individuelle Musikerlebnis von

verschiedenen Komponenten geprägt wurde. Ich habe versucht, sie in 4 Erlebnisebenen zu erfassen:

1. Die rein musikalische Erlebnisebene, auf der die Musik mit ihrer Struktur, ihrer Interpretation und ihren Interpreten im Vordergrund steht.

Beispiel: Ein Patient mit Sprachfindungsstörungen auf Grund eines Glioblastoms¹⁴, der sich hauptsächlich durch Mimik und Gestik verständigte, fragte nach dem Anhören eines sinfonischen Werkes plötzlich: „Wer?“ und drückte mit diesem Wort die Frage nach den Interpreten der Musik aus. Im folgenden Dialog stellte sich heraus, dass er durch seine berufliche Laufbahn als Aufnahmeleiter eines Tonstudios täglich mit klassischer Musik und deren Interpreten gearbeitet hatte.

2. Die Ebene der Botschaften, auf der sowohl die Therapeutin als auch der Patient durch die bewusste Auswahl der Musik dem Gegenüber etwas mitteilt und damit ein Stück seiner eigenen Lebensmelodie einbringt, die sich mit Erinnerungen und Assoziationen verknüpft. Dabei rückt die therapeutische Beziehung in den Vordergrund.

Beispiel: Mein Angebot bestand zunächst einmal aus Musik, die ich kannte und die ich aus verschiedenen Gründen zum Anhören für geeignet hielt.

Ein Patient wählte sich in einer Stunde Jazzmusik gespielt von Benny Goodman aus. In seiner Mimik und Gestik wurde deutlich, dass er diese Musik liebte. Manchmal kommentierte er die Musik mit anerkennenden oder bewundernden Äußerungen und freute sich, manchmal war er voller Traurigkeit, gelegentlich summete er die Melodien mit und meinte abschließend: „Jetzt müsste man noch mal jung und gesund sein! Ich würde gleich zu tanzen anfangen.“

3. Die Ebene der ausgelösten Assoziationen und Erinnerungen beim Patienten, auf welcher der Patient in seinem Innersten auf die rezipierte Musik antwortet. Der biografische und soziale Hintergrund des Patienten wird aktiviert und somit ein Arbeiten an seiner Lebensgeschichte ermöglicht.

Beispiel: Ich spielte einem Patienten, über dessen Herkunft und Leben das Behandlungsteam nichts erfahren konnte, da er selbst kaum sprach und auch keine Angehörigen hatte, in einer Stunde Wiener Lieder vor. Bei einem Lied, in dem es um einen speziellen Stadtteil Wiens geht, wünschte er sich eine Wiederholung. Beim Hören des Liedes, das offensichtlich Erinnerungen weckte, stiegen Tränen in seine Augen und er bestätigte meine Annahme, dass er aus diesem Stadtteil stamme.

4. Die gemeinsame Ebene im Hier und Jetzt, auf der in übereinstimmender oder unterschiedlicher Weise die von Patient und Therapeutin eingebrachten Erlebnisweisen eine neue Erlebnisqualität in der Gemeinsamkeit erfahren. Die Therapeutin hat Anteil an der Lebenserfahrung und den Erkenntnissen des Patienten und kann selbst Resonanzraum für dessen Empfindungen und Äußerungen sein. Durch das innere Mitvollziehen der Musik in Gegenwart eines Dialogpartners formt sich das intrapsychische Erlebnis des Patienten.

¹⁴ Glioblastom: hoch maligner und undifferenzierter Gehirntumor aus Gliazellen.

Auf dieser Ebene können Wachstumsprozesse ihren Ausdruck finden durch Vertiefung und Reflektieren der Lebensereignisse und möglicherweise deren Neubewertung. Auftauchende Erlebnisse der Vergangenheit, Assoziationen im Gegenwärtigen und Zukunftsvorstellungen werden im verbalen oder nonverbalen Dialog geformt und gestaltet. Die Therapeutin ist im Kontext der Sterbebegleitung nicht nur Spiegel und Projektionsfläche für den Patienten, sondern steht im Rahmen der therapeutischen Beziehung ebenfalls im Austausch.

Musikhören speziell ausgesuchter Werke wird bewusst als musiktherapeutische Technik eingesetzt. Durch den Austausch von Botschaften und die ausgelösten inneren Prozesse formt sich in der Gemeinsamkeit und aus dem Zusammenspiel dieser vier Ebenen eine neue Qualität von Musikhören, die auf verbalem und nonverbalem Austausch und auf Abstimmungsprozessen beruht (vgl. Heinze, 2002, 31 f.).

Sterbende reduzieren ihre verbalen Äußerungen gegen Ende des Lebens ebenso wie die Nahrungsaufnahme reduziert wird und Kontakte sich nur noch auf wenige, wichtige Personen beschränken. Dennoch gibt es viele Dinge, welche die Patienten beschäftigen und bewegen. Entscheidungen scheinen für Sterbende immer schwieriger zu werden und so deuten sie dann oft an, dass der Therapeut die Musik aussuchen soll. Das verlangt eine feine Wahrnehmung der Atmosphäre und besondere Aufmerksamkeit bezüglich der Reaktionen des Patienten auf die Musik. Bei vielen Patienten konnte ich erleben, dass sie sich in der letzten Phase ihres Lebens (Terminalphase) auch von der Musik zurückzogen, sich aber dennoch meine Gegenwart wünschten.

Beispiel: In einer der letzten Stunden äußerte ein Patient, er wolle keine Musik mehr hören, er möchte mir einfach nur zuhören. Ein anderer Patient zeigte Ähnliches, indem er meine Hand ergriff, nachdem ich gefragt hatte, ob ich auch ohne Musik bei ihm bleiben sollte.

Da Musik die Gefühlswelt des Menschen in besonderer Weise anspricht, bin ich der Auffassung, dass durch die Musik ausgelöste Emotionen möglicherweise dem inneren zur Ruhe-Kommen und den Prozessen der Ablösung in der allerletzten Lebensphase hinderlich sind.

5.5.5 Die Wirkungsqualitäten von Musik in der Arbeit mit Sterbenden

Im Folgenden sollen nun zusammenfassend therapeutische Wirkungsqualitäten von Musik dargestellt werden, die vielfach in der Literatur erwähnt sind und die ich in der Begleitung Sterbender als hilfreich erlebt habe. Sie beziehen sich hauptsächlich auf die Wirkung des Singens von Liedern und rezeptiv eingesetzter Musik, da ich diese beiden Techniken in meiner musiktherapeutischen Arbeit mit Sterbenden angewandt habe.

Musik ist physisch ansprechend:

einerseits unterstützt sie physische und damit auch psychische und geistige Entspannung andererseits kann sie ebenso zu körperlicher Aktivität anregen.

Musik ist kommunikativ:

sie dient der Kontaktaufnahme zwischen Innen- und Außenwelt und kann einen Begegnungsraum zwischen dem Sterbenden und seinen Mitmenschen schaffen.

Musik ist ein Eindruck der Außenwelt und in diesem Sinne auch eine Prägung, die eine Verbindung der Außenwelt zum Individuum herstellt.

Musik ist emotional:

sie berührt im Moment des Erlebens und kann Erinnerungen an lebensgeschichtliche Ereignisse wecken. Musik *ist* und *schafft* zugleich innere Erlebniswelt und kann Stimmungen verändern.

Musik fördert seelischen Ausdruck:

wenn der Patient selbst musikalisch aktiv wird, z. B. singt, dient Musik dem persönlichen Ausdruck dieses Menschen. Stimmklang ist Ausdruck des Selbst und kann somit in der therapeutischen Situation zur Ich-Stärkung und Unterstützung des Selbstvertrauens eingesetzt werden. Musik ist geeignet, Gestimmtheiten und Atmosphären wiederzugeben.

Musik ist lebensgestaltend:

sie ist strukturierte Zeit und trägt als solche zur Tages- bzw. Lebensgestaltung bei. Sie dient als Schutzraum in fremder Umgebung, bietet einen Konzentrations- und Besinnungsraum und kann zentrierend wirken. Der Musikgeschmack ist Zeichen von Identität. An ihm manifestieren sich Lebensereignisse und Prägungen, die besonders den Patienten ohne Angehörige zum Aufbau der eigenen Identität in der neuen Umgebung des Hospizes hilfreich sind (vgl. Heinze, 2002, 27).

Susan Munro schreibt von Musik als einer „Spur“ (Munro, 1986, 86), die sich im Leben eines Menschen eingegraben hat. So ist Musik untrennbar mit dem Leben eines Menschen verschmolzen. Die Aufgabe des Musiktherapeuten ist es, sich gemeinsam mit dem Patienten auf die Suche nach dieser musikalischen Lebensspur zu begeben, denn sie wird bestimmt und teilt etwas mit über musikalische Vorlieben, persönliche Erlebnisse und vom kulturellen Kontext, in dem der Mensch aufgewachsen ist und in dem er lebt.

6 EIGENE ARBEITSWEISE UND PRAXISBEISPIELE

6.1 MEINE MUSIKTHERAPEUTISCHE ARBEITSWEISE IM HOSPIZ

Vor dem Hintergrund der Wiener Ausbildung arbeitete ich psychotherapeutisch und prozessorientiert. In der prozessorientierten Arbeitsweise steht der Verlauf des aktuellen Geschehens im Vordergrund, dem sich die Erreichung festgelegter therapeutischer Ziele unterordnet. Die Musik dient dabei als Medium, die Beziehung zwischen Patient und Therapeut zu gestalten und Kontakt zu ermöglichen. Mein musiktherapeutisches Arbeiten folgte vor allem erlebnisorientierten und Ich-stärkenden Ansätzen. Beispielsweise ermutigte ich jeden Patienten dazu, die Therapiestunde mitzugestalten und eigene Wünsche zu äußern. Einige Patienten brachten gelegentlich selbst Musik oder Lieder mit oder gaben ihrem Musikerleben in Form von Bewegungen Ausdruck. Aufdeckende Interventionen standen zu Gunsten eines ressourcenorientierten Handlungsansatzes im Hintergrund. Meine Aufgabe als Therapeutin sah ich im Sinne des Aneignungskonzeptes darin, die musikalische Biografie jedes einzelnen Patienten aufzufinden und ihr gemeinsam mit dem Patienten zu folgen. Dabei verwendete ich aktive und rezeptive Methoden (vgl. Heinze, 2002, 30).

6.2 RAHMENBEDINGUNGEN

Zweimal wöchentlich (immer am Montag und am Donnerstag Nachmittag) arbeitete ich als Musiktherapeutin im Hospiz am Rennweg im einzeltherapeutischen Setting. Die Dauer der Therapieeinheiten reichte in besonderen Fällen von fünf Minuten bis zu zweieinhalb Stunden, in der Regel jedoch bewegten sich die Zeiten zwischen zehn und fünfundvierzig Minuten. Wesentlich ist in der Begleitung Sterbender aber nicht die Länge der Einheit, sondern die Regelmäßigkeit und das offene Angebot der Unterstützung.

Zum Instrumentarium zählten in erster Linie meine Stimme sowie Gitarre und Kantele. Als weitere Arbeitsmittel verwendete ich verschiedene Tonträger.

Meist fand die Therapie im Zimmer des Patienten bzw. an seinem Bett statt. Zur Verfügung stand auch der Meditationsraum. Es war ein heller Raum mit einer Fensterseite, durch welche die Nachmittagssonne ihr Licht warf. An einer Wand hingen drei moderne, sehr transparente Gemälde, die auf biblisches Geschehen Bezug nahmen. Große Topfpflanzen und ein Kerzenständer gaben dem Raum eine wohnliche und ruhige Atmosphäre. Wie bereits beschrieben, fanden Therapien aber auch an vielen anderen Orten statt, je nach Möglichkeiten und Bedürfnissen der Patienten.

6.3 ORGANISATORISCHER ABLAUF

Für meine Arbeitsweise entwickelte sich der im Folgenden beschriebene Arbeitsablauf:

Am frühen Nachmittag nahm ich an der Stationsübergabe teil, bei der die Schwestern und Pfleger, ein bis zwei Ärztinnen und der Seelsorger sich über Gesundheitszustand, medikamentöse Behandlung, seelische Befindlichkeit und Veränderungen des sozialen Umfeldes

des der Patienten austauschten und berieten. Ich konnte eigene Beobachtungen mitteilen und einen kurzen Eindruck von der Tagesverfassung der mir bekannten Patienten und einige knappe Informationen über neue Patienten bekommen. Darüber hinaus konnte ich Einblick in die Krankengeschichten der Patienten nehmen, um mir ein umfassenderes Bild über Erkrankung, persönlichen Hintergrund und die Wünsche¹⁵ des Patienten an das Hospiz zu verschaffen.

Im Anschluss ging ich meist eine Runde durch die Station, um die neuen Patienten kennen zu lernen und mich ihnen vorzustellen, und um Patienten, mit denen ich in Kontakt war, nach ihrem Befinden zu fragen. In diesen Gesprächen klärte ich, ob sie an diesem Tag Musiktherapie oder eine andere Form der Begleitung wünschten. Für viele Patienten war das auch eine gute Möglichkeit, sich auf die Musiktherapie einzustimmen. Nur wenige waren zeitlich so gut orientiert, dass sie sich die zwei Nachmittage pro Woche, an denen Musiktherapie stattfand, merken konnten. So hatten sie noch etwas Zeit sich innerlich darauf einzustellen.

6.4 FALLBSCHREIBUNG HERR K.¹⁶

6.4.1 Angaben zur Person

Herr K. ist 83 Jahre alt und zum zweiten Mal verheiratet. Aus erster Ehe hat er zwei erwachsene Kinder, zu denen kein Kontakt besteht. In zweiter Ehe lebt er mit Frau K. zusammen, die augenscheinlich um einiges jünger ist als ihr Mann. Sie haben eine gemeinsame Tochter, die gerade ihr Studium beendet. Sie ist seit kurzem verlobt, was Herrn K. sehr kränkt. Seine Frau erzählt, dass er seit zwanzig Jahren Suizidabsichten habe. Der letzte Versuch fiel in die Zeit vor acht Jahren, als die Tochter ihren Freund kennen lernte. Herr K. wollte seine Tochter nicht hergeben und kam sich überflüssig vor. Beruflich hatte er eine leitende Position bei einer Firma. Allerdings verlor er seine Arbeit noch vor dem Rentenalter, was er kaum überwinden konnte. Seine Frau beschreibt ihn als einen willensstarken Mann. Bald nach seinem 83. Geburtstag begann es Herrn K. sehr schlecht zu gehen. Im Krankenhaus konnte zunächst keine eindeutige Diagnose gestellt werden. Nach und nach stellte sich aber heraus, dass Herr K. ein Pankreas-Karzinom¹⁷ hatte. Da Herr K. nicht mehr operiert werden konnte, veranlasste seine Frau, dass er ins Hospiz verlegt wurde.

Noch bevor ich Herrn K. kennen lerne, treffe ich seine Frau und seine Tochter auf dem Gang. Nachdem ich mich vorgestellt habe, beginnt Frau K. gleich von den Schwierigkeiten mit ihrem Mann zu sprechen. Sie erzählt mir in Kürze aus seiner Lebensgeschichte und wie sie ins Hospiz gekommen sind. Dann kommt sie sofort auf die aktuelle Situation zu sprechen. Seitdem Herr K. seine Diagnose erfahren hat, verlangt er von seiner

¹⁵ Der Krankengeschichte des Patienten liegt immer ein Blatt bei, auf dem vermerkt wird, was sich der Patient speziell von der Betreuung wünscht und ob er psychologische oder seelsorgerliche Unterstützung in Anspruch nehmen möchte.

¹⁶ Alle Initialen der Namen aus den musiktherapeutischen Beispielen in dieser Arbeit sowie einige biografische Angaben wurden zum Schutz der Patienten und ihrer Familien verändert.

¹⁷ Maligner (bösartiger) Tumor der Bauchspeicheldrüse (vgl. Pschyrembel, 1990, 830, 1242).

Familie, sie solle ihm Medikamente bringen, die er über Jahre gesammelt habe, damit er sich das Leben nehmen könne. Die beiden Frauen weigern sich aber dies zu tun. Soeben hatten sie ein Gespräch zu dritt, in dem sich deutlich gezeigt habe, dass Herr K. nicht im Hospiz sein wolle und ihnen außerdem sehr böse sei, da sie seiner Bitte, die Medikamente zu bringen, nicht nachkommen wollen. Ich empfehle den beiden Frauen zunächst einmal eine Pause zu machen, während ich mich Herrn K. vorstellen will.

6.4.2 Fallbericht anhand von Stundenprotokollen

1. Stunde:

Als ich das Zimmer betrete, sehe ich einen großen schmalen Mann mit kantigen Zügen. Seine Augen wirken hell, lebendig und kämpferisch. Bei dieser ersten Begegnung macht Herr K. auf mich einen aufgewühlten Eindruck. Er bezieht mich sofort in das Geschehen ein. Nachdem ich mich vorgestellt habe, fragt er, wo seine Familie sei. Sie hätten ihm nicht gesagt, wohin sie gehen, und er möchte sie beim Musikhören dabei haben. Damit der Zimmernachbar ungestört bleibt, fahre ich – mit Einverständnis von Herrn K. – sein Bett in den Meditationsraum. Dann gebe ich seiner Familie Bescheid. Bis sie kommen, erzählt mir Herr K. von seiner Situation. Er fände es „unmenschlich“ im Hospiz und er zeigt sich beunruhigt darüber, dass nicht ständig ein Arzt in seiner Nähe ist. Außerdem wolle er seine Befunde sehen. In der Nacht habe er vor Unruhe nicht schlafen können und darum lange wach gelegen.

Als seine Familie den Raum betritt, wird das Gespräch an dem Punkt fortgeführt, wo es offensichtlich vor meinem Eintreten aufgehört hat. Der Verlobte der Tochter ist inzwischen dazugekommen, und so sind wir eine große Runde: Herr K., seine Frau, seine Tochter, deren Verlobter und ich. Im Laufe des Gesprächs kommt alles noch einmal zur Sprache, was mir seine Frau bereits erzählt hat. Herr K. äußert ganz offen, dass er für all die Liebe und Zuwendung, die er seiner Familie während der letzten Jahre gegeben habe, verlangen könne, dass sie ihm die Todes-Medikamente bringe. Als ich frage, ob er auch Liebe zurückbekommen habe, strahlt er und meint: Ja, es sei eine schöne Zeit gewesen. Im Laufe des Gesprächs kommt Herr K. noch mehrmals auf seinen Standpunkt zurück, nämlich dass er ein Recht darauf habe, dass seine Familie ihm die Medikamente bringe.

*Herr K. scheint mit dem Ausgang des familiären Gesprächs vor meinem Eintreffen unzufrieden zu sein. In meinem Beisein möchte er sich mit seiner Familie weiter auseinander setzen. Der Wunsch nach Sicherheit und ärztlichem Beistand wirkt angesichts seiner Suizidabsichten paradox. Jedoch scheint sich darin die Sehnsucht nach Halt und Geborgenheit auszudrücken. Herr K. ist zutiefst beunruhigt über seine Situation und über die äußerlichen Veränderungen. In dem Wunsch, seine Befunde sehen zu wollen, äußert sich das Bedürfnis, Klarheit in seine Situation zu bringen. Er möchte sich noch einmal schwarz auf weiß von seiner Diagnose überzeugen, obwohl er darüber längst informiert ist. Nach dem Phasenmodell von Kübler-Ross ist diese Äußerung von Herrn K. ein Zeichen seines **Nichtwahrhabenwollens**. Er kann es kaum glauben, dass alles seine Richtigkeit hat und die ganze Situation nicht bloß ein Irrtum ist. Es fällt ihm schwer, sich mit der Tatsache des herannahenden Todes abzufinden und er ist wütend darüber. Auch scheint mir, dass die Vehemenz der Forderung Ausdruck seines Zorns über seine Familie ist. Sie hat ihn ins Hospiz bringen lassen, wo er gar nicht sein will. Trotzdem weiß er die guten gemeinsamen Zeiten zu schätzen und umso mehr schmerzt ihn die momentane Situation.*

Bezüglich Herrn K.s Schwierigkeiten mit dem Hospiz-Alltag mache ich einige Lösungsvorschläge. Gemeinsam mit der ganzen Familie überlegen wir, welche Änderungen nötig wären. Ich versichere ihnen, das Besprochene an das Team weiterzugeben und drücke meine Zuversicht aus, dass sich sicher Lösungen finden lassen. Das Gespräch kreist dann noch einige Zeit um Herrn K.s Alltagsorgen. Er lenkt es aber auch immer wieder auf die gewünschten Medikamente.

Diese neue Umgebung ist für Herrn K. verwirrend. Es fällt ihm schwer sich darauf einzulassen und sie zu akzeptieren. Außerdem wird deutlich, dass diese Schwierigkeiten hauptsächlich Anlässe sind, seine Unzufriedenheit und Verzweiflung auszudrücken. Vielleicht ist es auch der erste Schritt, sich mit der neuen Situation zu arrangieren, da er sie nicht resigniert hinnimmt, sondern versucht, mit dem Ausdruck seiner Unzufriedenheit etwas daran zu verändern.

Der Verlobte der Tochter fragt Herrn K., ob er seiner Familie diesen Schmerz zufügen möchte, mit der Schuld zu leben, Beihilfe zum Selbstmord geleistet zu haben, statt gemeinsam noch eine gute Zeit zu verbringen. Nach einigem Überlegen meint Herr K., er könne ihnen das zumuten, er habe ein Recht darauf. Frau und Tochter sind davon sehr betroffen und fallen ein Stück in sich zusammen, wie mir scheint.

Herrn K. ist anzumerken, dass er den Verlobten der Tochter nicht besonders mag. Obwohl dieser sich durch die Art seines Umgangs offensichtlich um ein gutes Verhältnis zu Herrn K. bemüht, bestehen starke Spannungen zwischen beiden. Herr K. möchte sich von ihm nichts sagen lassen.

Da das Gespräch sich im Kreis zu drehen beginnt, schlage ich vor, erst einmal eine Gesprächspause einzulegen und gemeinsam Musik zu hören. Wir wählen gemeinsam die *Linzner Sinfonie* von Wolfgang Amadeus Mozart aus. Herr K. ist sehr angerührt und bewegt von der Musik. Ihm kommen die Tränen.

Die Sinfonie beginnt mit einigen schweren Akkorden, die eine Aussage in den Raum stellen. Darauf folgen zarte, verletzte Töne. Verschiedene melodische Linien scheinen unterschiedliche Gefühlsmomente einzubringen: eine zögerliche, zögerliche Melodie, die Trauer ausdrückt, wird von einer tröstlichen, wenn auch melancholisch klingenden Melodie beantwortet. Als sich Zweifel auch in den mittleren Stimmen breit macht, werden diese von den höheren Streichinstrumenten verschieden beantwortet. Einer Stimme, die wie eine Bitte klingt, wird in der Dynamik Nachdruck verliehen. Nach einem Atemholen beginnt eine ganz andere Musik: Klarheit und Freude erfüllen den Raum. Die Musik beginnt zu fließen.

Beim Musikbören kann das Gesagte nachklingen und sich mit der Musik verbinden. Gefühle können vertieft werden, wie z. B. der Schmerz der Familie und die Trauer von Herrn K., die äußerlich in seinen Tränen zum Ausdruck kommt. Aber ich entnehme seiner Mimik auch, dass er die Musik genießt. Der Beginn des 1. Satzes der Sinfonie passt sehr gut zu der vorhandenen Stimmung, während der weitere musikalische Verlauf andere Gefühle anspricht. Die Atmosphäre verändert sich. Die Musik führt aus der Schwere heraus zu frohen Tönen.

Da Herr K. auf das WC geht, verlasse ich für einige Minuten mit der Familie das Zimmer. Draußen sprechen wir über die Situation und ich drücke ihnen mein Verständnis für diese schwierige Zeit aus. Ich bemühe mich auch, ihnen Herrn K.s Situation näher zu bringen. Als ich etwas früher wieder bei Herrn K. im Zimmer bin, erklärt er mir, dass der „junge Mann“ eben egoistisch sei. Er hätte sich mit seiner Tochter verlobt und denke jetzt an das Leben, das vor ihm liege.

In Herrn K.s Bemerkung über den Verlobten seiner Tochter zeigt sich, wie schwer es ihm fällt zu akzeptieren, dass dieser junge Mann sein Leben noch vor sich hat, während er selbst Abschied nehmen muss. Offensichtlich kränkt es Herrn K. auch, dass seine Tochter erwachsen ist, ihre eigenen Wege geht und ihn daher vielleicht nicht mehr so braucht wie früher. Er hat wohl das Gefühl, sie entgleite ihm.

Auch spricht Herr K. davon, dass er sich einen Krankenwagen bestellen werde, um damit nach Wien zu fahren. Dort wolle er seine Befunde holen. Lieber wolle er „herumkriechen“, als dass er „hier liegen bleibe“. Er wolle noch einmal in seine Heimat. Auf die Frage, wo denn seine Heimat sei, antwortet er: Im 3. Bezirk. Er wolle in die Gassen und die schönen Straßen und sehen, dass man da leben kann. Er wolle nach Hause.

Dann kommt seine Familie wieder herein und wir hören die Musik gemeinsam zu Ende.

*Gleichzeitig zu seinem **Nichtwahrhabenwollen** erlebt Herr K. bereits antizipatorische Trauer. In dem Wunsch, seine Heimat „noch einmal“ wiedersehen zu wollen, zeigt sich der erste Schritt des Aneignungsprozesses, der **Aneignung von Welt**.*

Die Musik ist im Menuett der Sinfonie sehr beschwingt und tänzerisch, jedoch mit einer gewissen Schwere und sehr bodenständig, wie mir scheint. Der letzte Satz ist in Tempo und Dynamik vorwärts treibend. Eine Stimme hat meistens eine haltende Funktion zwischen den einander umspielenden, eilig vorwärts strebenden anderen Stimmen. Crescendi führen die Dynamik immer wieder auf Höhepunkte hin. Leichte Passagen wechseln sich mit Akkorden ab, die durch Paukenschläge unterstrichen werden. In dialogischen Sequenzen zwischen den einzelnen Instrumentengruppen werden die musikalischen Aussagen durchgeführt. Der Schluss ist expressiv, lebensfroh und setzt hinter die rasante Fahrt des letzten Satzes einen kurzen, deutlichen Schlusspunkt.

Herr K. scheint sich etwas beruhigt zu haben. Als der letzte Satz verklungen ist, beenden wir die Sitzung, die zweieinhalb Stunden gedauert hat, seit ich das Zimmer von Herrn K. betreten habe. Beim Verabschieden drückt Herr K. mir ganz fest die Hand und bedankt sich für die Musik und für das Gespräch. Ich biete ihm an, die CDs da zu lassen, aber er meint: „Jetzt nicht, noch nicht!“

*Dieses „noch nicht“ scheint zu sagen: noch wird nicht aufgegeben oder akzeptiert. Vielleicht lässt sich am Schicksal doch noch etwas ändern oder ein Aufschub erreichen. Diese Aussage im Zusammenhang mit der Information von Frau K. dass ihr Mann die Tochter dränge ihren Studienabschluss bald zu machen, deutet auf sein **Verhandeln** hin. Es gibt einen Tag, den er unbedingt noch erleben möchte: den Studienabschluss seiner Tochter. Das ist sein Ziel und seine Hoffnung.*

Wie sich am Ende der Stunde zeigt, konnte die Musik Herrn K. aus seinen zweifelnden und zornigen Gedanken abholen und die Schwere seiner Gefühle in eine hellere, entlastete Erlebnisqualität versetzen. Ohne die Schwere des Lebens zu ignorieren, scheint die Lebensfreude und Klarheit der Musik auch Herrn K.s düstere Gedanken etwas gelöst und verwandelt zu haben

2. Stunde:

Zu Beginn der Stunde ist die Stimmung sehr ruhig. Herr K. hat Besuch von Frau und Tochter. Frau K. wählt gemeinsam mit ihrem Mann die Musik aus. Wir hören die *Chichester Psalms* von Leonard Bernstein, die ich Herrn K. auf seinen Wunsch aus der Bibliothek mitgebracht habe.

Es sind moderne Psalmvertonungen, welche die biblischen Texte mit zeitgenössischen Stilmitteln vertonen. Der Chor interpretiert die Texte. Herr K. meint, sie passten so gut zum heutigen Tag. Der erste

Psalm ist eine Lobpreisung Gottes. Im zweiten Psalm wird der Gewissheit Ausdruck verliehen, dass Gott den Beter schützen und auf den rechten Pfad leiten wird. Zur Ruhstatt am Wasser wird er ihn führen und seine Seele erquickten. „... Und ob ich schon wanderte im finsternen Tal, ich fürchte kein Unglück, denn du bist bei mir. Dein Stecken und Stab trösten mich.“ Das ist eine Schlüsselstelle dieses Psalms. Im 3. und letzten Psalm geht es um die innere Ruhe, die der Beter gefunden hat: „... ich habe meine Seele gestillt, wie ein Entwöhnter bei seiner Mutter.“

Herrn K. erscheint die Musik diesmal langweilig, wie er sagt, obwohl sie ihn früher begeistert hätte. Auf meine Frage, was ihn vor Jahren daran fasziniert habe, meint Herr K., es sei wohl das Charisma Bernsteins gewesen, der selbst dirigiert habe.

Herr K. bleibt in seiner Beurteilung auf der musikalischen Ebene und lässt sich auf die inhaltliche des Textes gar nicht ein. Alle drei Psalmen handeln von großer Gottesfurcht, Zuversicht und innerer Ruhe, die Herr K. für sich offensichtlich noch nicht gefunden hat.

Frau K. hat für ihren Mann zu Hause Musik überspielt, die er besonders mag: eine *Sonate g-Moll, Op. 2, Nr. 6* von Tomaso Albinoni. Herr K. genießt die Musik und sagt im Anschluss dies sei „seine Musik“. Ihm gefalle die Frische, die Bewegtheit und, wie er hinzufügt „die Tiefe der Romantik“. Ein *Adagio für Orgel und Orchester*, ebenfalls von Albinoni, hören wir am Schluss der Stunde.

Das Stück ist sehr romantisch instrumentiert und interpretiert, sodass dieses an sich schon gefühlvolle Stück schicksalhaften Ausdruckscharakter erhält.

Frau K. wirft beim Hören einen besorgten Blick auf ihren Mann, der in den Klängen versunken scheint. Im anschließenden Gespräch sagt Herr K., dass dies wunderbare Musik sei, „Musik für Depressive“.

Die anfänglich verspürte Ruhe wandelt sich besonders nach den Chichester Psalms in Schwere, welche die ganze Stunde durchzieht. In den Äußerungen von Herrn K., es sei heute ein „ernster Tag“ und dies sei „Musik für Depressive“, zeigt sich seine Depression. Offensichtlich fühlt er sich in der Musik von Albinoni verstanden. Im ersten Stück spiegelt sie ihm die Leichtigkeit und Fröhlichkeit, nach der er sich wohl sehnt. Die „Tiefe der Romantik“ war vielleicht schon auf das zweite Stück bezogen, das er von zu Hause bereits kennt. In diesem schwerwütigen musikalischen Ausdruck fühlt er sich offensichtlich verstanden und zugleich geborgen.

3. Stunde:

Zu Beginn fällt mir auf, dass Herr K. sehr aufgewühlt und unruhig ist. Er beginnt gleich zu erzählen, dass es ihm schlecht gehe. Dabei schießen ihm die Tränen in die Augen. Zum ersten Mal in seiner Ehe habe er das Gefühl fallen gelassen zu werden. Seine Frau würde ihn als Last empfinden und wolle ihn nicht nach Hause nehmen. Dabei wünsche er sich so sehr „in vertrauter Umgebung“ zu sein, und sich „in seine Höhle“ zurückziehen zu können. Er möchte von zu Hause Kontakte zu alten Freunden aufnehmen und wieder einmal richtig lesen. Hier in dieser Umgebung könne er sich nicht konzentrieren. Im Spital seien auch die Kontakte so oberflächlich und beschränkt auf die Frage: „Wie geht’s?“

Herr K. ist deprimiert. Er sehnt sich offensichtlich nach der Zeit, in der er noch gesund war, nach Sicherheit und Schutz. „Höhle“ weckt auch Assoziationen an den Mutterbauch, den Urgrund der Geborgenheit. In diesem Zustand, am Beginn menschlichen Lebens, verfügt der Mensch noch nicht über ein Ich-Bewusstsein, das sich erst später in einem Prozess zunehmender Differenzierung (vgl. Renz, 1996, 18),

berausbildet. Mit dem Wunsch nach „Höhle“ signalisiert Herr K. auch die Sehnsucht nach einem Zustand des All-Eins-Seins (vgl. Renz, 1999). Es ist die Sehnsucht nach Auflösung der Ich-Grenzen, die Sehnsucht nach dem Tod. Zugleich ist es die Sehnsucht nach echtem Kontakt, nach echter innerlicher und vielleicht auch äußerlicher Berührung in einer Umgebung, die ihm so fremd ist. In Gedanken beschäftigt er sich mit seinen Freunden, was nach Petzolds Konzept der **Aneignung von Beziehung** entspricht.

Auf meine Frage, wie sein erster Besuch daheim war, antwortet Herr K., es sei gut gegangen, aber seine Frau sei so ängstlich. Sie sei wohl besorgt darum, dass er sich etwas antun könnte. Ich frage ihn, ob diese Angst berechtigt sei. An solchen Tagen wie heute sei sie schon berechtigt, aber er habe ja keine Möglichkeit dazu. Auch daheim sei es schwierig. Zur Zeit brauche sie sich also keine Sorgen machen. Letztendlich aber könne man es niemandem verbieten, denn wer habe schon das Recht, über das Schicksal eines anderen Menschen zu entscheiden. Seine Frau klammere sich zu sehr an die Rechtsvorschriften. Ich bemerke, dass es vielleicht auch die Angst seiner Frau ist, danach mit der Schuld leben zu müssen, vielleicht etwas falsch gemacht zu haben. Herr K. meint, sie habe wohl auch Angst „eingesperrt“ zu sein, wenn sie ihn daheim pflegen müsse. Er scheint meine Worte nicht zu hören, als ich vom mobilen Hospizdienst berichte, von dem sie beide Unterstützung bekommen könnten. Herr K. wird nachdenklich und sagt: „Verzeihen kann man alles, verstehen auch, aber der Schmerz und der Vertrauensbruch bleibt trotzdem.“

*Ich vermute, dass Herr K. sich ohnmächtig fühlt, da er seine Frau nicht dazu bewegen kann, ihn nach Hause zu holen. Er fühlt sich den Umständen, der Krankheit und dem Hospiz ausgeliefert und es genügt ihm offensichtlich nicht, dass sie sich in diesem Rahmen mit all ihren Kräften um ihn bemüht. Möglicherweise fühlt er sich in seiner Hilflosigkeit und mit seinem gebrechlich gewordenen Körper zurückgewiesen, was für ihn eine große Verletzung ist. Die **Aneignung von Leiblichkeit** wird ihm damit erschwert, was sich in Resignation und enttäuschtem Vertrauen zeigt.*

Wir sprechen noch über die vergangene Nacht, in der Herr K. nicht schlafen konnte und voller Unruhe gewesen sei. Jetzt vor der Therapie habe er – wie er sagt – einen „Beruhigungs-Cocktail“ bekommen und nun sei seine Raumwahrnehmung verändert. Ich folge seinen Blicken und frage, was sich verändert habe: die Farben, die Größenverhältnisse oder etwas anderes? Die Anordnung der Dinge, antwortet Herr K..

Von den Befürchtungen seiner Frau sprechend frage ich ihn, was sie brauchen könne, um nicht solch einen unüberwindlichen Berg vor sich zu sehen. Nachdem wir nochmals über das mobile Hospiz gesprochen haben, bittet mich Herr K., ob ich nicht mit seiner Frau sprechen könne, von „Frau zu Frau“ sozusagen. Musik möchte er heute nicht mehr hören, er sei zu traurig.

*Im Anschluss an die Stunde frage ich mich, was sich Herr K. von einem Gespräch zwischen mir und seiner Frau erhofft. Vielleicht, dass ich sie dazu bewege, ihn nach Hause zu holen, oder dass ich ihr seine Situation verständlich mache. Möglicherweise ist es ein Teil seines **Verhandelns im Hader** mit seiner Situation.*

4. Stunde:

Herr K. wirkt ruhig und ausgeglichen. Er berichtet von dem Gespräch mit dem Psychiater, von dem er sehr angetan ist. Gegen seine nächtliche Unruhe und Schlaflosigkeit bekomme er jetzt homöopathische Medikamente. Herr K. meint, er sei jetzt doch zu der Einsicht

gekommen, im Hospiz zu bleiben. Erstens sei zu Hause keine schnelle Hilfe möglich, wenn es ihm schlecht gehe, und zweitens sei die Belastung für seine Frau doch zu groß. Eine Frage habe er vergessen dem Psychiater zu stellen: Man sagt, ein Mensch ahne den nahenden Tod. Was aber sei, wenn er Dinge annehme, die gar nicht real seien.

Diese Frage zeugt davon, dass sich Herr K. mit seinem Tod auseinander setzt. Es stellt sich die Frage nach dem Unterschied zwischen Einbildung und Ahnung. Kann er seinen Wahrnehmungen trauen? Sind sie Täuschung oder Wirklichkeit? Diese Fragen sind Zeichen seines Verhandeln. Herr K. meint, ein Arzt müsse diese Frage beantworten können. Offensichtlich ist der Arzt für Herrn K. diejenige Instanz, bei der er sich Sicherheit holen kann.

Ich frage, ob er heute Musik hören möchte? Herr K. entscheidet sich für Klaviermusik von Frédéric Chopin. Es sind drei Klavierstücke (*Barcarolle in F sharp, Op. 60; Berceuse in D flat, Op. 57; Walz. No. 1 in E flat, Op. 18*). Die Musik gefällt ihm.

Sie ist bewegt, tänzerisch, jedoch mit einem nachdenklich ruhigen und melancholischen Ausdruckscharakter. Dieser entspricht heute wohl Herrn K.s Stimmung. Diese Musik ist einerseits geeignet, die Gedanken schweifen zu lassen. Viele Gedanken und Gefühle können kommen und gehen durch die Leichtigkeit und Transparenz des Klavierspiels in den oberen Oktaven. Durch den andererseits stark betonten Aspekt der Dynamik rührt diese Musik zugleich an innerste Schichten und unterstützt somit das emotionale Erleben der Gedanken. Diese Musik bewegt und belebt die Seele mit unterschiedlichen Gefühlen. Ich denke, dass die Mischung für Herrn K. in dieser Stunde ein Grund ist, Chopin'sche Klaviermusik zu wählen. So kann er seinen philosophischen Gedanken folgen, die starken Bezug zu seiner Lebensrealität haben.

Herrn K.s Gesichtsausdruck entnehme ich, dass er die Musik genießt. Er hört mit geschlossenen Augen und gibt sich der Musik hin. Jedoch fällt mir auf, dass er schnell und oberflächlich atmet. Etwas scheint ihn zu bewegen.

Ich spreche ihn darauf an und lenke damit seine Aufmerksamkeit auf den Atem. Seiner Reaktion entnehme ich, dass ihm das unangenehm ist. Er antwortet nicht darauf und fragt aber, ob ich nicht noch ein kurzes flottes Stück hätte? Ich frage, ob er auch Jazz mag, und er entscheidet sich für Nat King Cole. Wir hören noch drei Lieder von ihm, dann ist es genug für Herrn K. und ich verabschiede mich.

So ausgeglichen Herr K. heute auch wirkt, seine tiefe Beunruhigung zeigt sich in der Nacht. Er kann nicht schlafen und liegt mit einem unruhigen Gefühl wach. Die Beunruhigung ist auch hörbar in seinem Atem. Der Wunsch nach einer flotten Musik entspricht also seinem eigentlichen Energieniveau.

5. Stunde:

Dies ist die letzte Stunde vor Weihnachten. Gemeinsam mit seiner Frau hören wir die *Französische Suite No. 1 in d-Moll* von Johann Sebastian Bach, die Herr K. wegen des Interpreten András Schiff ausgewählt hat. Herr K. ist müde, zurückgezogen und spricht wenig. Nachdem die Musik verklungen ist, möchte er kein weiteres Stück hören und auch nicht viel sprechen.

Zu Beginn der Stunde wirkt Herr K. gedämpft und zurückgezogen. Er atmet schwer, als läge ihm etwas Schweres auf der Brust. Die Töne der Suite sind wie Perlen. Der Gesamteindruck ist eher verhalten und melancholisch. Jedoch entsteht eine ordnende, transparente Atmosphäre im Raum. Der letzte Satz der Suite, die Gigue, ist ein sehr bestimmtes, pointiertes Stück, das wie eine Ermunterung klingt.

Nachdem die Musik verklungen ist, machen Herrn K.s Augen einen wacheren Eindruck auf mich. Er erscheint mir freundlicher und gelockter. Jedoch erzeugt das bevorstehende Weihnachtsfest bei mir ein merkwürdiges Gefühl, da ich nicht weiß, ob ich Herrn K. wiedersehen werde. Etwas Ähnliches meine ich auch bei Herrn K. und seiner Frau zu bemerken. Es bleibt eine Unsicherheit im Raum.

6. Stunde:

In dieser Stunde treffe ich Herrn K. mit Frau und Tochter an. Herr K. wirkt gut gestimmt und frisch. Als ich ihn frage, ob wir etwas anhören wollen, meint er: „Na selbstverständlich!“ und schlägt vor, dass wir uns heute etwas anhören, was er mitgebracht hat. Er möchte, dass wir uns *Die Weise von Liebe und Tod des Cornets Christoph Rilke* anhören, gesprochen vom Wiener Schauspieler Oskar Werner. Erst vor wenigen Tagen habe sich Herr K. diese literarische Lesung mit seiner Frau wieder einmal angehört und sei begeistert gewesen. Das Ehepaar verehrt diesen Schauspieler sehr. Herr K. versichert mir, ich werde es nicht bereuen und es werde eine Bereicherung für mich sein. Er hat jetzt sogar seinen eigenen Kassettenrecorder am Bett stehen und möchte, dass seine Frau die Kasette dort einlegt. Als sie nicht sofort den richtigen Knopf findet, reagiert er ungehalten.

Wir hören uns schweigend den gesamten Cornet an, und es ist Herrn K. anzumerken, dass er in den Worten mitlebt und von ihnen angerührt ist. Als das Stück zu Ende ist, herrscht einige Zeit Stille im Raum. Dann sieht Herr K. mich erwartungsvoll an. Ich gebe meinen Eindruck wieder und bedanke mich bei Herrn K. Dieser meint, er könne alles so gut nachempfinden, denn er habe den Krieg selbst miterlebt.

*Seine Reflexion deutet auf die **Aneignung von Lebensspanne** hin. Das Gedicht handelt von den Erfahrungen eines jungen Cornet, seinen Kriegserlebnissen und Liebeserfahrungen. Mein Eindruck ist, dass Herr K. sich in gewisser Weise mit diesem Cornet identifiziert. Möglicherweise erinnert er beim Hören, parallel zum rezitierten Text, seine eigenen Erfahrungen. Bedeutsam scheint mir der Schluss zu sein, in dem mit bewegenden Worten von Rilke beschrieben wird, wie der Cornet mit seiner Fahne, die er zu retten sucht, aus einem brennenden Haus läuft. Er eilt immer weiter, bis er sich in freier Landschaft sieht, wo der Schrecken um ihn einen runden Raum gemacht hat, wie es bei Rilke heißt. In diesem Kreis der Bedrohung ist Einsamkeit. Vor den Augen der Phantasie des Cornets verwandelt sich der Kreis in Gärten. Aber diese sind eine Vision. In der Realität stehen Menschen hinter dem Kreis, die ihn am Schluss töten. Allein steht er mit seiner leuchtenden Fahne, die erst im Augenblick höchster Lebensbedrohung zu leuchten beginnt und Symbol für Liebe und Tod zugleich ist.*

Diese Stelle scheint mir gleichnishaft für Herrn K.s inneres Erleben. Wie aus vorangegangenen Therapiestunden hervorgeht, fühlt er sich immer wieder einsam. Und so wie der Cornet sieht, dass er sterben muss, weiß auch Herr K. um seinen Tod. Abgesehen von der Aussage, die dieses Gedicht als Ganzes hat und die sicher kaum auf Herrn K. zu beziehen ist, beschreibt es doch in einzelnen Teilen Lebenserfahrungen und Gefühlsempfindungen, die Herr K. offensichtlich gut nachvollziehen kann. In den Reflexionen des Cornet über sein Leben spielen Themen wie das Gefühl der Liebe, die innere Verbindung zu seinen Wurzeln, d. h. zu seiner Mutter eine Rolle, die hintergründig schon religiösen Charakter tragen.

Da Herr K. so viel daran lag, sich dieses Stück mit mir anzuhören, scheint es, als wolle er mir damit seine eigene Situation verdeutlichen, ein Stück seiner eigenen Lebenswelt von früher und jetzt.

Herr K. erklärt mir dann kompliziert und zunächst für mich unverständlich, dass er auf irgendetwas stolz sei, was er sich heutzutage kaum zu sagen wage. Was ich daraus entneh-

me, ist, dass er stolz ist hier in Österreich zu leben, wo es so eine hohe Kultur gebe, und dass er stolz darauf ist Österreicher zu sein. Herr K. macht einen sehr bewegten Eindruck, während er das sagt. Als ich verstanden habe, worum es ihm geht, bestätige ich ihn in seinem Empfinden. Am Schluss erzählt er mir noch von Oskar Werner, und was dieser für ihn und für Österreich bedeute. Beim Verabschieden bedanke ich mich nochmals bei Herrn K. und sage, dass wir heute die Rollen getauscht haben, indem er mir etwas vorgespielt hat.

Rollentausch – Herr K. möchte mir etwas zurückgeben zum einen und zum anderen ist es ein Ausdruck seiner Autonomie. Er hat etwas sehr Persönliches mitgebracht und benutzt zum Abspielen auch das eigene Kassettengerät. Herr K. wird ungeduldig, als seine Frau das Gerät nicht sofort richtig bedienen kann. Er möchte etwas von sich offenbaren und dabei soll nichts schief gehen. Es entsteht eine Situation, als wäre ich bei ihnen daheim zu Gast. An diesem Beispiel wird mir klar, wie wichtig es für manche Menschen in dieser Situation ist, einen Teil des Gleichgewichts wieder herzustellen, indem sie nicht ununterbrochen empfangen, sondern auch selbst etwas geben können. Bisher war der Leidensdruck immer so stark, dass es Herrn K. wohl nicht schwer gefallen ist von der ersten Stunde an sehr offen mit mir zu sprechen. Dieses Anhören seiner Kassette aber zeigt für mich wirkliches Vertrauen, da er mich in dieser Weise an seinem Leben teilnehmen lässt, an seinen Erinnerungen und Assoziationen, von denen er selbst angerührt und betroffen ist.

Angeregt durch die Unterhaltung offenbart Herr K. etwas von seiner **Wertewelt**, die ihm wichtig ist. Erst viel später verstehe ich, warum er sich fast nicht traut dieses zu sagen: Rilke ist in Prag geboren, das zu dieser Zeit noch zum Reich der Habsburgermonarchie gehörte, deren Kaiser in Wien regierten. So ist Herr K. offensichtlich stolz auf den Dichter Rilke, da er seiner kulturellen Heimat entstammt. Diese Verbundenheit zu Österreichs Geschichte und Kultur bedeutet ihm sehr viel. Wertewelt wird auch im Rilkegedicht angesprochen, in der Verehrung für die Mutter, die einer Madonna gleich dargestellt wird. Die Gärten, die vor der Phantasie des Cornets erstehen, sind eine paradiesische Vision, von der Herr K. besonders bewegt scheint. So findet, ausgelöst durch Rilkes Gedicht, Aneignung der Wertewelt also auch im religiösen Sinne statt.

Nicht zu unterschätzen ist die musikalische Dimension dieses Gedichts. Der sprachlich melodiose Ausdruck und die Dynamik der Lesung ergreifen ähnlich wie Musik innere Schichten im Zuhörer, auf deren Ebene die Worte unwichtig sind.

7. Stunde:

Als ich komme, ist Herr K. etwas durcheinander und unruhig. Ich bin einen Tag später als üblicherweise da und hatte ihm dies ausrichten lassen. Herr K. meint, er hätte heute nicht mit mir gerechnet und würde Besuch bekommen. So entfällt diese Stunde und wir verabreden uns wieder für die nächste Woche zur gewohnten Zeit.

Musiktherapie hat also einen festen Platz in seiner Planung und scheint ihm wichtig zu sein. Auch ist Herr K. so gut orientiert, dass er genau weiß, welcher Tag ist und wann ich komme.

8. Stunde:

In dieser Stunde bringe ich für Herrn K. eine neue Musik mit: eine Phantasie für Gitarre (Joaquin Rodrigo: *Fantasia para un gentilbombre*). Herr K. ist trotz seiner Zurückgezogenheit sehr aufgeschlossen und möchte sie gern anhören. Gegen Ende des Stücks wirkt er unruhig. Ihm habe die Musik gefallen, auch wenn sie etwas modern sei, aber er liebe das Instrument Gitarre. Dann möchte er allein gelassen werden.

Diese Musik habe ich für Herrn K. ausgewählt, um ihm einen neuen Impuls zu geben und ihm etwas von Leichtigkeit zu vermitteln. Die Musik hat die Helligkeit und Wärme eines Spätsommertages. Ein Hauch von Melancholie durchzieht einige Sätze der Fantasia und nimmt nach meiner Einschätzung etwas von der schwebenden Traurigkeit auf, in der ich Herrn K. heute erlebe. In den Melodien des Gitarrenspiels werden zarte Seiten ebenso angesprochen wie tänzerisch prägnanter Ausdruck in den Akkorden, der Richtung und Bestimmtheit anklingen lässt. Die romantisch tragende Begleitung des Orchesters gibt eine Basis, auf der sich der Zuhörer sicher und getragen fühlen kann – ein Wunsch, den ich für Herrn K. habe und dessen Gefühl ich ihm gern vermitteln möchte. Am Schluss bemerke ich, dass Herr K. sich körperlich unwohl fühlt, mir dies aber nicht zeigen möchte. Mir scheint, dass er das, was sich während des Hörens auf körperlicher Ebene ereignet hat und was schamhaft besetzt zu sein scheint, mit sich abmachen möchte.

9. Stunde:

Zu Beginn treffe ich Herrn K. allein an. Wir kommen ins Gespräch. Als ich ihn frage, ob er heute Musik hören möchte, meint er, es sei noch niemand da. Ich ermuntere ihn, dass wir auch zu zweit Musik hören können, und so beginnen wir mit einer Sonate von Jean-Marie Leclair (*Sonate Nr. 5 für Violine*), einem forschen, erfrischenden Stück.

Dieses schlage ich Herrn K. vor, um etwas Farbigkeit und Esprit in den Raum zu bringen. Anknüpfend an die bevorzugten musikalischen Qualitäten, die Herr K. an Albinoni schätzt, kann Leclairs Musik diese auf die ihr eigene Weise ebenso wiedergeben.

Inzwischen ist Frau K. gekommen. Wir unterhalten uns im Anschluss an die Musik über den Komponisten und über den belebenden Charakter des Stücks. Herr K. ist sehr angetan von dieser Musik. Auf meine Frage, ob er noch etwas hören möchte, reagiert Herr K. zögerlich. Seine Frau überredet ihn dazu und wir hören auf seinen Wunsch hin noch den *Lindenbaum* von Franz Schubert. Herr K. hört sehr verinnerlicht zu. Als die Musik verklungen ist, ist es eine Zeit ganz still im Raum. Frau K. äußert als erste, wie ihr die Musik gefallen habe. Es ergibt sich ein Gespräch über die dunkle Stimme des Sängers und die Schwere der Interpretation. Herr K. schweigt.

*Mit dem Anhören dieser Musik ändert sich die Stimmung im Raum. Herr K. wird sehr introvertiert. Der Text spricht Gefühle von Abschiednehmen und Einsamkeit an, von Liebe, Heimat und Geborgenheit. Diese lösen vielleicht in Herrn K. eine tiefe Nachdenklichkeit aus, sodass er ganz im Schweigen versinkt. In jedem Fall können diese Gefühle Initiatoren für die **Aneignung von Lebensspanne** sein. Da ich Weiteres nur vermuten kann, möchte ich an dieser Stelle Herrn K.s Schweigen nicht näher interpretieren.*

10. Stunde:

Heute sitzt Herr K. im Bett, scheint schmaler und blasser geworden zu sein. Seine Augen liegen tief und er spricht langsamer als sonst. Auf meine Frage nach seinem Befinden

antwortet er, es gehe so. Dann fragt er zurück, wie es mir gehe. Ich beantworte ihm die Frage. Aus dem darauf folgenden Schweigen heraus fragt Herr K. plötzlich: „Wie muss das für Sie sein, wenn Sie die Menschen hier so abbauen sehen?“ Und er antwortet sich gleich selbst: „Aber Sie haben sich das ja selbst gewählt.“ Ich sage, dass es für ihn wohl am schwersten sei, da er es an sich erlebt. Herr K. sagt „schwer“, dies sei ein „bedeutendes Wort, gelassen ausgesprochen!“ Ich frage, was für ihn schwieriger sei: seinen Körper so zu erleben oder das geistige Verarbeiten. Er meint, beides sei gleich schwierig und wechselt dann das Thema.

*Es ist das erste Mal, dass Herr K. sich so ausdrücklich nach meinem Befinden erkundigt. Es beschäftigt ihn, dass er körperlich spürbar abbaut, und er macht sich Gedanken darüber, wie andere dies wahrnehmen. Er ist deprimiert über diesen Prozess und setzt sich intensiv damit auseinander. Die Depression und die Schwere sind für mich spürbar. Die Frage nach meinem Erleben ist zum einen ein Stück **Aneignung von Leiblichkeit**, indem er versteckt nach einer Resonanz sucht. Aber seine Furcht davor ist offensichtlich so groß, dass er eine Antwort meinerseits vorwegnimmt. Zum anderen ist es ein Stück **Aneignung von Beziehung**, indem er vorfühlt, welchen Einfluss sein sichtbares Sterben auf unsere Beziehung nimmt, ob er sich mir zumuten kann.*

Seine Frau sei heute noch nicht da, aber sie käme noch und wie wir es mit dem Anhören organisieren wollten. Ich frage, ob sie jeden Tag komme. Seine Blick wird hell, als er es bestätigt. Auch sonst bekomme er angemeldeten und unangemeldeten Besuch. Auf meine Frage, ob ihm das recht sei, antwortet er, es sei unterschiedlich: Wenn es so sei wie jetzt, wenn ich plötzlich zur Tür hereinkomme, dann freue es ihn, denn er könne auch ohne schlechtes Gewissen sagen, dass es heute ungünstig sei. Bei angemeldetem Besuch sei das schon etwas anders. Ich frage, ob er heute etwas hören möchte, und ob ich mit der Musik wiederkommen solle. Ja, ich solle wiederkommen, aber er möchte nicht immer Musik anhören, er möchte mir einfach nur zuhören. Ich frage ihn, ob ihn etwas interessiere, was ich ihm erzählen könne, und er meint: „Nein, eigentlich nicht, zur Zeit nicht.“ Dann frage ich ihn, ob er Volkslieder mag, denn ich könne ihm etwas singen. Herr K. lacht und sagt, es sei unglaublich, ich würde mir soviel Zeit für ihn nehmen, obwohl das Leben doch so hektisch sei. Er fände das sehr wertvoll, denn wo gäbe es so etwas noch? Wir verbleiben dann so, dass ich etwas später wiederkomme, wenn ich bei den anderen Patienten war. Später ist Frau K. da. Beide sind mit sich beschäftigt und haben keine Zeit.

Herr K. weiß es offensichtlich zu schätzen, dass seine Frau sich so sehr um ihn bemüht, obwohl ich die Atmosphäre meist spannungsgeladen erlebe, wenn sie anwesend ist. Offenbar setzt er sich mit ihr meistens über Probleme auseinander und seine Haltung erscheint mir immer leicht vorwurfsvoll ihr gegenüber. Insgesamt aber ist er doch froh, so gut umsorgt zu werden.

Von der Musik nimmt er etwas Abstand an diesem Tag, an dem es ihm nicht gut geht. Normalerweise ist seine emotionale Beteiligung beim Musikhören sehr intensiv. Daher nehme ich an, dass es ihm heute zu anstrengend und zu bewegend wäre Musik zu hören. Er möchte meine Stimme hören, wahrscheinlich egal, was ich erzähle. Sein Zuhören geschieht also auf einer Ebene, auf der Worte unnützig sind, auf der es hauptsächlich um Klang und Sprach-Melodie-Bedeutung geht. Mit meiner rationalen Frage, was ihn interessieren würde, hole ich ihn in die Realität zurück, die sich für ihn so schwierig gestaltet. Das Singen hätte ihn gefreut, und es erwies sich in dem Fall als ungünstig, der Situation nicht zu folgen und gleich zu singen. Vermutlich war später die Abwehr von Frau K. zu groß. Zuvor hatte ich sie auf dem Gang getrof-

fen und gefragt, ob sie Lust hätte, mit mir etwas für ihren Mann zu singen, bzw. von mir etwas anzuhören, worauf sie etwas verunsichert reagierte.

11. Stunde:

Zu Beginn dieser Stunde wirkt Herr K. sehr unruhig. Er fragt mich gleich, ob ich auch von dem „Caritas-Verein“ sei. Er möchte gern mit jemandem reden, der nichts damit zu tun habe, von „draußen“ komme und neutral sei. Ich sage ihm, dass ich ganz freiwillig und unabhängig hier herkomme und dass er mit mir reden könne, wenn er möchte. Herr K. beginnt sofort, sich über die „Zustände“ im Hospiz zu beschweren. Außerdem fühle er sich hier nicht sicher, weil er die Befürchtung habe, dass die Caritas ihre Betten belegen müsse und aus diesem Grund Patienten einfach da behalte. Das kann ich zumindest für den Augenblick entkräften. Schließlich geht es ihm darum, dass er nach Hause möchte. Er fühle sich noch immer von seiner Frau verlassen. Sie schiebe den Haushalt vor, dabei sei sie doch allein und habe nichts weiter zu tun.

In Herrn K.s Misstrauen und Zorn wird sein Verhandeln deutlich. Vielleicht gibt es doch noch eine Chance, und dass er hier behalten wird, ist nur ein Missverständnis oder ein Fehler. Gleichzeitig ist er enttäuscht von seiner Frau. Seine Reaktion ist verständlich, jedoch überschätzt er die Kraft seiner Frau. Nach meiner Einschätzung ist sie bereits weit über die Grenze ihrer Belastbarkeit hinaus beansprucht.

Ich versuche ihm zu verdeutlichen, dass es wahrscheinlich nicht um den Haushalt gehe, sondern darum, dass seine Frau nicht die Kraft habe, ihn zu Hause zu pflegen. Er bestätigt es und zeigt zum Teil auch Einsicht, meint aber, er könne mit seiner Frau darüber nicht reden. Nachdem er seinem Unmut über all die Dinge Luft gemacht hat, kommt seine Frau. Sie macht Licht, da wir inzwischen im Dunkeln sitzen. Sie scheint sofort zu spüren, dass etwas in der Luft liegt. Ich sage ihr, worüber wir gesprochen haben. Dann wird Herr K. von einer Schwester versorgt und wir vereinbaren, dass ich später wiederkomme.

Da Herr K. dann nicht recht weiß, was er hören möchte, schlage ich das Oktett von Felix Mendelssohn-Bartholdy vor, denn mir scheint, dass es gut zur Stimmung des heutigen Gesprächs passt.

Es beginnt mit einem Thema, das sich in seiner Tonhöhe und Dynamik steigert und dann mit anderen Stimmen verwebt. Der Ausdruck ist sehr expressiv, aufbegebend und fordernd. Ein ausführlicher Dialog entspinnt sich zwischen erster Geige und den anderen Instrumenten, der mir musikalisch Herrn K.s Situation widerzuspiegeln scheint. Die Stimmen der Instrumente treten in aufgeregte Auseinandersetzungen, die durch ein Wechselspiel an- und abschwellender Dynamik unterstrichen wird. Selten gibt es sehr zurückgezogene, fast resigniert klingende Pianostellen der Geige, auf die von den anderen Stimmen in gleicher Art eingegangen wird. Doch bald beginnt in diesem äußersten Piano eine Unruhe und Bewegung, aus der sich nach kurzer Zeit das Thema wieder entwickelt und zur eingangs beschriebenen Ausdruckskraft gelangt.

Während der ersten Töne kommt die Tochter und setzt sich dazu. Bis alle zur Ruhe gekommen sind, dauert es eine Weile. Die beiden Frauen sitzen dann mit geschlossenen Augen und hören der Musik zu. Herr K. hört sehr wach und aufmerksam. Als das Stück zu Ende ist, bedanken sich die drei für die Musik. Da ich den Eindruck habe, dass sie jetzt allein sein möchten, verabschiede ich mich und gehe.

In diesem gemeinsamen Hören entsteht eine Ebene, auf der die Worte schweigen und Sehnsüchte ihren Platz finden können. An Herrn K.s Hörverhalten lese ich ab, dass er sich mit dem Geschehen in der Musik identifizieren kann. Frau und Tochter scheinen im Gegensatz zum musikalischen Geschehen dieser aufreibenden Auseinandersetzung müde zu sein. In ihrer Haltung ist die Sehnsucht nach Ruhe und Gleichklang zu spüren, die in dieser Musik nur bedingt und wohl auch in ihrer derzeitigen Familiensituation kaum erfüllt werden kann.

12. Stunde:

Als ich komme, liegt Herr K. im Dämmerlicht bei vorgezogenen Gardinen. Im Gesicht wirkt er noch schmäler als sonst. Schwach liegt er im Kissen. Herr K. sagt, er sei „optimal unzufrieden“, z. B. spüre er genau, dass heute die Medikamente vertauscht worden seien. Dann äußert er seine Unzufriedenheit über eine Praktikantin, die sich so selbstverständlich seines Kassettenrecorders bedient habe etc. Herr K. wirkt unruhig, resignativ und wütend. Zum Musikhören hat er heute keine Lust, da er nicht dazu aufgelegt sei.

13. Stunde:

Herr K. macht einen resignierten, deprimierten Eindruck auf mich. Auf meine Frage wie es ihm gehe, antwortet er, es gehe nicht anders als sonst. Da er sehr zurückgezogen wirkt, frage ich, ob er heute Musik hören möchte. Nein, heute sei ihm nicht danach. Als ich frage, ob ich mich zu ihm setzen soll, sagt er: „So kann man doch nicht fragen!“ Ich erwidere, dass ich so offen frage, weil ich ihm die Entscheidung lassen wolle: eine direkte Frage – eine direkte Antwort. Darauf sagt er sehr knapp, ich solle wieder gehen. Ich verabschiede mich.

Bisher war es so, dass ich mich Herrn K. sehr vorsichtig und mit viel Ruhe genähert habe. An diesem Tag bin ich offensichtlich etwas zu forsch. Herr K. ist verärgert und fühlt sich unverstanden. Vielleicht ist er auch etwas erschrocken, da er mich von dieser temperamentvolleren Seite nicht kennt. Er zieht sich zurück.

14. Stunde:

Am Beginn zeigt sich deutlich, dass es Herrn K. heute sehr schlecht geht. Seine Gesichtszüge sind noch spitzer als sonst und er liegt wie erstarrt tief in den Kissen. Als ich ihn begrüße, verdreht er die Augen unter die Lider. Ich sage ihm, dass ich das Gefühl habe, dass es ihm heute nicht gut gehe, und frage, ob ich mich zu ihm setzen darf. Da er überhaupt nicht reagiert, sage ich, dass ich mich etwas zu ihm setzen werde und ziehe mir einen Stuhl heran. Ich lege meine Hand auf seine. Nach einiger Zeit des Schweigens biete ich ihm etwas zu trinken an, da mir scheint, dass sein Mund sehr ausgetrocknet ist. Er äußert sich nicht dazu. So sitze ich noch einige Zeit schweigend bei ihm und verabschiede mich dann.

Als ich das Zimmer betrete, ist mir klar, dass Herr K. das letzte Stück seines Weges betreten hat. Da er die Augen verdreht, als er mich erkennt, vermute ich, dass er mir wegen meines letzten Besuches noch böse ist. Bald aber spüre ich, dass es um viel ernstere Dinge geht. Ich finde leider keinen Zugang mehr zu ihm, obwohl ich merke, dass er Kontakt mit mir aufnehmen könnte. Später erfahre ich von einer Ausei-

nandersetzung zwischen ihm und seiner Tochter und einer Schwester des Teams, die Herrn K. wohl verbittern lässt, obwohl er sie selbst ausgelöst hat.

Herr K. stirbt zwei Tage später im Beisein seiner Tochter.

6.4.3 Diskussion

In der Therapie von Herrn K. zeigen sich sowohl die Aneignungsprozesse nach Hilarion Petzold als auch die von Kübler-Ross definierten Phasen des Sterbeprozesses. Zusammenfassend soll anhand der zuvor beschriebenen Stunden aufgezeigt werden, welche Rolle die Musik in der Begleitung und Unterstützung dieser Prozesse gespielt hat.

In der 1. Stunde kann Herr K. nach einem langen Gespräch mit Hilfe der Musik seine Trauer zulassen. In der Diskussion war er sehr aufgebracht und fordernd. Beim Klang der Musik kann er dann diese angespannte Haltung lösen und seinen Schmerz fließen lassen. Die Musik von Mozart ist in ihrer Vielschichtigkeit und Tiefgründigkeit geeignet, einerseits an der vorhandenen Situation anzuknüpfen und im weiteren Verlauf aus der Schwere in eine erleichterte Stimmung hinauszuführen. Das Fließen der Musik bringt die angespannten Gefühle von Herrn K. in Bewegung, was sich äußerlich in seinen Tränen zeigt. Dialogische Passagen in der Sinfonie formulieren auf musikalische Art eine Gesprächssituation, die als Gleichnis oder weiterführendes Vorbild der vorhandenen familiären Situation gesehen werden kann. Die Musik erzählt ihre eigene Geschichte, zu der die Anwesenden im Raum ihre Erlebnisse assoziieren und vertiefen können. Es scheint mir auch nicht zufällig, dass Herr K. nach dem ersten, vor Lebensfreude sprühenden Satz, das Gespräch auf den Verlobten seiner Tochter lenkt, der das Leben noch vor sich hat, während er Abschied nehmen muss. Herr K. möchte selbst noch einmal sehen, wo er sein Leben verbracht hat. So ermöglicht und unterstützt die Musik in der 1. Stunde das Trauern und ist Auslöser für den beginnenden Prozess der **Aneignung von Welt**.

In der 2. Stunde ist Herr K. in depressiver Grundstimmung. Im Musikhören zeigt sich, dass nicht jede Musik gleichermaßen unterstützend oder hilfreich erlebt wird. Obwohl Herr K. die *Chichester Psalms* kennt und mag, ist diese Musik in der Stunde sowohl von ihrer verbalen als auch musikalischen Aussage zu weit von ihm entfernt. Im Gegensatz dazu fühlt er sich von Albinonis Sonate erfrischt, vom Adagio dagegen in seiner Stimmungslage verstanden und gehalten. Die depressive Stimmung von Herrn K. bekommt in der Musik von Albinoni zum einen eine Zielvorstellung und Anregung zur Veränderung, zum anderen kann sich Herr K. in seiner Gefühlslage durch die Musik verstanden und akzeptiert fühlen.

In der 3. Stunde zeigt sich der Prozess der **Aneignung von Beziehung** im Gespräch. In den, seine Aussagen begleitenden Stimmungen wird nach Kübler-Ross **Verhandeln** und **Depression** deutlich. Musik spielt in dieser Stunde keine Rolle, da Herr K. zu traurig ist. Vermutlich wäre die Musik emotional zu anstrengend für ihn. In der 4. Stunde bietet Klaviermusik von Chopin einerseits einen Raum, in dem Herrn K.s Gedanken umherschweifen können, andererseits begleiten die abschließenden Stücke von Nat King Cole seine Unruhe und sind seinem Energieniveau angepasst. In der 6. Stunde kann Herr K. durch die Klarheit und Vitalität der Musik Bachs aus seiner Zurückgezogenheit etwas herausge-

holt und innerlich angeregt werden. Die 6. Stunde ist eine ganz besondere Stunde. Zwar wird in dieser Stunde keine Musik, dafür aber eine Lesung angehört, die wegen ihrer melodiosen Rezitation und der sprachlichen Bilder musikalische Qualitäten birgt. Ausgelöst durch das Gedicht wird Herr K. in dieser Stunde angeregt, eine bestimmte Spanne seines Lebens zu erinnern und über Werte, die sein Leben prägten, zu reflektieren. Indem Herr K. mir diese anvertraut, zeigt sich eine Vertiefung der therapeutischen Beziehung und ich gewinne neue Einblicke in seine Person. Innerhalb der 9. Stunde zeigt sich deutlich, wie stark unterschiedliche Musik die Stimmung im Raum verändern kann. Die verbalen Reflexionen bleiben auf musikalischer Ebene, obgleich aus der Stimmung deutlich wird, dass Herr K. von den Aussagen des Schubert'schen Lindenbaumes auch persönlich angesprochen ist. Zu Beginn der 10. Stunde steht Herrn K.s **Aneignung von Leiblichkeit** im Vordergrund. Er spürt vor allem den Verlust von Vitalität. Daraus erklärt sich seine Depression, die besonders zu Stundenbeginn spürbar ist. Auf Musik wird nur in der Vorstellung Bezug genommen. Zum ersten Mal ist der Wunsch nach Live-Musik, die in einem besonderen Zusammenhang zur Leiblichkeit steht, vorhanden. Da das Singen direkt im Körper entsteht und seine Resonanz durch ihn erhält, hätte dieser Klang-Eindruck Herrn K. vielleicht in der Auseinandersetzung mit seinem Körper unterstützen können. In der 11. Stunde, in der Herr K. sehr aufgebracht ist und sich gegen alles sträubt, hat die Musik widerspiegelnden Charakter. Sie bietet die Möglichkeit, das **Verhandeln**, die langen Gesprächsdialoge, das Aufbegehren von Herrn K. und auch die zarten Töne der Traurigkeit im Hören nochmals zu erleben. Hier hilft die Musik zur Reflexion. Diese Stunde ist in der Therapie mit Herrn K. zugleich auch die letzte Stunde, in der Musik erklingt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bewusst ausgewählte Musik in ihrer Funktion als Initiatorin für Aneignungsprozesse ebenso wie zur Reflexion von Gefühlen und verbalem Ausdruck dienen kann. Durch Musik können in der Begleitung der Sterbephasen Gefühle und Verhaltensweisen verdeutlicht werden, was zu einer Veränderung im Gefühlserleben führt. Mit Musik ist es möglich, den Patienten in eine andere Stimmung zu versetzen, in der es ihm leichter fällt zu leben und sich mit seiner Situation auseinanderzusetzen. So kann sich musikalisches Geschehen in Verbindung mit therapeutischer Beziehung zu einem wesentlichen Faktor in der Erhaltung von Lebensqualität erweisen.

6.5 EINZELNE BEISPIELE

In den folgenden Beispielen soll gezeigt werden, wie Musik im Dienst verschiedener Verarbeitungsprozesse verwendet und wirksam werden kann. Außerdem sollen zwei Phänomene vorgestellt werden, die in der Sterbebegleitung eine besondere Bedeutung erhalten: das Zeitempfinden und das Schweigen.

6.5.1 Aneignung von Leiblichkeit

Herr A. ist 54 Jahre alt, hat Knochenmetastasen in der Wirbelsäule, eine inkomplette Querschnittslähmung und einen progredienten Krankheitsverlauf mit infauster Prognose.

Ich kenne Herrn A. bereits aus meinem Pflegepraktikum¹⁸. Er sitzt im Rollstuhl und kann sich nur mühsam bewegen. Da Herr A. medikamentös schwer einzustellen ist und oft Schmerzen hat, ist er ängstlich vor Berührungen. Er ist wählerisch hinsichtlich dessen, wer Pflegehandlungen an ihm ausführen darf. Als er ins Hospiz kommt, erlebe ich ihn resigniert, verzweifelt, ungeduldig und von Schmerzen geplagt. Obwohl ich ihm mehrmals angeboten habe, mit ihm eine Spazierfahrt durch das Haus zu machen, lehnte er immer mit der Begründung ab, er wolle nichts mehr sehen, die Station sei jetzt sein Heim, und er wolle bald sterben. Einmal bittet er mich, Post, die er bekommen, aber nicht gelesen habe, wegzuerwerfen. Er bricht die Verbindung zur Außenwelt ab. Als einzige darf ihn seine Schwester besuchen, zu der er ein nahes Verhältnis hat.

Als ich zwei Wochen später mit meinem Angebot der Musiktherapie ins Hospiz zurückkehre, wirkt Herr A. bereits sehr verändert. Ich treffe ihn am Rauchertisch an. Er wirkt aufgeschlossener, innerlich ausgeglichen und zum Teil sogar abenteuerlustig. Zuerst führt er mir seinen neuen, vollautomatischen Rollstuhl vor, mit dem er ein großes Stück Selbstständigkeit zurückerlangt hat. Das ist eine überraschende Erfahrung für ihn und er ist noch dabei, die Technik auszuprobieren und die richtige Bedienung zu lernen. So fährt er über den Flur ohne große Scheu vor Kollisionen mit der Wand.

Er hat gehört, dass ich mit einem anderen Patienten getanzt habe, und ich bin überrascht, dass er den Wunsch äußert auch tanzen zu wollen. So fahren wir in den Meditationsraum, wo alles schon vorbereitet ist. Ich stelle Musik der 40er Jahre an und beginne mit ihm zu tanzen. Dabei bewege ich den Rollstuhl, was aufgrund der Automatik schwierig ist. Herr A. meint, man könne die Automatik auch abstellen. Es braucht eine Weile, bis wir das geschafft und alles so gerichtet haben, dass es weitergehen kann.

Die Musik ist fröhlich und flott und der Rollstuhl lässt sich jetzt leichter durch den Raum bewegen. Herr A. beginnt, den Oberkörper im Takt zu wiegen. Als es mir zu anstrengend wird, den Rollstuhl zum Tanz zu fahren, lasse ich ihn stehen und fasse Herrn A. bei den Händen. Das ist ein gewagter Schritt, da Herr A. auf Berührung meist empfindlich reagiert. Sein rechter Arm ist durch einen Tumor gelähmt. Später lege ich meine Hände auf seine Schultern und tanze weiter im Takt der Musik. Wir bewegen uns gemeinsam und es entsteht körperliche Nähe durch den Tanz, die für Herrn A. in dieser Weise selten geworden ist. Er scheint Spaß zu haben und er sagt, er hätte gern einen „besseren Körper“ und fragt mich, wie es Herr Q. zuvor gemacht hätte. Ich tanze dann so, dass ich meinen Körper nacheinander durchbewege: Kopf, Schultern, Arme, Bauch, Hüften, Beine. Nach einer Weile fällt mir auf, dass Herr A. ebenfalls ausprobiert zu bewegen, was ihm möglich ist. Er möchte, dass ich seine Füße auf den Erdboden stelle und die Halterungen am Rollstuhl abnehme. Dann wippt das rechte Bein im Takt mit. Nach einiger Zeit klopf er auch mit den Fingern der rechten Hand, die er sonst nicht rühren kann, den Takt mit. Ich lege ihm eine harte Unterlage unter die Hand, damit er besser hört, was seine „gelähmte“ Hand tut.

¹⁸ Meiner musiktherapeutischen Tätigkeit im Hospiz habe ich mich in verschiedenen Stufen genähert. Zunächst besuchte ich über viele Wochen die Patienten als ehrenamtliche Helferin und belegte parallel dazu einen Stebebegleitungskurs. In einem darauffolgenden 2-wöchigen Pflegepraktikum konnte ich Einblick in die pflegerische Betreuung und die Bedeutung medizinischer Maßnahmen bekommen. Erst nach diesen Vorbereitungen begann ich mit meiner musiktherapeutischen Tätigkeit.

Herr A. hat großes Vergnügen daran zu entdecken, wie beweglich er trotz seiner Krankheit ist. Er ist unermüdlich und improvisationsfreudig in seinen Bewegungen. Plötzlich zieht er die Decke, die über seinen Beinen liegt, weg und sagt, ich solle auf seinen gelähmten Fuß schauen, er könne die große Zehe bewegen. Tatsächlich bewegt er sie auf und ab und ist erstaunt und glücklich darüber! Ich bin wirklich beeindruckt. Wir tanzen noch eine Weile, bis ich die Stunde beende. Herr A. freut sich über das Erlebte und strahlt. Es braucht einige Zeit, bis wir die Rollstuhlautomatik wieder eingeschaltet haben und er bequem sitzt. Beim Hinausfahren meint Herr A., jetzt könne er die Zehe nicht mehr bewegen, auch wenn er sich alle Mühe gebe.

Herr A. stirbt neun Tage später. Bis dahin hat wegen Krankheit und Urlaub meinerseits keine weitere Musiktherapie stattgefunden.

Einige Tage nach seinem Tod rufe ich seine Schwester an, um mich nach ihr zu erkundigen, um über Herrn A.s letzte Lebensstage aus ihrer Sicht noch etwas zu erfahren und um ihr von der „Tanzstunde“ zu erzählen. Nachdem ich davon berichtet habe, meinte sie, dass ihr dadurch einiges deutlicher werde. Herr A. hätte in der Folgezeit nach dieser Stunde versucht sich viel zu bewegen, sei ganz mobil gewesen, hätte sich bemüht mit der gelähmten Hand Dinge zu greifen und wollte die Beine immer wieder von den Trittbrettern auf den Boden stellen. Es sei auffällig gewesen, dass er so aktiv war und vieles ausprobiert habe. Einmal habe er auf ihre Frage danach geantwortet, es stünde schon in der Bibel: „Wirf deine Krücken weg, steh auf und geh!“

Ich denke, dass sich mit dieser neuen Körpererfahrung sein Körperbild veränderte und ihm ein Teil der **Aneignung von Leiblichkeit** gelungen ist. Weg von seinem Wunsch: „Ich hätte gern einen neuen Körper“, hin zu: „Welche ungenutzten Möglichkeiten habe ich mit diesem meinem Körper?“ Im Schutz der Musik wurde es mir möglich, Herrn A. als gesunden Menschen zu begegnen, ohne den Fokus auf seine körperlichen Gebrechen, anknüpfend an seine Ressourcen. **Aneignung von Leiblichkeit** konnte hier geschehen über das Annehmen des eigenen Körpers, das sich in dem Wunsch zeigt, neue Möglichkeiten innerhalb der krankheitsbedingten Einschränkungen auszuprobieren. Damit ist ebenso eine Stärkung des Selbstwertgefühls verbunden. Zu spüren und zu zeigen, was einem möglich ist und was man kann, verändert die Art der Begegnungen, die Art wie man sich anderen zeigt und demzufolge, wie die anderen auf einen reagieren.

6.5.2 Die Zeit im Kontext des Sterbens

Zeit hat einen besonderen Stellenwert und eine besondere Qualität. Die zur Verfügung stehende Zeit ist begrenzt und so entsteht eine besondere Dringlichkeit hinsichtlich der Aufarbeitung von Konflikten. Waltzmann betont, wie schwerwiegend der Verlust der Zukunftsdimension für Menschen ist. Er beschreibt es als den „Verlust der Freiheit“ (Waltzmann, 1978, zit. nach Rösing, 1992, 151), auf die Zukunft hin leben zu können, der als außergewöhnliche Belastung erlebt wird und dementsprechend außergewöhnliche Bewältigungsfähigkeiten erfordert. Rösing resümiert, wie sehr gerade der Zukunftsgedanke mit dem Selbstkonzept, dem Selbstverständnis und den Handlungsmöglichkeiten verankert ist.

Aber nicht allein das drängende Moment der begrenzten Zeit, sondern auch das momentane Zeiterleben und das chronologische Zeitempfinden von Vergangenheit und Gegenwart verändert sich in der Sterbesituation und nimmt dadurch einen ängstigen Charakter an. Für den Therapeuten ist es darum besonders wichtig, sich in dieses ungewöhnliche Zeiterleben des Patienten einzufühlen und ihm zu folgen (vgl. Rösing, 1992, 151).

Während meiner Arbeit im Hospiz fiel mir auf, dass die Zeit eine besondere Rolle im Kontext des Sterbens hat. Ihre Dauer kann sehr unterschiedlich erlebt werden. Clive Robbins unterscheidet zwischen vier Zeitebenen, die innerhalb der Musiktherapie erfahrbar werden: die physikalische Zeit (die messbare, regelmäßige, zuverlässige und vorhersagbare Zeit), die Zeitgestalt/prozessuale, individuelle Zeit (die sich in Wachstums- und Entwicklungsprozessen zeigt und die sowohl kontinuierlich stabil als auch variabel sein kann), die emotionale Zeit (die entsprechend unserem Bewegungstempo und unserem emotionalen Zustand wirksam wird und demzufolge sehr variabel sein kann), die schöpferische Zeit (die sich im Augenblick der Intuition ereignet und ganz in der unmittelbaren Gegenwart mit Spontaneität und Kreativität verbunden ist) (Robbins/Forinash, 1995, 32 ff.). Sterbende leben in einem besonders aufmerksamen Verhältnis mit der Zeit. Zum einen ist ihre Lebenszeit absehbar begrenzt und zum anderen ist der genaue Zeitpunkt dieser Grenze nicht zu bestimmen. Im Kontext der verschiedenen, persönlichen Situationen erlebte ich die Menschen im Hospiz auch als „Wartende“ oder „Eilende“. Es scheint, dass die emotional erlebte Zeit in ihrer Polarität von Stagnation und Hast im Kontext des Sterbens stärker erlebt wird als im alltäglichen Leben. Bereits bei meinem ersten Besuch im Hospiz fiel mir auf, dass die Uhren dort anders laufen – langsamer, wie mir schien. Die Zeit begegnete mir in Gestalt eines dickflüssigen, zähen Fließens, das Schwere mit sich führt, und gleichzeitig auch in Gestalt eines transparenten Raumes, in dem das Maximum der Langsamkeit und das Maximum der Schnelligkeit in einem Punkt zu Zeitlosigkeit verschmelzen. Zwei kurze Beispiele aus dem Hospizalltag sollen den Umgang mit diesen Zeitphänomenen demonstrieren.

6.5.3 Vom Umgang mit der Zeit

Die Wartende

Frau E., 82 Jahre alt, erlebe ich über viele Wochen. An Musiktherapie hat sie kein Interesse. Meist sitzt sie irgendwo in der Küche oder in ihrem Zimmer, beteiligt sich nur spärlich an Gesprächen, hört eher zu. An musikalischen Angeboten ist sie nicht interessiert, unterhalten will sie sich schon gern, aber unsere Gespräche versiegen meist nach kurzer Zeit, da sie sich nicht sehr gesprächig zeigt.

In der letzten Zeit treffe ich sie oft in der Sitzecke im Eingangsbereich. Sie scheint auf etwas zu warten. Meist setze ich mich zu ihr, frage sie nach ihrem Wohlbefinden und erzähle ihr etwas von „draußen“, aber sie zeigt wenig Interesse. Oft scheint es mir, als sei sie mit den Gedanken abwesend, aber wenn ich danach frage, was sie beschäftigt, antwortet sie, dass es nichts Spezielles sei, nichts Besonderes. Manchmal erwartet sie Besuch, andere Male nicht. Als ich Frau E. zum letzten Mal treffe und sie frage, wie es ihr geht, meint sie, es sei ihr so „fad“. Auch ist sie besorgt darüber, dass sie immer mehr abnimmt und ihre Haut schlaff herunterhängt. Dass es ihr fad sei, hat sie mir schon oft geantwortet.

Ich frage sie, welche Musik sie gern höre und ob sie Lust habe, sich etwas mit mir anzuhören. Was ihr gefällt, ist nicht herauszufinden. Sie hat auch keine Lust, etwas zu hören, obwohl sie meint, sie habe Musik gern. Am späteren Nachmittag will sie dann zum ersten Mal doch gern Musik hören. Wir gehen auf ihr Zimmer und hören Wiener Lieder an und später noch einige Titel der Comedian Harmonists. Zuerst hört sie versunken zu, wird dann immer introvertierter und schläft schließlich ein.

Frau E. verstirbt fünf Tage später. Während all der Zeit, die ich sie im Hospiz erlebt habe, war sie für mich der Inbegriff einer „Wartenden“ auf das, was da kommt.

Der Eilige

Herr H., 61 Jahre alt, ist schon drei Wochen im Hospiz, bevor ich das erste Mal Kontakt zu ihm bekomme. Zuvor habe ich ihn immer schlafend angetroffen. Diesmal sitzt er im Rollstuhl im Eingangsbereich und raucht. Ich stelle mich vor und frage ihn, ob er Lust habe, Musik mit mir zu hören. Er ist sehr interessiert, drückt seine eben erst angezündete Zigarette aus und sagt: „Wir können fahren!“ Wir fahren auf sein Zimmer. Auf meine Frage, welche Musik er gern höre, meint er ohne zu überlegen: „Alles“. Er möchte, dass ich sofort etwas auflege, egal was, Hauptsache es passiert etwas. Als ich auf Operette zu sprechen komme freut er sich sichtlich, und entscheidet sich für *Das Land des Lächelns* von Franz Lehár. Herr H. ist begeistert: „Das ist eine Passion!“ wiederholt er enthusiastisch. Ich frage ihn, ob er diese Operette auch auf der Bühne gesehen habe. „Ja selbstverständlich!“ Früher habe man die Melodien noch gekannt, heute wechselten die Melodien viel zu schnell. Wir hören uns dann bekannte Ausschnitte aus der Operette an. Herr H. hört sehr anteilnehmend zu, und mir scheint, dass die Musik Erinnerungen an früher in ihm weckt. Während des Zuhörens isst er fortwährend kleine Rumpkugeln und steckt mir auch welche zu. Als ein Walzertakt erklingt, bewegt er die Hände im Takt. Ich biete ihm meine Hände an und dann schwingen wir eine Weile gemeinsam zur Musik. An einer Stelle, an welcher der Text heißt: „Immer nur Lächeln, immer vergnügt, doch wie’s da drin aussieht, geht niemand was an“ nickt Herr H. mit dem Kopf und ich habe den Eindruck, er fühlt sich durch die Musik verstanden. Als ich Herrn H. das Stundenende ankündige, reagiert er sofort mit den Worten: „Wir können gleich fahren!“ Indem er das sagt, beginnt er jedoch gleichzeitig zu erzählen: von seiner jetzigen Situation, von seiner verstorbenen Frau, von früher und dass er sterben möchte – am liebsten sofort! Wenn der Tod ihn jetzt hole, wäre er bereit und würde mitgehen, ohne Zögern. Dabei macht er eine Bewegung des Senses, die mich an das metaphorische Bild des Todes als Sensenmann erinnert. Aus seinen Worten klingt Resignation und mir kommt es vor, als wolle er sterben, weil seine Seele die vertraute Geborgenheit in diesem Leben nicht mehr finden kann. Sein Redefluss ist ziemlich hastig, obwohl noch Zeit ist. Als ich die Stunde später beendete, sagt er ohne Zäsur: „Fahren wir!“ und ist schon dabei, die Bremsen des Rollstuhls zu lösen. Er will sofort aus dem Zimmer hinaus zum Rauchertisch gefahren werden.

Außerlich gesehen passiert im Alltag von Herrn H. nicht viel. Dennoch hat er es unheimlich eilig. Schnell ins Zimmer fahren, Musik hören, sein halbes Leben erzählen, hastig rauchen und Rumpkugeln essen und am Schluss auch ohne Aufhebens die Therapiesituation verlassen. Ihm läuft offensichtlich die Zeit davon und er gibt sich alle Mühe Schritt zu halten, obwohl er doch behauptet, er wolle sofort sterben.

*Auf die Musik bezogen, hat ihn wohl die zitierte Stelle veranlasst, sich zu öffnen, etwas von seinem Leid zu erzählen. Herr H. scheint mir unter innerem Druck zu stehen. Das äußerlich so gleichförmig dahinfließende Leben stellt sich in Herrn H.s Erleben ganz anders dar. Innerlich hat er eine Menge Aufgaben zu bewältigen, die alle mit der Verabschiedung vom Leben zusammenhängen. In dem beschriebenen Ausschnitt zeigt sich ein Teil dieser psychischen Arbeit: die **Aneignung von Lebensspanne** als Teil der antizipatorischen Trauer.*

Mir ist bewusst, dass aus dieser Sequenz auch andere Aspekte beleuchtet werden könnten, jedoch kommt es mir darauf an, besonders die zeitlichen Befindlichkeiten in diesem Beispiel hervorzuheben, die innere Unruhe und Hast des Patienten.

6.5.4 Das Schweigen

In der Begegnung mit Sterbenden nimmt nach meiner Erfahrung das Schweigen einen ebenso großen Raum ein wie die Sprache. Nicht selten sind Therapiezeiten dreigeteilt in Reden, Musikhören/Lieder singen und Schweigen. In der Literatur fand ich vergleichsweise nur wenige Fallberichte, die dem Schweigen ebensolche Aufmerksamkeit schenken, wie den verbalen und nonverbalen Äußerungen, oder in denen Schweigen gar beschrieben wird. Schweigen kann unterschiedliche Qualitäten haben. In der psychoanalytisch orientierten Literatur wird Schweigen oft mit Widerstand in Verbindung gebracht. Im Kontext des Sterbens jedoch scheint es oftmals die Sprachlosigkeit auszudrücken, die uns angesichts des Todes überkommt, oder auch den Wunsch nach innerer Stille, nach Zentriertheit und Bei-sich-Sein. Auch lassen sich manche Antworten auf existentielle Fragen nicht mit Worten finden.

Das musikalische Äquivalent zum Schweigen ist die Pause. Hegi schreibt in seinem Buch *Improvisation und Musiktherapie*.

„Eine Pause hat kein Tempo und keine Lautstärke. Trotzdem ist sie ein dynamisches Element. Sie ist groß oder klein und hat Dauer und Intensität. Ohne Pause gibt es keine Dynamik – sie ist die rhythmische Partnerin der Aktivität, wie der Schlaf derjenige der Wachheit ist. Die Pause ist also nicht bloß der Zwischenraum von zwei Ereignissen, sondern selber ein Ereignis. Wer sie nicht so behandelt, verliert die Energie für die Ereignisse zwischen den Pausen.“ (Hegi, 1993, 127)

Hegis Betrachtungsweise stellt das Einstimmen, das Nachklingen und das Entspannen innerhalb der Pause in den Vordergrund. Das Schweigen birgt ähnliche Qualitäten.

Einstimmen:

Besonders in der Begegnung mit präterminalen Patienten oder Patienten mit Glioblastom, deren Ausdrucksfähigkeit eingeschränkt ist, fiel mir auf, dass ein Moment des Schweigens zu Beginn der Stunde hilft, sich auf den Patienten „einzuschwingen“. Am Bett stehend, in seiner körperlichen Nähe, konnte ich während dieses Schweigens außer sinnlichen Wahrnehmungen auch die Atmosphäre aufnehmen, die den Patienten umgab. Ich stimmte mich ein.

Nachklingen:

In beredten oder kargen Gesprächen mit Patienten kehrten immer wieder Pausen ein, die unter Umständen (in meiner Wahrnehmung) auch sehr lange dauern konnten. Da klang das Gesagte oder die gehörte und gesungene Musik nach. Zeit zum Nachspüren, was das Erlebte anklingen lässt, Zeit, sich neu zu orientieren und den Patienten hinter seinen Worten und Gesten wahrzunehmen.

Spannung/Entspannung:

Schweigen bzw. die Pause kann sehr unterschiedlich erlebt werden. Es kann entspannend, ruhig und befreiend, aber auch aufwühlend, belastend und unruhig erlebt werden. Das hängt nach meiner Erfahrung von den Gedanken und Gefühlen ab, die in das Schweigen mit hineingenommen werden oder die während des Schweigens im Innersten entdeckt werden. Auch Schwingungen, die während des gemeinsamen Schweigens zwischen zwei Menschen unhörbar klingen, beeinflussen dieses Erlebnis. Im Schweigen bzw. in der Pause wird in besonderer Weise das individuelle Erleben der Zeit erfahrbar.

Situationen des Schweigens habe ich im Kontakt mit sterbenden Menschen auch als Momente erlebt, in denen wir beide als sterbliche Wesen dem unvorstellbaren, unaussprechlichen Ereignis des Todes und seiner Begleiterin, der Trauer sprachlos gegenüberstanden.

6.5.5 Haltung im Schweigen

Für Situationen des Schweigens sehe ich die Aufgabe des Therapeuten sehr gut beschrieben in einer Methapher von Michael Balint, der bezüglich der therapeutischen Grundhaltung schreibt: „der Therapeut sei wie das Wasser, das den Schwimmer trägt“ (Balint, 1986, zit. nach Pieringer, 1995, 121).

Der Therapeut steht dem Patienten zur Seite mit leeren Händen, akzeptierend, gewährend, in dem Bewusstsein, dass die Unverfügbarkeit des Menschen den Sinn des Seins und das Prinzip der Würde verkörpert. Das Einzige, was der Therapeut geben kann, ist sein Da-Sein. Und dies ist zugleich alles, was er besitzt. Das Unaussprechliche mit dem Sterbenden auszuhalten und durchzuhalten kann bedeuten, ihm Halt zu geben in der Sterbenszeit seines Lebens, in der sich alles aufzulösen droht. Therapeutisches Werkzeug in Form von Techniken oder Methoden gibt es für diese Situationen nicht. Es bleibt dem Therapeuten nichts als anwesend, d. h. körperlich, seelisch und geistig „präsent“ zu sein. „Präsent sein“ bedeutet „gegenwärtig“ oder „zur Hand“ sein (vgl. Duden, 1990, 629), also greifbar für den Patienten, auch körperlich spürbar. Präsent als Substantiv bedeutet aber auch „Geschenk“ oder „Aufmerksamkeit“. Im übertragenen Sinn könnte das heißen: der Therapeut schenkt dem Sterbenden und der gegebenen Situation seine Aufmerksamkeit und Gegenwart mit seiner Wahrnehmungskraft. In dieser Haltung können solch unsagbare Schweigepausen gemeinsam durchlebt und in ihnen der Nährboden für Reifung gegeben werden. Hegi schreibt:

„Das Schweigen in der Musik ist vergleichbar mit dem Samen einer Pflanze oder eines Lebewesens: Schon darin enthalten, bekommt er erst Gestalt, wenn er Nährboden findet. Für die Entstehung eines Tones ist die Pause der Nährboden, für den Rhythmus ist sie

die Gestalterin der Struktur, für den Klang ist sie integrierter Bestandteil, und für die Melodie ist sie Spielpartner.“ (Hegi, 1993, 71)

Beispiele

Im Folgenden werden zwei Beispiele gegeben, in denen Schweigen zu einem sehr intensiven Beziehungserlebnis wurde.

Beispiel 1:

Herr R., 80 Jahre alt, liegt seit eineinhalb Monaten im Hospiz. Bei seiner Ankunft wurde dem Team von seiner Familie mitgeteilt, dass der Patient über seinen lebensbedrohlichen Zustand nicht aufgeklärt werden sollte, sondern die Einweisung ins Hospiz ihm gegenüber als Rehabilitationsaufenthalt deklariert werden sollte. Über sieben Wochen erlebe ich ihn und seine Frau, die ihn täglich am Nachmittag besucht, in großer Not. Fast immer, wenn ich das Zimmer betrete „herrscht“ Schweigen im Raum, jedoch ein sehr beredtes. Frau R. sitzt meist im Lehnstuhl am Fenster, diagonal am anderen Ende des Zimmers, wo ihr Mann im Bett liegt. Jeder ist auf seine Weise um Haltung bemüht. Weiche, verletzbare Gefühle zeigten sie einander nicht. Aus der Art ihres Umgangs miteinander kann ich entnehmen, dass große Spannungen zwischen ihnen liegen. Mir und meinem musikalischen Angebot gegenüber verhält sich besonders Frau R. sehr ablehnend. Dennoch muss ich bei meinen Besuchen immer Acht geben, dass ich nicht zu dem Tau werde, an dem beide – im Zorn ihre Kräfte und ihr Leid messend – ziehen.

In einer Zeit, in der es Herrn R. schlechter geht und er nachmittags meist schläft, besuche ich seine Frau. In dieser Zeit führen wir mehrere Gespräche. Ihr, die mich meist schon an der Tür abwimmelt und die in ihrer Art Strenge vermittelt, kann ich mich nähern, indem ich auf sie zugehe und mich nach ihrem Befinden und dem ihres Mannes erkundige. Zu meinem Erstaunen berichtet sie mir von sich, von ihren körperlichen Gebrechen. Dann ist Stille. Zeit zu gehen – Zeit zu bleiben, bei einer Frau, die so auf Abstand bedacht ist? Ich bleibe und setze mich zu ihr an den Tisch. Zunächst fühle ich mich noch unsicher und unruhig, bin aber zunehmend überzeugter, dass es das Richtige ist. In diesen langen Pausen, die sich im Gespräch immer wieder einstellen, entscheidet sich, wie das Gespräch weiter geht, ob es persönlicher wird und wir uns näher kommen oder ob es Zeit ist, es ausklingen zu lassen. Mir wird bald klar, welch ungeheure Last Frau R. innerlich trägt, die sie sich durch ihr Bemühen um Fassung noch erschwert.

Ich habe den Eindruck, dass sie sich aufgrund der Tatsache, dass ich vor ihrem Schweigen nicht davonlaufe, mir gegenüber mehr und mehr öffnet. Trotzdem bleibt eine Diskrepanz in der Art, wie sie erzählt. Zwar berichtet sie mit der Zeit sehr persönliche Dinge von sich und gelegentlich fließen ihr dabei auch Tränen, dennoch erlebe ich sie starr.

Bevor ich gehe, bedankt sie sich jedesmal für das Gespräch und ich gewinne den Eindruck, dass sie unsere Gespräche für den Moment etwas erleichtern können.

In den langen Schweigeminuten bildet sich ihr Leid ab, die Verzweiflung darüber, den Lebensabend allein verbringen zu müssen. Viele unausgesprochene Diskrepanzen zwischen ihr und ihrem Mann, die sie mir nur angedeutet hat, bekommen im Schweigen ihr volles Gewicht und machen mir ihre unglückliche und unausweichliche Situation deutlich. Innerlich angefüllt von Verbitterung und ungeklärten Beziehungsschwierigkeiten sehnt sie sich auch nach Versöhnung. Wegen des schlechten Gesundheitszustandes ihres

Mannes und der vermutlich über viele Jahre angestauten Beziehungsschwierigkeiten ist es mir in dieser Situation nicht möglich, diese anzusprechen. Auch kann ich bei beiden keine Bereitschaft dazu erkennen. Jedoch auch wenn die gewünschte Versöhnung ausbleibt, kann Frau R. im Schweigen vielleicht durch mein Mitgefühl etwas von einer gemeinsamen Schwingung erleben und sich insofern für den Moment etwas entspannen.

Frau R. erleidet nach einigen Wochen eine Gehirnblutung und liegt im Tiefschlaf in einem Wiener Krankenhaus. Ihr Mann verfällt von diesem Zeitpunkt an zusehends. Ich besuche ihn einige Tage nachdem er es erfahren hat.

Beispiel 2:

Mit kalkweißem Gesicht liegt er auf dem Rücken im Bett. Die rechte Hand ruht auf der Brust, die linke liegt an seiner Seite. Bei der Stationsübergabe wurde gesagt, dass Herr R. willenlos sei und alles mit sich machen ließe. Für mich mischt sich bei der Begrüßung in diese Resignation aber noch etwas anderes: eine Energie, die Kraft spüren lässt. Ich frage, ob ich mich zu ihm setzen darf? Er deutet mit einer Geste auf den Stuhl und flüstert: „Bitte“. Fast bin ich überrascht von dieser einladenden Geste, da Herr R. doch oft sehr distanziert ist. Ich lege meine Hand auf seine und frage, wie es ihm gehe. Herr R. drückt sich nur in Gesten aus, und diese bedeuten: „Nicht gut“. Ich drücke ihm mein Mitgefühl darüber aus, dass es seiner Frau so schlecht geht, worauf er nicht reagiert. So sitze ich bei ihm und fühle eine große Schwere, die immer drückender wird, je länger das Schweigen anhält. Ich biete Herrn R. etwas zu trinken an, was er ablehnt. Nach einiger Zeit frage ich, ob ich ihm irgend etwas Gutes tun könne. Worauf Herr R. die Gegenfrage stellt: „Was können Sie mir schon Gutes tun?“ Mir verschlägt es die Sprache und ich antworte nur noch, dass ich ihm etwas singen oder etwas vorspielen könne. Da Herr R. mit der Hand nur abwinkt, verfallende ich in Schweigen und fühle mich ohnmächtig und hilflos, ratlos ohne Phantasie. Ich sitze dann einfach nur bei Herrn R., halte seine Hand und schweige. Plötzlich fühle ich unendliche Traurigkeit und muss meine Tränen zurückhalten. Ich fragte mich, ob es gut wäre, wenn ich für mich und vielleicht auch für ihn weinen könnte, ob es seine Verbitterung lösen würde. Aber indem ich diesen Gedanken denke, spüre ich seine Haltung und seinen Panzer und fühle, dass ich kein Recht habe, ihn zu erweichen, wenn er diesen Schutz braucht. Nach einiger Zeit bewegt Herr R. seine Hand, die in meiner liegt, und es bleibt unklar, ob er näheren Kontakt sucht. Auf meine Antwort reagierte er nicht. Herr R. schließt dann die Augen, aber das Schweigen ist voller Sprache und ich spüre plötzlich seinen Zorn, dieses Kraftpotential, das mir schon bei der Begrüßung entgegen-schlug. Nach einer Zeit, die mir ewig erscheint, kehrt etwas Ruhe ein. Von dieser Ruhe genieße ich noch einen kleinen Teil, dann muss ich gehen. Als ich mich verabschiede, sage ich, dass ich etwas von seiner Last mitnehme, was er mit Kopfnicken und einem kleinen Seufzer bestätigt.

Nach dieser halben Stunde fühle ich mich ausgelaugt und leer, möchte weinen und habe keine Tränen. Erst im Rückblick wird mir das Ausmaß meiner eigenen Angst und Ohnmacht bewusst, und ich erschre-cke, wie ich in meiner Rolle als Therapeutin einem sterbenden Menschen überhaupt keine Stärkung geben konnte. Die therapeutische Qualität dieser Situation wird erst später deutlich: nur indem ich ebenso ohn-

mächtig und angstvoll bei dem Patienten saß, erst in dieser Situation, in der die Hilflosigkeit und Endlichkeit uns beide betraf, wurde Begegnung möglich, die in eine Ruhe mündet.

Ein besonderes Problem innerhalb der Schweigesituationen stellt das Thema der Übertragung und Gegenübertragung dar, deren Phänomen an dieser Stelle aber nicht weiter vertieft werden können.

6.5.6 Musik zur Entspannung

Frau L., 66 Jahre alt, wird mir bei der Stationsübergabe als eine Patientin geschildert, die bereits präterminal wirkt, aber noch gut ansprechbar sei und eventuell gern Musiktherapie hätte. Als ich ins Zimmer komme, hat Frau L. gerade Besuch von ihrer Schwägerin. Die Patientin macht auf mich einen kraftlosen, apathischen Eindruck, scheint aber schnell im Denken und Reagieren. Sie möchte, dass ich später wiederkomme und mit ihr etwas anhöre. Als ich zum zweiten Mal komme, hat Frau L. Besuch von ihrer Psychotherapeutin, die sich bereits verabschiedet und mir sagt, dass Frau L. bereits auf die Musik gespannt sei und sich darauf freue. Ich frage sie, was sie gern hören möchte. Sie wünscht sich ganz ausdrücklich und ohne zu überlegen Meditationsmusik, „aber keine ruhige Klassik“. Ich lege von Enya *Shepherd moons* ein. Wir reden nichts weiter, da ich den Eindruck habe, dass Frau L. das Reden anstrengt. Frau L. dreht den Kopf etwas seitlich und beginnt tiefer zu atmen. Ihre Schultern sinken zurück und ich spüre, dass sie sich mit Hilfe der Musik zur Ruhe bringen und entspannen kann. Ihr Gesicht zeigt einen ruhigen Ausdruck und nach kurzer Zeit schläft sie ein. Nach etwa zehn Minuten erwacht sie wieder und verlangt etwas zu trinken. Auf meine Nachfrage bestätigt sie, dass ihr die Musik gut getan habe. Dann fragt sie nach ihrem Besuch, der kurze Zeit später das Zimmer betritt: ihr Sohn und die Schwägerin. Als ich mich verabschiede, ist Frau L. bereits ganz auf ihren Besuch konzentriert und nimmt meinen Gruß kaum wahr. Ich habe im Gehen das Gefühl, dass Frau L. ganz intensiv erlebt und nichts verpassen will.

Frau L. hat ganz konkrete Vorstellungen bezüglich ihrer Ansprüche an mich und die Musik. Ich soll ihr die gewünschte Musik bringen und schweigend zugegen sein. Die Musik soll ihr zur Entspannung dienen. Im Rückblick ist es für mich, als wollte Frau L. sich von allem noch verabschieden: von Menschen, die ihr wichtig waren, wie ihrer Schwägerin, ihrem Sohn, von ihrer Psychotherapeutin und vielleicht auch von der Musik. Gleichzeitig nutzte sie die Musik aber auch, um aufzutanken, um eine Pause zu machen. In ihrem Zustand war es sicher sehr anstrengend, noch so viel Besuch zu bekommen, und sie hatte offensichtlich genaue Prioritäten, wieviel Zeit sie den Einzelnen einräumte. Sicher wusste sie, wie begrenzt ihre Zeit war. Frau L. starb noch in derselben Nacht im Beisein ihrer Familie.

6.5.7 Musik in der Trauerbegleitung von Angehörigen

Von einer Schwester werde ich gebeten, mit meiner Kantele zu Frau G., 80 Jahre alt, zu gehen. Sie sei schon in der terminalen Phase und es gehe ihr schlecht. Vielleicht könne die Musik sie etwas lösen. Ich gehe mit, um die Patientin zu sehen und werde von der Schwester vorgestellt. Bei Frau G. ist eine Frau zu Besuch, ihre Freundin. Wie aus dem folgenden

Gespräch hervorgeht, steht diese Dame Frau G. so nahe wie eine Tochter. Sie bietet mir ihren Platz an Frau G.s Bett an. Ich stelle mich Frau G. nochmals vor, spreche sie an, berühre ihren Arm und die Hand. Dann sage ich, dass ich etwas für sie auf der Kantele spielen werde. Einige Zeit spiele ich nur zwei Töne, nehme ihren Atemrhythmus auf und begleite so ihren Atem mit den Tönen. Das stellt sich zunehmend als schwierig heraus, da der Atem in der Terminalphase unregelmäßig ist und große Pausen einschließt. Ich gehe dann dazu über, die Saiten zu streichen, sodass ein Fließen im Spiel entsteht.

Dennoch fühle ich mich nicht ganz wohl beim Spiel, da ich die Patientin zuvor nicht gekannt habe. In der Regel spiele ich nie für Patienten, die ich nicht vor dem Eintritt in die Terminalphase kennen gelernt habe, da der Sterbende in diesem Stadium kaum Möglichkeiten hat sich verständlich zu machen und die Grundlage einer Beziehung zwischen ihm und mir fehlt.

So beendete ich mein Spiel und bitte die Freundin, die ich hier Frau B. nennen will, wieder ihren Platz an Frau G.s Seite einzunehmen. Ich ziehe mich etwas zurück und lasse Frau B. wieder in Verbindung zu Frau G. treten. Frau G. wird bald unruhig, hat Atemnot und braucht Sauerstoff. Ich frage die Freundin, ob sie damit einverstanden wäre, wenn ich einige Wiegenlieder für Frau G. singen würde, damit sie wieder zur Ruhe kommen könne. Frau B. befürwortet es und ich beginne mit „Die Blümelein, sie schlafen“. Bald bemerke ich, wie Frau B. mitsingt. Manche Lieder summen wir nur, ganz zart. Ich achte auf Frau G.s Atmung und andere kleine Zeichen, um festzustellen, ob sie sich gestört fühlt oder ihr die Musik wohltut. Frau G. scheint schon sehr weit weg zu sein.

Zwischen den Liedern ergibt sich nach und nach ein Gespräch zwischen Frau B. und mir. Sie erzählt mir von ihrer Trauer und davon, was Frau G. ihr bedeutet. Dann geht sie zu ihrer Handtasche und holt einige Fotos heraus, um sie mir zu zeigen. Ich solle eine Vorstellung davon bekommen, wie Frau G. früher war, so sagte sie. Frau B. erzählt mir davon, dass sie vor einem Jahr schon ihren Mann auf „diese Weise“ – nämlich an Krebs – verloren habe. Sie erzählt auch von ihren eigenen körperlichen Leiden und ich gewinne den Eindruck, dass ihr das Leben eine schwere Last aufgebürdet hat, mit der sie nur schwer fertig wird. Frau B. fragt mich dann, ob ich auch Entspannungsübungen mit Musik anbieten würde. Ich merke, dass sie mehr und mehr Vertrauen fasst, und dass sie meine Zuwendung braucht. Sie ist sehr traurig darüber, dass Frau G. sie nicht mehr sichtbar wahrnehmen kann. Jedoch bestärke ich sie darin, dass ihr Beistand für Frau G. trotzdem wichtig sei, da sie die gute Atmosphäre sicher spüren könne.

Meine Anwesenheit in diesem Zimmer bezieht sich immer mehr auf Frau B., die in ihrer Trauer unterstützt und gehalten sein will. Während sie mir immer wieder Episoden aus ihrem Leben erzählt, rinnen ihr die Tränen und sie kann sich ihrem Gefühl zunehmend hingeben.

Beim Verabschieden frage ich, ob sie Freunde habe, die sie in dieser schweren Zeit unterstützen. Sie meint, die Freundschaften hätte sie in der letzten Zeit vernachlässigt und sie müsse erst wieder Kontakte aufnehmen. Ich lege ihr ans Herz, dass sie hier im Hospiz jederzeit jemanden zum Reden finde, wenn sie Unterstützung brauche. Dabei halte ich sie für eine Weile an der Schulter und bestärke sie darin, auch allein für Frau G. zu singen, wenn sie das Gefühl habe, diese könne sich dadurch entspannen und wohler fühlen.

Das Kantelenspiel am Anfang der Stunde bringt die Kontakte in Fluss. Der Klang schafft eine Hülle um uns drei, die uns verbindet. Er dient der ersten Kontaktaufnahme

und ist zugleich Übergang und Basis für die folgenden Gespräche. Die Wiegenlieder, von Frau B. und mir gesungen, sind bereits sehr viel persönlicher. In ihren Texten und in der Art, wie sie für die Patientin gesungen werden, nehmen sie Bezug auf die Mutter-Kind-Dyade. Das schafft eine besondere Atmosphäre von Geborgenheit im Raum. Frau B. sitzt ganz weit oben am Bett und hält ihr Gesicht nahe zur Sterbenden. Manchmal legt sie ihre Wange an die von Frau G. und es entsteht etwas Dichtes zwischen den beiden Frauen. Meine Rolle als Therapeutin dient in diesem Fall der Unterstützung der Trauernden, die froh darüber scheint, im Singen etwas gefunden zu haben, was sie noch für ihre Freundin tun kann. Das Singen nimmt etwas von ihrer Hilflosigkeit. Ich gebe mit meiner Anwesenheit und Stimme einen sicheren Boden, auf dem sich Frau B. traut ihre eigene Stimme erklingen zu lassen, also für Frau G. etwas zu geben und gleichzeitig auch selbst etwas von ihrem Schmerz loszuwerden.

7 BEZÜGE ZU VERGLEICHBAREN PROJEKTEN

7.1 LITERATUR

Als ich 1998 mit der Arbeit in einem Wiener Hospiz begann, war ich auf der Suche nach Literatur, Erkenntnissen und vergleichbaren Erfahrungen von MusiktherapeutInnen, die sich mit dem Thema der musiktherapeutischen Sterbebegleitung auseinandersetzen. In der deutschsprachigen Literatur stieß ich zunächst auf Susan Munro's (1986) Buch *Musiktherapie bei Sterbenden*. Ihr Konzept stammt aus den 80er Jahren und umfasst fünf klinische Bereiche des „Palliative Care Service“ eines kanadischen Hospitals: den Heimpflegedienst, die Sterbepflegestation, den Beratungsdienst, die Ambulanz und die Betreuung der Hinterbliebenen. Eine wesentliche Aufgabe des Therapeuten sieht Munro darin, den Patienten zu motivieren, die Musik zu seiner täglichen „Pflege“ und Begleitung zu nutzen, auch dann, wenn der Therapeut nicht zugegen ist. Insbesondere bezieht sie die Angehörigen und das Pflgeteam in die therapeutische Arbeit mit ein. Munro stellt die Musik in den unterschiedlichen Bereichen vor allem in den Dienst der Krankheitsverarbeitung, der Symptomlinderung, des Trostes bei Trauer und seelischem Schmerz sowie der Stärkung der Autonomie und Eigenverantwortung des Patienten, z. B. etwas für das eigene Wohlbefinden tun zu können. Sie weist auf die Notwendigkeit des kulturspezifischen Einsatzes von Musik hin, da ihre Klientel aus unterschiedlichsten kulturellen Zusammenhängen kommt. Besonders betont Munro den Vorteil von aufgezeichneter Musik, da sie jederzeit am Tag und in der Nacht verfügbar ist.

Bei weiteren Recherchen fand ich jedoch auch Ansätze aus jüngerer Vergangenheit wie z. B. den Artikel von Friedericke von Hodenberg (1993) Artikel *Aktiv rezeptiv – ein morphologischer Werkstattbericht aus der Onkologie*. Sie beschreibt darin anhand zweier Fallvignetten, dass aus morphologisch-psychologischer Sicht eine Trennung in aktive und rezeptive Musiktherapie nicht gerechtfertigt ist. Das Zuhören des Klienten und das Musizieren der Therapeutin formt sich auf dem Hintergrund eines eingangs geführten Gesprächs zu einem „gemeinsamen Werk“ (Hodenberg, 1993, 317). Dieses ist dann das Ergebnis eines Wechselspiels innerer (seelischer) und äußerer Aktivitäten des Klienten und der Therapeutin. Margarete Schnauffer-Kraak (1997) gibt in ihrem Artikel *Integrative Musiktherapie mit pflegebedürftigen alten Menschen* einen Überblick über praxeologische Konzepte, therapeutische Ziele, Formen und Techniken in der Arbeit mit alten, pflegebedürftigen und sterbenden Menschen. Sie stellt dar, wie auf der Basis des integrativen Therapiekonzeptes Körperwahrnehmung, Lieder, Rhythmusarbeit, Musikhören und Improvisation in Verbindung mit einer tragfähigen therapeutischen Beziehung heilsam wirken können. Musikhören wird hauptsächlich zur Erinnerung der Lebensgeschichte und für Genährtwerden mit Musik eingesetzt. In klanglichen Improvisationen kann gestaltet, geformt und weitergeführt werden, was an persönlichen Themen zutage tritt. Persönliche Ausdrucks- und Gestaltungskraft kann entdeckt und in eine fassbare Form gebracht werden.

Ihr Ziel ist es, eine Integration der Krankheit, der unbewältigten Vergangenheit und somit ein Heranreifen zum Tode zu ermöglichen.

Weiterhin beschreiben die Artikel *Abschiedsmusik* von Gertrud Katja Loos (1997), *Trösten, Beruhigen. Begleiten* von Susan Weber (1998) und eine Abschlussarbeit von Mechthild Hamberger (1998) mit dem Titel *Musiktherapie bei einer sterbenden, hochbetagten, an Alzheimer-Demenz erkrankten Frau* musiktherapeutisches Arbeiten mit alten und sterbenden Menschen. Loos arbeitete musiktherapeutisch in einem „Seniorenwohnpark“, wo sie selbst auch lebte, mit alten und sterbenden Menschen. Atemübungen und Berührungen dienen der eigenen Körperwahrnehmung und fördern, ebenso wie das Singen von vertrautem Liedgut oder das improvisierende Besingen der eigenen Situation, den Kontakt der Patienten zu sich selbst. Mit Hilfe der freien Improvisation werden neben einem nonverbalen Gefühlsausdruck auch die Möglichkeit des Loslassens verbrauchter Muster und das Entdecken der eigenen Kompetenz in den Raum gestellt. Atmende, mitschaffende, schwingende innere Bewegungen können Veränderungen des Ist-Zustandes der Patienten bewirken. Besonders bei alten Menschen, die eher zum Hinnehmen der Schmerzen und ihrer Situation neigen, gehört es zu den therapeutischen Zielen, über Atemübungen und Bewegungen in eine aktive Haltung zu kommen (den Atem z. B. in den Schmerz schicken). Therapeutische Ziele sind: die Selbstkompetenzen wiederzuerlangen, Vergangenheit in die Gegenwart zu integrieren, durch bewusstes Atmen innerlich Raum zu schaffen und Schmerzen zu lindern (vgl. Loos, 1997, 74 f.). Hamberger beschreibt in ihrer Arbeit sparsam eingesetzte Möglichkeiten der musikalischen und körperbezogenen therapeutischen Begleitung der Sterbenden. Das Ziel der Therapeutin besteht darin, eine Familienersatzfunktion zu übernehmen. Im Sinne der Mutter-Kind-Dyade übernimmt die Therapeutin Hilfs-Ich-Funktionen und schafft mit Hilfe musikalischer Techniken eine stimmige Atmosphäre, in der sich die Patientin entspannen und loslassen kann. Zu Beginn der Stunden bahnt die Therapeutin mit verbalen Beschreibungen der momentanen Situation einen Kontakt an, der erst in der darauf folgenden Schweigephase nonverbal von der Patientin beantwortet wird. Die verwendeten Kommunikationsmittel Sprache, Schweigen, Singen und Körperberührung werden sparsam und mit viel Ruhe eingesetzt. Bekanntes Liedgut dient dem Anknüpfen an vorausgegangene Musiktherapiestunden und der Erinnerung an vergangene frühere Lebenszeiten der Patientin. Bewusst beschränkt sich die Therapeutin auf den musikalischen Einsatz der Stimme als authentischstes und nahbarstes Instrument. Mit dem in besonderer Weise eine Atmosphäre der Geborgenheit geschaffen werden kann. Durch lange Schweigepausen, in denen die Musik nachklingt und dadurch die Atmosphäre verdichtet, und durch den Körperkontakt in Form von Streicheln und Handfalten bzw. -drücken werden der Patientin Bedürfnisse nach Gehaltenwerden erfüllt, die ihr das Loslassen erleichtern (vgl. Hamberger, 1998, 65 ff.). Weber arbeitet rezeptiv (von Tonträgern) mit Musik, die vom Patienten selbst ausgesucht wird. Aber sie spielt auch für die Patienten auf Klavier und Veeh-Harfe und singt dazu. Durch ruhige Musik oder durch rhythmische Impulse und Anreize gibt sie Entspannungshilfen, die Muskelverspannungen lösen helfen. Der Patient nimmt dann den Rhythmus mit kleinen Körperbewegungen wie z. B. Fußwippen auf. Mit Hilfe von Visualisierungstechniken und Wahrnehmungsübungen, bei denen Musik unterstützend (zu Atem- oder Pulsrhythmus) eingesetzt wird, soll den Patienten dazu verholfen werden, ihren kranken Körper wieder anzunehmen. Malen zur Musik wird von den Patienten als entspannend und schmerzlindernd erlebt. Je näher die Pati-

enten dem Tod kommen, um so einfacher wird die verwendete Musik. Volks- und Wiegenlieder, von der Therapeutin gesungen, schaffen eine Atmosphäre, die an die frühe Mutter-Kind-Beziehung erinnert. Werden Patienten bis in den Tod begleitet, spielt die Therapeutin geistliche Musik oder solche, von der sie weiß, dass der Patient eine besondere Beziehung dazu hatte. Ziele der musiktherapeutischen Arbeit sind: ein Stück Normalität in den von Krankheit und Tod geprägten Alltag zu bringen, die emotionale Unterstützung des Patienten und die Hilfe bei Familienproblemen mit musiktherapeutischen Mitteln. Sie möchte den Patienten zum Ausdruck ihrer Sorgen und Nöte verhelfen, damit sie sich leichter lösen und gelassener sterben können. Wenn die Situation dazu gegeben ist, werden Angehörige in diesen Prozess einbezogen und bekommen die Möglichkeit, sich durch Mitsingen aktiv am Geschehen zu beteiligen (vgl. Weber, 1998, 201 f.).

Das Themenheft *Musiktherapie in der Onkologie* (Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie, 1999), die Abschlussarbeit *Das Monochord in der Musiktherapie mit sterbenden Menschen. Symbol und Übergangsobjekt* von Dorothea Schönhals-Schlaudt (1999), das Buch *Zeugnisse Sterbender. Todesnähe als Wandlung und letzte Reifung* von Monika Renz (2000) sowie die Diplomarbeit „*Behutsam will ich dir begegnen*“ – *Musiktherapie im Hospiz*“ von Ursula Pfefferle (2003) erschienen nach der Fertigstellung meiner Arbeit.¹⁹

7.2 ERGEBNISSE EINER EIGENEN EMPIRISCHEN ERHEBUNG DER MUSIKTHERAPEUTISCHEN ARBEIT IM DEUTSCHSPRACHIGEN RAUM ZUM THEMA STERBEBEGLEITUNG

Angeregt von den bis 1998 erschienenen Beiträgen stellte ich mir die Frage, wo und wie Musiktherapeuten auf dem Gebiet der Sterbebegleitung arbeiten. So entstand die Idee, einen nicht standardisierten Fragebogen²⁰ anzufertigen, mit dessen Hilfe die musiktherapeutische Landschaft im deutschsprachigen Raum auf dem Gebiet der Sterbebegleitung in groben Umrissen erkundet werden sollte (vgl. Heinze, 2002).

Insgesamt wurden 45 Musiktherapeutinnen²¹ im Zeitraum von März bis August 1999 interviewt. Davon antworteten 26 Musiktherapeutinnen, 16 antworteten nicht, und drei Briefe wurden wegen geänderter Adressen ungelesen retourniert. Von den 26 Antworten schieden 7 aus, da sich der Arbeitsbereich der betreffenden Musiktherapeutinnen inzwischen geändert hatte. Eine Kollegin fand keine Zeit, die Fragen zu beantworten. So blieben 17 beantwortete Fragebögen, deren Ergebnisse ich im Folgenden zusammenfassen möchte. Von diesen 17 Antworten kamen 4 aus der Schweiz und 13 aus Deutschland. In Österreich konnte ich trotz zahlreicher Recherchen (z. B. beim Österreichischen Berufsverband der MusiktherapeutenInnen und per Nachfrage bei Kollegen) keine Musiktherapeu-

¹⁹ Die Auswahl der genannten Literatur erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die ab Sommer 1999 erschienene Literatur war für meine Diplomarbeit nicht relevant und kann hier aus Zeitgründen nicht eingearbeitet werden.

²⁰ Methode und Durchführung des Fragebogens sind in meiner Diplomarbeit (Heinze, 1999) ausführlich beschrieben.

²¹ Obwohl für diese Arbeit die männliche Schreibweise gewählt wurde, soll innerhalb der Auswertung der Fragebögen die weibliche Form für die Befragten verwendet werden, da 16 Befragte Frauen sind und nur ein Interviewpartner ein Mann ist.

tinnen finden, die in der Sterbebegleitung arbeiteten. 16 der 17 Fragebögen wurden von Frauen beantwortet, einer von einem Mann.

7.2.1 Die Fragen im Überblick

1. In welche Institution sind Sie mit Ihrer Arbeit eingebunden?
2. Wie gestalten Sie ihr Setting bezüglich des zeitlichen Rahmens, der Regelmäßigkeit, etc.?
3. Welche Techniken verwenden Sie? (aktiv/rezeptiv, Gruppen- oder Einzelmusiktherapie)
4. Welche Instrumente verwenden Sie?
5. Welche Kritik haben Sie an den Arbeitsbedingungen bzw. was würde sich an Ihrer Arbeitsweise ändern, wenn Sie andere Möglichkeiten hätten?
6. Was ist für Sie als MusiktherapeutIn das Anspruchsvolle an der Arbeit in diesem speziellen Bereich?
7. Welchen Stellenwert hat die Musiktherapie im Rahmen des gesamten Behandlungs- bzw. Pflegekonzeptes?
8. Hat die Musiktherapie in Ihrer Einrichtung einen besonderen Stellenwert hinsichtlich der Krankheitsverarbeitung bzw. des nahenden Todes im Vergleich zu anderen Therapien?
9. Gibt es weitere oder zusammenfassende Erfahrungen und Erkenntnisse aus Ihrer Arbeit?
10. Haben Sie Literaturhinweise (außer: Susan Munro: *Musiktherapie bei Sterbenden*) zu musiktherapeutischer Arbeit in der Sterbebegleitung? (Bücher, Artikel)
11. Kennen Sie KollegInnen, die auf dem Gebiet arbeiten, denen ich diesen Fragebogen noch zusenden könnte?

7.2.2 Zusammenfassung der Antworten

Frage 1. In welche Institution sind Sie mit Ihrer Arbeit eingebunden?

Im Überblick lässt sich feststellen, dass Musiktherapeutinnen, die in der Sterbebegleitung arbeiten, in folgenden medizinischen und sozialen Arbeitsbereichen vertreten sind: in Alten- und Pflegeheimen, auf onkologischen Stationen, auf Intensivstationen, auf Palliativstationen sowie in Krankenhäusern, die auf der Grundlage der anthroposophischen Medizin arbeiten.

Frage 2. Wie gestalten Sie Ihr Setting bezüglich des zeitlichen Rahmens, der Regelmäßigkeit, etc.?

Alle befragten Musiktherapeutinnen arbeiten im Einzelsetting mit Sterbenden. 5 von ihnen bieten zusätzlich Gruppentherapien an, nämlich dann, wenn Sterbebegleitung in einem umfassenderen Sinn verstanden wird und nicht nur die unmittelbare Zeit vor dem Tod meint. Dies trifft vor allem für den Bereich der Alten- und Pflegeheime zu. Wie aus den Antworten hervorgeht, ist ein Bestreben der Musiktherapeutinnen erkennbar, in der Begleitung Sterbender möglichst mehrmals wöchentlich (dreimal und mehr) bei den Patien-

ten zu sein, da sich innerhalb kürzester Zeit bei ihnen viel am Gesundheitszustand ändern kann. Dass vergleichsweise viele Therapeutinnen nur ein- bis zweimal wöchentlich mit den Patienten arbeiten, ist der begrenzten Stundenzahl, die den Therapeutinnen zur Verfügung steht, zuzuschreiben und es fällt auf, dass diese niedrige Frequenz vor allem in Alters- und Pflegeheimen und in großen Kliniken vorzufinden ist. Dass die Therapien hauptsächlich in den Patientenzimmern bzw. am Krankenbett stattfinden, wird meist mit dem Gesundheitszustand der Patienten begründet, deren Mobilität aus verschiedenen Gründen eingeschränkt ist. Jedoch spielen räumliche Gegebenheiten auch eine Rolle. Nur zwei Therapeutinnen erwähnen, dass ihnen ein Musiktherapieraum zur Verfügung steht. Ein durchschnittlich günstiger zeitlicher Rahmen scheint die Dauer von dreißig Minuten für eine Therapieeinheit zu sein. Von den Befragten wird erwähnt, dass sich die Dauer der Therapie im Allgemeinen nach den Bedürfnissen des Patienten richtet.

Frage 3. Welche Techniken verwenden Sie? (aktiv/rezeptiv, Gruppen- oder Einzelmusiktherapie)

Die Mehrzahl der Befragten arbeitet solange als möglich aktiv mit den Patienten, d. h. der Patient bekommt beispielsweise die Möglichkeit, gesungene Melodien auf einer Leier selbst mitzubegleiten. Alle 17 Therapeutinnen arbeiten rezeptiv, wenn die Beteiligung des Patienten beim gemeinsamen Improvisieren nicht mehr möglich ist. Darunter ist zu verstehen, dass die Therapeutin für den Patienten auf verschiedenen Instrumenten spielt, Klangreisen improvisiert und singt. Die Technik des Musikhörens von Tonträgern (Kassetten, CDs) hingegen wird nur von 5 Befragten genannt.

Frage 4. Welche Instrumente verwenden Sie?

Das verwendete Instrumentarium ist breit gefächert, wobei klangbetonte Instrumente dominieren. Es sollen hier die wichtigsten genannten Instrumente aufgezählt werden: Stimme, Leier, Kantele, Monochord, Harfe, Gitarre, Klavier, Akkordeon, Kalimba, Psalter, Chrotta, Flöte, Gong, Klangschale, Glocken, Röhrenglocken, Regenmacher und Ozeandrum. Auf die Häufigkeit ihrer Verwendung geprüft, ist auffallend, dass Saiteninstrumente am meisten verwendet werden, wie z. B. Leier, Harfe und Gitarre. Stabspiele, unter denen vor allem Klangstäbe und Röhrenglocken Erwähnung finden, sowie Perkussionsinstrumente werden hingegen schon deutlich seltener verwendet. Streichinstrumente, wie z. B. Chrotta und Psalter, ebenso wie das Monochord werden von 5 Therapeutinnen benutzt. Alle anderen oben angeführten Instrumente sowie weiteres nichtgenanntes musiktherapeutisches Instrumentarium wird seltener als fünfmal genannt. Zusammenfassend lässt sich hervorheben, dass die Stimme das am häufigsten verwendete „Instrument“ ist.

Frage 5. Welche Kritik haben Sie an den Arbeitsbedingungen bzw. was würde sich an Ihrer Arbeitsweise ändern, wenn Sie andere Möglichkeiten hätten?

Die am häufigsten geübte Kritik bezieht sich auf die Zeitknappheit bezüglich der Stundenzahl im Arbeitsvertrag als auch mehr zeitliche Flexibilität innerhalb der Arbeit: mehr

Zeit für die Angehörigen des Patienten, variabelere Therapiedauer, vor allem bezüglich der Länge der einzelnen Therapien, mehr Zeit für den Patienten.

4 Interviewpartnerinnen wünschen sich mehr Austausch und Zusammenarbeit im Team und damit verbunden eine bessere Integration in das Behandlungskonzept. Jeweils nur zweimal wird der Wunsch nach Anerkennung und Gleichberechtigung der Musiktherapie im Vergleich zu anderen Therapien ausdrücklich genannt sowie zu knapp bemessene finanzielle Möglichkeiten zur Anschaffung von Instrumenten und das Fehlen eines Musiktherapieraumes.

Frage 6. Was ist für Sie als Musiktherapeutin das Anspruchsvolle an der Arbeit in diesem speziellen Bereich?

Die Antworten auf diese Frage sind individuell so verschieden, dass sich übereinstimmende Aussagen nur schwer wiedergeben lassen. Als ein wichtiges Thema wird die Konfrontation und Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit genannt. Eine befragte Therapeutin fühlt sich herausgefordert, sich auch persönlich, menschlich mit ihrer eigenen Lebensgeschichte einzubringen. Eine Sensibilisierung für existentielle Themen, wie z. B. Krankheitsbewältigung, Sterben, familiäre Missstände und Tabus werden als notwendig angesehen. Eine Befragte drückte sich so aus: „Jeden Tag für mich eine Sinnfindung zu definieren – in einem Zyklus von Verfall und Tod.“ Für Sterbende gehe es um das absolute Loslassen. Sie könnten ihre Gefühle oft verbal nicht mehr mitteilen. So könne das ganze Spektrum menschlicher Gefühle in ihnen arbeiten, ohne dass die Außenwelt es erkenne. Das birgt ein Ausgeliefertsein des Sterbenden an seine Umwelt in sich, was von der Therapeutin manchmal als drückende Verantwortung empfunden wird.

„Sich einfühlen in einen Zustand, in dem Sprache, Mimik und Gestik wegfallen“ bezeichnet eine andere Therapeutin das Anspruchsvolle an ihrer Arbeit. 2 weitere Befragte schreiben von der Herausforderung, den Moment zu erlauschen, vom „Hineinlauschen und Heraushören“. Im Moment zu leben, ganz offen zu sein für das „Jetzt“, um den Patienten abholen zu können, wo er sich befindet und ihn zu begleiten wohin er in Bezug auf seine seelische Stimmung und innere Auseinandersetzung möchte. Eine andere Therapeutin antwortet: „Das Anspruchsvolle an dieser Arbeit ist einerseits, Musiktherapie in diesen sehr somatisch ausgerichteten Bereich zu integrieren. Zum anderen mit Musiktherapie den Patienten ein non-verbales, psychotherapeutisches Angebot zu machen und dies in der Art und Weise, dass die Patienten nicht das Gefühl haben, neben einer lebensbedrohlichen Erkrankung noch eine psychische dazuzuhaben. Anliegen ist es mir, Patienten während der Behandlung zu begleiten und ihnen Ausdrucksformen an die Hand zu geben.“ Eine weitere Therapeutin meint, anspruchsvoll sei in der Arbeit mit Sterbenden, dass es nichts Kontinuierliches gäbe und statt dessen nur „Quantensprünge: Leben – Tod, lebendig sein – tot sein. Mich einzulassen auf den Grenzbereich und wieder zurückzuholen nach der Therapie. Die Hilflosigkeit zu ertragen und nicht in Aktionismus zu geraten. Die Intensität der Beziehung, die Intersubjektivität zu ertragen.“ Ein letztes Zitat soll den Überblick über die individuellen Sichtweisen der befragten Therapeutinnen abrunden: „Das Anspruchsvolle einer Sterbebegleitung besteht m. E. darin, die Situation des Sterbenden – auch im

Zusammenhang mit Pflegenden und Angehörigen – in eine seelisch helle, tragende Atmosphäre zu bringen, ohne dass das Ernste und Leidvolle dabei überspielt wird.“

Frage 7. Welchen Stellenwert hat die Musiktherapie im Rahmen des gesamten Behandlungs- bzw. Pflegekonzeptes?

Zur besseren Übersicht sollen an dieser Stelle die verschiedenen Institutionen, in denen die befragten Musiktherapeutinnen tätig waren und sind, in drei Gruppen eingeteilt werden: in Alters- und Pflegeheime, in Krankenhäuser und Krankenhäuser mit anthroposophischen Behandlungskonzepten. In den Krankenhäusern, die auf der Grundlage der anthroposophischen Medizin arbeiten, ist die Einbindung in das Gesamtbehandlungskonzept sehr gut und selbstverständlich. Musiktherapie ist dort ein wichtiger Bestandteil der Behandlung, ist eingebunden in das Therapieangebot und in einer dieser Einrichtungen auch Regeltherapie für alle. In den konventionellen Krankenhäusern, in denen Musiktherapie z. T. auf Palliativstationen, onkologischen Stationen, auf Intensivstationen und in der Rehabilitation von Krebspatienten stattfindet, hat die Musiktherapie in drei von fünf Fällen einen hohen Stellenwert, gehört zum psycho-onkologischen Angebot oder wird als eine wertvolle Ergänzung des psychotherapeutischen Angebotes betrachtet. In den beiden anderen Fällen hat die Musiktherapie eher einen geringen Stellenwert. Sie ist toleriert bis akzeptiert.

In den sechs genannten Alters- und Pflegeheimenrichtungen hält es sich die Waage. In zwei Einrichtungen ist die Musiktherapie sehr geschätzt und eingebunden in das Pflegekonzept. In zwei weiteren wird sie zwar gern angenommen, ist aber im Konzept nicht vorgesehen.

In den beiden noch fehlenden Einrichtungen gibt es keine planmäßige Integration, es fehlt an guter Zusammenarbeit und dementsprechend ist die Wertschätzung auch nicht sehr hoch.

Im Allgemeinen lässt sich also feststellen, dass Musiktherapie gut in die Behandlungskonzepte der jeweiligen Einrichtungen einbezogen ist und einen akzeptablen Stellenwert hat.

Frage 8. Hat die Musiktherapie in Ihrer Einrichtung einen besonderen Stellenwert hinsichtlich der Krankheitsverarbeitung bzw. des nahenden Todes im Vergleich zu anderen Therapien?

In vier Einrichtungen ist Musiktherapie das einzige Therapieangebot und nimmt aufgrund dessen eine besondere Rolle ein. In zwei anderen Institutionen wird die Musiktherapie zum einen zur Schockverarbeitung und Angstreduzierung und zum anderen bei bewusstlosen oder bewusstseinsgestörten Patienten eingesetzt. Als einzige Therapie – zur direkten Sterbebegleitung bis in den Tod – wird sie in zwei weiteren Institutionen eingesetzt. Im Übrigen wird ihr Stellenwert hinsichtlich der Krankheitsverarbeitung als maßgeblich oder gleichwertig mit anderen Therapien beurteilt. Nur 2 Befragte antworten, dass sie keinen besonderen Stellenwert hat. Es lässt sich zusammenfassen, dass die Musiktherapie zum Teil einen besonderen Stellenwert einnimmt, weil es keine vergleichbaren therapeutischen Angebote gibt, dass sie zu einem anderen Teil wegen ihrer Potentiale sehr geschätzt ist und gezielt eingesetzt wird oder als gleichwertig neben anderen Angeboten eingeschätzt

wird. Zu einem eher geringen Teil besteht kein Interesse und Verständnis seitens der Institution.

Frage 9. Gibt es weitere oder zusammenfassende Erfahrungen und Erkenntnisse aus Ihrer Arbeit?

Weitere zusammenfassende Erkenntnisse wurden folgendermaßen beschrieben: Die Therapeutin müsse sich in der Arbeit mit Sterbenden von etablierten musiktherapeutischen Techniken verabschieden und auf die musikalischen Erfahrungen der Klienten eingehen. Kulturspezifisches Arbeiten sei nötig. Mit Musiktherapie könnten die Ressourcen des Patienten gestärkt und die seelische Verarbeitung der Diagnose gestützt werden. Nicht zuletzt könne Musik harmonisierend wirken. Eine Therapeutin meint, der durchweg sanfte Umgang mit den Patienten in der Onkologie sei möglicherweise nicht immer angebracht, da sich gerade bei diesen Patienten sehr schnell ein verborgenes Aggressionspotential zeige. Von den Angehörigen wie von den Behandlerinnen werde dies meist tabuisiert. Eine Enttabuisierung sei notwendig. Eine der Befragten nennt als eine wesentliche weitere Erfahrung, dass komatöse und somnolente Patienten die Musik mindestens ebenso stark erleben wie wache. Die Beobachtung, dass manche Menschen die Musik im Laufe der Behandlung ablehnen, erklärt sie folgendermaßen: „Für diese Menschen ist Musik zu sehr Konfrontation mit der eigenen Gefühlswelt, und sie haben zum Schluss nicht mehr die Kraft, hiermit umzugehen.“

Die Antworten auf die Fragen 10 und 11 finden hier keine Erwähnung, da sie vor allem meiner persönlichen Information dienen und deren Ergebnisse auf andere Art in die vorliegende Arbeit einfließen.

7.3 VERGLEICH DER ARBEITSWEISEN

Sowohl aus der genannten Literatur als auch aus den Antworten der Fragebögen ließen sich folgende Ergebnisse zusammenfassen: Die befragten Musiktherapeutinnen sind in unterschiedlichste Institutionen eingebunden (wie beispielsweise in Alten- und Pflegeheimen, in Palliativ- und Intensivstationen) und arbeiten vor dem Hintergrund der verschiedenen psychotherapeutischen Schulen und der anthroposophischen Medizin. So verschieden die therapeutischen Verfahren sind, auf deren Hintergrund im Einzelnen gearbeitet wird, so gibt es doch Übereinstimmungen hinsichtlich der verwendeten musiktherapeutischen Methoden, wobei letztlich der rezeptive Handlungsansatz überwiegt. Dabei steht die von der Therapeutin für den Patienten live gespielte Musik im Vordergrund. Durch Berührung, Entspannungstechniken, Atem- und Stimmarbeit wird der Körper angesprochen, aktiviert und in das bewusste Erleben einbezogen. Rhythmusarbeit, das Singen von Liedern oder Improvisieren mit Stimme und Klanginstrumenten zählen des Weiteren zum musiktherapeutischen Repertoire. Das Anhören von eingespielter Musik dient vorrangig der Erinnerung lebensgeschichtlicher Ereignisse und dem Genährtwerden mit Musik.

Als Ziele werden genannt:

- Das Entdecken der eigenen Kompetenz wieder zu ermöglichen trotz der Situation, dass Menschen in Krankheit und Sterben hauptsächlich auf andere angewiesen sind.

- Durch Erinnerungsarbeit die Vergangenheit mit der Gegenwart verbinden.
- Durch die emotionale Unterstützung des Therapeuten soll dem Patienten der Ausdruck seiner Sorgen und Nöte ermöglicht werden, damit gelasseneres Sterben geschehen kann.
- Die Stabilisierung der Identität des Patienten.
- Die Förderung von kreativem Ausdruck, soweit dies dem Patienten noch aktiv möglich ist.
- Die Herausbildung eines Gemeinschaftsgefühls sowie das Vermitteln von Freude steht bei den Beispielen gruppentherapeutischen Arbeitens im Vordergrund.

8 DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

Schlussfolgernd aus meinen Erfahrungen möchte ich die Fragen beantworten, die sich mir zu Beginn meiner musiktherapeutischen Arbeit im Hospiz stellten.

1. Wird das neue Angebot des Musiktherapeuten von Sterbenden, die sich am Ende ihres Lebens auf Wesentliches reduzieren, als Hilfe angenommen?

Die Bereitschaft der Patienten, sich auf Musiktherapie einzulassen, ist unterschiedlich. Manche Patienten benötigen einige Tage, um sich an die neuen, veränderten Umstände, die ihr Eintritt ins Hospiz mit sich bringt, zu gewöhnen. Sie sind erst nach dieser Gewöhnungsphase und nach Abklärung der medizinischen Maßnahmen bereit, sich auf ein musiktherapeutisches Angebot einzulassen. Andere Patienten hingegen wünschen sofort eine Begleitung. Sie suchen in dieser neuen Situation nach Orientierung und Halt, möchten Erlebnisse und angestaute Gefühle mitteilen und sich dadurch Erleichterung verschaffen. Sie sind spontan und suchen Kontakte. Es gibt auch Patienten, die des Kontaktes und der Begleitung bedürfen, dies aber nicht adäquat zum Ausdruck bringen können. Für den Therapeuten gilt es, diese Situationen unterscheiden zu lernen und besonders im letzteren Fall respektvoll und feinfühlig immer wieder Möglichkeiten des Kontaktes anzubieten. Letztendlich liegt die Entscheidung beim Patienten, ob er das Angebot annehmen möchte oder nicht. Bei den meisten Patienten, die mit Musiktherapie in Berührung kamen, stellte ich ein abnehmendes Interesse an der Musik fest, je weiter sie sich dem Lebensende näherten. Der Kontakt zu mir als Therapeutin wurde jedoch aufrecht erhalten. Nur wenige Patienten begleitete ich mit Musik auch in der Terminalphase oder bis in den Tod hinein. Eine mögliche Erklärung sehe ich darin, dass Musik die Gefühle sehr stark ansprechen und dadurch Erlebnisweisen auslösen kann, die dem Inneren-zur-Ruhe-Kommen und Loslassen können hinderlich sind.

2. Kann Musiktherapie zur Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität in der Behandlung und Begleitung sterbender Menschen beitragen?

Nach meiner Erfahrung sind die meisten Menschen, die ins Hospiz kommen, alte Menschen. Die Zahl der jüngeren Patienten ist vergleichsweise geringer. Eine Heilung im Sinne einer körperlichen Rekonvaleszenz kann bei diesen Patienten mit zumeist progredientem Krankheitsverlauf und infauster Prognose nicht angestrebt werden, wohl aber ein Heilwerden im Sinne psychischer Gesundheit. So bedeutet Lebensqualität neben der grundlegenden medizinischen Versorgung und Schmerztherapie auch soziale Kontakte zu pflegen, Einbeziehung der Biografie in das tägliche Miteinander, eine Hoffnung in sich zu tragen sowie die Wahrung von Integrität und Autonomie. In der Musiktherapie macht der Therapeut dem Patienten ein Beziehungsangebot, das die Grundlage für gemeinsames Arbeiten an der Lebensgeschichte des Patienten bildet. Anknüpfend an die Möglichkeit der Musik Stimmungen zu wandeln und innerlich zu aktivieren, können Ressourcen des Patienten freigelegt werden, die der Bewältigung der Momentansituation dienen und ihm ein Gefühl für seine eigene Kompetenz vermitteln.

Sterbende leben in besonderer Weise mit den Erinnerungen an die Vergangenheit und den Gedanken an die Zukunft. Die Präsenz der Gegenwart ist in der Auseinandersetzung mit dem Tod oft ein schmerzliches Erlebnis. In der Musik ist es möglich, dass sich diese drei Zeitebenen zu einem Gesamterlebnis vereinen und somit Vergangenheit und Zukunft in die Gegenwart integriert werden können. Ebenso kann durch musikalisches Erleben eine dieser drei Zeitebenen in besonderer Weise berührt und durch Aktivierung und Reflexion der Gegenwart zur Verfügung gestellt werden.

Fazit: Der therapeutische Einsatz von Musik kann zu einer ganzheitlichen Erlebnisweise des Menschen beitragen, die Lebensqualität ermöglicht.

3. Kann musiktherapeutisches Handeln die Betroffenen bei der Bewältigung ihrer Probleme unterstützen und ihnen behilflich sein?

a) Die in der psychotherapeutisch orientierten Musiktherapie zum Einsatz kommenden Wirkfaktoren der therapeutischen Beziehung und der Musik erweisen sich als geeignete Hilfsmittel Sterbende bei der Bewältigung ihrer Probleme sinnvoll zu unterstützen. Mit Hilfe von rezeptiv eingesetzter Musik und der Gegenwart des Therapeuten kann ein Raum von Geborgenheit geschaffen werden, der für Sterbende einen geeigneten Hintergrund zur Bearbeitung ihrer Probleme bietet. Musik als nonverbales Medium dient der Kommunikation auch in der letzten Zeit starken Rückzugs. So kann musikalisches Erleben Auslöser für Verarbeitungsprozesse sein, in deren Verlauf sich der Abschied vom Leben vollzieht. Anknüpfend an die (musikalische) Lebensspur des Menschen kann Musik Assoziationen an bestimmte Lebensereignisse wecken, die sowohl dem Wiederbeleben schöner Momente als auch der Verarbeitung schwieriger Erfahrungen dienen. Durch ihren starken Ausdruckscharakter bringt die Musik Menschen in innerliche und äußerliche Bewegung, welche ein Initiator für Aneignungsprozesse sein kann.

Fazit: Musiktherapie ist in besonderer Weise geeignet, die Prozesse der Aneignung zu initiieren und zu unterstützen.

b) Musiktherapie ist sowohl mit ihrer aktiven als auch rezeptiven Verfahrensweise besonders geeignet, Unsagbares erlebbar zu machen. Mit Hilfe der Musik und einer einfühlsamen therapeutischen Haltung kann der Patient im Sinne des Isoprinzips emotional dort abgeholt werden, wo er sich gerade befindet. Dieses gewinnt besonders innerhalb der Phasen des Sterbens an Bedeutung, in denen Patienten z. T. emotional schwer erreichbar sind. So kann Musik beispielsweise steckengebliebene Trauer, die sich in Depression äußert, in Fluss bringen. Sie kann als Spiegel seelischer Befindlichkeiten und äußerlichen Verhaltens dienen, der für Bewusstwerdungsprozesse von Bedeutung ist. Unter dem Blickwinkel des Phasenmodells nach Kübler-Ross fällt auf, dass im Sterbeprozess ambivalente Gefühle den inneren Verlauf der Problembewältigung begleiten. Musik ist in besonderer Weise geeignet, diesen widersprüchlichen Gefühlen Ausdruck zu verleihen oder sie zu einem Gesamtausdruck zu integrieren, der Leben in seiner Komplexität widerspiegelt. So ermöglicht Musiktherapie dem Sterbenden das Gefühl des Verstandenseins, das die Voraussetzung für seelische Wachstumsprozesse bildet.

Fazit: Mit Musiktherapie können die psychischen Vorgänge der Problembewältigung, entsprechend der Sterbephasen, in geeigneter Weise begleitet werden.

Beide Modelle, das der Sterbephase nach Elisabeth Kübler-Ross (1983) und das Aneignungskonzept nach Hilarion Petzold (1992), bieten grundlegende therapeutische Möglichkeiten, die Problembewältigung bei Sterbenden zu unterstützen.

8.1 SCHLUSSGEDANKE

Sterbebegleitung bewegt sich nach meiner Erfahrung zwischen den Räumen normaler Alltagsbewältigung und philosophischer/spiritueller Fragen. Mir scheint, dass in der Arbeit mit Sterbenden die Tür zwischen diesen beiden Räumen nur angelehnt ist, so als ob die Atmosphäre, das Licht aus dem benachbarten Raum stärker einfällt, sichtbarer und gegenwärtiger ist als in anderen Lebenszusammenhängen. Oft konnte ich erleben, dass Gespräche, Gesten, Musik und jegliche Kommunikationsform diese *beiden* Dimensionen beinhaltet bzw. dass Gesprächsinhalte unvermittelt wechselten zwischen Alltagsthemen und existentiellen Sinnfragen. Die Schwelle von oberflächlicher zu tieferer persönlicher Begegnung scheint mir im Umfeld des Sterbens niedriger und leichter überschreitbar zu sein als im „normalen“ Leben. So wurden kurze, einmalige Kontakte ebenso wie manche langandauernde Beziehungen über Wochen für mich zu intensiven zwischenmenschlichen Erfahrungen mit Menschen, die mich an ihrem persönlichen Abschied vom Leben teilhaben ließen. Die Begegnungen haben mich verändert, innerlich reicher gemacht und meinen Blick auf das Leben vertieft. Heute scheint es mir, als haben sich die Rollen vertauscht: zwar ging ich zunächst ins Hospiz, um Menschen in schweren Stunden ihres Lebens mit meinen Fähigkeiten und den Möglichkeiten der Musik zu begleiten, jetzt aber bin ich es, die im Leben begleitet wird von den Erfahrungen und Erinnerungen an diese einprägsamen Begegnungen. So möchte ich meine theoretischen Erläuterungen und musiktherapeutisch praktischen Forschungen mit einem Satz von Antoine de Saint-Exupéry (1984) beschließen, der mir Orientierung gab und mir auch als Leitsatz für therapeutisches Handeln geeignet erscheint: „Es ist ganz einfach: man sieht nur mit dem Herzen gut, das Wesentliche ist für die Augen unsichtbar.“

Schlußstück

Der Tod ist groß.
Wir sind die Seinen
lachenden Munds.
Wenn wir uns mitten im Leben meinen,
wagt er zu weinen
mitten in uns.

(Rainer Maria Rilke)

9 LITERATURVERZEICHNIS

Albrecht, Elisabeth/Orth, Christel/Schmidt, Heida (1995). Hospizpraxis. Ein Leitfa-
den für Menschen, die Sterbenden helfen wollen. Freiburg im Breisgau: Herder.

Aulbert, Eberhard (Hrsg.). (1993). Bewältigungshilfen für den Krebskranken. Stuttgart u.
a.: Georg Thieme.

Ballnus, Werner (1995). Die Hospizidee – eine neue Ars moriendi? Gerontologische
Geriatric 28, 242–246.

Beutel, Helmuth/Tausch, Daniela (Hrsg.). (1989). Sterben, eine Zeit des Lebens.
Stuttgart: Quellverlag.

Blumenthal-Barby, Kay (1991). Leben im Schatten des Todes. Wie wir Schwerstkranken
und Sterbenden helfen können. Wiesbaden: Dr. Werner Jopp.

Bürgin, Dieter (1981). Das Kind, die lebensbedrohliche Krankheit und der Tod. Bern u.
a.: Hans Huber.

Caritas Hospiz Wien (Hrsg.). (1994). Sterben gehört zum Leben. Betroffene erzählen.
Hospiz-Dienst der Caritas Wien.

Caritas Socialis (Hrsg.). Im Mittelpunkt der Mensch. Caritas Socialis Wien, Faltblatt ohne
Datum.

Decker-Voigt, Hans-Helmut/Knill, Paolo J./Weymann, Eckhard (Hrsg.). (1996).
Lexikon Musiktherapie. Göttingen u. a.: Hogrefe.

Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie e. V. (Hrsg.). (1999). Musiktherapeutische
Umschau, Bd. 20, Heft 4.

Duden (1990). Das Fremdwörterbuch, Bd. 5. Mannheim u. a.: Dudenverlag.

Duden (1997). Das Fremdwörterbuch, Bd. 5. Mannheim u. a.: Dudenverlag.

Frankl, Viktor E. (1991). Das Leiden am sinnlosen Leben. Psychotherapie für heute.
Freiburg, u. a.: Herder.

Freud, Sigmund (1982). Trauer und Melancholie. Essays. Berlin: Verlag Volk und Welt.

Fried, Anne (1988). Wo man in Frieden sterben kann. Die Hospizbewegung Wuppertal,
Zürich: R. Brockhaus.

Grof, Stanislav (1985). Geburt, Tod und Transzendenz. Neue Dimensionen in der Psy-
chologie. München: Kösel.

Hamberger, Mechthild (1998). Musiktherapie bei einer sterbenden, hochbetagten, an
Alzheimer-Demenz erkrankten Frau. Unveröffentlichte Abschlussarbeit des Weiterbil-
dungsstudienganges zur Musiktherapeutin am Freien Musikzentrum München.

- Hampe, Johann Christoph** (1990). *Sterben ist doch ganz anders. Erfahrungen mit dem eigenen Tod.* Gütersloher Verlagshaus Gerd Mohn.
- Hansen, Silvia** (1997). *Erinnerungen – ein Weg zur Gegenwart. Musiktherapie mit alten, chronisch kranken Menschen.* Musiktherapeutische Umschau, Bd. 18, Heft 2, 99.
- Hegi, Fritz** (1993). *Improvisation und Musiktherapie. Möglichkeiten und Wirkungen von freier Musik.* Paderborn: Junfermann.
- Hegi, Fritz** (1996). *Komponenten.* In Decker-Voigt, Hans-Helmut/Knill, Paolo J./Weymann, Eckhard (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie (173–182).* Göttingen u. a.: Hogrefe.
- Heinichen, Friedrich Adolph** (1971). *Lateinisch – Deutsch. Taschenwörterbuch zu den klassischen und ausgewählten Spät- und Mittellateinischen Autoren.* Leipzig: Teubner.
- Heinze, Susanne** (1999). *Wenn eine Melodie verklingt. Musiktherapie in der Sterbebegleitung.* Unveröffentlichte Diplomarbeit im Kurzstudium Musiktherapie, Hochschule für Musik und darstellende Kunst Wien.
- Heinze, Susanne** (2002). *Wenn eine Melodie verklingt. Musiktherapie in der Sterbebegleitung.* Musiktherapeutische Umschau, Bd. 23, Heft 1, 22–36.
- Hodenberg, Friederike von** (1993). *Aktiv rezeptiv – ein morphologischer Werkstattbericht aus der Onkologie.* Musiktherapeutische Umschau, Bd. 14, Heft 4, 317–322.
- Hospiz-Führer '97** (1998). *Ambulante und stationäre Einrichtungen zur Palliativtherapie in Deutschland.* Köln.
- Huseboe, Stein** (1994). *Lebensqualität für Tumorkranke.* In Klaschik, Eberhard/Nauck, Friedemann (Hrsg.), *Palliativmedizin heute (150–160).* Berlin u. a.: Springer.
- Kast, Verena** (1988). *Trauern. Phasen und Chancen des Psychischen Prozesses.* Stuttgart: Kreuz.
- Klaschik, Eberhard/Nauck, Friedemann** (Hrsg.). (1994). *Palliativmedizin heute.* Berlin u. a.: Springer.
- Kraus, Werner** (Hrsg.). (1998). *Die Heilkraft der Musik. Einführung in die Musiktherapie.* München: C. H. Beck.
- Kruse, Andreas** (1995). *Menschen im Terminalstadium und ihre betreuenden Angehörigen als „Dyade“.* Wie erleben sie die Endlichkeit des Lebens, wie setzen sie sich mit dieser auseinander? Ergebnisse einer Längsschnittstudie. *Gerontologische Geriatrie* 28, 264–272.
- Kübler-Ross, Elisabeth** (1969). *On death and dying.* London: Macmillan & Co.
- Kübler-Ross, Elisabeth** (1983). *Interviews mit Sterbenden.* Stuttgart: Kreuz.
- Lamerton, Richard** (1991). *Sterbenden Freund sein. Helfen in der letzten Lebensphase.* Freiburg im Breisgau: Herder.

- Loos, Gertrud Katja** (1997). Abschieds-Musik. Musiktherapeutische Umschau, Bd. 18, Heft 2, 74–78.
- Munro, Susan** (1986). Musiktherapie bei Sterbenden. Stuttgart u. a.: G. Fischer, Kassel u. a.: Bärenreiter.
- Muthesius, Dorothea/Beyer-Kellermann, Heike** (1999). Indikationskatalog Musiktherapie für chronisch und chronisch-psychisch erkrankte ältere und alte Menschen. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie.
- Nowak, Clemens.** HospizInForm, CS Hospiz, Faltblatt ohne Datum, Wien.
- Peters, Uwe Henrik** (1990). Wörterbuch Psychiatrie und Medizinische Psychologie. München: Orbis.
- Petzold, Hilarion** (1992). Integrative Therapie – der Gestaltansatz in der Begleitung und psychotherapeutischen Betreuung sterbender Menschen. In Rösing, Ina/Petzold, Hilarion (Hrsg.), Die Begleitung Sterbender. Theorie und Praxis der Thanatothérapie (431–500). Paderborn: Junfermann.
- Pfefferle, Ursula** (2003). „Behutsam will ich dir begegnen“ – Musiktherapie im Hospiz. Unveröffentlichte Diplomarbeit des Zusatzstudienganges Musiktherapie an der Universität Münster.
- Pieringer, Walter** (1995). Grundhaltungen in therapeutischen Beziehungen. In Psychotherapie Forum 3, 115–127. Printed in Austria: Springer.
- Psyhyrembel, Willibald** (Hrsg.). (1990). Klinisches Wörterbuch. Mit klinischen Syndromen und Nomina Anatomica. Berlin u. a.: Mouton de Gruyter.
- Renz, Monika** (1996). Zwischen Urangst und Urvertrauen. Therapie früher Störungen über Musik-, Symbol- und spirituelle Erfahrungen. Paderborn: Junfermann.
- Renz, Monika** (1999). Spiritualität, Grenzerfahrung und das Medium Musik. Veröffentlichte Tonbandaufnahme ihres Vortrages auf dem 2. Psychotherapie-Weltkongress in Wien, 07. 07. 1999.
- Renz, Monika** (2000). Zeugnisse Sterbender. Todesnähe als Wandlung und letzte Reifung. Paderborn: Junfermann.
- Rilke, Rainer Maria** (1927). Die Weise von Liebe und Tod des Cornets Christoph Rilke. Leipzig: Insel.
- Rinpoche, Sogyal** (1994). Das tibetische Buch vom Leben und vom Sterben. Ein Schlüssel zum tieferen Verständnis von Leben und Tod. Bern u. a.: Scherz.
- Rittner, Sabine** (1990). Zur Rolle der Vokalimprovisation in der Musiktherapie. Musiktherapeutische Umschau, Bd. 11, Heft 2, 118.

Rittner, Sabine (1996). Stimme. In Decker-Voigt, Hans-Helmut/Knill, Paolo J./Weymann, Eckhard (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie* (359–368). Göttingen u. a.: Hogrefe.

Rittner, Sabine (1996). Stimmforschung. In Decker-Voigt, Hans-Helmut/Knill, Paolo J./Weymann, Eckhard (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie* (368–373). Göttingen u. a.: Hogrefe.

Robbins, Clive/Forinash, Michele (1995). Ebenen der Zeiterfahrung in der Musiktherapie. Versuch eines Konzepts. *Musiktherapeutische Umschau*, Bd. 16, Heft 1, 32–42.

Rösing, Ina/Petzold, Hilarion (Hrsg.). (1992). *Die Begleitung Sterbender. Theorie und Praxis der Thanatotherapie*. Paderborn: Junfermann.

Rösing, Ina (1992). Der thanatologische Kontext. Schwerpunkte, Entwicklungen, Defizite. In Rösing, Ina/Petzold, Hilarion (Hrsg.), *Die Begleitung Sterbender. Theorie und Praxis der Thanatotherapie* (9–30). Paderborn: Junfermann.

Rösing, Ina (1992). Ziele psychosozialer Intervention beim Sterbenden. In Rösing, Ina/Petzold, Hilarion (Hrsg.), *Die Begleitung Sterbender. Theorie und Praxis der Thanatotherapie* (141–182). Paderborn: Junfermann.

Saint-Exupéry, Antoine de (1984). *Der kleine Prinz*. Berlin: Verlag Volk und Welt.

Saunders, Ciceley (Hrsg.). (1993). *Hospiz und Begleitung im Schmerz. Wie wir sinnlose Apparatedizin und einsames Sterben vermeiden können*. Freiburg im Breisgau: Herder.

Saunders, Ciceley (1993). In Saunders, Ciceley (Hrsg.), *Hospiz und Begleitung im Schmerz. Wie wir sinnlose Apparatedizin und einsames Sterben vermeiden können* (11–16). Freiburg im Breisgau: Herder.

Schara, Joachim (1994). Betreuung terminal Kranker mit Krebschmerz. In Klaschik, Eberhard/Nauck, Friedemann (Hrsg.), *Palliativmedizin heute* (75–84). Berlin u. a.: Springer.

Schönhals-Schlautd, Dorothea (1999). *Das Monochord in der Musiktherapie mit sterbenden Menschen. Symbol und Übergangsobjekt. Unveröffentlichte Abschlussarbeit des Weiterbildungsstudienganges Sozialpädagogische Musiktherapie in der Fachhochschule Frankfurt (Main)*.

Schaupp, Walter (1999). *Menschenwürde – Was ist das? Veröffentlichte Tonbandaufnahme seines Vortrages auf der Österreichischen Krankenhausseelsorgetagung in Wien, 23. 02. 1999*.

Schnauffer-Kraak, Margarete (1997). *Integrative Musiktherapie mit pflegebedürftigen alten Menschen. Ein Überblick über praxeologische Konzepte, therapeutische Ziele, Formen und Techniken*. *Musiktherapeutische Umschau*, Bd. 18, Heft 3, 193–204.

Sporken, Paul (1976). *Umgang mit Sterbenden. Medizinische, pflegerische, pastorale und ethische Aspekte der Sterbehilfe*. Düsseldorf: Patmos.

- Sporken, Paul** (Hrsg.). (1982). Was Sterbende brauchen. Freiburg u. a.: Herder.
- Stapel, Bernhard** (1999). Pflegephilosophie – CS Hospiz. Unveröffentlichtes Manuskript vom CS Hospiz, 4/99.
- Stoddard, Sandol** (1989). Leben bis zuletzt. Die Hospiz-Bewegung; Ein anderer Umgang mit Sterbenden. München u. a.: Piper.
- Student, Johann-Christoph** (Hrsg.). (1994). Das Hospiz-Buch. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Wanschura, Werner** (1993). Sag' beim Abschied leise „Servus!“ Vorbereitungen für die letzte Reise. Österreich: Kneipp.
- Weber, Susan** (1998). Trösten, Beruhigen, Begleiten. In Kraus, Werner (Hrsg.), Die Heilskraft der Musik (201–208). München: C. H. Beck.
- Weissenberg-Leduc, M.** (1998). Altenpflege braucht Palliativpflege. Sanitas, Heft 2/3, 31 ff.
- West, T.** (1993). Wie ein interdisziplinäres Team funktioniert. In Saunders, Ciceley (Hrsg.), Hospiz und Begleitung im Schmerz. Wie wir sinnlose Apparatemedizin und einsames Sterben vermeiden können (17–28). Freiburg im Breisgau: Herder.
- Wittrahm, Andreas** (1993). Orientierungen zur ganzheitlichen Altenpflege. Bonn: Ferd. Dummlers.
- Zech, Detlev** (1994). Entwicklung der Palliativmedizin in Deutschland. In Klaschik, Eberhard/Nauck, Friedemann (Hrsg.), Palliativmedizin heute (85–102). Berlin u. a.: Springer.

Beziehungsaufbau mit minimally responsive Patienten

Musiktherapie in der Frührehabilitation mit Kindern

Karin Mössler

Der Beziehungsaufbau mit minimally responsive Patienten innerhalb der Musiktherapie in der Frührehabilitation ist das Thema der vorliegenden Arbeit.

Sie beschäftigt sich anhand von Falldarstellungen mit der Problematik, wie mit Kindern, die aufgrund schwerer Hirnläsionen den Verlust sämtlicher Kommunikationskanäle erlitten haben, Beziehung aufgebaut, gestaltet, erlebt werden kann, und versucht darauf aufbauend den Beitrag der Musiktherapie innerhalb der Frührehabilitation festzuhalten.

Die Arbeit gliedert sich in 5 Kapitel. So wird dem Leser im 1. Kapitel ein Überblick über den Bereich der Frührehabilitation bzw. der neurologischen Rehabilitation an sich gegeben und der noch junge Begriff der "minimally responsiveness" dargestellt. Weiters folgt im 2. Kapitel ein Grundlagenteil, der zum Verständnis der musiktherapeutischen Arbeit mit diesem Klientel beitragen soll. Hier werden 5 Bereiche vorgestellt: die dialogische Philosophie, Grundgedanken zu den Themen Beziehung und Musik, die therapeutische Haltung und Grundlagen der musiktherapeutischen Arbeit. Im 3. Kapitel folgt die Falldarstellung, die im darauf folgenden 4. Kapitel hinsichtlich des Beziehungsaufbaus und der dazugehörigen musiktherapeutischen Methodik analysiert wird. Abschließend versuche ich den Stellenwert der Musiktherapie für die Arbeit mit schädel-hirnverletzten Kindern darzustellen und ein Resümee zu ziehen.

Schlüsselbegriffe: Frührehabilitation – minimally responsiveness – Beziehung – Interaktion – Affektabstimmung – Ressourcenorientierung – Prozessorientierung – Iso-Prinzip – musiktherapeutische Methodik.

The building-up of a relationship with minimally responsive patients within musictherapy in the early rehabilitation is the topic of this paper. By means of case presentations it deals with the problem of how a relationship with children, who suffered the loss of all communication channels due to severe brain lesions, can be built up, created and experienced. Based on that I try to find out the contribution of musictherapy within early rehabilitation.

The paper is divided into five chapters. Thus an overview of the area of early rehabilitation and neurological rehabilitation is given to the reader and the still recent term of "minimally responsiveness" is presented in the first chapter.

Further, the second chapter, a basic section, which contributes to the understanding of the musictherapeutic work with this clientele, follows. Five areas are presented here: the dialogical philosophy, the basic ideas about relationship and music, the therapeutic attitude and the basics of musictherapeutic work.

In the third chapter one of the case presentations is being described and is going on to be analysed in the fourth chapter, concerning the building-up of the relationship and the appropriate musictherapeutic method.

Finally, I try to point out the importance of the musictherapeutic work with children who suffer from severe brain injuries.

Keywords: early rehabilitation – minimally responsiveness – relationship – interaction – affectattunement – resource orientation – process orientation – iso principle – musictherapeutical method.

INHALT

EINLEITUNG	214
1 EINBLICKE	215
1.1 NEUROLOGISCHE REHABILITATION	215
1.1.1 Rehabilitation mit Kindern	215
1.1.2 Frührehabilitation	216
1.1.3 Historische Entwicklung	217
1.2 MINIMALLY RESPONSIVENESS	218
1.2.1 Definition	219
1.2.2 Ätiologie	220
1.2.3 Phänomenologie	222
2 FÜNF GRUNDSÄULEN	232
2.1 EINLEITUNG	232
2.2 DAS MENSCHENBILD	232
2.3 DIE BEZIEHUNG	234
2.3.1 Definitionsversuche	234
2.3.2 Rahmenbedingungen zur Bildung eines Beziehungsprozesses	235
2.3.3 Das Dialogfeld	238
2.3.4 Struktur des Beziehungsaufbaus	239
2.4 DIE MUSIK	241
2.4.1 Musik wirkt	241
2.4.2 Musik und Mensch in Beziehung – der Primärprozess	243
2.4.3 Beziehungstiftende Momente in der Musik	245
2.5 DIE THERAPEUTISCHE HALTUNG	248
2.5.1 Die therapeutische Beziehung	248
2.5.2 Fähigkeiten und Voraussetzungen des Therapeuten	249
2.6 GRUNDLAGEN ZUR MUSIKTHERAPIE	253
2.6.1 Indikationen	253
2.6.2 Musiktherapeutischer Ansatz	254
2.6.3 Musiktherapeutische Methodik	256
3 FALLDARSTELLUNG MATTHIAS	260
3.1 EINLEITUNG	260
3.2 RAHMENBEDINGUNGEN	260
3.2.1 Diagnose und Erscheinungsbild	260
3.2.2 Setting	261
3.3 THERAPIEGESCHICHTE – EIN TAUCHGANG	261
4 FALLANALYSE	265
4.1 EINLEITUNG	265
4.2 GEDANKENGÄNGE	265
4.3 ORIENTIERUNGSPHASE	266
4.3.1 Erscheinungsbild	267
4.3.2 Ziele	267

4.3.3	Metaebene	267
4.3.4	Methodik/Interventionen	271
4.4	BEZIEHUNG ZU SICH	276
4.4.1	Erscheinungsbild	276
4.4.2	Ziele	276
4.4.3	Metaebene	277
4.4.4	Methodik/Interventionen	279
4.5	BEZIEHUNG ZUM ANDEREN	283
4.5.1	Erscheinungsbild	283
4.5.2	Ziele	283
4.5.3	Metaebene	283
4.5.4	Methodik/Interventionen	286
5	AUSBLICKE	292
5.1	DIE MUSIKTHERAPIE IN DER FRÜHREHABILITATION	292
5.1.1	Bio-psycho-soziale Einheit	292
5.1.2	Brückenfunktion	293
5.1.3	Diagnostischer Wert	294
5.1.4	Weg zur Krankheitsverarbeitung	294
6	LITERATURVERZEICHNIS	296

EINLEITUNG

Es war die Arbeit mit Matthias¹, die mich berührte.

Eine Idee, die aus dem Herzen kam, führte dazu, dass ich mich intensiv mit dem Thema der Beziehungsgestaltung mit Menschen, die sich in einem Grenzbereich des Lebens – ihres Lebens – befinden, beschäftigen wollte. Stets geleitet von meinem Glauben an Fähigkeiten, Ressourcen und dem menschlichen Bedürfnis nach Beziehung.

Jeder von uns empfindet es als selbstverständlich, sich äußern zu können – egal auf welcher Ebene – verbal, mimisch, gestisch. Doch was passiert, wenn all diese Ebenen plötzlich nicht mehr funktionstüchtig, ausgefallen bzw. nur noch minimal vorhanden sind?

Wie kann ich mich dann verständigen? Wie kann ich anderen mitteilen, wie es mir geht, wie ich mich fühle, was mich beschäftigt und was ich mir wünsche? Wie kann ich mit meiner Umwelt in Kontakt treten und wie kann ich Beziehung erleben?

Diese Fragen nehmen in der musiktherapeutischen Arbeit mit minimally responsive Patienten², die durch ihre schweren Hirnläsionen den Verlust sämtlicher Kommunikationskanäle erlitten haben, einen zentralen Stellenwert ein.

In der nun vorliegenden Arbeit beschäftigt mich vor allem die Frage, wie ich trotz des großen Mangels an Ausdrucksfähigkeit mit minimally responsive Patienten eine Beziehung aufbauen kann.

Ich suche nach den minimalen Äußerungen, Reaktionen und Zeichen, versuche sie zu verstehen und somit die Sprache des Patienten zu entschlüsseln. Auch wenn diese Sprache nur mehr sehr schwach sein sollte, gehe ich davon aus, dass jeder dieser Patienten beziehungsfähig ist, denn es gilt: „Solange der Patient mit seinen Sinnen und seinem Atem mit der Welt in Korrespondenz steht – d. h. aber letztlich solange er lebt – ist er bezogen und sich Beziehender.“ (Petzold, 1987, 243)

„Da nicht selten nach Hirnläsionen Beziehungsstörungen bis hin zur Beziehungsverweigerung entstehen, bedarf es einer Therapieform, die an sozialer Interaktion, d. h. einer wachsenden Fähigkeit zur stabilen Beziehungsgestaltung, arbeitet“ (Jochims, 1992, 130) – und genau an dieser Stelle sehe ich den Ansatzpunkt für die Musiktherapie.

So möchte ich mit dieser Arbeit einen musiktherapeutischen Weg darstellen, wie Beziehung aufgebaut und gestaltet werden kann, und aufzeigen, welche Chancen und Möglichkeiten die Musiktherapie in der Arbeit – der Beziehungsarbeit – mit minimally responsive Patienten bietet und eröffnet. Sie soll Eltern sowie Berufsgruppen, die mit minimally responsive Patienten tagtäglich zu tun haben, einen weiteren Zugang zu diesem Klientel eröffnen und einen Anstoß dazu geben, genau zu beobachten, wahrzunehmen und zu erspüren. Die Angebote des Kindes sind vorhanden – es gilt, sie zu entdecken.

¹ Der Name wurde zum Schutz der Identität des Patienten geändert.

² Zugunsten eines vereinfachten Leseflusses, verwende ich nur die männliche Form.

1 EINBLICKE

1.1 NEUROLOGISCHE REHABILITATION

Seinen Ursprung findet das Wort „Rehabilitation“ im Lateinischen und setzt sich aus der Vorsilbe *re* (wieder, erneut, zurück) und dem Wort „*habilitas*“ (körperliche Geschicklichkeit, Einfügsamkeit, geistige Befähigung) zusammen – „*habilitare*“ (fähig machen) (vgl. Joseph, 1994, 3 f.).

Sinngemäß bedeutet Rehabilitation soviel wie Wiederherstellung, Eingliederung (vgl. Pschyrembel, 1994, 1310).

Aufgabe der neurologischen Rehabilitation ist es „Menschen zu helfen, die durch akute Ereignisse, häufiger jedoch im Zusammenhang mit chronischen Krankheiten nicht nur aus ihrem Beruf, sondern auch aus ihrer sozialen Integration gerissen werden. Störungen der körperlichen Beweglichkeit, der Fortbewegung, der Kommunikation und der Selbstversorgung sind einige bedeutsame Folgen der Krankheit.“ (Maurer, 1998, V)

Diese Vielfalt an Störungen lässt schon jetzt erkennen, dass Menschen hier nicht nur Verluste in einem bestimmten Bereich erleiden, sondern gleich mehrere Ebenen betroffen sind. In einem modernen, ganzheitlichen Rehabilitationsverständnis kommt an dieser Stelle der Begriff der bio-psycho-sozialen Einheit zum Tragen: „Rehabilitation, at all times, calls for a holistic approach comprising the biotic, psychic and social level.“ (Berger, 1993, zit. nach Berger, 2001, 129)

Ausgehend von dieser holistischen Betrachtungsweise, die durch die unterschiedlichsten Störungen physischer und psychischer Herkunft bestimmt wird, ist es klarerweise auch notwendig, dass die Behandlung solcher Patienten auf mehreren Ebenen erfolgt.

Interdisziplinarität und Kooperationen zu anderen Fachgebieten (Neurochirurgie, Neurologie, Radiologie, Innere Medizin, Chirurgie, Hals-Nasen-Ohren- und Augenheilkunde) sind eine Voraussetzung, um das Wiederherstellen beeinträchtigter Funktionen und Fähigkeiten und letztendlich die Wiedereingliederung des Patienten in sein soziales Umfeld zu ermöglichen.

1.1.1 Rehabilitation mit Kindern

In der neurologischen Rehabilitation mit Kindern ist nicht nur die enge Zusammenarbeit des Stationsteams *Conditio sine qua non*.

„Außerordentlich wichtig – eigentlich an erster Stelle zu nennen – ist die Einbeziehung der Eltern [bzw. Bezugspersonen], insbesondere der Mutter, in den Rehabilitationsprozeß. Gerade für die spezifische Aktivierung und Motivierung des Kindes sind Stimm- und Hautkontakte von vertrauten Personen viel wirksamer als noch so laute und aktive unpersönliche Stimulationen.“ (Palm, 1990, 182)

Auch ist es bei Kindern wichtig, schon auf der Intensivstation mit der Frührehabilitation zu beginnen, um zerebrale Sekundärschäden zu vermeiden. Im weiteren Verlauf ist eben

die Einbeziehung der Eltern und in späten Rehabilitationsphasen die genaue Prüfung, wie lange das Kind noch vom vertrauten Zuhause fernbleiben kann, ohne dass Heimwehreaktionen seine Entwicklungspotenzen blockieren, von großer Wichtigkeit (vgl. Palm, 1990, 183). Somit stellt die neurologische Rehabilitation mit Kindern zusätzliche Anforderungen, um eine Wiederherstellung und Wiedereingliederung zu ermöglichen.

1.1.2 Frührehabilitation

„Frührehabilitation ist integrierte, den Patienten frühzeitig und nahtlos begleitende interdisziplinäre Therapie mit wechselnden Schwerpunkten. [...] Frührehabilitative Maßnahmen sollen die Regenerationsfähigkeit und die verbliebene Plastizität des Gehirns intensiv nutzen, um anschließend die weitere Rehabilitation fortzusetzen.“ (Kuratorium ZNS, 1991, zit. nach Berger, 2000, 132)

So schließen die Frührehabilitation und die Frühmobilisation (Phase B und C des Phasenmodells der neurologischen Rehabilitation) direkt an die intensivmedizinische Versorgung (Phase A) an, um die bestmöglichen Voraussetzungen für den weiteren Rehabilitationsverlauf schaffen zu können.

Sämtliche gesetzte Maßnahmen in dieser Phase sollen dazu beitragen, die Entwicklung des Patienten zu fördern, was bedeutet, dass sich die jeweiligen Behandlungs- und Förderpläne am Patienten orientieren.

Zu den Patienten, die nach heutiger übereinstimmender Auffassung einer Frührehabilitation bedürfen, zählen jene mit schweren traumatischen, vaskulären, hypoxischen, entzündlichen und operativen Schädigungen am Gehirn und Nervensystem (vgl. Zieger, 2001, 3).

Tatsache ist, dass durch Anwendung intensiver Fördermaßnahmen im Rahmen einer Frührehabilitation etwa 30% der schwerst hirngeschädigten Patienten wieder selbständig beruflich-sozial reintegrierbar werden (vgl. Zieger, 2001a, 10).

Diese intensiven Fördermaßnahmen verlangen natürlich ein gut funktionierendes Team, das den Patienten in den Mittelpunkt seiner Arbeit stellt. Dieses Team muss lernen, das eigentliche Problem des Patienten zu erkennen und nicht nur seine einzelnen Defizite. „[Denn] Integration bedeutet die Wiederherstellung eines Ganzen, die Verbindung einer Vielfalt zu einer Einheit, den Prozeß, der ein selbständiges Nebeneinander zu einem übergeordneten Ganzen zusammenschließt.“ (Lipp/Schlaegel, 1996, 20)

Anhand einer Zeichnung möchte ich kurz eine Möglichkeit eines interdisziplinären Teams mit den dazugehörigen Berufsfeldern darstellen (vgl. Lipp/Schlaegel, 1996, 19):

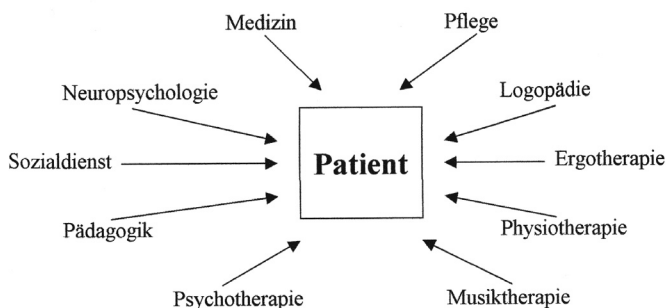


Abbildung 1: Interdisziplinäres Team

1.1.3 Historische Entwicklung

Da sich in der neurologischen Rehabilitation in den letzten Jahren ein tiefgreifender Verständniswandel (Paradigmenwandel) vollzogen hat, ist es mir ein Anliegen, diesen hier festzuhalten.

Kernpunkt des Wandels ist eine Veränderung im Verständnis vom Menschen, und zwar weg von einem defektmedizinischen, diskriminierenden Verständnis hin zu einem nicht-diskriminierenden, aktivitäts- und subjektbezogenen, sozial integrierenden und beziehungsmedizinischen Verständnis.

Offiziell wurde dieser Paradigmenwandel im neuen WHO-Konzept ICIDH–2 (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – Mai 2001) durchgeführt, indem das alte Konzept (ICIDH; WHO 1980), das ein Grundmodell für die Dimensionen der Behinderung darstellt, wegen missverständlicher Formulierungen, negativer Konnotation und diskriminierender Bewertung revidiert wurde:

Paradigmenwandel im WHO-Konzept (vgl. ICIDH–2, 2001)

<p>ICIDH (WHO 1980) Impairment (Schädigung des Körpers) Disability (Funktions- und Fähigkeitsstörung) Handicap (Behinderung)</p>
<p>ICIDH–2 (Mai, 2001) Functioning (Funktion, Fähigkeit) Disability Health (Gesundheit)</p>

Abbildung 2: Paradigmenwandel

Durch diesen Wandel befinden wir uns nun auf dem Weg, der uns von der Defektmedizin zu einer Beziehungsmedizin führt, welche darum bemüht ist, mittels einer holistischen

(bio-psycho-sozialen) Betrachtungsweise und patientenorientierter/entwicklungsbezogener Handlungsweisen jedem Menschen einen sinnvollen Platz in der Gesellschaft zu geben (vgl. Lipp/Schlaegel, 1996, 18).

Dieser Ansatz kommt in der neurologischen Rehabilitation vor allem bei Patienten zum Tragen, die sich infolge einer Hirnschädigung unterschiedlicher Ätiologie im Koma oder Wachkoma (synonym: „apallisches Syndrom“, „vegetative state“, „coma vigile“) befinden. Das defizitär-medizinische Verständnis, welches Koma als „Ausfall des Bewusstseins“ definiert, ist innerhalb eines beziehungsmedizinischen Ansatzes nicht vertretbar. Andreas Zieger schreibt hierzu:

„Ich begreife Koma [...] als einen zutiefst existentiellen und dynamischen Veränderungsprozeß, in dem sich der Mensch unter bestimmten Lebensumständen auf Kernzonen seines autonomen Körperselbst aktiv zurücknimmt. Ein Koma hat Schutzfunktion und ermöglicht es einem Menschen, ganz bei sich zu sein. Er kann in dieser höchst verletzlichen und schutzbedürftigen extremen Lebensform am Rande des Todes auf unbestimmte Zeit verharren. Er kann im Koma loslassen und sterben oder wieder ‚aufsteigen‘ in die Welt der wachbewußten Menschen.“ (Zieger, 2001b, 2 f.)

Koma- und Wachkoma-Patienten befinden sich keinesfalls in einem menschenunwürdigen Zustand, der jegliches Recht auf Leben und Rehabilitation streitig macht. Vielmehr handelt es sich um empfindsame Menschen, deren Leben konsequent gefördert oder begleitet werden muss, nicht aber durch Maßnahmen zur Sterbehilfe beendet werden sollte, was heutzutage leider noch weit verbreitet ist.

Menschen im Koma und Wachkoma verfügen über die Fähigkeit, ihr inneres Verhalten (covert behavior) auf äußere Reizangebote auszurichten und zu synchronisieren, bevor es dann tatsächlich zu offenen, extern beobachtbaren Verhaltenszuständen kommt (overt behavior). Diese inneren, verdeckten Verhaltensäußerungen wurden im Rahmen des Oldenburger Komaforschungsprojektes durch Messungen vegetativer und zentralnervöser Aktivitäten, etwa im pEEG, sichtbar gemacht (vgl. Zieger, 2001b, 9).

So kann zusammenfassend gesagt werden, dass Menschen im Koma und Wachkoma weder Sterbende noch „irreversibel Komatöse“ oder gar „(Teil)Hirntote“ sind, sondern neurologisch und neuropsychologisch Schwerstkranke, die zu minimalen Äußerungen fähig sind, welche es gilt zu beobachten und in einen zwischenmenschlichen Kontext zu bringen.

Auf diesem Wege komme ich nun zum Begriff der „minimally responsiveness“, der für das veränderte Verständnis im Umgang mit Patienten mit schweren Schädel-Hirnverletzungen im Koma und Wachkoma bezeichnend ist.

1.2 MINIMALLY RESPONSIVENESS

Der Begriff „Minimally Responsiveness“ (Min-R) ist in seiner Terminologie noch recht jung. Erstmals (offiziell) erwähnt wurde er 1995 am American Congress of Rehabilitation Medicine, woraufhin er Eingang in die Fachliteratur fand – hier auch unter der Bezeichnung „minimally conscious state“ (Zasler, 1999, 123) oder „minimally responsive patient“.

1.2.1 Definition

Die folgende Definition ist keine Definition im eigentlichen Sinn, da es eine solche nicht gibt. Sie kann mehr als Beschreibung des Begriffes angesehen werden.

“The term minimally responsive patient is not a diagnosis; it denotes a syndrom of severe cognitive and motoric limitation due to brain injury. It also includes persons functioning at a somewhat higher level than coma and vegetative state with voluntary movement and behavior.” (O’Dell/Riggs, 1996, zit. nach Berger, 2000, 130)

Laut der Beschreibung des American Congress of Rehabilitation Medicine sind Äußerungen von minimally responsive Patienten unbeständig, jedoch geben sie bereits einen Hinweis auf sinnvolle Interaktion. Jegliche verständliche/begreifliche Verbalisation, auch wenn sie sich nicht auf eine andere bedeutungsvolle Äußerung bezieht, führt zur Bezeichnung “minimally responsive patient” (bzw. Patient) (vgl. American Congress of Rehabilitation Medicine, 1995, 206).

Obwohl noch nicht direkt beforscht, sind die charakteristischen neuropathologischen Ursachen denen ähnlich, die im Zusammenhang mit dem “Persistent vegetative state” (apallisches Durchgangssyndrom) stehen. Auch entwickeln Patienten, die sich in einem Persistent Vegetative State befunden haben, oft ein minimally responsive Stadium, sodass sie die Fähigkeit zu sinnvollem Verhalten einigermaßen wiedererlangen.

Verhaltensneurologische Kriterien:

1. Eine bedeutungsvolle Verhaltensäußerung ereignete sich umgehend nach einer spezifischen Aufforderung, Frage oder auf Umwelteinflüsse (Bsp.: Patient versucht die ausgestreckte Hand des Untersuchers zu ergreifen/schütteln).
2. Bei der Äußerung ist auf die einseitige Interpretation des Untersuchers Rücksicht zu nehmen.
3. Wenn das Ergebnis einer bedeutungsvollen Äußerung eindeutig ist, kann verfolgt werden, dass sich diese auch ereignet, wenn die mit der Äußerung assoziierten spezifischen Aufforderungen oder Fragen ausbleiben.
4. Die Äußerung wurde mindestens bei einer Gelegenheit während der Periode der formalen Einschätzung beobachtet (eine formale Einschätzung beinhaltet regelmäßige, strukturierte, standardisierte Beurteilungsverfahren) (vgl. American Congress of Rehabilitation Medicine, 1995, 206).

Es ist wichtig, sowohl die Häufigkeit als auch den Zusammenhang der Verhaltensäußerung zu beobachten, um sich ein Urteil über die Bedeutung oder die Absicht bilden zu können.

An dieser Stelle ist es bedeutsam hinzuzufügen, dass, wie schon erwähnt, mittlerweile dieses Verständnis um den minimally responsive Patienten auch für Menschen mit apallischem Syndrom sowie Menschen im Koma Gültigkeit hat. Auch sie sind zu sinnvollen Äußerungen fähig und werden als kompetente Dialogpartner betrachtet, deren Reaktionen und Zeichen es gilt wahrzunehmen und zu verstehen. Aufgabe aller an der Rehabilitation

beteiligten Personen soll es sein, die „Sprache“ des Patienten zu erlernen (vgl. Schrank, 1997, 12).

1.2.2 Ätiologie

Ursachen, die zur Bezeichnung „minimally responsive Patient“ führen, sind Hirnschädigungen, worunter vor allem folgende Arten zusammengefasst werden (vgl. Prosiegel, 1998, 210 ff.):

- Schlaganfall (dieser Begriff umfasst Hirninfarkte, Hirnblutungen und Subarachnoidalblutungen)
- Schädel-Hirn-Trauma
- Zerebrale Hypoxie
- Multiple Sklerose
- Enzephalitis
- Hirntumore

Für diese Arbeit, da sie sich auf die neurologische Rehabilitation mit Kindern konzentriert, sind vor allem das Schädel-Hirn-Trauma, die zerebrale Hypoxie und das apallische Syndrom als mögliche Folge der ersten beiden Hirnschädigungen von Relevanz.

Auslöser für diese Hirnschädigungen sind meistens Unfälle (Verkehrsunfälle, Stürze, Ertrinkungsunfälle), welche auch die häufigste Todesursache bei Kindern darstellen. Zwei Drittel dieser tödlich Verletzten haben ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten (vgl. Todorow/Oldenkott, 1998, 187).

Im Folgenden möchte ich auf die drei oben genannten Diagnosen im Einzelnen eingehen.

Schädel-Hirn-Trauma

„Das Schädel-Hirn-Trauma gehört zu den häufigsten neurologischen Erkrankungen. Es entsteht durch Gewalteinwirkung auf den Schädel, die überwiegend durch Verkehrsunfälle ausgelöst wird.“ (Rumpl, 1999, 41) Jährlich erleiden 200–300 von 100.000 Einwohnern ein Schädel-Hirn-Trauma, wobei mit einer Mortalität von 50% gerechnet werden muss, und jeder zehnte Patient schwer behindert bleiben wird.

Von der Definition her umfasst der Begriff Schädel-Hirn-Trauma gedeckte (geschlossene) und offene Schädel-Hirnverletzungen.

„Bei der offenen Hirnverletzung handelt es sich in der Regel um eine schwere Hirnschädigung, da Hirngewebe zerstört worden ist. Die Verletzung wird entweder durch spitze Gegenstände (Schuß, Stich u. a.) oder durch stumpfe Gegenstände (schwere Werkzeuge, Balken u. a.) hervorgerufen.“ (Thümler, 1994, zit. nach Diwald, 1996, 48)

Häufigste Ursache der gedeckten Schädel-Hirnverletzungen sind Verkehrsunfälle und Stürze, die auch, wie schon erwähnt, als häufigste Ursache bei schädel-hirnverletzten Kindern gelten.

Das Schädel-Hirn-Trauma bei Kindern ist an dieser Stelle noch gesondert zu besprechen, da es zusätzliche Problemstellungen aufweist. Einige davon möchte ich kurz erwähnen.

- Bezüglich der Ätiologie des Schädel-Hirn-Traumas ist bei Kindern und nicht eindeutigen anamnestischen Angaben an das “battered child” Syndrom zu denken.
- In der Akutphase können die sehr viel größere Ödemneigung des Kindes mit eingeschränkten Kompensationsmöglichkeiten, seine sensible Reaktion auf exogene Reize (Bsp.: pflegerische Maßnahmen) und der Zusammenbruch der Autoregulation nicht hoch genug eingeschätzt werden. Intrakranielle Drucküberwachung ist deshalb viel dringlicher als im Erwachsenenbereich.
- Drucküberwachung und Beatmung dürfen nicht zu schnell eingestellt werden, denn noch Tage nach dem Trauma kann ein Kind in schwere Hirndruckkrisen verfallen.
- Die schon erwähnte Einbeziehung der Eltern in die Rehabilitation nimmt einen großen Stellenwert ein (vgl. Palm, 1990, 181 f.).

Die Auswirkungen eines Schädel-Hirn-Traumas richten sich nach der Schwere des Traumas, welche sich anhand der Dauer der Bewusstlosigkeit (länger als 30 Minuten – schweres Schädel-Hirn-Trauma) festlegen lässt. Befindet sich der Patient im minimally responsive Zustand, so ist ein schweres Schädel-Hirn-Trauma die Ursache – mit bleibenden Schäden ist zu rechnen.

Zerebrale Hypoxie

Hierbei handelt es sich um einen Sauerstoffmangel des Gehirns infolge eines Herz-Kreislauf-Stillstandes oder einer Lungenschädigung bzw. nach erheblichen Blutverlusten. Da Hypoxien prinzipiell das gesamte Hirn gleichmäßig betreffen, spricht man von einer diffusen Hirnschädigung, deren Auswirkungen hinsichtlich neuropsychologischer Defizite sehr schwer sind. Das Wiederherstellungspotential ist daher eher gering.

Auffallend ist, dass gewisse Hirnstrukturen besonders empfindlich auf Sauerstoffmangel reagieren, so zum Beispiel bestimmte Abschnitte des Hippocampus (Gedächtnisstörungen), der Stammganglien (parkinsonähnliche Symptomatik) und des Okzipitallappens (hypoxische Sehstörungen) (vgl. Prosiegel, 1998, 217).

Die Ursache für zerebrale Hypoxien im Kindesalter sind immer wieder Ertrinkungsunfälle.

Apallisches Syndrom

„In seiner ursprünglichen Bedeutung wird unter apallischem Syndrom ein Erlöschen des Selbstbewusstseins und der Kontaktfähigkeit im Gefolge einer schweren Schädel-Hirnverletzung oder eines Sauerstoffmangels am Gehirn verstanden.“ (Zieger, 2001c, 3)

Es entwickelt sich meist als Sekundärsymptom über ein Mittelhirnsyndrom als Initialstadium, welches sich entweder ohne Restzustände zurückbildet oder zum Vollbild des apallischen Syndroms (klinisches Bild des coma vigile/Wachkoma) führt. Darin besteht eine grundlegende Einschränkung der Vigilanz und der Bewusstseinsfunktionen, sowie eine Beeinträchtigung des Schlaf-Wach-Rhythmus (vgl. Feuser, 1989/1990, 12 f.).

Häufig tritt es als Zwischenstadium bei der Entwicklung neuen Lebens aus dem Koma als sogenanntes Durchgangssyndrom in Erscheinung.

Der Patient verfügt über einen Schlaf-Wach-Rhythmus und eine Spontanatmung, seine Augen sind geöffnet – fixieren jedoch nichts. Er ist aus eigener Kraft zu keinerlei Kontaktaufnahme mit seiner Umwelt fähig, obwohl manchmal bereits vegetative und emotionale Reaktionen erfolgen. Hierzu wurde nachgewiesen, dass Menschen mit apallischem Syndrom offenbar nicht nur sensorische Stimulationen und menschliche Stimmen wahrnehmen, sondern auch auf einfache Weise Reaktionen erlernen können (vgl. Zieger, 2001c, 3 f.).

Voraussetzung dafür ist jedoch eine frühzeitige multisensorische Stimulation.

„Von daher kann mit aller Vorsicht gesagt werden, daß das gefürchtete ‚Steckenbleiben‘ im apallischen Syndrom eigentlich mehr als Folge fehlender sensorischer Anregung, Kommunikation und Teilhabe am sozialen Dialog angesehen werden muß und weniger als alleiniges Resultat einer Hirnschädigung.“ (Zieger, 2001c, 4)

1.2.3 Phänomenologie

Es ist nicht leicht, das Erscheinungsbild eines minimally responsive Patienten zu vermitteln. Je nach Schädel-Hirnverletzung kommt es zu unterschiedlichen Beeinträchtigungen. Oft ist man nicht einmal in der Lage, genaue Diagnosen zu stellen, da zum Beispiel Diagnoseverfahren einfach nicht angewandt werden können – es bleibt immer etwas an Spekulation. Auch bleibt verborgen, was im Patienten vorgeht – hat er Angst, Hunger, wünscht er sich Nähe oder Distanz? In minimalster Weise ist es vielleicht erahnbar, beobachtbar, spürbar – vieles bleibt offen.

Diese Offenheit ist begründet in den Verlusten sämtlicher menschlicher Kommunikationskanäle – Sprache, Gestik, Mimik.

Da ich nun aber davon ausgehe, dass diese Menschen beziehungsfähig, d. h. auch kommunikationsfähig sind, bleibt es zu ergründen, was dennoch vorhanden ist.

Im Folgenden soll daher ein Überblick über wichtige und spezifische Symptome sowie über die Ressourcen gegeben werden.

Symptomatik

1. Motorik

▪ Spastik

Spastizität wird durch Läsionen und Unterbrechungen der Hirnnervenkerne, der pyramidalen und extrapyramidalen Bahnen sowie anderer kortikaler Fasern verursacht, die zu den tonusregulierenden Zentren des Hirnstammes ziehen. Es entstehen Beuge- oder Streckspastiken der Arme und der Beine. Sind alle vier Extremitäten betroffen, wird von einer Tetraspastik gesprochen.

Auch die mimische und orale Muskulatur kann betroffen sein. Beispiele hierzu sind Störungen der Kau-, Schluck- und Zungenmuskulatur (vgl. Ruth, 1999, 63 f.).

2. Sprache

▪ Aphasie

Hier beziehe ich mich auf die Ausführungen von Mario Prosiegel, welcher schreibt:

„Unter Aphasie versteht man eine zentrale Sprachstörung aufgrund erworbener Hirnschädigung, die immer supramodal ist, d. h. sich in allen vier sprachlichen Modalitäten – Sprechen, Verstehen, Lesen und Schreiben – in verschieden starkem Ausmaß auswirkt.“ (Prosiegel, 1998, 109 f.).

Heute unterscheidet man vier aphasische Standardsyndrome (Broca-, Wernicke-, amnestische, Global-Aphasie) und zwei Sonderformen (Leitungsaphasie und transkortikale Aphasie), die unterschiedliche Leit- und Begleitsymptome aufweisen.

Reine Aphasieformen treten nur bei Hirninfarkten auf, ansonsten gibt es Mischformen.

Lässt sich eine Aphasie jedoch keinem der genannten Syndrome zuordnen, spricht man von nichtklassifizierbarer Aphasie, die sich häufig bei nichtvaskulären Ätiologien wie Schädel-Hirn-Trauma oder zerebraler Hypoxie findet.

Eine Aphasie ist nie ein kompletter Ausfall der Sprache. Die Sprache, das wichtigste und differenzierteste Kommunikationsmittel, ist nicht mehr vollständig bzw. sicher verfügbar, wodurch die Kommunikationsfähigkeit erheblich eingeschränkt ist (vgl. Prosiegel, 1998, 109 ff.).

▪ Mutismus

Laut dem Lehrbuch *Psychiatrie und Psychotherapie* bezeichnet der Begriff „Mutismus“ eine „Sprechverweigerung bei zuvor vorhandener Sprache und Sprechfähigkeit“ (Dilling/Reimer, 1995, 202), vorwiegend im Kindesalter.

Man unterscheidet zwischen zwei Symptomen:

- elektiver Mutismus: Sprachverweigerung in Belastungssituationen und gegenüber Fremden; Kind spricht nur mit engen Bezugspersonen; meist psychogen.
- totaler Mutismus: völliges Verstummen bei Psychosen, nach schwerem Trauma, als hysterische Reaktion.

Eine weitere Form des Mutismus, die sich nicht nur auf den Bereich der Sprache bezieht, ist der

- akinetische Mutismus: Unspezifisches klinisches Syndrom. Zentrales Symptom ist die Hemmung aller motorischen Funktionen einschließlich der Sprache, Gestik und Mimik. Die Patienten sind wach, voll bewusst, bewegen sich aber nicht spontan und folgen Aufforderungen nur verzögert und langsam (vgl. Peters, 1997, 340).

Er kann als spätere Verlaufsform eines apallischen Syndroms auftreten. Spezifische Symptome sind motorische Primitivschablonen und pathologische Haltungsreflexe, wie zum Beispiel die „Fechterstellung“ der Arme bei passiver Kopfdrehung. Orale Automatismen in Form von Kau-, Lutsch- und Saugbewegungen sind sehr ausgeprägt und die gewöhnlich vorhandene Tetraspastik führt zu einer Beugestellung der Arme und Streckhaltung der Beine³ (vgl. Todorow/Oldenkott, 1998, 68).

³ Siehe in diesem Abschnitt „Spastik“.

3. Kognition

- Aufmerksamkeitsstörungen

Prosiegel schreibt hierzu: „Aufmerksamkeit mit ihren unterschiedlichen Komponenten ist eine der wichtigen Basisleistungen des Gehirns, d. h. andere höhere Hirnleistungen sind auf die Intaktheit und Verfügbarkeit von Aufmerksamkeitsleistungen angewiesen.“ (Prosiegel, 1998, 83)

Bei ca. 80% der Patienten nach Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma oder anderen Erkrankungen des zentralen Nervensystems liegen Störungen unterschiedlichster Aufmerksamkeitsleistungen vor.

Somit spielt die Diagnostik und Therapie von Aufmerksamkeitsstörungen in der neurologischen Rehabilitation eine wichtige Rolle, da heute praktisch in allen Berufsfeldern und auch in sonstigen Lebensbereichen mehr oder weniger hohe Anforderungen an die verschiedenen Aufmerksamkeitskomponenten gestellt werden.

Zu den vier Aufmerksamkeitskomponenten zählen die Aktiviertheit, die Konzentrationsfähigkeit (selektive Aufmerksamkeit), geteilte Aufmerksamkeit und die Daueraufmerksamkeit (vgl. Prosiegel, 1983, 84 ff.).

Zusammenfassend möchte ich noch erwähnen, dass die beschriebenen Aufmerksamkeitskomponenten – da Aufmerksamkeitsleistungen im wesentlichen eine Aufgabe des gesamten Gehirns zu sein scheinen – insbesondere nach diffusen Hirnerkrankungen, wie zum Beispiel zerebraler Hypoxie, schwerem Schädel-Hirn-Trauma und disseminierten (ausgebreiteten/verbreiteten) Hirnerkrankungen (Multiple Sklerose, multiple Hirninfarkte), stark beeinträchtigt sind.

4. Vegetative Ebene

- Schlaf-Wach-Rhythmus

Oft ist zu beobachten, dass der Schlaf-Wach-Rhythmus gestört ist. Vor allem bei Patienten mit apallischem Syndrom werden kürzere Wachphasen von teilweise tiefen Schlafphasen abgelöst. Diese Schlafphasen können Ausdruck eines gesteigerten Schlafbedarfs, einer Erholung nach Überbeanspruchung oder einer Entspannungsphase sein, haben aber oft auch eine medikamentöse Ursache.

5. Zerebrale Symptomatik

- Zerebrale Krampfanfälle

Epileptische Anfälle können als Sekundärererscheinung und Komplikation beim Schädel-Hirn-Trauma auftreten und haben zur Ursache eine pathologische Erregbarkeit von Nervenzellen im Großhirn, die sich unkontrolliert ausbreiten und an der Muskulatur als Erfolgsorgan zu tonisch-klonischen Krämpfen führen können (vgl. Ruth, 1999, 61).

Sie weisen aber auch darauf hin, dass die motorischen Bahnen von den Hemisphären durch den Hirnstamm bis zu den spinalen Schaltstellen (noch) intakt sind und geschädigte Großhirnstrukturen, die sie generieren, noch relativ vital sind und möglicherweise wiederhergestellt werden können (vgl. Todorow/Oldenkott, 1998, 89).

▪ Bewusstseinstörung

Die Einschränkung der Bewusstseinslage ist führendes Symptom nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma. Unter Bewusstseinstörung versteht man eine Minderung der Bewusstseinschelligkeit bis hinab zur Bewusstlosigkeit, wobei drei Schweregrade unterschieden werden:

- „Somnolenz: abnorme Schlafneigung, der Patient kann jedoch durch Anrufen, Beklopfen oder andere Aktivierung jederzeit erweckt und zu bestimmten Reaktionen veranlaßt werden.
- Sopor: der Patient ist in einem schlafähnlichen Zustand, aus dem er durch starke Stimuli wie Schmerzreize erweckt werden kann, jedoch meist nicht zur vollen Aktivität.
- Koma: unerweckbare Bewußtlosigkeit.“ (Gobiet/Gobiet, 1999, 34)

„Klinische Merkmale der Bewußtseinstörung sind:

- Verlangsamung aller psychischen und motorischen Abläufe.
- Einschränkung der Fähigkeit zu verbaler, mimischer und gestischer Kommunikation.
- Verminderte Fähigkeit, zwischen Reizalternativen zu entscheiden.
- Störung der zeitlich kalendarischen, örtlich geographischen, situativen und Personalorientierung.
- Verminderte Beachtung und verzögerte Reaktion auf externe Reize.
- Abnahme der Personal- und Körperkontrolle.
- Reduktion intellektueller/kognitiver Fähigkeiten.“ (Gobiet/Gobiet, 1999, 34)

Dazu kommen im psychischen Bereich:

- Veränderter Affekt: labile widersprüchliche Gefühle, ängstlich erregte Hilf- und Ratlosigkeit aber auch apathische Teilnahmslosigkeit.
- Vermehrte Suggestivität: Gedanken, Gefühle und Motivationen sind leicht zu beeinflussen.
- Veränderte Zeitwahrnehmung: die Zeit läuft scheinbar zu schnell oder zu langsam ab.
- Gesteigerte Ablenkbarkeit: bis zur Schreckhaftigkeit gesteigerte Reaktionen auf schwache Reize (vgl. Gobiet/Gobiet, 1999, 35),

6. Psychische Ebene

„Aufgrund des meist völlig überraschenden Krankheitsbeginns haben neurologische Erkrankungen – ob mit oder ohne Hirnläsion – in vielen Fällen traumatischen Charakter.“ (Jochims, 1992a, 129) Schwerwiegende Hirnläsionen können darüber hinaus den Zusammenbruch sämtlicher Ich-Funktionen bedeuten, wodurch in vielen Fällen eine neue Identität aufgebaut werden muss (vgl. Sacks, 1989, zit. in Jochims, 1992a, 129).

So zählen zu den häufigsten psychischen Problemstellungen:

- Minderwertigkeitsgefühle durch die Vermittlung von „du kannst nicht“, „du bist nicht fähig“.
- Eine schwere Kränkung und Demütigung des Ichs, hervorgerufen durch die Hilfsbedürftigkeit, Abhängigkeit und Fremdbestimmung.
- „Der Zusammenbruch des Selbst, einschließlich des Selbstwertgefühls, kann sich in resignierendem Rückzug in die Isolation (Mutismus), in schwere Antriebslosigkeit o-

der auch in Durchbrüchen destruktiver Impulse als Folge vehementer narzißtischer Kränkung äußern.“ (Jochims, 1991, zit. nach Jochims, 1992a, 130)

- Als häufigste Störung nennt Prosiegel die „depressive Anpassungsstörung“ (vgl. Prosiegel, 1988, zit. in Jochims, 1992a, 130).
- Angst vor der Umwelt, vor Kontakt kann zu einer emotionalen Kommunikationsstörung führen. Hier können bereits Vergleiche zu autistischen Kindern gezogen werden (vgl. Gadomski/Jochims, 1986, 106).
- Weiters können emotionales „Verhungern“, Hospitalismus, sensorische Deprivation, Stress, körperlicher und psychischer Verfall, erlernte Hilflosigkeit, Sinnverlust und letztendlich Krankheit und Tod die Folgen sein (vgl. Zieger, 1999, 24).

Ressourcen

Durch das lange Zeit vertretene defektmedizinische, diskriminierende Verständnis⁴ von minimally responsive Patienten blieben die noch vorhandenen Ressourcen oft im Verborgenen.

Heute wird versucht, den Zustand des Patienten und sein Dasein als Ausgangspunkt zu musiktherapeutischem Handeln zu betrachten (vgl. Gustorff/Hannich, 2000, 42).

Es gilt die vorhandenen Fähigkeiten wahrzunehmen, genau zu beobachten und zu schätzen.

Hierzu zählt auch ein neues Verständnis von Reflexen, wodurch das mechanistische Reflexkonzept (vegetative Reaktionen, unwillkürliche Bewegungen) durch ein tätigkeits-theoretisches Verständnis (Subjekt → Tätigkeit → Objekt) ersetzt wird. Der Patient befindet sich in (s)einem Austauschprozess mit der Umwelt, wonach ein Reflex als reaktive Tätigkeit und Fähigkeit anzusehen ist.

Je nach Bewusstseinslage kommt es zu unterschiedlichen Reaktionen bzw. Tätigkeitsniveaus, welche innerhalb des Wiener Vigilanz Score (WVS) beschrieben und zu einem Summenscore zusammengefasst werden (vgl. Berger, 2001, 130 f.).

Der WVS ist ebenfalls ein Beleg für das Umdenken im Umgang mit Menschen nach schweren Schädel-Hirnverletzungen, im Koma oder Wachkoma:

⁴ Siehe Kapitel 1.1.3

WIENER VIGILANZ SCORE (vgl. Berger, 2001, 131)

Beobachtbare Tätigkeitsform		PUNKTEWERT
Orientierungsreaktion	Keine	0
	Auf vertraute Reize	1
	Auf nicht vertraute Reize	2
Orientierungstätigkeit	Keine	0
	Auf vertraute Reize	1
	Auf nicht vertraute Reize	2
Willküraktivität – gegenstandsbezogen	Keine	0
	Gelegentlich	1
	Mehrmals täglich	2
Willküraktivität – personenbezogen	Keine	0
	Gelegentlich	1
	Mehrmals täglich	2
Dauer d. Willküraktivität	< 30 Minuten	1
	> 30 Minuten	2

Abbildung 3: Wiener Vigilanz Score

Erläuterungen:

Orientierungsreaktion: Jeder neue oder bedeutsame Reiz löst einen Orientierungsreflex aus, der sich in einer Reihe von Veränderungen physiologischer Parameter ausdrückt (veränderte/r Herzfrequenz, Puls, Atmung, Hautwiderstand; beobachtbar z. B. mittels Biofeedback, EEG).

Orientierungstätigkeit: Aktive Aufmerksamkeit begleitet von Stabilisierung der vegetativen Funktionen (oft gekennzeichnet durch Hin- und Herbewegen der Augen, gesteigerte motorische Aktivität, Anspannung in Form von „ich bin gespannt“ – nicht im Sinne einer Verspannung/Verkrampfung gemeint!).

Willküraktivität: willentliche Bewegungen, die über Bewegungsvorstellungen und Bewegungsplanung organisiert werden; schließt Antizipation der Bewegungsrichtung und eliminierende Auswahl von Bewegungsvorstellungen ein (zurückziehen von Körperteilen bei unangenehmer/beängstigender Berührung oder zuwenden; lautieren).

Die Beurteilung des WVS erfolgt bis zur stabilen Erreichung des 10-Punkte-Wertes 1 x pro Woche in einem kollektiven Prozess aller mit der Betreuung des Patienten befassten Personen.

Liegt der Wert unter 10 Punkten wird der Patient als minimally responsive Patient eingestuft.

Voraussetzung für diese Tätigkeitsformen ist die Sinneswahrnehmung, die im Bereich des Hörens, des Fühlens (taktil/propriozeptiv) und des Empfindens (emotionale Ebene) gegeben ist. (Die visuelle Wahrnehmung lasse ich hier aus, da sie sehr oft nicht vorhanden ist; ebenso gehe ich auf die Geruchs- und Geschmacksempfindung nicht ein, da sie in der musiktherapeutischen Arbeit keine wesentliche Rolle spielen.) Das bedeutet, dass diese

drei Sinneswahrnehmungen vor allem für die Musiktherapie als wichtige Ressourcen angesehen werden können.

Vermutlich sind diese Sinneswahrnehmungen nicht gleichzusetzen mit jenen eines gesunden Menschen, doch entscheidend ist, dass diese Sinneskanäle offen sind bzw. geöffnet werden und Reize aufnehmen können.

Neben diesen drei Formen der Wahrnehmung zählen zu den weiteren Ressourcen eines minimally responsive Patienten:

- vegetative Funktionen wie Atmung, Herzschlag, Puls
- eventuell lautieren
- angedeutete Bewegungen

Sie spielen in der musiktherapeutischen Arbeit in diesem Bereich eine ebenfalls sehr wichtige Rolle, worauf im Laufe der Arbeit noch näher eingegangen wird.

An dieser Stelle soll der Blick auf die drei oben genannten Wahrnehmungen, das Hören, das Fühlen und das Empfinden, gerichtet werden, da sie zusätzlich eine wichtige Indikationsstelle für die Musiktherapie liefern.

Das Hören

Aus der Embryonalforschung weiß man, dass das Hörorgan (Cortisches Organ) ab der 18. Schwangerschaftswoche voll reaktionsfähig ist, sodass Hörwahrnehmung anatomisch ab diesem Zeitpunkt möglich ist. Die ersten Reaktionen (Blinzelreaktionen) auf akustische Reize konnten bereits zwischen der 24. und 25. Woche beobachtet werden, wodurch die Hörwahrnehmung zu den ersten Sinneswahrnehmungen des Menschen zählt (vgl. Nöcker-Ribaupierre, 1996, 131 f.).

Eine weitere Besonderheit der akustischen Wahrnehmung ist jene, dass hirnpfysiologisch gesehen die Verarbeitung von akustischen (musikalischen) Reizen die intensivste Tätigkeit im Vergleich zum Umsetzen anderer Reize ist.

Unsere Hörzellen im Hirn reagieren bereits auf Reize von außen, deren Energiemenge 10 Millionen Mal kleiner ist als diejenige Reiz-Energie-Menge, die für die Wahrnehmung einer Berührung über die Haut notwendig ist. „Musik ‚be-rührt‘, so gesehen, unvergleichlich früher als jeder andere Reiz.“ (Decker-Voigt, 2000, 41)

Diese Über-Empfindlichkeit des Ohres liegt darin begründet, dass in den Urzeiten der Menschheit, als diese noch mit lebensbedrohlicher Rivalität durch Wildtiere rechnen musste, das Ohr derjenige Sinneskanal war, der auch im Schlafzustand als Warnsinn zu funktionieren hatte, wollte man überleben (vgl. Decker-Voigt, 2000, 41).

In die Besonderheiten und Unterschiede der visuellen und der auditiven Wahrnehmung in physiologischer, philosophischer und anthropologischer Hinsicht gibt uns vor allem Joachim-Ernst Berendt in seinem Buch „Das Dritte Ohr“ (vgl. Berendt, 1988) einen sehr umfangreichen und lebendigen Einblick. Zitate daraus, wie „Höre, so wird deine Seele leben!“ (Jesaja 20, 2–4) oder „Das Auge führt den Menschen in die Welt, das Ohr führt die Welt in den Menschen“ (Oken, o. J., zit. nach Berendt, 1988) haben wir alle wahrscheinlich schon einmal gehört.

Für die musiktherapeutische Arbeit von wesentlicherer Bedeutung ist jedoch die Tatsache, dass das Hören vergleichsweise stärker auf unseren „emotionalen Haushalt“ einwirkt

als z. B. das Sehen. Dies liegt darin begründet, dass das auditive System im Gegensatz zu den anderen sensorischen Systemen im Colliculus inferior ein erstes Integrationszentrum besitzt, welches mit den motorischen und prämotorischen Zentren und über den Thalamus mit dem limbischen System in Verbindung steht. Diese Verbindung mit dem evolutionärsbiologisch alten limbischen System, welchem das corticale System nachgeschaltet ist, bedeutet, dass der Einfluss des Colliculus inferior auf das limbische System weitgehend unabhängig von der corticalen Verarbeitung ist (vgl. Nöcker-Ribaupierre, 1996, 132).

„So dürfte, nach den derzeitigen Forschungen (Grothe), ein direkter, vom Cortex unabhängiger Weg der akustischen Beeinflussung nicht nur vegetativer, sondern auch emotionaler und motivationaler Verhaltensweisen bestehen, die auch bei schweren Beeinträchtigungen des Cortex erhalten bleibt oder, ebenso wie in der Phylogenese, auch in der Ontogenese dann schon funktionsfähig ist, wenn der Cortex noch nicht voll entwickelt ist.“ (Nöcker-Ribaupierre, 1996, 132)

Aus diesem Punkt heraus schließt sich die Indikationsstellung für die Musiktherapie in jenen Bereichen, die der Sprache nicht zugänglich sind, wie es in der Arbeit mit minimal responsive Patienten der Fall ist.

Abschließend möchte ich anführen, dass das Hören eng im Zusammenhang mit der psychischen Entwicklung steht. Da das Kind die Fähigkeit besitzt, schon lange vor der Geburt akustische Reize wahrzunehmen, zu speichern, zu erinnern und postnatal von unbekanntem Erinnerungsspuren zu unterscheiden, liegen die Anfänge psychischer Erinnerungsspuren in der intrauterinen rhythmisch-klanglichen Zeit. „Die emotionale Qualität der intrauterinen Kommunikation, die wesentlich über die Stimme der Mutter stattfindet, spielt eine wichtige Rolle in der Entwicklung intrapsychischer Repräsentanzen zum Entstehen von Bindung.“ (Nöcker-Ribaupierre, 1996, 133)⁵

Somit ist das Hören auch ein entscheidender Faktor in der Entstehung von Bindungen/Beziehungen/Beziehungsfähigkeit, woraus sich eine weitere wichtige Indikationsstellung für die Musiktherapie ergibt.

Das Fühlen

Taktile Anregungen sind für die Entwicklung einer gesunden Gefühls- und Liebesbeziehung von großer Bedeutung. Jede Art von kutaner Stimulation nimmt Einfluss auf die Psyche, wodurch man auch von psychokutaner Stimulation sprechen kann (vgl. Takehisa, 1992, 13). Sie ist unentbehrlich für die gesunde körperliche und psychische Entwicklung jedes jungen Lebewesens, ob Mensch oder Tier.

Bereits intrauterin entwickelt sich das Fühlen – die Körperwahrnehmung – des Säuglings durch stetige Stimulation des Fruchtwassers und durch den wachsenden Druck seines Körpers gegen die Wand der Gebärmutter. Zusätzlich erlebt der Fetus akustische Reize nicht nur über das Ohr, sondern auch über die Knochenleitung. „Die Frage, was entwicklungspsychologisch früher rezipiert wird, Klang oder Berührung, ist [jedoch] etwas müßig, da beide Bereiche den ungetrennten Komplex der psychosomatischen Einheit betreffen.“

⁵ Siehe Kapitel 2.4.3

(Loos, 1996, 185) Durch die Nähe des Mutterleibes tritt das Kind mit der Welt in Berührung und damit auch in eine neue Erlebnissphäre, das Erleben des anderen. „Dieser physische Kontakt mit einem anderen Lebewesen ist eine wesentliche Quelle des Behagens, der Sicherheit, der Wärme und der Befähigung, sich neuen Erfahrungen aufzutun.“ (Montagu, 1974, 64)

Während der Geburt sind es dann die Kontraktionen des Uterus, die die Haut des Fetus kräftig stimulieren, wodurch die Funktionen der verschiedenen Organe angeregt werden und ein postnatales Überleben aus physischer Sicht erst möglich wird (vgl. Montagu, 1974, 36).

Nach der Geburt übernehmen Mutter und Vater und später auch andere Bezugspersonen die psychokutane Stimulation. Vor allem in der Mutter-Kind-Beziehung erfährt das Kind durch Liebkosungen, Umarmungen und das Stillen Gefühle der Wärme, Zuwendung und Befriedigung – Qualitäten, die es bereits in der intrauterinen Welt erfahren hat und die eben sehr wesentlich für die Entwicklung und für das Wachstum des Menschen sind.

Somit wird die Körperwahrnehmung, die – wie das Hören – den Menschen von Anbeginn seines Lebens begleitet, zu einer sehr wichtigen Voraussetzung, um sich zu entwickeln. Dies bedeutet weiters, dass psychokutane Stimulation für den Menschen ein lebenswichtiges Reizangebot ist.

Werfen wir nun in diesem Zusammenhang einen Blick auf die Musiktherapie: „Musiktherapie ist undenkbar ohne Einbeziehung des Körpers. Es gibt keine Musik, die nicht von, mit, durch ihn zum Klingen kommt. Körper ist, wie Musik auch, wie Leben überhaupt: Schwingung, Bewegung, Rhythmus, Herzschlag, Klang, Atem“ (Loos, 1996, 185).

„Die Macht der Musik mit ihrem Rhythmus und ihrer wechselnden Intensität der Töne hängt zum großen Teil davon ab, dass sie einen auditiven Ersatz für primär taktiles Erleben [...] bildet.“ (Lawrence, o. J., zit. nach Montagu, 1996, 107)

Musik und Körper stehen also in enger Verbindung, mit Musikinstrumenten können taktile Angebote gemacht werden, Vibrationen werden spürbar, rhythmisches Bewegen zur Musik kann stattfinden usw. Dies bedeutet, dass die Musiktherapie auch auf der Ebene des Fühlens einen wichtigen Beitrag leisten kann.

Das Empfinden

Wenn ich hier vom Empfinden spreche, meine ich das Empfinden von Gefühlen. Das Erleben von Musik steht stets in einem engen Zusammenhang mit Gefühlen:

„Musik ist ihrem Wesen nach eine emotionale Erfahrung und kann so weit variiert in ihrem Inhalt sein wie menschliche Emotionen selbst. [...] Das emotionale Leben eines [Menschen] wird durch Musik direkt erreicht.“ (Nordoff/Robbins, 1975, 46)

Minimally responsive Patienten befinden sich auf einer Stufe sehr früher Wahrnehmungs- und Empfindungsformen. So wie ein Säugling lassen sich auch beim minimally responsive Patienten so genannte „Vitalitätsaffekte“ beobachten, „worunter [Daniel N.] Stern die Art des Erlebens beschreibt, das aus der unmittelbaren Begegnung mit Menschen hervorgeht“ (Schumacher, 2000, 21). Vitalitätsaffekte beschreiben im Unterschied zu den Darwin'schen kategorialen Affekten (wie Wut, Trauer, Zorn) Erlebniseigenschaften, dynamische Attribute und vitale Tönungen, wie explosiv, brausend, abklingend, flüchtig, die den

Affekten zukommen können. „Es wird weniger der spezifische Gefühlsinhalt als vielmehr eine Art des Fühlens wahrgenommen.“ (Harrer, 1997, 103)

Als „Sprache der Gefühle“ spiegelt nun Musik – mittels der Komponenten Klang, Rhythmus, Melodie, Dynamik und Form – vor allem Vitalitätsaffekte wider. Diese Komponenten ermöglichen mit ihrer Symbolkraft Gefühle und Befindlichkeiten zu vermitteln.

Diese frühe Wahrnehmungsfähigkeit von Vitalitätsaffekten beim Säugling, die auch beim minimally responsive Patienten vorhanden ist, bleibt ein Leben lang erhalten und trägt entscheidend zur Entwicklung eines Selbstempfindens bei.

„Indem nun Musik mit [...] ihren stark ausgeprägten emotionalen Anteilen diese frühest erworbenen Fähigkeiten so direkt anspricht, fördert sie damit auf ganz basaler Ebene den Eigenkontakt [die Kontaktfähigkeit und die Beziehungsfähigkeit]“ (Harrer, 1997, 104), womit die Indikation für Musiktherapie auch an dieser Stelle ersichtlich wird.

2 FÜNF GRUNDSÄULEN

2.1 EINLEITUNG

Ausgehend von meiner Fallgeschichte, die ich in Kapitel 3 darstellen möchte, habe ich fünf Grundsäulen definiert, die diese Fallgeschichte im Speziellen und die musiktherapeutische Arbeit mit minimally responsive Patienten im Generellen tragen sollen.

Sie sollen ein grundlegendes Verständnis für die spezifische musiktherapeutische Arbeitsweise schaffen und uns somit den Zugang zur Fallgeschichte und der darauf folgenden Fallanalyse erleichtern.

Die fünf Säulen sind: das Menschenbild, die Beziehung, die Musik, die therapeutische Haltung und musiktherapeutische Arbeitsweisen.

2.2 DAS MENSCHENBILD

Wozu braucht der Mensch Beziehung?

In der Auseinandersetzung mit dem Thema Beziehung und Beziehungsaufbau stieß ich zu allererst auf diese Frage, welche mich in die Philosophie führte.

Fündig wurde ich bei Martin Buber, dem Begründer des dialogischen Prinzips, der zu Beginn des letzten Jahrhunderts eine fundamentale Weisheit formulierte: „Der Mensch wird am Du zum Ich.“ (Buber, 1984, 32)

„Das, was mich als Person ausmacht, entfaltet sich dadurch, daß ich immer wieder mit anderen in Beziehung trete. [...] Um ich selbst sein zu können, bin ich existentiell auf ein Gegenüber angewiesen, das seinerseits bereit ist, sich auf mich einzulassen; erst so wird eine Beziehung möglich, in der ich mich (und auch der andere sich) verwirklichen kann.“ (Stammeler, 1993, 25)

„[Schon] die lateinischen Worte ‚persono‘ und ‚resono‘ (beide bedeuten: widerhallen und ertönen gleichermaßen) legen ihrem Wortsinn nahe, daß ein Mensch zur Person nur werden kann, wenn er Resonanz ausgelöst und empfunden hat.“ (Nitzschke, 1984, 174)

Ein lebendiges System, verstanden als sich selbst organisierende Einheit, besitzt nicht die Fähigkeit, sich allein aus sich selbst heraus zu organisieren. Dies wird nur möglich im Austausch mit der Umwelt.

Für Buber ist Mitmenschlichkeit nicht nur eine existentielle Qualität des Daseins, der Mensch „wird“ überhaupt erst in der konkreten menschlichen Begegnung – Mensch wird man durch den Mitmenschen, wobei für Buber das „Zwischen“ einen Schlüsselbegriff darstellt:

„Die eigentliche Wirklichkeit liegt zwischen mir und dir. Sie ist das Zwischen, der Geist, der Logos, [...] die Liebe [oder die Musik]. Die Herkunft von Ich und Du liegt im Zwischen. Aus diesem Zwischen der Begegnung gehen Ich und Du hervor.“ (Willi, 1989, 67)

Ich und Du sind nicht verschmolzen, es ist nicht das eine aktiv, um zu erobern und zu beherrschen, und das andere passiv, um sich zu fügen und anzupassen. Vielmehr stehen

sich Ich und Du einander gegenüber. Es gibt weder eine Zentrierung auf das Ich noch auf das Du, sondern „die Zentrierung liegt im Dazwischen, in dem Bereich, in dem Ich und Du sich ereignen können“ (Willi, 1989, 67).

Als dialogische Grundbewegung nennt Buber die „Hinwendung“, in der sich mindestens zwei Menschen gegenseitig zu ihrem Gegenüber machen. Diese Hinwendung ist Grundvoraussetzung jedes persönlichen Kontakts. Bezogenheit zwischen Ich und Du entsteht aber erst dann, wenn die Hinwendung Gegenseitigkeit (Mutualität) erfährt.

So ereignet sich für Buber alles wirkliche Leben in der Begegnung zwischen Ich und Du. „Das Ich entwickelt sich in der Teilhabe an mitmenschlichen Beziehungen“ (Willi, 1989, 67), wo es die notwendige Bestätigung seiner eigenen Existenz erfährt (vgl. Schwab, 1987, 58).

Dieses dialogische Denken sehe ich als hilfreiche Grundlage für die Arbeit mit minimally responsive Patienten. Menschliche Beziehung, Kommunikation und soziale Dialoge werden als lebenswichtige Bedürfnisse des Menschen angesehen – dies gilt auch für einen minimally responsive Patienten, denn:

„Solange der Patient mit seinen Sinnen und seinem Atem mit der Welt in Korrespondenz steht – d. h. aber letztlich solange er lebt – ist er bezogen und sich Beziehender, selbst wenn dieses Faktum nur noch schwach sein sollte.“ (Petzold, 1987, 243)

Minimally responsive Patienten werden durch den Unfall plötzlich aus ihren gesamten persönlichen und sozialen Beziehungen gerissen. Sie werden vom sozialen Dialog getrennt, wodurch sie schwere Attacken bis auf den Kern ihrer Integrität erleiden, was mit lähmendem Entsetzen, Angst, Schrecken, Schmerzen und höchstem Stress einhergeht. Äußere und innere isolierende Bedingungen werden durch das traumatische Erlebnis in Gang gebracht, die eine extreme Abschließung des Ich vom Du erzwingen (vgl. Zieger, 1996, 272 f.).

Wird diesen Menschen zusätzlich Kommunikation und Anerkennung verwehrt, stellt sich „emotionales Verhungern“ ein. Hospitalismus, sensorische Deprivation, Stress, körperlicher und psychischer Verfall, erlernte Hilflosigkeit, Sinnverlust und letztendlich Krankheit und Tod können, wie bereits in Kapitel 1 erwähnt wurde, die Folgen sein (vgl. Zieger, 1999, 24).

Diese gravierenden Folgen wurden schon von René Spitz dargelegt, der Säuglinge beobachtete, die in einem Säuglingsheim unter guten Bedingungen hinsichtlich Hygiene und Ernährung aufgewachsen sind, jedoch weder Spielzeug noch Kontakt zur Umwelt hatten (vgl. Berger/Straka, 1995, 14 f.).

Derartige Deprivationsbedingungen beeinträchtigten die gesamte Entwicklung eines Säuglings:

„Es traten Rückstände in der körperlichen Entwicklung insgesamt sowie in der Bewegungs- und Wahrnehmungsentwicklung auf, ein überdurchschnittlich hoher Prozentsatz dieser Kinder verstarb frühzeitig. Aus diesen Tatsachen ist die Schlußfolgerung abzuleiten, daß Deprivation auf der sozialen [und emotionalen] Ebene auch Auswirkungen auf der biologischen Ebene hat.“ (Berger/Straka, 1995, 14 f.)

Dialog und Kommunikation innerhalb zwischenmenschlicher Beziehungen sind demnach Nahrung, die der Mensch als Resonanz benötigt, um zu wachsen.

2.3 DIE BEZIEHUNG

2.3.1 Definitionsversuche

Bisher habe ich mich eingehend mit der Thematik beschäftigt, wieso der Mensch Beziehung braucht, doch steht es noch aus den Begriff „Beziehung“ zu definieren.

„Beziehung braucht Zeit. Sie ist das Ergebnis von Kontakt und Begegnung. Beziehung muß – je länger sie andauert – gestaltet werden. In jeder neuen Situation gestaltet sie sich nach den Nähe-Distanz-Bedürfnissen der beteiligten Personen. Solange Beziehung besteht, hört diese Art des Gestaltens nicht auf.“ (Schumacher, 1994, 6)

Innerhalb dieser Definition von Karin Schumacher begegnen uns zwei weitere Begriffe, die es in diesem Zusammenhang ebenfalls zu definieren gilt: der „Kontakt“ und die „Begegnung“.

Kontakt: „meint eine Reaktion, die das ‚Gewahrwerden‘ eines Reizes erkennen läßt. Kontakt (con-tact, lat. gemeinsames Berühren) bedeutet den Beginn einer Wahrnehmung. Kontakt bedeutet den Moment der Reaktion, wobei noch offen ist, ob [...] die Chance einer möglichen Beziehung [genutzt wird]“ (Schumacher, 1994, 6).

Frederick S. Perls benutzt das Wort Kontakt – in Berührung sein mit – als Grundbegriff für die sinnliche Wahrnehmung als auch für das motorische Verhalten. Es umfasst für ihn jedes In-Beziehung-Treten des Menschen mit der Umwelt: „Kontakt ist Wahrnehmung des Feldes oder Bewegungsreaktion innerhalb des Feldes.“ (Perls, 1979, zit. nach Staemmler, 1993, 55)

Begegnung: der Begriff Begegnung wurde schon innerhalb der dialogischen Philosophie angesprochen, wo sich für Buber alles wirkliche Leben in der Begegnung zwischen Ich und Du ereignet.⁶ Begegnung ist also wirkliches Leben. „Begegnung ist ein Glücksmoment, nicht planbar und von kurzer Dauer mit umso intensiverer Langzeitwirkung. Die menschliche Begegnung meint den Augenblick, in dem sich zwei Menschen treffen und sich [...] füreinander öffnen.“ (Schumacher, 1994, 6) „In und durch Begegnung erkennen sich zwei Menschen gegenseitig, und sie beginnen, sich gegenseitig zu erschließen.“ (Bernhard-Hegglin, 1999, 46) So kann die Begegnung auch als dialogisches Erkenntnisprinzip, „ein Erkennen und Erkannt-Werden im intersubjektiven Geschehen“ (Bernhard-Hegglin, 1999, 46) gesehen werden.

Beziehung als das tragende kontinuierliche Element, das Menschen verbindet, ist also auf Kontakt und vor allem Begegnung angewiesen.

⁶ Siehe Kapitel 2.2

„Nur durch immer neue Begegnung bleibt Beziehung lebendig, nur wenn sie offen ist dem Neuen, dem Unerwarteten, kann Beziehung sich erneuern. Dann ist es möglich, den Anderen, den schon längst Erkannten, neu zu entdecken, neu zu lieben. [...] Heilende Beziehung ist immer wieder heilende Neu-Begegnung.“ (Bernhard-Hegglin, 1999, 48)

Ein weiterer Aspekt der Beziehung ist die „Übertragung“, die auch im therapeutischen Kontext eine zentrale Rolle spielt. So schreibt Alice Bernhard-Hegglin, dass in jeder Begegnung, auch außerhalb von Therapien, Übertragung geschieht. „Wir tragen immer frühere Beziehungserfahrungen in eine neue Beziehung hinein. Beziehungserwartung, Beziehungsoffenheit und Beziehungsgestaltung sind wesentlich von diesen früheren Erfahrungen abhängig.“ (Bernhard-Hegglin, 1999, 48)

Die Übertragung als psychoanalytisch geprägter Begriff bezeichnet den Vorgang,

„wodurch die unbewußten Wünsche [des Patienten] an bestimmten Objekten im Rahmen eines Beziehungstypus, der sich mit diesen Objekten ergeben hat, aktualisiert werden. Es handelt sich dabei um die Wiederholung infantiler Muster, die mit einem besonderen Gefühl von Aktualität erlebt werden“ (Schuster/Springer-Kremser, 1998, 128).

Vergleichend dazu wird die Gesamtheit der unbewussten Reaktionen des Therapeuten auf den Patienten und ganz besonders dessen Übertragung unter dem Begriff der „Gegenübertragung“ zusammengefasst (vgl. Schuster/Springer-Kremser, 1998, 128).

Neben dieser Begriffsbestimmung der Gegenübertragung aus der Psychoanalyse, sehe ich für meine Arbeit die Definition aus der Integrativen Therapie von Hilarion Petzold und Gabriele Ramin von großer Bedeutung: „Unter Gegenübertragung verstehen wir eine bewußtseinsfähige Resonanz der TherapeutIn auf das, was ihr die KlientIn entgegenbringt, eine empathische Reaktion.“ (Petzold/Ramin, o. J., zit. nach Rahm, 1993, 361)

Diese Definition erachte ich als wichtig, da in der Arbeit mit minimally responsive Patienten, die sich nur non-verbal mitteilen können, die Gegenübertragung nicht nur eine Reaktion auf unbewusste Wünsche des Patienten ist, sondern auch mögliche bewusste oder vorbewusste Inhalte mittels der Gegenübertragung erspürt werden können. Vor allem aber ist es die bewußtseinsfähige Resonanz, die mich in dieser Definition anspricht, da sie sich davon entfernt, die Gegenübertragung als unbewusste Reaktion des Therapeuten zu erachten. Auch ich glaube, dass die Arbeit mit der Gegenübertragung die Chance bietet, dem Patienten eine Resonanz auf seine Gefühle und Wünsche zu geben, wodurch eine Bewusstwerdung dieser möglich ist. In der musiktherapeutischen Arbeit findet sich hierzu die Methodik der Echo-Gegenübertragung.⁷

2.3.2 Rahmenbedingungen zur Bildung eines Beziehungsprozesses

Jürg Willi beschreibt in seinem Buch *Ko-Evolution – Die Kunst gemeinsamen Wachsens* fünf Rahmenbedingungen und Voraussetzungen zur Bildung eines Beziehungsprozesses, welche wären:

1. Zeitliche und örtliche Rahmenbedingung, in denen ein Gespräch stattfinden kann.

⁷ Siehe Kapitel 4.4.4

- „Sie bildet quasi das Biotop, welches Interaktion ermöglicht.“ (Willi, 1989, 218)
2. Bereiche gemeinsamer Ansprechbarkeit zwischen den Beziehungspersonen müssen vorliegen.

„Vor dem Beginn der verbalen Interaktion erfolgt ein averbales Abtasten der grundsätzlichen Gesprächsbereitschaft.“ (Willi, 1989, 219) (z. B. durch Blickkontakt; Beginn eines Gesprächs ist oft die gemeinsame Betroffenheit – z. B. über das Wetter)
 3. Eine gemeinsame Sprache, um miteinander kommunizieren zu können.

„Ohne diese wären ein Gedankenaustausch und eine differenzierte Begegnung nicht möglich. [...] Sprache ermöglicht die Formulierung gemeinsamen Bewusstseins.“ (Willi, 1989, 220)
 4. Die Etablierung eines gemeinsamen Themas durch die gemeinsame Sprache.

Diese Bedingung ist abhängig davon, in welchem Maße sich die ersten drei Bedingungen als erfüllt erweisen. „Immer wird das Gespräch auf jene Bereiche beschränkt bleiben, in denen eine gemeinsame Ansprechbarkeit vorliegt. Dies ist vergleichbar mit dem Ausspruch des Pythagoras: „*simila similibus comprehendit*“ (Pythagoras, o. J., zit. nach Willi, 1989, 220) – Ähnliches kann nur von Ähnlichem erfasst werden.
 5. Eignung des Themas zur dialektischen Ausdifferenzierung.

Diese Rahmenbedingungen wurden von Schumacher für die musiktherapeutische Arbeit mit autistischen Kindern adaptiert, was ich auch als relevant für diese Arbeit erachte, da beim minimally responsive Patienten gleich wie beim autistischen Kind die Musik als nichtsprachliches Mittel zur Verständigung verwendet wird.

- „1. die Therapiestunden und der Therapieraum bieten den zeitlichen und räumlichen Rahmen
2. das Aufspüren eines geöffneten Sinneskanals führt zur gemeinsamen Ansprechbarkeit
3. der musikalische (körperliche, stimmliche, instrumentale) Ausdruck bietet eine gemeinsame Sprache, aus der sich
4. ein gemeinsames Spiel entwickeln kann, das sich dann
5. zur Wiederholung und Weiterentwicklung eignet.“ (Schumacher, 1994, 8)

„Beim Eingehen einer Beziehung kommt es zu einer gegenseitigen Resonanz jener Saiten, welche die Schwingungen aufweisen und deren Klänge nun beginnen, sich gegenseitig aufzuschaukeln.“ (Willi, 1998, 222)

„Der Therapeut fordert durch immer wieder leichte Abweichung seines einfühlsamen Vorgehens das Kind [den minimally responsive Patienten] zur Erhaltung der Korrespondenz heraus. Durch Umspielen und Variieren des vom Kind angebotenen Materials etabliert er ein Thema, eine Spielform, die sich zur ‚dialektischen Ausdifferenzierung‘ und damit als Übungsfeld ‚gemeinsamen Wachsens‘ eignet. Auch das Kind berührt den Therapeuten in seiner Ansprechbarkeit mit seinen Rückmeldungen und fordert ihn mit seinen abweichenden Schwingungen heraus.“ (Willi, o. J., zit. nach Schumacher, 1994, 8)

Beziehung muss also gestaltet werden, um ein gemeinsames Wachsen zu ermöglichen. Sie basiert nicht auf einem einfachen, zweidimensionalen Reiz-Reaktionsschema, sondern nimmt durch die ständige dialektische Ausdifferenzierung an Komplexität zu. Die folgende Abbildung von Adriano Milani-Comparetti soll den Unterschied zwischen diesen beiden Ebenen verdeutlichen (vgl. Zieger, 1993, 484).

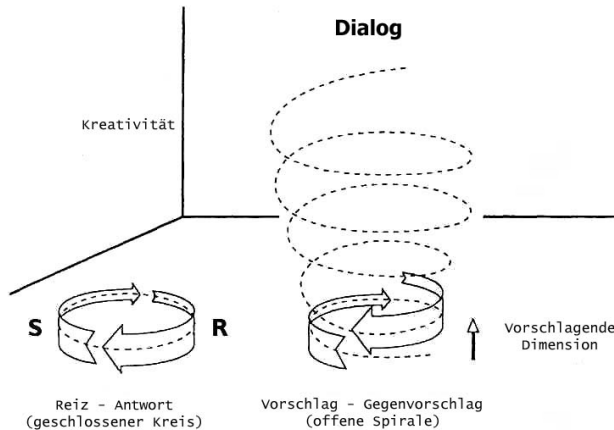


Abbildung 4: Dialogspirale

Hier wird ersichtlich, dass, während im ersten Fall eine Ebene nicht verlassen wird, es im dialogischen Prozess zu einer spiralförmigen (Aufwärts-)Bewegung kommt, wobei die nach oben treibende Komponente (y-Achse) als „Kreativität“ bezeichnet wird. „Die Richtung der Entwicklung entsteht aus dem Zusammenwirken beider Dialogpartner [Spielpartner] und zwar durch ein wechselseitiges Anbieten von Vorschlag und Gegenvorschlag, wobei jeder Gegenvorschlag den vorangegangenen Vorschlag zum Ausgangspunkt hat und umgekehrt.“ (Schrank, 1997, 15)

Diese Wechselwirkung ist ein wesentliches Merkmal zwischenmenschlicher Kommunikation, die, um es mit einer kommunikationswissenschaftlichen Ausdrucksweise zu formulieren, besagt, dass eine Person A auf eine Person B eine Wirkung ausübt, jedoch nicht außer Acht gelassen werden darf, dass das was B tut immer auf A zurückwirkt und dessen nächsten "Zug" beeinflusst, „und daß beide dabei weitgehend von dem Kontext, in dem ihre Wechselbeziehung abläuft, beeinflusst sind und ihn ihrerseits beeinflussen“ (Watzlawick, 2000, 37).

Hier begegnet uns also ein Austauschprozess, in dem ständig Anteile des anderen integriert werden, und jede Integration führt zu einer Neudeutung und Ausweitung des eigenen Selbstseins. „In einem solchen Begegnungskonzept wird die Dynamik der Veränderung und des Wachstums in besonderer Weise hervorgehoben.“ (Bernhard-Hegglin, 1999, 47)

Wir begeben uns von einem Seinszustand in den anderen, wobei „[der] Begriff des ‚Seins‘ [...] eine Dimension des ‚Werdens‘ [enthält], die für uns der Entwicklung des Lebens selbst zugrunde liegt.“ (Lewis, 1999, 93)

Können nun alle Rahmenbedingungen zur Bildung eines Beziehungsprozesses erfüllt werden, befinden sich die zwei jeweiligen Gesprächspartner/Spielpartner, hier Therapeut und Patient, in einem, wie Zieger es nennt, „Dialogfeld“, welches auch als „Beziehungsfeld“ bezeichnet werden kann.

2.3.3 Das Dialogfeld

Das Dialogfeld bezeichnet den „Zwischenbereich von zwei in der fließenden Gegenwart zeitlichen und seelisch geistig verbunden Menschen“ (Zieger, 1993, 483). Auch hier soll uns eine Abbildung Besagtes veranschaulichen, in welcher bereits die spezielle Situation zwischen Therapeut und minimally responsive Patient dargestellt ist.

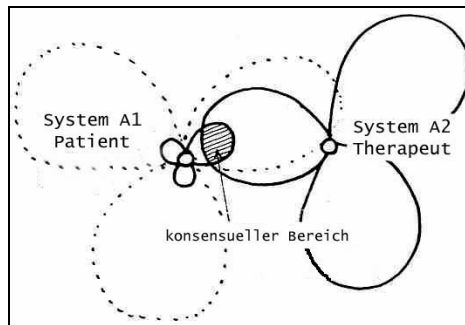


Abbildung 5: Dialogfeld – konsensueller Bereich

Das Kompetenzfeld des Patienten (A) mit dem virtuellen Wirkfeld, über das der Patient vor dem Unfall verfügte, überschneidet sich mit dem Feld des Therapeuten (B). In einem gewissen Bereich sind sie in „resonanzartiger, konsensueller Übereinstimmung und Interaktion. Im Dialog suchen und bestätigen beide Teilnehmer ihre Anteile am Menschen [und] sind beide Menschen auf das gemeinsame Dritte [die Musik] bezogen“ (Zieger, 1993, 483 f).

„Es entsteht ein sog. Übergangs- oder Intermediärraum im Sinne Winnicotts, in dem die Möglichkeit des Anders-Seins erprobt werden kann.“ (Gustorff/Hannich, 2000, 16f) Dies wird dadurch ermöglicht, dass künstlerische Behandlungskonzepte, die bewertungsfrei den Menschen zum schöpferischen Selbstausdruck – unabhängig davon, wie er sich im Einzelfall gestalten vermag – einladen, grundsätzlich am Positiven orientiert sind. „Sie werden getragen von Vertrauen in das prinzipielle Können des anderen.“ (Gustorff/Hannich, 2000, 16) Ohne Druck der äußeren Realität und ohne In-Fragestellung seiner Person wird dem Patienten in diesem Übergangsraum die Möglichkeit geboten sich zu entfalten.

„Der Ausflug in den Übergangsraum bedeutet im besten Falle nicht nur Erholung und Erbauung. Vielmehr kann das Pendeln im Sinne eines Grenzverkehrs zwischen dem Raum der äußeren Realbelastung und dem Übergangsraum zu einer dauerhaften innerseelischen Ausdifferenzierung und Bereicherung führen, die auch nach außen wirkt.“ (Gustorff/Hannich, 2000, 17)

2.3.4 Struktur des Beziehungsaufbaus

Wie wir nun wissen, kann eine Beziehung als rückgekoppelter spiralförmiger Prozess angesehen werden, welcher Rahmenbedingungen braucht, um sich innerhalb des Dialogfeldes zwischen zwei Spielenden entwickeln zu können.

Nun stellt sich abschließend die Frage, in welcher Form Beziehung aufgebaut werden kann.

Hierzu möchte ich zwei Modelle darstellen:

- den „Kontaktzyklus“ aus der Gestalttherapie und
- das „Kontaktmodell“ nach Andreas Zieger

„Kontaktzyklus“ der Gestalttherapie

In der Gestalttherapie wird der Kontakt als Prozess angesehen, der in vier Stadien gegliedert werden kann: Vorkontakt, Kontaktnahme, Kontaktvollzug und Nachkontakt (vgl. Harrer, 1997, 85 ff.).

Dieses Konzept des Kontaktzyklus hat in der Gestalttherapie einen sehr hohen Stellenwert, da der Kontakt das Mittel ist, durch das der Mensch wächst und sich verändert, was uns an die dialogische Philosophie erinnern lässt.⁸ „Wenn der Kontakt vibrierend und dynamisch ist, und die Assimilation gründlich geschieht, dann führt dies automatisch zu Veränderungen und Wachstum.“ (Clarkson/Mackewn, 1995, 79)

Was die jeweiligen Kontaktstadien beinhalten, soll im Folgenden kurz beschrieben werden.

Vorkontakt

„Am Beginn eines Kontaktprozesses steht ein Bedürfnis, das spürbar wird durch das Erleben eines Mangels (oder eines Überschusses). Lebenswichtige Bedürfnisse (nach Luft, Nahrung, Wärme, ...) haben stets Priorität, und nur wenn diese primären Bedürfnisse befriedigt sind, kann der Organismus beginnen, subtilere, weniger lebenswichtige Bedürfnisse zu spüren.“ (Harrer, 1997, 85)

Vor allem treten Kontaktprozesse in den Vordergrund, deren Ausgang noch ungewiss ist, was bedeutet, dass auch jene Bedürfnisse motivierender wirken, deren Befriedigung noch nicht mit jener Sicherheit betrieben wird, die auf Erfahrung und Kompetenz beruht. Es sind jene Kontaktprozesse, die wir initiieren, auf die sich im Hier und Jetzt unsere Ängste und Hoffnungen konzentrieren. „In diesen (Grenz-) Situationen lernt der Organismus, und seine Fähigkeiten wachsen.“ (Harrer, 1997, 85)

⁸ Siehe Kapitel 2.2

Eine wichtige Voraussetzung für diesen Vorkontakt, für das Erkennen der im Vordergrund stehenden Bedürfnisse, ist die Bewusstheit (awareness). Dies bedeutet, dass Vorkontakt auch Kontakt zu sich selbst bedeutet. Wer also keinen Kontakt zu sich selbst empfindet, kann nicht in das Stadium des Vorkontaktes gelangen.

Kontaktnahme

Bei der Kontaktnahme wird die Aufmerksamkeit nun nach außen gerichtet, die Umwelt wahrgenommen und die Interesse erregenden Objekte treten in den Vordergrund.

Bei der Nahrungsaufnahme ist dies z. B. das Wahrnehmen der in Frage kommenden Speise, in der Musiktherapie kann es das Wahrnehmen des Instrumentes sein.

Kontaktvollzug

Der Kontaktvollzug ist das Ziel des Kontaktes, in dem ein Zustand gesunder Konfluenz von Organismus und Umwelt entsteht. Die Aufmerksamkeit ist gänzlich auf diese Kontaktsituation gerichtet, in der man im Moment aufgeht, und wo nichts anderes daneben Platz hat (vgl. Harrer, 1997, 86 f.).

Nachkontakt

„Der Nachkontakt ist das Stadium des Nachspürens und Ausklingenlassens. Denn der Organismus braucht Zeit, um Ereignisse in Erfahrungen umzuwandeln.“ (Harrer 1997, 88) Drei Funktionen des Nachkontaktes werden beschrieben: das Einsinkenlassen, das Nachspüren und das Bestätigen.

„Beim Einsinkenlassen hat der Organismus die Zeit, die Kontaktsituation ausklingen zu lassen [...]. Das Nachspüren ist eine passive Aufmerksamkeit, die nach innen gerichtet ist, auf die Veränderung im eigenen Organismus [...]. Das Wechselseitige Bestätigen des Kontaktprozesses [...] ist wichtig für die Realitätsprüfung und -festlegung und für die Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung von Gegenseitigkeitsformen.“ (Harrer, 1997, 88)

„Kontaktmodell“ nach Andreas Zieger

Zieger bietet ebenfalls ein sehr eindrückliches Modell zur Struktur des Beziehungsaufbaus, welches wie der Kontaktzyklus in vier Schritte unterteilt ist: die Hinwendung – die Begrüßung, Annäherung und das Eintreten in den Distanzraum – gemeinsamer Dialog einschließlich Wiederholungen und Modulationen – Abschiednehmen und Auseinandergehen (vgl. Zieger, 1999, 33 f.).

Dieses Modell ist im Gegensatz zum Kontaktzyklus schon spezifischer, da es sich nach Zieger bereits auf die Beziehungsarbeit mit minimally responsive Patienten konzentriert.

Hinwendung

Den Begriff der „Hinwendung“ habe ich schon im Rahmen der dialogischen Philosophie angesprochen. Wie beschrieben ist für Buber die Hinwendung die dialogische Grundbewegung, in der sich mindestens zwei Menschen gegenseitig zu ihrem Gegenüber machen. Sie ist Grundvoraussetzung jedes persönlichen Kontaktes und sie ist der erste Schritt zum Patienten.

„Diese Hinwendung verändert unsere Haltung grundsätzlich: wir erblicken zunächst die ganze Situation und fokussieren dann unseren Blick auf unser Gegenüber.“ (Zieger, 1999, 33)

Begrüßung, Annäherung und Eintreten in den Distanzraum

Die Begrüßung und Annäherung ist nun ein Schritt der körperlichen Bewegung. Mit den Sinnesorganen, vor allem dem Sehen und Hören, versucht der Therapeut den Patienten im Hier und Jetzt wahrzunehmen, was ihm Orientierung verschafft. In Bezug auf den Patienten sollte sich der Therapeut diese Zeit nehmen, um den Patienten sinnlich zu erfassen und sich einzufühlen. Der Begrüßung, meist verbal, folgt die eigentliche Annäherung, eine Bewegung in den Distanzraum des anderen (vgl. Zieger, 1999, 33).

Gemeinsamer Dialog einschließlich Wiederholung und Modulationen

Dieser Schritt ist der zentrale Bereich des Geschehens. Hier kommt der zuvor beschriebene Begriff der dialektischen Ausdifferenzierung, die Entwicklungsspirale der Beziehung, zum Tragen. „Die zentrale Frage ist, wie ich dem anderen ein möglichst gutes Du sein kann. [...] Es geht darum, dem anderen das Spüren der Wirkung seiner selbst durch Anrede und Antwort zu ermöglichen.“ (Zieger, 1999, 33 f.)

Abschiednehmen und Auseinandergehen

Abschiednehmen und Auseinandergehen beenden den Dialog, was aber nicht ein Ende der Beziehung bedeutet. Der Abschied und das Wiederkommen werden vom Therapeuten angekündigt, sodass der Dialog nur zeitweilig aussetzt (vgl. Zieger, 1999, 34).

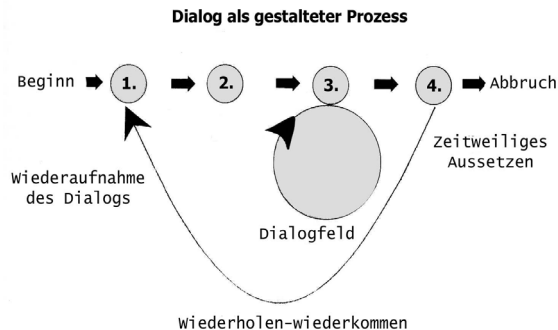


Abbildung 6: Dialog als gestalteter Prozess

2.4 DIE MUSIK

Aus dem umfassenden Bereich der Musik möchte ich einige wichtige Elemente herausgreifen. So soll beschrieben werden, wie und worauf Musik Einfluss nehmen kann, welche Verbindungen es zwischen dem menschlichen Leben und musikalischen Phänomenen gibt, welche Musik uns ein Leben lang begleitet und was dies für die menschliche Entwicklung bedeutet.

2.4.1 Musik wirkt

„In den Heilungsritualen aller ursprünglichen Kulturen spielt die Musik eine wesentliche Rolle. Wäre sie nicht in irgendeiner Form im Rahmen therapeutischer Prozesse wirksam gewesen, hätte der Mensch es sicherlich irgendwann aufgegeben, sie zu diesem Zweck einzusetzen.“ (Timmermann, 1998, 51)

Entscheidend ist jedoch, dass Wirkungsweisen unterschiedlicher Musik, unterschiedlicher Musikstücke, aufgrund der hohen Komplexität sowohl der Musik als auch der sie hörenden Menschen nicht objektivierbar sind. Diese Tatsache widerspricht jeglicher „musikalischen Hausapotheke“, welche von Musiktherapeuten auch skeptisch betrachtet werden sollte.

Die Umstände, unter denen Musik gehört wird, sind letztendlich genauso wirkungsvoll wie die Musik an sich.

„Wie die Psychotherapieforschung belegt, ist die Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten entscheidend für Fortschritte in der Behandlung. Ohne diese Tatsache zu berücksichtigen, kann man auch keine tragfähigen Aussagen über die Rolle der Musik in der Musiktherapie machen.“ (Timmermann, 1998, 52)

Die Wirkung der Musik ist also in der therapeutischen Situation eng mit der Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten verbunden und kann nicht allgemeinen Aussagen unterzogen werden.

Sehr wohl kann jedoch beschrieben werden, dass Musik auf Hirnfunktionen, vegetative Funktionen und die Motorik Einfluss nimmt. Dies ist durch Forschung und Messungen einer Objektivierung zugänglich. Was sich der Objektivierung natürlich entzieht, ist das Ausmaß der Wirkung und die emotionalen Erfahrungen, sie bleiben individuell verschieden.

Auch bei minimally responsive Patienten werden trotz der schweren Hirnläsionen Reaktionen auf diesen Ebenen beobachtbar. Musik erreicht die noch gesunden Teile des geschädigten Gehirns, wie es bereits Albertine Wesecky (vgl. Rett/Grasemann/Wesecky, 1981), Paul Nordoff und Clive Robbins (1986) und Juliette Alvin (1976) in ihrer Arbeit mit behinderten Kindern beschrieben haben. „Wo unsere Alltagssprache die Brücke zum Gegenüber nicht mehr zu schlagen vermag, da bietet die Musik noch immer einen Weg zur Kommunikation auf non-verbalem Weg.“ (Gadomski/Jochims, 1986, 104)

Wirkung der Musik auf physische Funktionen

„Unser Organismus ist Biorhythmen unterworfen. Bildlich gesprochen hat der Mensch auf Musik eine ‚Resonanz‘ wie eine Saite. Solch eine ‚Saite‘ ist vor allem das Nervensystem. Deshalb kann man, wenn die Musik als Reizerreger benutzt wird, die rhythmischen Prozesse des Organismus verstärken.“ (Medizin, Forschung, Gesundheit, 1995, o. A.)

So beschreitet die Musik ihren Weg durch das Ohr über die zentrale Hörbahn (neuronales Übertragungssystem) nach einmaliger Kreuzung der Nervenfasern zur primären Hörrinde. Von dort aus gelangt die akustische Information weiter zur sekundären Hörrinde und zur Assoziationsrinde, wo auch die Transformation auf die motorische Seite des Gehirns stattfindet. Zusätzlich beschreiten akustische Informationen auch einen anderen Weg von Leitungsbahnen, der über das Stammhirn und die Formatio reticularis führt. Von da aus werden die Informationen auch ins Limbische System weitergeleitet. (Dies ist eine sehr straffe Fassung des ansonsten sehr komplexen Hörvorganges.)

Das Limbische System und die *Formatio reticularis* möchte ich in diesem Kontext herausgreifen, aus folgenden Gründen:

1. Die *Formatio reticularis* enthält Zentren zur Steuerung von Atmung, Blutdruck, Herzfrequenz und andere vegetative Funktionen, wodurch Veränderungen dieser Funktionen durch Musik eine neurophysiologische Grundlage haben. Musik bewirkt also Veränderungen der Herzfrequenz, der Atemfrequenz, des Blutdrucks und des Hautwiderstandes, was mittels EEG, EKG, Biofeedback, etc. messbar ist. In ihren Untersuchungen zur auditiven Stimulation belegt Monika Nöcker-Ribaupierre, dass bei den Kindern (Frühgeburten), die mittels der Mutterstimme auditiv stimuliert wurden, die Atemregulation günstig beeinflusst wurde, was zu einem kürzeren Klinikaufenthalt führte (vgl. Nöcker-Ribaupierre, 1995, 59).
2. Das Limbische System hat im wesentlichen die Funktion einer Verstärkerleistung für sowohl aus der Umwelt als auch für aus dem vegetativen endokrinen System stammende Informationen. „Beim Überschreiten einer Aktivierungsschwelle vollzieht sich eine Projektion ins Bewußtsein, sodaß Affekte und Emotionen erlebt werden.“ (Wehner, 1980, 135) Lustempfindungen hin zum überwältigenden Glücksgefühl und dem Verlangen nach Wiederholung dieser Aktivierung werden durch Reizung limbischer Bereiche hervorgerufen. Und genau in dieses Limbische System gelangen auch musikalische Informationen, wodurch auch hier auf neurophysiologischer Basis ein Zusammenhang zwischen Musik und Gefühlen hergestellt werden kann (vgl. Wehner, 1980, 135 f.).

Auch reagieren wir bekanntlich auf Musik mit Mitschwingen, Mitstampfen oder auch mit Entspannung – wir (re-)agieren also auch auf der vegetativen Tonusebene mit ihr mit. Je nach Aktivierungsgrad (ergotrop oder trophotrop) der Musik werden unterschiedliche Systeme des vegetativen Nervensystems (Sympathicus oder Parasympathicus) angesprochen und es kommt zur Entspannung oder rhythmischen Kontraktionen der Skelettmuskulatur (vgl. Decker-Voigt, 2000, 55 ff.).

Eine weitere Wirkung von Musik auf physische Funktionen wird wiederum von Nöcker-Ribaupierre beschrieben. Sie stellte innerhalb von Langzeitbeobachtungen fest, dass auditiv stimulierte, zu früh geborene Kinder auch in ihrer körperlichen Entwicklung schneller heranreifen, sodass sie früher sitzen, krabbeln und laufen können (vgl. Nöcker-Ribaupierre, 1995, 59).

An diesem Punkt stellt sich für mich die Frage, ob bei minimally responsive Patienten, die musiktherapeutisch behandelt werden, ähnliche Beobachtungen gemacht werden könnten. Schreitet ihre Entwicklung auch schneller und günstiger voran als bei Patienten, die keine Musiktherapie haben? Eine Antwort auf diese Frage wird in dieser Arbeit wohl nicht gefunden werden können.

2.4.2 Musik und Mensch in Beziehung – der Primärprozess

„Ähnlich wie der Mensch ist Musik von hoher Komplexität, nicht auf Einzelphänomene reduzierbar, ohne wesentlich an Bedeutung zu verlieren. Wie das menschliche Leben

spielt sie sich in der Zeit ab, kann als gestaltete Zeit bezeichnet werden.“ (Gustorff/Hannich, 2000, 43)

So beruhen die Grundwerte des Menschen auf der Kategorie von Zeitlichkeit (Leben und Tod) (vgl. Lehtonen, 1994, 10) und physiologische Abläufe können musikalisch benannt werden, z. B. der Rhythmus des Herzschlages, der Atmung, des Ganges, des Schlafens und des Wachens usw. Diese Aufzählung kann durch andere musikalische Phänomene ergänzt werden, wie etwa den Klang und die Melodie der Stimme.

Musik und das menschliche Leben als gestaltete Zeit beinhalten stets die Dimension des Werdens, die Verknüpfung von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. „Musikalische Muster rufen Bezüge zur Vergangenheit und zu bereits vergessenem Erlebnismaterial hervor; diese Bezüge verflechten sich mit der Gegenwart und veranlassen den Zuhörer dazu, etwas von der Zukunft vorauszuahnen.“ (Lehtonen, 1994, 14)

Musik wird also zu einem Prozess der Externalisierung des Inneren, wie es auch für die Psychotherapie charakteristisch ist. Vor allem psychoanalytische Theorien, die darauf beruhen, dass Probleme und Konflikte der frühen Kindheit nachhaltigen Einfluss auf das spätere Leben haben, verdeutlichen diese Verknüpfung. Die Vergangenheit wird versucht als Gegenwart gesehen zu werden und der Gegenwart wird ein Hintergrund zugewiesen – die Vergangenheit (vgl. Lehtonen, 1994, 12 f.). Eine zentrale Rolle nimmt bei diesem Prozess das affektive Erleben ein, so wie es auch in der Musik der Fall ist. Darum ist es um so erstaunlicher, dass die Auseinandersetzung mit der Musik in der klassischen psychoanalytischen Literatur nur sehr vereinzelt Eingang gefunden hat.

Sigmund Freud stellt das musikalische Erleben dem analytischen Denken, das dem Sekundärprozess entspricht, gegenüber, bestätigt somit indirekt, dass die Musik eine besonders innige Beziehung zum emotionalen Erleben, zum Unbewussten, zum Es, zum Primärprozess hat (vgl. Nitzschke, 1984, 169).

Primärprozesshaftes Erleben, welches dem Lustprinzip, also den unverfälschten Erfahrungswegen von kleinen Kindern entspricht, findet bereits auf einer präverbalen Ebene statt, in der Mutter und Kind noch eine Dyade bilden (vgl. Schuster/Springer-Kremser, 1997, 37 f.). Diese Zeit des Zusammenseins von Mutter und Kind zeigt uns, dass nicht die Sprache den Affekt ursprünglich zum Ausdruck bringt, sondern musikalische Phänomene. Nach der Geburt setzt das Neugeborene seine Kommunikation mit der Mutter fort, die bereits pränatal stattgefunden hat. „[Als] Indiz für den emotionalen Kommunikationsvorgang [musikalischer Natur] zwischen dem Kind und der Mutter dienen die lautlichen Äußerungen, die beide austauschen. Hierbei handelt es sich um eine Art [...] Sprechgesang, der allerdings weder zufällig noch ungeordnet ist.“ (Nitzschke, 1984, 177) Nicht die Worte stehen hier im Vordergrund, sondern entscheidend für die Verständigung sind der Sprachrhythmus, der Wortklang, der Tonfall, oder die Satzmelodie.

Mit unglaublicher Feinfühligkeit reagiert die Mutter auf die Entwicklung des Kindes und passt ihre Sprechzeiten den minimalen Veränderungen der Sprechzeiten des Kindes an. Dieses unbewusste Sich-aufeinander-Einlassen und Sich-Anpassen fördert die Entwicklung des Kindes, sodass der Sprechwechsel zwischen Mutter und Kind eine fortgesetzte Dialektik von Passivität und Aktivität, Nähe und Distanz, Bindung und Trennung anzeigt. Eine Entwicklung durch Beziehung lässt sich erkennen.

Innerhalb dieser ursprünglichen emotionalen Dialektik im musikalischen Dialog zwischen Mutter und Kind konstituieren sich die ersten Beziehungserfahrungen des Kindes.

„Soweit sich das Kind im Dialog mit der Mutter aufgehoben fühlt, soweit wird es Vertrauen in diesen Dialog, in die Mutter, in sich selbst setzen. Es ist offenbar jenes Urvertrauen von dem Erikson⁹ gesprochen hat. Das Urvertrauen als Resultat einer erfolgreichen Bindung des Kindes an die Mutter.“ (Nitzschke, 1984, 176)

Primärprozesshaftes Erleben vermuten Michael Gadowski und Silke Jochims auch bei minimally responsive Patienten, da sie die Fähigkeit sich selbst wahrzunehmen, die Ich-Grenzen zu erspüren verloren haben. Sämtliche Ich-Funktionen sind gar nicht mehr bzw. minimal oder verschwommen vorhanden.

Zusammenfassend sei gesagt, dass das Leben des Menschen in seiner Ganzheit und die Entwicklung zu einem emotionalen, beziehungsfähigen Menschen hin in enger Verbindung mit musikalischen Phänomenen stehen. Musik prägt den Menschen von Anbeginn seines Lebens, sogar bereits intrauterin.

Vor allem der Rhythmus und der Klang, die uns nun anschließend näher beschäftigen werden, zählen zu diesen prägenden Phänomenen.

2.4.3 Beziehungstiftende Momente in der Musik

Rhythmus

„Rhythmus ist Fluß [rhein, griech., bedeutet fließen] – [er] setzt etwas in Fluß, ist Gestaltungswille und Zeitgestalt, Veränderung, Bewegung, Fließen, Entwickeln auf ein Ziel hin.“ (Loos, 1986, 102) Doch weitaus eindrücklicher ist, dass er uns ein Leben lang begleitet.

Die erste rhythmische Erfahrung, die den Menschen prägt, ist der Doppelrhythmus des Herzschlages der Mutter, den er etwa 26 Millionen Mal intrauterin erfährt.

„Diese ersten rhythmischen Signale treffen das Kind in einer Zeit der Ungeschiedenheit von körperlichen und psychischen Prozessen, in der psycho-somatischen Einheit, in einer Zeit der absoluten Gegensatzlosigkeit, im bedingungslosen Nehmen-Dürfen, in einer schuldlosen Zeit – wir nennen das Paradies.“ (Loos, 1986, 106) Diese Erfahrung ist jedem Menschen gleich, sodass Rhythmus als ein Teil des kollektiven Unbewussten bezeichnet werden kann - sie ist eine menschliche Urerfahrung (vgl. Loos, 1986, 106).

Auch das weitere menschliche Leben ist rhythmisch organisiert: im Schlaf-Wach-Rhythmus, im Herzschlag, dem Atemrhythmus, bestimmten Hormonzyklen (vgl. Münzberg 1998, 67). Rhythmus als ordnendes Prinzip wird also zum ständigen Begleiter menschlichen Lebens.

Doch wie schon oben erwähnt, vermittelt Rhythmus nicht nur Halt und Ordnung, sondern setzt auch in Bewegung – in fließende, flexible Bewegung, sodass er zwei komplementäre Größen in sich vereint. „So bedeutet Rhythmus: Freiheit im Gesetz der Ordnung. Das Gleichgewicht innerhalb dieser Polaritäten zu finden, nennen wir [im Bezug auf das menschliche Leben] psychische Gesundheit.“ (Loos, 1986, 102)

⁹ Siehe Kapitel 4.3.3

Fritz Hegi geht noch einen Schritt weiter und schreibt: „Alles, was lebt, bewegt sich, und was sich bewegt, bildet einen bestimmten Rhythmus. Leben ist eine Wiederholung gleicher Bewegungen in neuen Zeit-Räumen. Rhythmus ist Leben. [...] Rhythmen sind der hör- und fühlbare Puls ganzer Kulturen, die Sprache eines kollektiven Lebensstils.“ (Hegi, 1997, 32)

Am deutlichsten werden diese Rhythmen in der Musik der jeweiligen Kultur hör- und fühlbar.

„Man höre einmal auf den Unterschied im Rhythmus einer traditionellen afrikanischen Totenklage, welche dem Schmerz mit eindringlichen, tiefen Trommelrhythmen zu verstärktem Ausdruck verhilft, und einem nordeuropäischen Trauermarsch, dessen gerade Metrik das versteinerte Gesicht des Todes vergegenwärtigt.“ (Hegi, 1997, 32)

Somit können Analogien zwischen den Rhythmen des menschlichen Lebens und den Rhythmen innerhalb der Musik festgestellt werden. Sie sind Ausdruck tiefer Gefühlsregungen und stellen eine Verbindung zu pränatalen akustischen Erfahrungen her.

Ein Beispiel dafür, wie prägend intrauterine akustisch-rhythmische Erfahrungen sind, geben die systematischen Untersuchungen von L. Salk. Diese belegen, dass Neugeborene, die durchgehend einen gleichmäßigen Herzschlag von 72 Schlägen pro Minute (entspricht etwa dem Herzschlag einer Mutter) zu hören bekommen, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe von „herzschlaglosen Kindern“ ruhiger und zufriedener wirken, sofort einschlafen und sich letztendlich sogar ein signifikanter Unterschied in der Gewichtszunahme ergibt. (vgl. Salk, 1961, zit. in Nöcker-Ribaupierre, 1995, 47)

Diese deutlich beobachtete Auswirkung von rhythmischer Reizzufuhr, welche geradezu als „Energiezufuhr“ betrachtet werden kann, möchte ich hier besonders festhalten, da ich sie auch als bedeutsam für die entwicklungsfördernde Arbeit mit minimally responsive Patienten ansehe.

Es ist ein menschliches Bedürfnis Ordnung zu schaffen, sich zurechtzufinden, etwas wiederzuerkennen, an der Hand genommen und geführt zu werden, und auch wieder loslassen zu können, sich verständlich zu machen, fühlend zu verstehen und zu kommunizieren, ohne den Nachweis von Wort und Verstand. Dies alles beinhaltet der musikalische Rhythmus (vgl. Loos, 1986, 111).

„Kommunikation ist sicher ein Beweggrund des Menschen gewesen, als er aus der naturgebundenen Periodizität und dem mütterlichen Herzschlag die artifizielle Brauchbarkeit von Rhythmus schuf. Der Mensch ist angewiesen auf Mitteilungen, Vermittlung, Verständlichmachen, und zwar noch bevor Sprache da ist [...]. Rhythmus ist Träger solcher Botschaften.“ (Loos, 1986, 111)

Aus diesem Grund nimmt der Rhythmus in der musiktherapeutischen Arbeit mit minimally responsive Patienten, bei denen keine Sprache vorhanden ist, einen wichtigen Stellenwert ein.

Einerseits kann er Halt und Geborgenheit vermitteln, andererseits kann er aufgrund seiner dynamischen Qualität zu neuen Abenteuern anregen, sodass der Patient seinen Schutzraum verlassen kann und sich zur Exploration seiner Welt wagt. Rhythmus als das immer

Wiederkehrende gibt Sicherheit im Ich und Orientierung. „[Er] hilft dem Ich, zu stehen und zu verstehen.“ (Renz, 1996, 199)

Klang

Neben rhythmischen Erfahrungen werden dem Fetus auch klangliche Erfahrungen zuteil, welche besonders das Hören von Stimmen – vor allem der mütterlichen – und musikalischen Ereignissen umfassten. Es gibt zahlreiche Beobachtungen, die darauf hinweisen, dass ein ungeborenes Kind darauf reagiert, wenn die Mutter Musik hört oder selber ein Instrument spielt, und bereits fähig ist, zwischen angenehmer und unangenehmer Musik zu unterscheiden (vgl. Nöcker-Ribaupierre, 1995, 49). So wurden zum Beispiel von der französischen Audiologin M. Clements Feten beobachtet, die bei Musik von Mozart und Vivaldi ruhiger, ihr Herzschlag regelmäßiger und das Strampeln weniger wurde. Hingegen reagierten sie auf die Musik von Brahms, Beethoven und Rockmusik mit Unruhe (vgl. Clements, 1977, zit. in Nöcker-Ribaupierre, 1995, 49)

Der erste, der sich intensiv mit dem Phänomen des fetalen Hörens beschäftigt hat, war der französische Hals-Nasen-Ohren-Arzt Alfred Tomatis, welcher beschreibt, dass die Stimme der Mutter im Gegensatz zu allen anderen akustischen Reizen einen sehr wichtigen Einfluss auf die Entwicklung des Fetus hat, wogegen alle Klänge, die nicht zur Mutterstimme gehören, bloße Konditionierung sind. Die Mutterstimme, so Tomatis, ist für die Entfaltung des Lebens notwendig und unentbehrlich für den postnatalen Spracherwerb – für die Fähigkeit zur Kommunikation (vgl. Tomatis, 1990, 183).

Da die Mutterstimme nach der Geburt wiedererkannt und auch anderen Frauenstimmen gegenüber bevorzugt wird, bildet sie die Brücke zwischen der prä- und postnatalen Welt des Kindes und wird dadurch lebenswichtig für das Neugeborene.

Diese Bedeutung der Mutterstimme macht es auch verständlich, dass Klang innerhalb der Musik nicht nur als gefühlhaft und grenzenlos, sondern auch als tragend und nährend beschrieben wird (vgl. Münzberg, 1998, 71). Letztendlich aber ist Klang immer Gefühl – ein Ausdruck einer Stimmung, einer Emotion. Der Klang der Stimme wird zum Beispiel zaghaft, wenn man Zweifel hat, der Klang der Trommel wird heftig und laut, wenn man wütend ist. Klänge und Emotionen stehen in unmittelbarer Verbindung zueinander. In der Stimme oder im musikalischen Ausdruck am Instrument spiegelt sich die eigene Stimmung wider – „Eindruck wird zu Ausdruck“. (Hegi, 1997, 79)

Im Gegensatz zum Rhythmus ist Klang räumliche Ganzheit. Innerhalb dieser Ganzheit werden aber auch klare Strukturen ersichtlich, die Obertöne, die den Charakter und die Klangfarbe ausmachen. So kann ein Klang „einerseits ein Gefühl von Unbegrenztheit erzeugen, er kann sich aber andererseits entsprechend den Obertönen zu Intervallen und Harmonien ordnen. [...] Die Klangfarbe gibt also durch die Obertöne und den harmonischen Aufbau auch einen Halt.“ (Münzberg, 1998, 71)

Die Obertöne, als strukturelle Gesetzmäßigkeiten des Klangs, geben nicht nur in der Musik eine Ordnung wieder, sondern innerhalb der harmonikalen Grundlagenforschung wird auch in diesen Gesetzmäßigkeiten nach einer höheren, kosmischen Ordnung gesucht. So bestehen zum Beispiel Analogien zwischen den ganzzahligen Intervallverhältnissen (1:2:3:4:5 usw.) der Obertonreihen und

- der Quantenskala: Energie nimmt nicht stetig zu, sondern in Sprüngen: 1:2:3 usw.

- dem Periodensystem: Die Anzahlen von Kernladungen und Elektronen der einzelnen Elemente verhalten sich ebenfalls wie 1:2:3 usw.
- dem Körperbau: unser Körper ist in verschiedene markante Punkte geteilt (Beinansatz, Bauchnabel, Brustwarzen, ...), welche miteinander in ganzzahligen Verhältnissen stehen (z. B.: Körpergröße – Bauchnabel: 5:3; Körpergröße – Brustwarze: 4:3)
- den Planetenbahnen (vgl. Hamel, 1992, 120 ff.).
- einer der Seele eingeborenen Intervallstruktur, die Johannes Kepler als „Archetypus“ bezeichnet (vgl. Timmermann, 1996, 56).

Die musikalischen Parameter Rhythmus und Klang begleiten uns Menschen also von Anbeginn unseres Lebens, symbolisieren es durch ihre Gegensätzlichkeit, sind somit Teil unseres Lebens und Teil einer höheren Ordnung. Am meisten prägt uns Menschen der Rhythmus des mütterlichen Herzschlages und der Klang der Mutterstimme. Diese eindrücklichen musikalischen Erfahrungen des Ungeborenen sind, wie wir sehen, eng verbunden mit dem Leben. Sie sind also nicht nur musikalische Parameter, sondern menschliche Grunderfahrungen und Grundbedürfnisse. Sie sind beziehungsstiftend und unentbehrlich für die seelische und körperliche Entwicklung des Kindes.

Aus diesem Grund sehe ich den Klang und den Rhythmus als zwei wichtige Komponenten innerhalb des Beziehungsaufbaus mit minimally responsive Patienten.

2.5 DIE THERAPEUTISCHE HALTUNG

2.5.1 Die therapeutische Beziehung

Die therapeutische Beziehung ist eine Form der zwischenmenschlichen Beziehung. Sie wird durch den Behandlungsauftrag geformt und entspricht somit nicht dem freien Dialog von Ich und Du¹⁰ in der Gegenseitigkeit von Partnern (vgl. Willi, 1989, 70). Buber nennt diesen Sachverhalt „normative Beschränkung der Mutualität“ (vgl. Staemmler, 1993, 38), welcher eine Grundtatsache der therapeutischen Situation ist und einen Unterschied zur persönlichen zwischenmenschlichen Beziehung darstellt.

Ein weiterer Unterschied findet sich nach Carl R. Rogers in der Intensität der Beziehung, was bedeutet, dass die Wesensmerkmale jeder befriedigenden zwischenmenschlichen Beziehung in der Therapie in stärkerem Maße in Erscheinung treten. „Die therapeutische Beziehung wird als eine Verstärkung (heightening) der konstruktiven Qualitäten gesehen, die oft in anderen Beziehungen zum Teil existieren, und als eine zeitliche Ausdehnung von Qualitäten, die in anderen Beziehungen bestenfalls zeitweilig auftreten.“ (Rogers, 1957, zit. nach Schwab, 1987, 58)

Doch das eindeutigste Wesensmerkmal der therapeutischen Beziehung ist die Haltung oder Einstellung des Therapeuten, welche sich noch durch die jeweiligen schulenspezifischen Techniken – in unserem Fall musiktherapeutisches/musikalisches „Handwerkszeug“ – ergänzen lässt, sodass die Beziehung hier auch als musikalisch-therapeutische Beziehung bezeichnet werden kann.

¹⁰ Siehe Kapitel 2.2

2.5.2 Fähigkeiten und Voraussetzungen des Therapeuten

Innerhalb dieses Kapitels beziehe ich mich vorwiegend auf die Literatur Schumachers, die für meine Arbeit einen sehr interessanten und hilfreichen Beitrag zu diesem Thema geleistet hat.

Beziehungsfähigkeit des Therapeuten

Diese erste Grundvoraussetzung möchte ich mit einigen Zitaten aus der Fachliteratur belegen:

Nur mit einem begegnungs- bzw. beziehungsfähigen Therapeuten kann ein Patient wieder beziehungsfähig werden. „Der Kern aller psychotherapeutischen Ausbildung besteht deshalb darin, dem Therapeuten zu helfen, seinen Panzer (Reich), seine eigene Neurotisierung zu überwinden, ‚sein Herz zu finden‘ (Lowen), damit er in unverstellten, liebevollen Kontakt treten kann.“ (Petzold, 1987, 248)

Die Person des Therapeuten kann nur wirken, „wenn sie sich in der Begegnung existentiell herausfordern läßt.“ (Bernhard-Hegglin, 1999, 12)

„Als Therapeut begibt man sich immer wieder in Situationen, die hohe Anforderungen an die eigene Kontakt- und Beziehungsfähigkeit stellen und in denen man dringend eine klare Orientierung für das erforderliche Handeln braucht.“ (Staemmler, 1993, 11)

Der Therapeut soll kein Aushängeschild oder eine Fassade sein. Je mehr die Eigenschaft des Echtseins – der „Authentizität“ – vorhanden ist, umso wirkungsvoller wird die Beziehung werden. Dieser von Rogers geprägte Begriff der „Authentizität“ kann auch mit den Begriffen „Unverfälschtheit“ oder „Kongruenz“ beschrieben werden. „Der Klient kann ohne weiters sehen [hören] was der Therapeut in der Beziehung ist. [...] Was den Therapeuten betrifft, so ist das, was er oder sie erlebt, dem Bewußtsein zugänglich, kann in der Beziehung gelebt und, falls angebracht, kommuniziert werden.“ (Beck, 1991, 89)

Akzeptieren des So-Zustandes des Patienten

Wenn wir uns den in Kapitel 1 beschriebenen „So-Zustand“ (Schumacher, 1994, 8) des minimally responsive Patienten wieder ins Gedächtnis rufen, überwiegen auf den ersten Blick die „Unfähigkeiten“ des Patienten. Sie sind hervorragender als die Fähigkeiten. Werden die Fähigkeiten des Patienten nicht entdeckt, kann es schnell passieren, dass der Patient „abgeschrieben“ wird. So gilt es den So-Zustand eines minimally responsive Patienten zu erkennen – seine Ressourcen und seine Defizite zu erfassen.

Hat man das Verständnis inne, dass der So-Zustand eines minimally responsive Patienten aus Defiziten und Ressourcen besteht, wird es leichter, den Patienten in seinem So-Sein anzunehmen. „Diese Beziehung bedeutet [...] die grundsätzliche Anerkennung, ja Wertschätzung des anderen Menschen in seinem So-Sein und schließlich den fortwährenden Versuch des Therapeuten, den Patienten genau zu verstehen.“ (Schwab, 1987, 59)

Im Versuch den Patienten ganzheitlich wahrzunehmen, seine Äußerungen zu verstehen, kommt es zu einer ersten Annäherung an das So-Sein des Patienten, zu einem ersten Annehmen, Verstehen und Akzeptieren.

„Damit sich [...] ein Mensch [ein minimally responsive Patient] der Welt öffnen und aus seinem regungslosen, erstarrten Zustand herausentwickeln kann, benötigt er eine vertrauensvolle Umgebung, die ihm Orientierung und Lernfelder, sinnhafte Strukturen, Sicherheit, emotionale Wärme, positive Annahme und Bindungen ermöglicht.“ (Zieger, 1996, 241)

Diese Annahme – diese vorbehaltlose Annahme – darf vor allem nicht, wie es in unserer Leistungsgesellschaft üblich ist, erst Folge von guten Leistungen sein.

„Voraussetzung dazu ist Mutterboden, auf dem Eifer zu arbeiten, der Mut sich zu entfalten und das Bedürfnis, sich anderen zuzuwenden, überhaupt erst entstehen kann. Die emotionale Basis [der Mutterboden] des vorbehaltlosen Angenommenseins ermöglicht es [dem Patienten], interessiert an Welt und Mensch und zugleich sich selbst zu sein.“ (Renz, 1996, 75)

Dieser Mutterboden ist in der Musiktherapie die (musikalisch/klangliche) Beziehung, in der das Fehlen jeglicher Leistungsansprüche den Prozess der Öffnung ermöglicht (vgl. Jochims, 1990, 131).

Innere Zeit

„Die Menschen haben keine Zeit mehr, irgendetwas kennenzulernen.“ (Petersen, 1987, 29) Doch genau dieses Kennenlernen ist ein wichtiger Bestandteil in der Arbeit mit minimally responsive Patienten.

Die vorhandenen kleinen vegetativen Zeichen und angedeuteten Bewegungen sind oft nicht leicht zu erkennen und auch zu verstehen – grundsätzlich gelten sie als sinnvolle und kommunizierbare Lebensäußerungen, wesentlich ist, dass der Patient aktiv und reaktiv ist.

Für mich als Therapeut gilt es nicht aufzugeben, auch wenn längere Zeit keine Reaktionen innerhalb einer Stunde ersichtlich sind – Patienten können zeitverzögert auf Angebote reagieren (vgl. Jochims, 1992b, 551 f.). Beziehung braucht Zeit und besonders innere Zeit. Diese Zeit ist nicht quantitativ zu verstehen: „der Therapeut müsse sich ‚viel Zeit‘ für seinen Patienten nehmen. Vielmehr muß er ebenso geduldig wie schnelldörig sein, um im richtigen Moment das rechte Mittel anzuwenden, das passende Wort zu sprechen, [die passende Musik zu spielen]“ (Petersen, 1987, 29).

Es geht um das – auch blitzschnelle – Erfassen der Offenheit zwischen Ich und Du – den richtigen Augenblick (griech.: Kairos).

Positive Hypothese

In der „positiven Hypothese“ (Schumacher, 1994, 9) sehe ich eine unterstützende Komponente für die innere Zeit. Sie stellt nämlich eine kontakterwartende Haltung dar. So wird von vornherein davon ausgegangen, dass der Patient zu Kommunikation und Beziehung fähig ist. Vergleichbar findet sich hierzu bei Petzold der Begriff der „unterstellten Inter-subjektivität“ (Petzold, 1987, 242 ff.), was bedeutet, dass der Therapeut aus dem Wissen heraus handelt, dass mit dem jeweiligen Patienten eine Beziehung möglich ist, auch wenn dies noch so entfernt erscheint.

„Durch diese emotional positive, den Kontakt erwartende Haltung schafft der Therapeut eine bestimmte Atmosphäre im Raum, ein ‚Biotop‘ [...], welches eine Kontaktaufnahme

ermöglicht. Gibt man diese Erwartungshaltung auf, so erschwert man es dem Kind [bzw. Patienten], sich zu äußern und damit Kontakt zu schaffen. Wird aus der erwartenden eine den Kontakt fordernde Haltung, so wird sich das Kind zurückziehen.“ (Schumacher, 1994, 9 f.)

Teilnehmender Beobachter sein

„Diese in allen psychotherapeutischen Tätigkeiten beschriebene Haltung eines teilnehmenden Beobachters [...] meint das gleichzeitige Drinnen-und-Draußen-Sein, das ‚Beim-Kind-‘ und trotzdem bei Sich-sein.“ (Schumacher, 1994, 11) Der Therapeut hat sozusagen die Aufgabe, mit einem Fuß im Fluss – im Geschehen, in der Beziehung – zu stehen und mit einem Fuß draußen. Er lässt sich von der Ausstrahlung des Patienten „anstecken“ und löst sich wieder davon. Nur durch das Sich-Bewusstmachen der Gefühle, die durch den minimally responsive Patienten im Therapeuten geweckt werden (z. B.: Hilflosigkeit, Angst, Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit), wird die notwendige Distanzierung möglich. Dieses Phänomen wird, wie bereits erwähnt, als „Gegenübertragung“ bezeichnet.¹¹

Die genaue Wahrnehmung der Gegenübertragung erweist sich auch als sehr notwendig und hilfreich im Umgang mit Nähe- und Distanzbedürfnissen. Vor allem bei minimally responsive Patienten ist es sehr schwer festzustellen, welches Bedürfnis an Nähe bzw. Distanz gerade vorherrschend ist, da es einfach an offensichtlichen Äußerungen diesbezüglich fehlt. Durch die Gegenübertragung wird es möglich, das momentane Bedürfnis des Patienten zu erspüren, zu errahnen, womit ein Ausbalancieren der Nähe und Distanz möglich wird.

Staunen

Lao-Tse schreibt: „Vom Staunen zu Staunen öffnet sich die Existenz“ (Lao-Tse zit. nach Lewis, 1999, 142).

Ich führe hier das Staunen als eine Fähigkeit des Therapeuten an, da ohne Staunen und ohne Überraschung keine neuen Blickwinkel, Ansichten, Empfindungen und Spannungen entstehen können, sowie auch kein Wachsen und Reifen möglich ist. Der Therapeut soll „seine Sinne, seine Beobachtungen, seine Ich-Anteile als Person mit dem Bewußtsein der Übertragungsmechanismen dem Patienten anbieten, damit dieser [der Patient] Überraschungen erlebt, die neue Verhaltensweisen hervorrufen und alternative Handlungen entstehen lassen“ (Pechtl, 1987, 197).

Für die Therapie mit minimally responsive Patienten sehe ich das Staunen oder den Moment der Überraschung als sehr wertvoll, da diese Momente eine unmittelbare, gefühlsmäßige Reaktion des Therapeuten auf eine Äußerung des Patienten darstellen. Es wird also ein minimales Zeichen erkannt, womöglich sogar verstanden und im Staunen, im überraschten Moment wird dies dem Patienten auf der Gefühlsebene signalisiert. Da ich die Gefühlsebene für eine sehr starke Verbindungsebene zwischen Patienten und Therapeuten halte, sehe ich das Staunen als eine eindruckliche Form des Feedbacks.

„Die ständige Bereitschaft, sich überraschen zu lassen, ist Bestandteil des Therapeuten-Berufs. Damit ist nicht ‚Naivität‘ gemeint, sondern Offenheit für das Geschehen, ohne

¹¹ Siehe Kapitel 2.3.1

Vorannahmen. [...] Wenn Therapie wirklich auf die Bedürfnisse des Klienten eingehen soll, muß der Therapeut staunen können und sich gestatten, stets neu verblüfft zu sein.“ (Stemmler, 1993, 76)

Die Wahrnehmungsfähigkeit des Therapeuten

Schumacher schreibt, dass die Wahrnehmungsfähigkeit des Therapeuten für eine mögliche Kontaktaufnahme zum autistischen Kind und das Ausbalancieren von Nähe und Distanz entscheidend ist (vgl. Schumacher, 1994, 10). Diese Fähigkeit sehe ich auch als grundlegend für die Arbeit mit minimally responsive Patienten, da sich deren Äußerungen auf einer sehr basalen Ebene wiederfinden.

Um in diesem Bereich handlungsfähig zu werden, geht es um die Wahrnehmung der kleinen vegetativen Zeichen und angedeuteten motorischen Bewegungen, die nicht als krankhafte Erscheinungen, sondern als sinnvolle und kommunizierbare Lebensäußerungen verstanden werden: Signale zum Dialog.

Auch gilt es für den Therapeuten die emotionale Resonanz, die vom Patienten ausgeht, aufzunehmen, zu erspüren. Dies geschieht wesentlich über die Körperlichkeit und taktile Sensibilität des Therapeuten, oft verbunden mit körperlicher Berührung. „Die körperliche Empfindsamkeit und Resonanzfähigkeit spielt also eine große Rolle.“ (Schumacher 1994, 10) Zu spüren, ob, wie und wie lange ein Kind angefasst werden kann, die Fähigkeit, sich mitzubewegen, mitzuschwingen, sind Voraussetzungen für das Verstehen und Finden einer gemeinsamen Sprache. „Der Therapeut braucht ein sicheres Empfinden seines momentanen seelisch-körperlichen Zustandes, sodaß er sich wirklich dem Kind widmen und zur Verfügung stellen kann.“ (Schumacher, 1994, 10 f.) Nur so wird es ihm annähernd möglich, den inneren Bezugsrahmen des anderen möglichst exakt wahrzunehmen, mit all seinen emotionalen Komponenten und Bedeutungen. Es geht um ein einführendes Verstehen, welches Rogers durch den Begriff der „Empathie“ geprägt hat (vgl. Beck, 1991, 91 f.). Vergleichbar prägt Buber den Begriff der „Realphantasie“, mit der man (der Therapeut) sich bemüht, der erlebten Realität des jeweiligen Gegenübers (Patienten) möglichst nahe zu kommen. Der Vorgang der Realphantasie ist „ein kühnes, fluggewaltiges, die intensivste Regung meines Seins beanspruchendes Einschwingen ins Andere“ (Stemmler, 1993, 46).

Musikalische Fertigkeiten des Therapeuten

Hierzu zählen in der Arbeit mit minimally responsive Patienten instrumentale und stimmliche Fähigkeiten des Therapeuten, da vorwiegend sein musikalischer Einsatz gefordert ist. „Entscheidend [dabei] ist die emotionale Stimmigkeit, die Bezogenheit der musikalischen Äußerungen zur Situation und zum Kind.“ (Schumacher, 1994, 12) Es gilt also die kleinen vegetativen Zeichen, die angedeuteten Bewegungen innerhalb der Situation und des emotionalen Raums wahr- und aufzunehmen und sie musikalisch umzusetzen. Dies ist eine notwendige Voraussetzung, wenn die Musik im Zuhörenden ein Echo hervorrufen soll, wenn innere Saiten zum Mitschwingen gebracht werden sollen. Nur so stellt sich Verbundenheit zwischen zwei Menschen ein, wodurch Begegnung möglich wird.

In der Phase der Frührehabilitation besitzen minimally responsive Patienten meist noch nicht die Fähigkeit, selbst ein Instrument zu spielen. So sind es vor allem die stimmlichen

Äußerungen (Laute, Atmung), die vom Therapeuten aufgenommen und in die Musik umgesetzt werden.

„Diese Äußerungen in eine Spielform zu bringen, die emotional so anregend ist, daß das Kind die Wiederholung wünscht, benötigt spontanes Gestaltungsvermögen. Das Pendeln zwischen tradierter und improvisierter Musik, um die Nähe und Distanz zum Kind entsprechend der Situation auszubalancieren, setzt innere Flexibilität, Kenntnisse tradierter Materials und spielerisch-improvisatorische Fähigkeiten voraus.“ (Schumacher, 1994, 13)

Es kann sich auch als sinnvoll erweisen, eine Musikanamnese, durch die der Therapeut musikalische Interessen des Patienten in Erfahrung bringt, zu erstellen, sodass über jene Musik, die dem Patienten vertraut ist, eine erste Annäherung passiert. Erfahrungsgemäß ist jedoch nicht jede Art von Musik, auch wenn sie der Patient vor dem Unfall gemocht hat, für die therapeutische Arbeit, für eine Annäherung hilfreich (vgl. Jochims, 1992a, 131).

2.6 GRUNDLAGEN ZUR MUSIKTHERAPIE

2.6.1 Indikationen

Wie in Kapitel 1 geschildert, basiert neurologische Rehabilitation auf dem Verständnis, eine bio-psycho-soziale Einheit wiederherzustellen. Welchen Beitrag leistet nun bzw. welchen Auftrag hat die Musiktherapie innerhalb dieses ganzheitlichen Ansatzes?

Drei Indikationen erscheinen mir hier als essentiell:

1. Die Möglichkeit, durch die Musik Wahrnehmungs- und Sinneskanäle (vor allem Hören, Fühlen und Empfinden) zu öffnen.
2. Musiktherapie als Begegnungsform, die den Patienten als Mensch meint und nicht seine Funktionen und Defizite in den Vordergrund stellt. Der Patient kann bleiben, wie und wer er ist, und sich dennoch mit der Umwelt verbinden (vgl. Gustorff/Hannich, 2000, 72). Dies erscheint mir als ergänzender Ansatz zu den funktionellen Therapien (Physio-, Ergotherapie und Logopädie).
3. Dieses Angebot einer Begegnung, einer Beziehung von Mensch zu Mensch basiert auf dem musikalischen Geschehen, welches vor allem die Gefühlsebene des Menschen anspricht, womit für mich die wichtigste Indikation für die Musiktherapie gegeben ist. Die Musiktherapie bietet in der neurologischen Frührehabilitation einen sehr entscheidenden Beitrag dahingehend, dass über die Musik eine Beziehung zwischen Patient und Therapeut auf der Gefühlsebene stattfinden kann und Gefühle über die Musik zum Ausdruck kommen können.

Durch den Unfall wird der Patient völlig überraschend aus seinem Leben gerissen und er wacht in einem „anderen Leben“ wieder auf, was oft als tief kränkende Erniedrigung erlebt wird. Darüber hinaus können sämtliche Ich-Funktionen zusammenbrechen, in vielen Fällen muss eine neue Identität, ein neues Selbst einschließlich des Selbstwertgefühls aufgebaut werden.

Dafür bedarf es einer gezielten Unterstützung für das gekränkte Ich auf einer psychisch-emotionalen Ebene, um einen resignierenden Rückzug in die Isolation, in schwere Antriebslosigkeit um eine Depression des Patienten zu vermeiden (vgl. Jochims, 1992a, 130). Über das nonverbale Medium Musik, kann das intakte Innenleben eines minimally responsive Patienten erreicht werden, wodurch sich die Chance zu einer emotionalen Verarbeitung des Verlustes eröffnet. Dem Patienten wird die Möglichkeit gegeben an und mit seinem Schicksal zu reifen (vgl. Jochims, 1992a, 130), und abgesehen von der Krankheitsverarbeitung können seine emotionalen Empfindungen zum Ausdruck gebracht werden, wodurch der Patient eine Unterstützung auf psychischer Ebene erfährt.

2.6.2 Musiktherapeutischer Ansatz

Es wurde erkennbar, dass psychotherapeutisches Gedankengut grundlegend für meine Haltung als Musiktherapeutin ist.¹²

Auf der Basis dieser psychotherapeutisch orientierten Haltung dem Patienten gegenüber baut sich nun mein Ansatz musiktherapeutischer Arbeit mit minimally responsive Patienten auf, welcher die Bereiche Ressourcenorientierung, Prozessorientierung und Arbeit im Hier und Jetzt beinhaltet.

Ressourcenorientierung

Nehme ich den Patienten in seinem So-Zustand wahr¹³, gehe ich von seiner zurzeit möglichen Wahrnehmungsfähigkeit und Selbstentwicklung aus (vgl. Schumacher, 2000, 95). Dadurch ergibt es sich, dass das Aufspüren der Ressourcen zu einer der ersten und wesentlichsten Aufgaben des Musiktherapeuten in der Arbeit mit minimally responsive Patienten zählt. Sie zeigen dem Therapeuten die Möglichkeiten des Patienten auf, auf denen sich die therapeutische Arbeit, die therapeutische Beziehung aufbaut. Sie bilden die Sprache des Patienten.

In der Musiktherapie geht es darum, die vorhandenen Potentiale des Patienten aufzunehmen und zu fördern – nicht zu fordern – und über diese Kontakt und Beziehung zu entwickeln. Die Absicht des Therapeuten muss sein, mit dem Patienten zu kommunizieren, wie er ist (vgl. Nordoff/Robbins, 1986, 81).

„Die angebotene musikalische Sprache muß die Laute [...], die der Patient in seiner Sprache verwendet, enthalten, ja sie muß diese hörbaren Laute, die sichtbaren Bewegungen, die spürbaren Affekte zunächst direkt aufnehmen und sie in einen Sinnzusammenhang stellen. [...] Neue Worte können erst hinzugefügt werden, wenn man sich seiner bisherigen Sprache bewußt wurde.“ (Schumacher, 2000, 95 f.)

Zusätzlich begibt sich der Therapeut, indem er das Medium Musik einsetzt, auf die gleiche Ebene des Patienten – eine non-verbale Ebene.

¹² Siehe Kapitel 2.5

¹³ Siehe Kapitel 2.5.2

Mögliche Ressourcen¹⁴ bei minimally responsive Patienten sind:

- vegetative Zeichen: Atmung, Hautwiderstand, Körpertemperatur, Pulsfrequenz, Herzschlag
- angedeutete Bewegungen
- lautieren
- hören – akustische Wahrnehmung
- fühlen – taktile evtl. auch propriozeptive Wahrnehmung
- empfinden – Gefühlswahrnehmung

Prozessorientierung

Das entscheidende Merkmal der Prozessorientierung ist, dass der Patient den Weg vorgibt und der Therapeut ein Förderer dieser „unablässig schöpferischen Wachstumsprozesse ist, welche in jedem Patienten vorhanden sind“ (Greenwald, 1987, 125). Die positive Hypothese, das Handeln aus einer unterstellten Intersubjektivität heraus, der Glauben an die verlorenen Potentiale, die nach Perls in jedem Menschen vorhanden sind, ermutigen den Patienten, ein neues Verhalten auszuprobieren und sich zu entwickeln (vgl. Greenwald, 1987, 125). Dieser Prozess bedarf keiner Forderung von Seiten des Therapeuten, denn bietet er dem Patienten den Raum, das benötigte Vertrauen und den Glauben an ihn, bietet er ihm gleichzeitig die Möglichkeit, erste Schritte in eine „neue Welt“ zu wagen.

Es ist wichtig, dem Prozess, dem Weg des Patienten Wertschätzung entgegenzubringen, denn ohne diesen, seinen Prozess wird der Patient nicht dazu fähig werden, sich selbst neu zu begreifen und die Welt zu explorieren. Der Patient muss die für ihn notwendige Abfolge von Erfahrungen durchlaufen – nur so wird eine Entwicklung und Förderung möglich. Joseph Zinker schreibt hierzu:

„Du kannst den Klienten anweisen, etwas für dich zu tun, und er wird sogar mitarbeiten, aber wenn der Prozeß, in dem seine Bereitschaft aufgebaut wird, nicht stattgefunden hat, geschieht nichts Bedeutsames, nichts anderes, als daß wir vielleicht in eine Auseinandersetzung geraten oder ein flaes Gefühl haben oder spüren, daß wir nicht wirklich miteinander kommunizieren.“ (Zinker, 1993, 33)

Arbeit im Hier und Jetzt

Der Ausgangspunkt ist immer der Patient. „Die Eindrücke von dem Kind und das Gespür für das, was [ihm] entspricht, sollten die [Arbeitsweise, also] die Wahl der Musik, bestimmen.“ (Nordoff/Robbins, 1986, 81) Dies bedeutet, dass die Dimension des Hier und Jetzt eine zentrale Rolle spielt.

Dieser Begriff hat unter anderem zum Ziel, die Bedeutung von Bewusstheit, der Sinneswahrnehmung, der leiblichen Sprache der Gefühle hervorzuheben. Es geht darum, spürend und fühlend zu erleben, was „jetzt“ ist (vgl. Frohne-Hagemann, 1996, 114), den Patienten in der Unmittelbarkeit der therapeutischen Situation wahrzunehmen.

Somit wird neben den Ressourcen und dem Prozess auch der Moment zu einem wichtigen Ansatzpunkt in der Arbeit.

¹⁴ Siehe Kapitel 1.2.3

2.6.3 Musiktherapeutische Methodik

Zwischen Rezeptiver und Aktiver Musiktherapie

In der rezeptiven Musiktherapie steht das Hören von Musik im Mittelpunkt (rezeptiv bedeutet aufnehmend/empfangend/empfänglich) (vgl. Frank-Bleckwedel, 1996, 328). Sie ist, verfolgt man die Geschichte der Musiktherapie, die traditionellste und älteste Methode, mit Musik zu heilen.

Durch die Jahrtausende und in allen Kulturen wussten die Menschen um die heilende Wirkung der Musik. Schamanen beeinflussten mit Rhythmen und Klängen den Verlauf von Krankheiten. Von Pythagoras wird berichtet, dass er Lieder gegen körperliches Leiden, zum Vergessen der Trauer, zum Stillen des Zorns und zur Austilgung von Leidenschaft verwendet hat, und auch jeder moderne Mensch weiß über die heilsame Wirkung seiner Musik Bescheid, und kann sie für sich nutzbar machen (vgl. Kraus, 1998, 13).

Somit hat die Musiktherapie eine sehr lange Vergangenheit und Tradition, jedoch setzt sie sich heutzutage nicht mehr zum Ziel, den Kranken im medizinischen Sinne zu heilen, sondern „nur“ heilsam zu wirken. Wie alle anderen Psychotherapien setzt auch die Musiktherapie als psychotherapeutisch orientierte Methode die Therapeutenpersönlichkeit voraus (vgl. Decker-Voigt, 2000, 36). Zusätzlich muss bedacht werden, dass Musik von jedem wahrnehmenden Menschen individuell mitvollziehend gestaltet wird und daher keine „musikalische Hausapotheke“ erstellt werden kann (vgl. Gustorff/Hannich, 2000, 43).

Innerhalb der rezeptiven Musiktherapie unterscheiden wir zwei grundlegende Arbeitsweisen:

- Das Livemusikspiel des Therapeuten für den Patienten: auf einem vom Therapeuten gewählten oder vom Patienten gewünschten Instrument in freier Improvisation oder gebunden an ein Thema, einen Inhalt, der sich in der therapeutischen Situation ergeben hat.
- Therapeutisch begründetes Vorspielen eines Musikstückes von einem Tonträger.

Diese zwei Methoden können in der Arbeit mit minimally responsive Patienten eingesetzt werden, wobei ich das Musik-Machen des Therapeuten für den Patienten bzw. mit dem Patienten aus folgenden Gründen als vorrangig erachte:

1. Die vom Therapeuten produzierte Musik (instrumental oder stimmlich) geht direkt und flexibel auf die Äußerungen des Patienten ein, welche sofort in die Musik aufgenommen werden können.
2. Dadurch wird der Patient aktiv in einen musikalischen Dialog miteinbezogen. Melodien und Rhythmen werden mit ihm entwickelt und führen zu einem intensiveren Bezug. Gemeinsam wird an einer Sprache und einer Beziehung gearbeitet. „Es [geht], wie in der Therapie mit aktiv musizierenden Patienten, um das Angebot einer Begegnung von Mensch zu Mensch über die Musik (vgl. Gustorff/Hannich, 2000, 62).
3. Das aktive Musizieren des Therapeuten ermöglicht einen körpernahen Dialog (aufnehmen des Atemrhythmus oder des Herzschlages in die Musik, rhythmisches Klopfen, einfach die Hand des Patienten halten usw.), wie er auch von Zieger (1996) und Andreas Fröhlich (1991) gefordert wird.

4. Ein weiterer Grund, auf die Musik von Tonträgern zu verzichten, ist der Umstand, dass Patienten in den Stunden, in denen sie unbetreut im Bett liegen, oft immerfort mit Musik (Radio, Kasette, usw.) beschallt werden, was zu einer Desensibilisierung in der Wahrnehmung von Musik führen kann. Auch Christian Heek gibt hierzu zu bedenken, „daß die Dauerbeanspruchung der Sinne durch [...] Bild- und Geräuschbedrängnis nicht nur zur Verfeinerung der Sinne führt, sondern zu deren Desensibilisierung“ (Heek, 1997, zit. nach Gustorff/Hannich, 2000, 19).

In diesen Stunden kommen auch oft die Lieblingskassetten des Patienten zum Einsatz, was mich dazu führt, auch auf dieses Medium lieber zu verzichten. Außerdem wissen wir aus den Erfahrungen der auditiven Musiktherapie mit hirngeschädigten Patienten in der Rehabilitationsbehandlung, dass diese Menschen extrem empfindliche Musikhörer sind: „Sie hören aufmerksamer und genauer hin. Dadurch hören sie tiefer. Sie hören mit dünner Haut, sind leichter verletzbar.“ (Hohmann, 1997, zit. nach Gustorff/Hannich, 2000, 140) Dieser gespitzte Sinn, die höhere Empfindungsfähigkeit bei gleichzeitig eingegengtem Raum der Erträglichkeit, führt dazu,

„daß Musikstücke aus dem klassischen Bereich, [auch wenn sie früher gemocht wurden und] die die meisten von uns unter den Bedingungen der Alltagswahrnehmung als angenehm [...] erleben, zu extremen Reaktionen führen. Es werden Gefühle bis hin zur Lebensbedrohung oder Unerträglichkeit beschrieben“ (Gustorff/Hannich, 2000, 140).

In dieser Aufzählung kristallisiert sich heraus, dass die Musik des Therapeuten sehr eng mit den Äußerungen des Patienten verbunden ist, was bedeutet, dass ohne den Patienten eigentlich keine Musik entsteht. Die Bezeichnung „rezeptive Musiktherapie“ passt an dieser Stelle also nicht mehr und müsste ganz und gar durch den Begriff der „aktiven Musiktherapie“ ersetzt werden. Werden nämlich der Atem oder das Lautieren als musikalische Phänomene angesehen, ist der Patient nicht nur Zuhörer, der Musik aktiv empfängt, sondern er gestaltet diese auch aktiv und dialogisch mit.

Vergleichend dazu bezeichnet Dagmar Gustorff ihre Arbeit mit komatösen Patienten als „durch und durch aktive Musiktherapie“ (Gustorff, 2001, pers. Mitschrift eines Vortrages).

Letztlich wird auch hier ganz klar ersichtlich, dass die Beziehung zwischen Patient und Therapeut eine tragende Rolle spielt, ohne die keine Aussage über die Bedeutung der Musik in der Musiktherapie gemacht werden kann.

Einsatz der Stimme

Wie wir bereits wissen, zählt die Stimme (die mütterliche Stimme) zu jenen musikalischen Erfahrungen, die den Menschen bereits intrauterin begleiten. Sie bildet eine Brücke zur postnatalen Zeit und ist eine ureigenste Erfahrung jedes Menschen, die eng an die Erfahrung der ersten Beziehung zwischen Mutter und Kind gekoppelt ist. Von daher teile ich Jochims Meinung, dass nichts anderes in der Therapie so viel an Nähe, Geborgenheit, Wärme und Urvertrauen zu vermitteln vermag wie die eigene Stimme (vgl. Jochims, 1990, 127). Sie kann durch „ihren persönlichen Ausdruck an emotionaler Direktheit von keinem Instrument ersetzt werden“ (Gadomski/Jochims, 1986, 109).

Dadurch wird die Stimme zu einem sehr wichtigen Bestandteil im therapeutischen Prozess, vor allem in Zeiten, in denen der Patient ohne Orientierung, voller Angst und Hilflosigkeit ist.

Die Stimme kann als nichtsprachliches Verständigungsmittel subjektives Erleben auf elementaren Ebenen der Existenz (beginnend pränatal in der frühen Embryonalentwicklung) und als „Resonanzmittel“ Identitäts- und Sinnfindung durch Dialog und Kommunikation fördern und entwickeln helfen. Beim Singen schließen sich Unbewusstes und Bewusstes zusammen, wodurch die Stimme entscheidend zur Bewusstwerdung und Persönlichkeitsentwicklung beiträgt (vgl. Zieger, 1999, 148).

„Die Stimme vermittelt uns, in welcher ‚Stimmung‘ sich unser Gesprächspartner befindet und ob die vernommenen Worte ‚stimmig‘ sind.“ (Rittner, 1990, 105) (auch dann, wenn wir die Mimik und Gestik nicht sehen können, Bsp.: Telefon). Sie ist folglich Träger des tieferen emotionalen Gehaltes der Sprache und der direkteste Ausdruck unserer Persönlichkeit und unseres Lebens- und Reifeprozesses (vgl. Rittner, 1990, 106). Um mit Georg Hegels Worten zu sprechen: „Was er ist, das legt er in die Stimme“ (Hegel, 1997, zit. nach Rudnitzki, 1990, 172).

Setze ich nun als Therapeut meine Stimme ein, kann ich den Patienten auf direktem Wege erreichen, ihm sein Tun, seine Gefühle eindrücklich widerspiegeln und ihn stärken und stützen. Der Einsatz der Stimme bringt sehr viel an Nähe mit sich, vor allem, wenn Äußerungen des Patienten, wie z. B. der Atemrhythmus, in das Singen miteingebaut werden. Dies erfordert vom Therapeuten einen sehr feinfühligem Umgang mit der Stimme, immer in der *Ab-stimmung* mit den Bedürfnissen an Nähe und Distanz des Patienten.

Auch die Erkenntnis aus der Säuglingsforschung, dass *Affektab-stimmungen*¹⁵ am deutlichsten im Vokalisieren nachzuweisen sind, bietet eine grundlegende Indikationsstellung für den Einsatz der Stimme.

Einsatz der Leier

Warum die Leier für mich einen so hohen Stellenwert in der Therapie mit minimally responsive Patienten besitzt, möchte ich hier ausschließlich aufgrund meiner eigenen Erfahrungen schildern:

1. Die Leier ist ein Melodieinstrument mit relativ großem Tonumfang, wodurch ein facettenreiches Spiel möglich ist.
2. Im Vergleich zum Xylophon als Melodieinstrument kann man die Leier direkt mit den Händen bzw. Fingern spielen, wodurch ich mehr Bewegungsfreiheit habe, musikalisch mehr möglich ist (z. B. mehrere Saiten gleichzeitig zupfen) und ich mit einer Hand gleichzeitig beim Patienten sein kann (körpernahe!).
3. Das Vermitteln von Rhythmus ist eine weitere Qualität, die auf der Leier gut umgesetzt werden kann.
4. Die Leier bietet Vibrationswahrnehmung für den Patienten (z. B. Leier ans Bein legen), womit eine zusätzliche Möglichkeit der Körperwahrnehmung gegeben ist.
5. Die Atmung kann gut ins Leierspiel aufgenommen werden (z. B. Ausatmung durch ein absteigendes Glissando begleiten).

¹⁵ Siehe Kapitel 4.5.3

6. Ich sehe die Leier als ein behutsames Instrument. Durch die pentatonische Stimmung des Instrumentes ergeben sich viele Harmonien, was ich für eine stützende Eigenschaft halte und was m. E. sehr dazu beiträgt, Vertrauen aufzubauen.
7. Es sind fließende Übergänge zwischen Klang und Rhythmus möglich, deren Bedeutung schon dargelegt wurde.¹⁶

Auch andere Instrumente finden natürlich Eingang in die Therapie mit minimally responsive Patienten. Auf keinen Fall sehe ich die Leier als Universalinstrument an. Sie scheint mir nur sehr praktisch im spieltechnischen Sinn und wirkungsvoll in der musikalischen Annäherung an den Patienten zu sein.

Iso-Prinzip

Was sich nicht von Patient zu Patient unterscheidet, ist die Art und Weise, wie ich mein musiktherapeutisches Handwerk zum Einsatz bringe. Hierbei bildet eine für mich sehr wichtige Vorgehensweise die Basis jeglichen Tuns. Rolando Benenzon nennt dieses Vorgehen „Iso-Prinzip“, womit folgendes gemeint ist:

„Um einen Kommunikationskanal zwischen dem Therapeuten und dem Patienten herstellen zu können, muß das mentale Tempo des Patienten mit den Klängen der Musik übereinstimmen, die vom Therapeuten ausgehen.“ (Benenzon, 1983, 38)

In der praktischen Situation ist das so vorstellbar, dass ich mich als Therapeut darum bemühe, die minimalen Äußerungen – die Ressourcen – wie Atmung, Laute, minimale Bewegungen (Augen, Kopf, Hände, Beine), vegetative Zeichen genau wahrzunehmen und auch versuche, den emotionalen Raum zu erspüren. Dies sind die Ebenen – die Ebenen des Patienten – mit denen gearbeitet wird, d. h. sie werden in die Musik aufgenommen, woraus sich dann eine Spielform entwickelt, welche sich ausdifferenzieren lässt und sich womöglich zur Wiederholung eignet.¹⁷

¹⁶ Siehe Kapitel 2.4.3

¹⁷ Siehe Kapitel 1.3.2

3 FALLDARSTELLUNG MATTHIAS

3.1 EINLEITUNG

Im Rahmen des Kinder- und Jugendneuropsychiatriepraktikums am Neurologischen Krankenhaus Rosenhügel (Pavillon C, Station C1) im zweiten Jahr meiner Ausbildung zur Musiktherapeutin lernte ich Matthias kennen. Matthias – ein minimally responsive Patient – gab mir Einblick in seine Welt und motivierte mich dazu, mich eingehender mit dieser Welt zu beschäftigen.

An dieser Stelle möchte ich anhand von Gedächtnisprotokollen Matthias' Therapiegeschichte erzählen, um das Bild, die Gefühlswelt, die Wahrnehmung eines minimally responsive Patienten aus praktischer Sicht zu vermitteln. Auch soll diese Therapiegeschichte einen Einblick geben, wie es mir ergangen und was alles in meiner Gefühlswelt aufgetaucht ist.

Nun wird sich womöglich der eine oder andere Leser die Frage stellen, wie ich die Gefühle oder die Wahrnehmung eines nicht-sprechenden Menschen erfahren habe. Diese Frage ist sehr berechtigt, und meine Darstellungen werden immer ein Stück Ungewissheit, Subjektivität und mögliche Fehlinterpretation mit sich bringen. Jedoch erachte ich die genaue Beobachtung der minimalen Zeichen, des Gesichtsausdrucks, des körperlichen/vegetativen Zustandes des Patienten, die Arbeit mit der Gegenübertragung und die genaue Reflexion darüber innerhalb der Supervision als sehr eindrückliche und professionelle Informationsquellen, um Rückschlüsse auf das Erleben des Patienten ziehen zu können.

Somit wollen wir – nach einer Klärung der Rahmenbedingungen der Therapie – eintauchen in die Welt von Matthias.

3.2 RAHMENBEDINGUNGEN

3.2.1 Diagnose und Erscheinungsbild

Matthias kam mit eineinhalb Jahren aufgrund eines Ertrinkungsunfalles ins Neurologische Krankenhaus Rosenhügel. Seine Diagnose lautete Beinaheertrinken, Herz- Kreislaufstillstand mit cardiopulmonaler Reanimation, hypoxaemischer Hirnschaden.

Er bekam gleich nach dem Unfall ein Tracheostoma, was er jedoch am Rosenhügel bereits nicht mehr hatte. Er wurde lange Zeit über eine Magensonde ernährt und eine Shunt-Operation musste vorgenommen werden, um den angestauten Liquor abzuleiten, damit den Hirndruck zu mildern und weiteren Hirnschädigungen vorzubeugen. Auch seine starken zerebralen Krampfanfälle, die zu Beginn der Therapie seinen gesundheitlichen Zustand sehr prägten, nahmen nach der Operation an Häufigkeit ab.

Matthias hatte eine Tetraspastik und seine Hände befanden sich in Fauststellung. Er atmete oft sehr schwer und seine einzigen Lautäußerungen waren Schmatzlaute und leise Laute in Verbindung mit der Ausatmung. Es konnte nicht eruiert werden, ob Matthias etwas sah oder nicht, was auch bis zum Ende der Therapie ungewiss blieb. Seine Wahrnehmungs-

und Aufmerksamkeitsfähigkeit waren sehr eingeschränkt und seine Bewusstseinslage befand sich laut Wiener Vigilanz Score unter dem 10-Punkte-Wert¹⁸.

3.2.2 Setting

Die Therapie mit Matthias war – wie schon erwähnt – an das Kinder- und Jugendneuro-psychiatriepraktikum gekoppelt und dauerte somit ein Semester mit den jeweiligen Unterbrechungen aufgrund der universitären Ferien. Sie wurde vonseiten des Patienten einmal für eine Woche unterbrochen, in der ihm im Allgemeinen Krankenhaus Wien ein Shunt gelegt wurde. Die Therapie fand zweimal in der Woche zu je einer halben Stunde statt, womit sich der Therapieumfang auf zwanzig Einheiten belief.

Aus Mangel an Therapieräumen und da es für den Patienten am angenehmsten war, wenn er in seinem Bett liegen konnte, fand die Therapie in seinem Zimmer statt, was jedoch den Nachteil mit sich brachte, dass es immer wieder zu Störungen der Therapie aufgrund von z. B. pflegerischen Maßnahmen bei den Zimmerkollegen kam. Der Aufbau eines geschützten Rahmens, den ich für unabdingbar für das Bilden von Vertrauen in die therapeutische Beziehung erachte, wurde dadurch bedingt erschwert. Störungen führen diesbezüglich leicht zu Verunsicherungen auf beiden Seiten der Beziehungspartner, vor allem wenn man sich erst am Beginn der therapeutischen Beziehung befindet.

3.3 THERAPIEGESCHICHTE – EIN TAUCHGANG

Ich nenne dieses Kapitel bewusst *Therapiegeschichte*, da es die Geschichte von Matthias in der Musiktherapie erzählen soll, fern von Phasenanalysen, methodischen Erklärungen und Vorgangsweisen. Es ist der Versuch, anhand meiner Beobachtungen, meiner Interpretationen, meiner Reflexionen zu beschreiben, wie es Matthias und auch mir in der Musiktherapie ergangen ist.

Das, was ich nun schriftlich festhalten werde, um es nochmals zu verdeutlichen, ist die Sprache, die sich „jenseits des Wortes“ (Gustorff/Hannich, 2000) befindet. Es ist Matthias eigene Sprache, die es in den zwanzig Stunden galt verstehen zu lernen und die es mir ermöglicht, diese Therapiegeschichte niederzuschreiben.

1. Stunde – Sprung ins Wasser

Matthias atmet sehr schwer und schnell – *der Ertrinkungsunfall gibt mir durch den Kopf*. Seine Ausatmung ist mit einem (Grunz-)Laut verbunden und er schmatzt. Sein ganzer Körper ist verkrampft, er verzieht sein Gesicht –, *ich denke an weinen und fühle plötzlich Traurigkeit*. *Vor mir liegt ein kleines Kind, das – anstatt zu spielen – an ein Krankenhausbett gefesselt ist – und zur Traurigkeit gesellt sich nun auch Mitleid*.

Ich stelle fest, dass er den Klängen und sonstigen Geräuschen im Zimmer nicht folgt, nicht mit den Augen, nicht mit dem Kopf – *wie nimmt er wahr, was nimmt er wahr? Kann er die angebotenen Reize aufnehmen, verarbeiten?*

¹⁸ Siehe Kapitel 1.2.3

Am Ende der Stunde scheint er sich ein wenig zu entspannen und schläft auch ein – *warum? War die Stunde anstrengend, hab ich ihn in den Schlaf gesungen, oder waren es die sanften Töne der Leier?*

2.–5. Stunde – Schwimmversuche

Matthias ist meistens sehr angespannt, seine Atmung ist schwer, ruckartig, schnell, selten langsam und ruhig. Sein Zustand ist geprägt durch die zerebralen Krampfanfälle – *sie erscheinen mir oft wie Weinkrämpfe* –, die ich dadurch erkenne, dass er seinen Kopf nach hinten und zur Seite überstreckt, seine Ausatmung gleich nach dem Anfall oft mit einem Laut (Seufzer) verbunden ist – *Erleichterung* –, und er dann verstärkt schmatzt – ich erfinde ein Schmatzlied für ihn.

Seine Anfälle machen mich unsicher und hilflos, auch ich spüre zeitweise, wie sich mein ganzer Körper verkrampft und meine Atmung zu stocken beginnt. Anspannung und die Suche nach Entspannung ziehen sich durch die Stunden.

Zusätzlich bekomme ich immer mehr das Gefühl, dass Matthias nicht weiß, was rund um ihn passiert – Fragen wie: wo bin ich? was ist los? was ist los mit mir? was ist los mit dieser/meiner Welt? geben mir durch den Kopf. Matthias scheint keine Orientierung und kein Vertrauen – *Urvertrauen* – zu haben. Auch Körperkontakt ist schwer möglich, berühre ich seine Hand, kommt es zu einem minimalen, ruckartigen Zurückziehen – *ein Zeichen für Körperwahrnehmung!*? – und er wirkt sogleich angespannter – *ich spüre Angst*. Nichts ist für Matthias mehr so wie früher und ich glaube, er weiß oder er spürt das auch irgendwo – *viel Traurigkeit ist im Raum*.

Ich bemerke aber auch, dass Matthias mit der Zeit beginnt, aufmerksam und interessiert meinen Angeboten zu lauschen. Dabei sind seine Augen weit geöffnet und bewegen sich wachsam hin und her – *sieht er etwas oder nicht? – Diese Frage bleibt offen*.

Es wird ersichtlich, dass körperliche Veränderungen von Matthias (vor allem der Wechsel zwischen Anspannung und Entspannung) mit dem musikalischen Angebot korrelieren. Matthias reagiert also offensichtlich und sehr eindrücklich auf musikalische Veränderungen, er reagiert auf mich. Matthias bemerkt, dass jemand da ist für ihn und etwas für ihn macht, für ihn spielt – *ein erster Schritt der Annäherung*.

Schnitt

Zwischen 5. und 6. Stunde befindet sich Matthias für eine Woche im Allgemeinen Krankenhaus Wien, da ihm der Shunt gelegt wird.

6.–9. Stunde – ruhige See

Durch die Shunt-Operation verringern sich Matthias' Krampfanfälle, seine Atmung ist ruhiger und sein Körper entspannter. Jedoch wirkt er in diesen Stunden nach der Operation auch sedierter – *Medikamente* – und schläft beinahe in jeder Stunde – *gesund schlafen?* Er schmatzt viel weniger, und der rote Faden in der Therapie, der bereits in Ansätzen vorhanden war, ist wieder ein Stück weit verloren gegangen.

Das große Thema dieser vier Stunden ist Matthias' Schlaf. *Ich bin mir unsicher darüber, ob ich ihn wecken soll oder nicht, was ist besser oder schlechter, was ist förderlicher und was nicht?* Zusätzlich schlagen sämtliche Weckversuche (lautes Anreden, Berühren – Rütteln) einfach fehl, so-

dass ich mich letztendlich dafür entscheide, dass es womöglich förderlicher wäre, wenn er munter ist, d. h. ich versuche ihn zu wecken wenn er schläft. Wird er jedoch nicht wach, so respektiere ich seinen Schlaf und betrachte ihn als notwendig für Matthias.

Mein Angebot innerhalb dieser Stunden ist sehr klar, strukturiert und gleichbleibend. Günther Bartls Theorie der drei Grundnahrungsmittel des Menschen (Wärme – Rhythmus – Konstanz) kommt mir in dieser Zeit oft in den Sinn, denn mein Angebot erfüllt genau diese Parameter (vgl. Bartl, 1997, pers. Mitschrift).

Ich begleite also Matthias' Schlaf mit Klängen und bekomme immer mehr den Eindruck, *dass er sich in den Stunden wohl fühlt und Vertrauen fassen kann.*

Ich werde in dieser Zeit zu einer virtuosen Leierspielerin (die Leier war das Hauptinstrument) und lerne darauf zu vertrauen, dass mein Tun, auch wenn Matthias schläft, einen Sinn macht und wichtig für den Prozess ist.

Themen, die in dieser Zeit für mich aktuell werden, sind:

Wird mich das Leierspiel irgendwann langweilen?

Das Setting – ständig kommt jemand in den Raum, nie sind wir wirklich ungestört.

10. Stunde – er schwimmt

Die Antwort auf die Frage, ob mir das Leierspiel irgendwann zu langweilig werden wird, habe ich nicht erfahren können, denn in der 10. Stunde ereignet es sich, dass Matthias durch das Rasselgeräusch seines Stofffrosches, den ich zufällig in mein Tun einbaue, aufgewacht ist und er sehr lebendig und aktiv wirkt (gesteigerte motorische Bewegungen der Beine, Hände, Augen und des Kopfes). *Es geht ihm besser – ich freue mich.*

Seine Atmung ist nun auch im Wachzustand relativ ruhig und tief, und ich habe den Eindruck, *dass er in die Therapiesituation Vertrauen gefasst hat.* Es ist Zeit, etwas zu verändern, mein Angebot seinem verbesserten gesundheitlichen Zustand anzupassen.

11.–13. Stunde – erste Tauchversuche

Matthias ist wach, wachsam, interessiert und aufmerksam. Er zeigt eindeutige Reaktionen auf Angebote (große Augen, Hin- und Herbewegen der Augen). Auch schließt er seine Augen, wenn ich beginne Leier zu spielen (vgl. 6.–9./10. Stunde: Leier und Schlaf), schläft aber nicht ein, sondern kehrt nach kurzer Zeit wieder zurück – *nimmt er sich eine Auszeit, Zeit für sich, Raum für sich?* Ich versuche, mein Angebot zu steigern, bringe neue Instrumente mit, baue seinen Frosch in die Arbeit ein und Körperarbeit ist nun möglich – *die Angst ist nicht mehr vorhanden.* Ich versuche, die Stunde strukturiert zu gestalten, da ich den Eindruck habe, dass viel Klarheit und Orientierung weiterhin notwendig sind, damit sich Matthias auf die Therapie, auf die Beziehung einlassen kann.

Zwischen Matthias und mir entwickelt sich immer mehr Spannung – nicht Anspannung oder Entspannung – sondern ein beiderseitiges Dabei-sein: dabei sein beim Angebot, dabei sein beim Kontakt, bei der Beziehung – Matthias taucht ein.

14.–15. Stunde – Tief(see)schlaf

Matthias schläft und ist auch nicht zu wecken – *ich fühle mich hilflos und bin unzufrieden.* Ich kann seinen Schlaf nicht einordnen: *ist es wegen der Medikamente, geht es ihm wieder schlechter, ist*

es eine Form von Widerstand, (s)eine Form von Willensäußerung oder schläft er und genießt einfach, dass jemand da ist – für ihn da ist? Viele Fragen, die ich nie beantworten werde können.

Auch hier respektiere ich Matthias' Schlaf, jedoch begleite und stütze ich ihn in diesen zwei Stunden nicht in seinem Schlaf, sondern gestalte die Stunden ähnlich wie jene, in denen er wach ist, d. h. mehr Instrumente und Körperarbeit. Ich habe den Eindruck, dass sich Matthias dabei wohl fühlt, da es auch zu keinen negativen Reaktionen (Bsp.: Zucken oder Wegziehen der Hand bei Berührung) kommt.

Falls dieses Wort in diesem Zusammenhang überhaupt passt, „konfrontiere“ ich Matthias mehr in diesen zwei Schlafstunden.

16.–19. Stunde – Tiefseetaucher

Mein Angebot steht und kann noch etwas gesteigert werden. Matthias nimmt es mit großen Augen und Ohren auf, beginnt, seine Hände rhythmisch zum Rasselspiel zu bewegen und bewegt die Hand, wenn ich sie halte. Seine Atmung wird hörbarer, wenn ich lauter und schneller spiele und er atmet öfters mit einem Laut aus. Matthias beginnt nicht im Zusammenhang mit einem Anfall zu schmatzen – *möchte er das Schmatzlied hören?* – und er lautiert unabhängig von der Ausatmung – *er be-rührt mich – eine Begegnung!*

Ich habe den Eindruck, dass er meine Angebote differenzierter wahrnimmt, wieder erkennt, feinfühler und auch anspruchsvoller geworden ist. Er möchte nun mehr erleben und diesen Raum biete ich ihm.

Matthias hat es geschafft, Vertrauen zu fassen, wodurch er sich auf eine Beziehung mit mir einlassen kann. Er nimmt sich und mich wahr und folgt mit Spannung meinen Angeboten. Er beginnt initiativ zu werden, bietet von sich aus Kontakt an und ich empfinde uns als ein „eingespieltes Team“. Matthias kennt meine Angebote, weiß wie und womit ich auf seine Äußerungen eingehe und umgekehrt.

Gleichzeitig darf ich in dieser Zeit aber auch nicht darauf vergessen, dass das Ende der Therapie naht, und somit muss auch der Abschied vorbereitet werden, was ab der 18. Stunde passiert – *Traurigkeit wird wieder spürbar.*

20. Stunde – sicherer Hafen

Es ist eine schöne Stunde, es war ein trauriger Abschied. Matthias ist ruhig und atmet gleichmäßig. Ich erzähle ihm von unserer Therapie und ziehe mich musikalisch immer mehr zurück – *er spürt den Abschied.* Er bewegt das erste Mal den kleinen Finger (auf und ab) – *winkt er mir zum Abschied – er be-rührt mich – wir begegnen uns noch einmal.*

Je weniger ich mache, desto mehr schließen sich seine Augen und schließlich schläft er ein – *Schlaf – seine Form, den Abschied mitzugestalten? Zieht er sich zurück, um den Abschied für sich leichter zu machen?*

Die Musiktherapie wurde für Matthias zu einem sicheren Hafen, in dem er ankommen konnte und sich auch wieder davon lösen konnte. Es kommt mir das Bild von jenen Sporttauchern in den Sinn, die sich entlang einer Schnur in die Tiefe des Meeres begeben und entlang dieser Schnur wieder auftauchen. Auch in der Therapie gab es diese Schnur – diesen roten Faden –, der uns unsere Tauchgänge ermöglichte.

4 FALLANALYSE

4.1 EINLEITUNG

Eine Analyse ist laut Duden eine „systematische Untersuchung eines Gegenstandes oder Sachverhaltes hinsichtlich aller einzelnen Komponenten oder Faktoren, die ihn bestimmen“ (Duden, 1997, 60).

Der Gegenstand, den wir in dieser Fallanalyse untersuchen, ist der Beziehungsaufbau und die dazugehörige Frage, was der Mensch, in unserem Fall der Patient braucht, um eine Beziehung überhaupt eingehen zu können. Anhand der Therapiegeschichte soll dargelegt werden, welche Voraussetzungen notwendig sind, um eine Beziehung eingehen und aufbauen zu können, wie diese mittels musiktherapeutischer Methodik erarbeitet werden und letztendlich, wie die Beziehung selbst innerhalb der Musiktherapie gestaltet wird.

4.2 GEDANKENGÄNGE

Bevor ich mich eingehend der Fallanalyse zuwende, möchte ich einen Überblick darüber geben, welche Gedankengänge ich beschritten habe, welche Theorie ich für mich entwickelt habe und welche Türen sich zu anderen Theorien geöffnet haben. Es soll eine Verknüpfung dieser Theorien passieren, und um diese nachvollziehen zu können, scheint es mir wichtig, vorweg meine Gedanken, meine Idee kurz darzustellen.

1. Schritt

Mein erster Schritt war es, herauszufinden, welche Phasen sich bezüglich des Beziehungsaufbaus innerhalb des Therapieverlaufes herauskristallisieren lassen – ich begann also mit einer Phasenanalyse. Ersichtlich wurden drei Phasen, denen ich nach ihren inhaltlichen Aspekten, welche ich innerhalb der Fallanalyse selbst beschreiben werde, die Überbegriffe „Orientierungsphase“, „Beziehung zu sich“, „Beziehung zum Anderen“ zuordnete.

2. Schritt

Dieser Schritt bedeutete die Auseinandersetzung mit unterschiedlichster Fachliteratur, die von der Frage bestimmt wurde: „Was braucht der Mensch, um eine Beziehung aufbauen zu können, was sind die Voraussetzungen zur Beziehungsfähigkeit?“

Eine Voraussetzung, die wir bereits kennen gelernt haben, ist der Mensch an sich als ein Gegenüber.¹⁹ Bubers Philosophie, dass der Mensch erst am Du zum Ich wird, erhält auch hier einen zentralen Stellenwert.

Jene Voraussetzungen, die nun aber konkret in die Fallanalyse Eingang finden, sind folgende:

- das Vorhandensein eines Urvertrauens
- die Wahrnehmung seines Körpers; Körperkontakt
- die Fähigkeit zur Verinnerlichung und

¹⁹ Siehe Kapitel 2.2

- die Entwicklung eines Selbstempfindens

Letztere Voraussetzung, die Entwicklung eines Selbstempfindens, lässt sich nach Daniel N. Stern in vier Phasen einteilen, wobei für diese Arbeit die drei präverbale Entwicklungsstufen, das „aufauchende Selbst“, das „Kern-Selbst“ und das „subjektive Selbst“, von Bedeutung sind.

3. Schritt

Dieser letzte Schritt beinhaltet die Verknüpfung meiner Phasenanalyse mit den Theorien aus der Fachliteratur, die sich für mich auf folgende Art und Weise ergeben hat:

Ich begann, jede meiner Phasen hinsichtlich drei verschiedener inhaltlicher Punkte zu analysieren:

- dem Erscheinungsbild, d. h. dem physischen und psychischen Zustand des Patienten
- den Zielen, die sich aus dem Erscheinungsbild ergaben und
- der Methodik, die ich anwendete, um die Ziele zu erreichen

Gleichzeitig versuchte ich herauszufinden, was meine Ziele hinsichtlich des Beziehungsaufbaus auf einer Metaebene bedeuten. Dies ist der Punkt, wo nun die Verbindung zu den Theorien der Fachliteratur stattfindet, denn diese Metaebene beinhaltet die oben genannten vier Voraussetzungen und Bestandteile des Beziehungsaufbaus.

So ergab sich aufgrund der inhaltlichen Aspekte der einzelnen Phasen folgende Zusammenfügung:

„meine“ Phasen	Metaebene
Orientierungsphase	Urvertrauen Auftauchendes Selbst
Beziehung zu sich	Körperkontakt Kern-Selbst
Beziehung zum Anderen	Verinnerlichung Subjektives Selbst

Abbildung 7: Theorien-Verknüpfung

4.3 ORIENTIERUNGSPHASE

Diese Phase erstreckt sich von der 1. bis zur 10. Stunde, beinhaltet somit den „Sprung ins kalte Wasser“, die „Schwimmversuche“, die „ruhige See“ und „er schwimmt“. Diese Zeit ist sehr geprägt durch die zerebralen Krampfanfälle von Matthias, welche sich in der Beziehung durch Unsicherheit und Hilflosigkeit bemerkbar machen, und die lange Schlafphase. Es ist ein gegenseitiges Abtasten und Annähern und andererseits ein sich Zurückziehen und Loslassen.

4.3.1 Erscheinungsbild

Bereits aus der Therapiegeschichte geht die Befindlichkeit des Patienten hervor und soll hier nochmals in einem vollständigen Überblick wiedergegeben werden – dies gilt auch für die zwei weiteren Phasen.

- Matthias' Atmung ist ruckartig, schwer und schnell – selten ruhig und entspannt
- Er leidet bis zur fünften Stunde unter starken zerebralen Krampfanfällen
- Sein Muskeltonus ist ständig sehr hoch, d. h. er ist angespannt und verkrampft
- Ab der sechsten Stunde schläft er beinahe ausschließlich – wirkt im Schlaf entspannter
- Auf der psychischen Ebene zeichnet sich eine starke Orientierungslosigkeit und Hilflosigkeit ab. Angst wird spürbar
- Matthias folgt keinen Klängen oder Geräuschen
- Matthias ist vermutlich nicht dazu fähig, das Klangmaterial, das ihm innerhalb der Therapie angeboten wird, und die Geräusche, die in seiner nächsten Umgebung erzeugt werden (absaugen von Mitpatienten, Lärm von draußen, ...), zu verarbeiten.

Aus diesem Erscheinungsbild, dass vor allem durch die Orientierungslosigkeit von Matthias geprägt ist, kristallisieren sich für mich zwei Punkte heraus, die den Grad der Orientierungslosigkeit wesentlich mitbestimmen: die Frage nach dem Vertrauen – dem „eingestürzten“ Urvertrauen –, und die mangelnde Reizverarbeitung.

4.3.2 Ziele

- Vermittlung von Sicherheit und Orientierung
- Eine vertrauensvolle Atmosphäre schaffen – Vertrauen aufbauen: dieses Vertrauen bezieht sich hier nicht nur auf die Therapiesituation und die therapeutische Beziehung, sondern ebenfalls auf die (Um-)Welt, auf Matthias' neue, veränderte Erfahrungs- und Erlebniswelt
- Den Patienten stützen und begleiten – Halt geben

4.3.3 Metaebene

Das Urvertrauen

Die Begriffe „Urvertrauen“ (Erik H. Erikson) und „Grundvertrauen“ (Petzold) werden hier synonym verwendet. Der Begriff Grundvertrauen drückt nach Petzolds Ansicht nach nur noch stärker aus, dass hier der „Grund“ menschlicher Existenz berührt wird, das Fundament, das Existenz überhaupt trägt.

Ich habe den Begriff des Grundvertrauens hinzugefügt, weil ich Petzolds Auffassung des Grundvertrauens teile:

Im Unterschied zu Erikson nimmt er an, dass sich das Grundvertrauen nicht erst in der frühen Interaktion zwischen Mutter und Kind entwickelt, sondern dass es schon immer vorhanden war und in dieser ersten, intimen Beziehung nur bekräftigt wird.

„Der Ursprung des Grundvertrauens liegt [seiner] Auffassung nach in der totalen Verbundenheit zwischen Mutter und Kind im intra-uterinen Mikrokosmos, der realen Konfluenz zwischen dem Leibe der Mutter und dem Leibe des Kindes. Diese innige Verbundenheit [...] schafft eine jenseits aller Sprache und aller Reflexivität liegende Bewußtheit (awareness) auf der organismischen Ebene, daß wir getragen sind, eingebettet, bezogen.“ (Petzold, 1987, 231)

Zugleich ist diese innige Verbundenheit Ausdruck der totalen Koexistenz mit allem Geschaffenen, „wie in dem Nachvollzug der Evolution, der Entstehung des Lebens ‚aus dem Wasser‘ in den Stadien der embryonalen Entwicklung deutlich wird“ (Petzold, 1987, 231).

Das Grundvertrauen ist somit keine sozialisierte Größe, sondern eine Grundqualität der menschlichen Existenz, in der wir den anderen als Mitmenschen erreichen und berühren können (vgl. Petzold, 1987, 232), und der Mensch selbst im Urvertrauen eine „Quelle innerer Sicherheit“ (Bernhard-Hegglin, 1999, 99) besitzt.

Während der ersten Zeit mit Matthias bekam ich immer stärker den Eindruck, dass dieses Urvertrauen durch sein traumatisches Erlebnis – den Ertrinkungsunfall und die Nah-Toderfahrung – einen Einbruch erlitten hat. Auch Silke Jochims beschreibt in ihrer Arbeit mit schädel-hirnverletzten Menschen, dass der Aufbau eines neuen Urvertrauens²⁰ ein zentrales Thema in der Therapie ist (vgl. Jochims, 1990, 127). Sie geht davon aus, „daß die lange Zeit ohne Bewußtheit (im Koma) und die anschließende vollkommene Desorientiertheit eine Identitätskrise bis hin zum Zusammenbruch aller Ich-Funktionen und eine damit verbundene Identitätslosigkeit bewirken muß“ (Jochims, 1994, 1316). Dies löst wiederum Angst (Urangst?) aus, was weiters die kommunikative Bereitschaft des Patienten blockieren kann.

Die Veränderungen, die dem Patienten widerfahren, sind nach Sacks nicht analysierbar als Störungen einer Funktion oder eines Systems – sie müssen als eine „Störung des Selbst“ (Sacks, 1989, zit. nach Jochims, 1994, 1316) betrachtet werden.

Eine Störung des Selbst – was bedeutet das nun für die Arbeit? Was ist das eigentlich, das Selbst? Wie kann ich ein gestörtes Selbst, ein gestörtes Selbstempfinden wieder aufbauen?

Stern, der sich mit der Entwicklung des Selbstempfindens intensiv auseinandergesetzt hat, bietet hier einen sehr hilfreichen Ansatzpunkt. Sein Selbstkonzept findet nun an dieser Stelle Eingang, wobei in der Orientierungsphase das auftauchende Selbst den zentralen Stellenwert einnimmt.

Das Selbstkonzept nach Daniel N. Stern – Das auftauchende Selbst

„Das Selbstkonzept eines Menschen entsteht auf der Basis früher Dialoge, die bereits vorgeburtlich beginnen (auf endokrin-hormonaler, biochemischer und psychologisch-emotionaler Ebene (vgl. Nöcker-Ribaupierre, 1996, 303) und sich nach der Geburt in Form einer intensiven Mutter-Säugling-Interaktion fortsetzen.“ (Zieger, 1996, 240) Das Kind bzw. der Säugling setzt nach der Geburt seine Kommunikation mit der Mutter fort, nimmt aktiv am sozialen Geschehen teil, zeigt Signalverhalten und kann Signale entschlüs-

²⁰ Im Folgenden verwende ich die Begriffe Ur- und Grundvertrauen synonym.

seln – kann somit verstehen und sich verständigen (vgl. Jochims, 1994, 1316). Die Beziehungserfahrung dieser ersten Beziehung zwischen Mutter und Kind dient gleichzeitig als Prototyp aller späteren interpersonalen Beziehungen. Innerhalb dieser Dyade erfährt das Kind Kontakt und Abgrenzung, Mit-Sein und Bei-sich-Sein, das Selbst und den Anderen. Sie bildet also die „Matrix der Identitätsbildung“. (Petzold, 1987, 234)

Für die Arbeit mit minimally responsive Patienten erachte ich die Theorie Sterns zur Entwicklung des Selbstkonzepts als wichtigen Beitrag, da es den Anschein hat, dass diese Patienten in ein frühkindliches Stadium zurückgefallen sind, von dem ausgehend Urvertrauen, Reizverknüpfung, Eigenwahrnehmung und Fremdwahrnehmung erst wieder aufgebaut werden müssen.

Bevor ich nun näher auf das erste Selbstempfinden, das auftauchende Selbst, eingehe, gilt es vorweg das „Selbst“ erstmal zu definieren.

Stern schreibt hierzu:

„Mit dem ‚Selbst‘, das empfunden wird, meine ich ein invariantes Gewahrseinsmuster, das nur anlässlich der Aktivität oder psychischen Vorgänge des Säuglings zum Vorschein kommt. Ein invariantes Gewahrseinsmuster ist eine Organisationsform. Es ist das organisierende, subjektive Erleben dessen, was wir später verbal als das ‚Selbst‘ bezeichnen – wie auch immer es in den präverbale Phasen beschaffen sein mag. Dieses organisierende subjektive Erleben ist das präverbale, existentielle Pendant zum objektivierbaren, selbstreflexiven, verbalisierenden Selbst.“ (Stern, 2000, 20)

Das Empfinden eines Selbst bleibt immer eine wichtige, subjektive Realität, wobei „Empfinden“ ein einfaches (nicht-selbstreflexives) Gewahrsein meint. „Wir bewegen uns hier auf der Ebene unmittelbaren Erlebens, nicht auf einer begrifflichen Ebene.“ (Stern, 2000, 20)

Das „auftauchende Selbst“ entwickelt sich nach Stern innerhalb der ersten 2 Lebensmonate.

„Es ist das Empfinden einer im Entstehen begriffenen Organisation, und es ist ein Selbstempfinden, das während des gesamten weiteren Lebens aktiv bleiben wird. [...] Das Empfinden eines auftauchenden Selbst betrifft [...] den Prozeß und das Resultat einer sich entwickelnden Organisation. Es umfaßt das Kennenlernen der Beziehung zwischen den sensorischen Erlebnissen des Säuglings.“ (Stern, 2000, 61, 73)

Kennzeichnende Fähigkeiten dieser ersten Organisation, die Stern für angeboren hält, sind (vgl. Schumacher, 2000, 18):

- Wahrnehmung: die amodale Wahrnehmung und die Fähigkeit zur transmodalen Übertragung
- Blick: die Imitationsfähigkeit
- Emotion: die Vitalitätsaffekte

ad Wahrnehmung

„Unter amodaler Wahrnehmung wird die Fähigkeit verstanden, eine in einer bestimmten Sinnesmodalität aufgenommene Information in irgendeiner Form in eine andere Sinnesmodalität übersetzen zu können.“ (Schumacher, 2000, 19) Martin Dornes bezeichnet diese

Fähigkeit als kreuzmodale Wahrnehmung (vgl. Dornes, 1994, 82). und führt als Beispiel an:

„Man steckt Säuglingen einen Schnuller mit Noppen in den Mund und zeigt ihnen anschließend die Bilder eines Schnullers mit und ohne Noppen. Sie bevorzugen visuell das Bild des Schnullers, den sie vorher im Mund nur gefühlt haben.“ (Dornes, 1994, 82)

Dies zeigt, dass es Wahrnehmungserwartungen und – koordinationen gibt, dass die Fähigkeit zur Herstellung von Verbindungen und Zusammenhängen vorhanden ist und somit verhindert wird, dass das Subjekt – der Säugling – die Welt als Reizchaos oder sich selbst als einem solchen ausgeliefert fühlt (vgl. Dornes, 1994, 83).

Mit der hinzukommenden Fähigkeit der transmodalen Übertragung ist es dem Säugling obendrein möglich, Menschen zu imitieren, sodass bereits 2 Tage alte Neugeborene die Mimik eines Erwachsenen zuverlässig nachahmen können. „Hier wird also eine transmodale Entsprechung zwischen Gesichtssinn und propriozeptiver Wahrnehmung angenommen.“ (Schumacher, 2000, 20)

ad Blick

„Die für die Entwicklung, für jegliches Leben so wichtige Fähigkeit der Imitation setzt Blickkontakt und transmodale Übertragungsfähigkeit voraus. [...] Das Imitieren von menschlichem Verhalten zieht das Empfinden dieser Welt nach sich und ist eine Voraussetzung für die Entwicklung von Empathie.“ (Schumacher, 2000, 20)

ad Emotion

„Zwar wissen wir nicht, wie die amodale Wahrnehmung vonstatten geht, nach welchen Gesetzmäßigkeiten sie funktioniert, aber es steht fest, dass der Säugling immer ‚gefühlsmäßig‘ wahrnimmt.“ (Schumacher, 2000, 21) So werden neben dem Blickkontakt und der Imitation so genannte „Vitalitätsaffekte“ beim Säugling beobachtet, welche aus der unmittelbaren Begegnung mit Menschen hervorgehen.²¹

„Um [die] Affekte regulieren zu können, bedarf es der Wahrnehmung des Anderen, der wiederum die Fähigkeit haben muß, seine Affekte auf die des Säuglings abzustimmen. Die amodale Wahrnehmung korrespondierender Vitalitätsaffekte fördert die Kontakt- und Beziehungsfähigkeit oder, wie Stern es formuliert, das Empfinden eines auftauchenden Selbst und das Empfinden eines auftauchenden Anderen.“ (Schumacher 2000, 21)

Die nun beschriebenen, angeborenen Fähigkeiten des Säuglings sind entscheidend für die Entstehung von Kontakt und Beziehung, denn nur das Verknüpfen- und Integrieren-Können der zu hörenden, zu sehenden und zu spürenden Reize ermöglicht eine auftauchende Bezogenheit. „Die Fähigkeit, alle angebotenen Reize sinnvoll zu verarbeiten, ist die Voraussetzung, um Selbstwahrnehmung als Basis für die Fähigkeit zur zwischenmenschlichen Beziehung entwickeln zu können.“ (Schumacher, 2000, 21)

²¹ Siehe Kapitel 1.2.3

Matthias war nicht in der Lage sämtliche Reize zu verarbeiten, was sich auf seine schwere Schädel-Hirnverletzung zurückführen lässt. Vermutlich konnte er nicht mehr sehen, d. h. ein wichtiger Aufnahme- und Integrationskanal war durch den Unfall und dessen Folgen verloren gegangen. Die Verknüpfung und die Verarbeitung von Reizen fand bei ihm also auf einem sehr niedrigen Niveau oder gar nicht statt.

4.3.4 Methodik/Interventionen

Welche Methodik kann ich als Musiktherapeut anwenden, um dem Patienten dabei zu helfen, etwas von dem zurückzugewinnen, was er verloren hat – sein Urvertrauen und seine Fähigkeit zur Reizverarbeitung?

Rituale

Rituale sind für den Aufbau einer Beziehung mit minimally responsive Patienten von großer Bedeutung. Sie geben Sicherheit, Orientierung und Halt, wodurch es dem Patienten möglich wird, das verloren gegangene Urvertrauen wieder zurückzugewinnen, und Vertrauen in die therapeutische Beziehung zu fassen.

Ich gestalte also ein Begrüßungs- und ein Abschiedsritual, das dem Kind die entscheidende Information gibt: „Jetzt fängt die Musiktherapie wieder an und jetzt ist sie zu Ende“. Sie hat somit einen Signalcharakter. Die Begrüßung und der Abschied sind wesentliche Bestandteile der Stunde, sie geben den Rahmen für den geschützten Raum der Therapiestunde, in dem der Patient ausprobieren und sich entdecken kann (vgl. Loos, 1986, 155). Der Anfang und das Ende der Therapie markieren eine neue Erfahrung, eine neue Art von Beziehungserfahrung. „Innerhalb dieses Zeitraums kann der Patient der fast totalen ununterbrochenen Zuwendung des Therapeuten sicher sein, der ihm in dem Prozeß der Selbstentdeckung helfen will“ (Priestley, 1983, 98), und ihn so annimmt wie er ist.

Die Begrüßung soll das Kind auf die Therapie einstimmen, während sie zugleich dem Therapeuten die Gelegenheit gibt, herauszufinden, wie es dem Kind heute geht und was in der Therapie geschehen soll. Der Abschied soll dem Kind dabei helfen, sich auf des Ende der Therapiestunde vorzubereiten – es wird hier ein Abschied im Kleinen vollzogen, der eines Tages zur unwiederbringlichen Realität wird (vgl. Schumacher, 1994, 83).

Die Gestaltung des Begrüßungs- und Abschiedsrituals in der Therapie mit Matthias sah folgendermaßen aus:

Begrüßung:

- Verbale Begrüßung: „Hallo Matthias, ich bin wieder da, wir haben jetzt Musiktherapie, ...“
- Musikalische Begrüßung: Begrüßungslied – besteht aus einer einfachen, kurzen Melodie, oft ähnlich einem Kinderlied. Der Text hat die Begrüßung zum Inhalt.

Hal - lo, lie - ber - Ma - tthi - as - lie - ber - Ma - tthi - as - Hal - lo Hal -
lo, lie - ber - Ma - tthi - as - zur - Mu - sik - the - ra - pie

Abbildung 8: Begrüßungslied

- Leierimprovisation: mit diesem Leierspiel beginne ich langsam mich dem Patienten anzunähern, Bezug zu ihm und zu seinen Äußerungen herzustellen.

Abschied:

- Leierimprovisation: dieses Leierspiel ist frei improvisiert und distanziert sich von den Äußerungen des Kindes. Indem ich die Leier weiter vom Kind entfernt halte, schaffe ich gleichzeitig auch eine äußere Distanz. Die melodischen Motive bewegen sich absteigend, werden leiser und klingen aus.
- Musikalischer Abschied: Abschiedslied – besteht aus der gleichen Melodie wie das Begrüßungslied, Text bezieht sich auf den Abschied.

Ba ba lie ber Ma tthi as lie ber Ma tthi as Ba ba bald
seh'n wir uns wie der zur Mu sik - the - ra - pie

Abbildung 9: Abschiedslied

- Verbaler Abschied: „Baba Matthias, die Stunde ist jetzt aus, ich geh jetzt und komme am ... wieder.“

Strukturierung der Stunde

Mit dem Begrüßungs- und dem Abschiedsritual habe ich schon einen Teil der Stundenstruktur angesprochen. Es ist dies der äußere Rahmen der Stunde, der jedoch in der Arbeit mit minimally responsive Patienten als Struktur allein nicht ausreicht. Die vorherrschende Desorientierung in der Phase der Frührehabilitation erfordert m. E. eine sehr klare, durchschaubare Linie innerhalb der Therapiestunde, an der sich das Kind anhalten kann und durch die es Vertrauen fassen kann. Die Ich-Struktur eines minimally responsive Patienten ist zum Zeitpunkt der Frührehabilitation sehr schwach ausgeprägt, sodass zunächst Orientierung und Halt angeboten werden müssen, damit sich der Patient nicht noch mehr verliert.

Die Strukturierung verändert sich natürlich in den einzelnen Therapiephasen, da sie sich der gesundheitlichen Verfassung des Kindes anpasst. Dies bedeutet auch, dass sich die Struktur innerhalb einzelner Therapiestunden verändern kann, wenn es erforderlich ist. Struktur darf nicht rigide werden, sondern verlangt immer auch Flexibilität. So kann es passieren, dass gegebenenfalls die Struktur verlassen werden muss, um den Bedürfnissen des Kindes, welche stets an oberster Stelle stehen, nachzukommen.

Die Strukturierung entwickle ich ausgehend vom Kind, d. h. mit dem Kind. In der Therapie mit Matthias nahm ich eine ganz klare Strukturierung erst ab der 7. Stunde vor – sie wäre schon früher notwendig gewesen. Diese Strukturierung blieb bis zum Ende der Therapie grundlegend erhalten, änderte sich jedoch in ihrer inhaltlichen Gestaltung.

Strukturierung	Gestaltung 6. – 10. Stunde	Gestaltung 11. – 14. Stunde	Gestaltung 15. – 17. Stunde
Begrüßungsritual	Einstimmende Worte Begrüßungslied Leierimprovisation	Einstimmende Worte Begrüßungslied Leierimprovisation	Einstimmende Worte Begrüßungslied Leierimprovisation
Ruhephase Übergang Ruhephase – Aktive Phase	Leier und Stimme	Leier und Stimme Leier und Frosch	Leier und Stimme Leier und Frosch – Körperarbeit
Aktive Phase	Leier und Stimme	Frosch – Körperarbeit Rassel – Körperarbeit	Rassel – Körperarbeit Neues Instrument
Ruhephase Übergang Ruhephase – Abschied	Leier und Stimme	Frosch – Leier Leier und Stimme	Leier und Stimme
Abschiedsritual	Leierimprovisation Abschiedslied Abschließende Worte	Leierimprovisation Abschiedslied Abschließende Worte	Leierimprovisation Abschiedslied Abschließende Worte

Abbildung 10: Stundenstruktur

Erläuterungen:

Ruhephase: Unter Ruhephase verstehe ich jene Zeit in der Stunde, in der der Therapeut für das Kind spielt, für ihn singt und diese Spielformen nur zum Teil vom Patienten aus entwickelt. Das Kind ist hier noch weniger involviert in das musikalische Geschehen, als es dann in der aktiven Phase sein wird. Es wird hier dem Kind mehr Raum für sich gegeben. Es kann sich einlassen, aber es hat auch leichter die Möglichkeit, sich zurückzuziehen, bei sich zu bleiben, da es nicht in den absoluten Mittelpunkt seiner Wahrnehmung gestellt wird (vgl. Schumacher, 1994, 37).

Aktive Phase: In dieser Phase wird das Kind nun aktiver in das Therapiegesehen miteinbezogen. Ich nehme sämtliche Äußerungen, sein Tun, den emotionalen Raum in die Musik auf, bin also sehr nahe beim Kind, wodurch ein enger Kontakt entstehen kann. Auch die Körperarbeit zählt zu dieser Phase, bei der das Kind nun auch eine physische

Berührung erfährt, was eine nochmalige Intensivierung des Kontaktangebotes bedeutet. In dieser Phase entsteht sehr viel Nähe in physischer und psychischer Hinsicht.

Durch diese Beschreibung wird deutlich, dass die zwei Phasen sehr eng an die Begriffe „Nähe“ und „Distanz“ gekoppelt sind, wodurch ersichtlich wird, wieso diese Strukturierung nicht rigid sein darf. Sie muss sich nämlich stets an den Nähe- und Distanzbedürfnissen des Kindes orientieren, was zur Folge haben kann, dass die Dauer der einzelnen Phasen variiert oder das eine Phase ausgelassen wird. Das Agieren des Therapeuten

„muß die Nähe-Distanz-Bedürfnisse des Kindes mit dem Ziel berücksichtigen, seine Wahrnehmung nach außen zu öffnen und nicht durch allzu bedrängendes Agieren seine Angst zu erhöhen und ihn dadurch noch mehr zu verschließen. Dieses Pendeln zwischen genauem Beobachten, Aufnehmen der Bewegungen, Erfassen des inneren Zustandes des Kindes und dem Wahrnehmen der eigenen, sich in der Situation entwickelnden Gefühle ist der häufigste Zustand des Therapeuten.“ (Schumacher, 1994, 37)

Abschließend lässt sich noch feststellen, dass meine Strukturierung der Stunde dem „Kontaktmodell“ von Andreas Zieger entspricht.²² Folgende Zuordnung ergibt sich:

Stundenstruktur	Kontaktmodell
Einstimmende Worte (Begrüßungsritual)	Hinwendung
Begrüßungslied Leierspiel (Begrüßungsritual)	Begrüßung Eintreten in den Distanzraum
Ruhephase – Aktive Phase – Ruhephase	Gemeinsamer Dialog einschließlich Wiederholungen und Modulationen
Abschiedsritual: Leierspiel, Abschiedslied, Abschließende Worte	Abschiednehmen und Auseinandergehen

Abbildung 11: Stundenstruktur entsprechend dem „Kontaktmodell“ nach Zieger

Kommentieren

Als ich erkannte, dass Matthias nicht in der Lage war sämtliche Reize, die sich innerhalb des therapeutischen Geschehens und durch das Krankenhausumfeld ergaben, zu verarbeiten, übernahm ich für ihn ein Stück dieser Reizverarbeitung, indem ich sämtliche Geschehnisse außerhalb (z. B. Absaugen eines Mitpatienten, Tür öffnet sich, Rasenmäher im Garten, ...) und innerhalb des therapeutischen Settings, vor allem mein eigenes Tun, verbal kommentierte.

Bevor ich ein Angebot setze, erkläre ich dem Patienten, was ich tun werde, wodurch er darauf vorbereitet wird und nicht angst erfüllt darauf warten muss, was als Nächstes geschehen wird. Das Erzeugen eines angstfreien Klimas ist eine sehr wichtige Aufgabe des Therapeuten, da nur in einem angstfreien Zustand wahrnehmen und damit lernen möglich

²² Siehe Kapitel 2.3.4

ist (vgl. Schumacher, 1994, 77). Jeder Reiz, der vom Therapeuten angeboten wird, muss also so gestaltet werden, dass er keine zusätzliche Angst beim Patienten auslöst und dass er für ihn zu verarbeiten ist (vgl. Schumacher 1994, 103). Dies bedeutet, dass zusätzlich zum Kommentieren das Reizangebot – das Kontaktangebot – sehr klar und einfach sein soll und nicht überfordern darf.

Anstatt zu sprechen kann auch singend kommentiert werden. Jochims Erfahrung nach kommen Mitteilungen in melodischen Strukturen „ganz anders an“ als die rein sprachliche Form, was durch die stärker mitschwingende Emotionalität beim Singen begründet werden könnte (vgl. Jochims, 1990, 129).

Solange der Patient nicht in der Lage ist, Informationen und Reize sinngemäß zu verarbeiten, kann er keine entsprechende Beziehung aufbauen.

Resonanz schaffen

„Der Therapeut versucht, sich als ‚Gefäß‘ (Container) zur Verfügung zu stellen, in dem er das Kind in seinem augenblicklichen Zustand auffängt.“ (Schumacher, 1994, 102) „Wenn der Patient spürt, daß seine Gefühle akzeptiert und in dieser Weise ‚aufgefangen‘ (held) werden, dann kann er sie später selbst spüren und ‚halten‘ (contain).“ (Bion, 1974, zit. nach Priestley, 1983, 34)

Oft ist es der Atemrhythmus des Patienten, der Anlass für die Musik des Therapeuten ist, oder Augenbewegungen, die zu einer rhythmischen Improvisation anregen. Je nach dem, was gerade da ist, wird der Therapeut versuchen es in die Musik aufzunehmen, wodurch der Patient Raum und Halt findet, also Vertrauen fassen kann. Dieses Aufnehmen findet oft in Form eines Situationsliedes statt, welches den Patienten besingt, „wie er sich dem Therapeuten darstellt, in seiner Bewegung, in seiner Stimmung, in seinem Tun.“ (Schumacher, 2000, 36) Die Singweise sollte einfach gehalten sein, z. B. ähnlich einem Kinderlied oder Volkslied, ein klares Motiv und einen klaren Rhythmus haben. Ein ständiger Wechsel der Singweise erschwert den Aufbau einer vertrauten und sicheren Atmosphäre und die Möglichkeit Kontakt herzustellen.

Mittels eines Refrains kann wieder Raum geschaffen werden und er distanziert die direkt auf den Patienten bezogene Intervention. Durch diese unmittelbare Verbindung des kindlichen Tuns und der Musik kann ein koordiniertes Reizklima geschaffen werden, durch welches intermodale Verknüpfungen hergestellt werden können, welche wiederum die transmodale Übertragungsfähigkeit des Patienten fördern. Durch die Wiederholung der entwickelten Situationslieder, die nach einer Stunde notiert werden sollten, wird das gemeinsame Tun vorhersagbar und vertraut, also angstmildernd (vgl. Jochims, 1990, 131).

„Regressiv-symbiotisches Beziehungsangebot“

Jochims bietet dem Patienten in der Phase der Frührehabilitation ein regressiv-symbiotisches Beziehungsangebot, indem sie für den in sich verschlossenen Menschen Kinder-, Wiegen-, Abend- und Weihnachtslieder oder auch andere, ruhig fließende, in früher Kindheit geprägte Melodien (innerhalb der Musikanamnese erfahren) singt. „Nichts scheint mir so viel an Nähe und Geborgenheit, Wärme und Urvertrauen zu vermitteln wie die eigene Stimme, kein Klang das mütterlich haltende Element besser zu transformieren als die personale Klangmitteilung.“ (Jochims, 1990, 127) Dieses Beziehungsangebot kann

im bewusstseinsgestörten, orientierungslosen und daher angsterfüllten Patienten Erinnerungsspuren an sehr frühe, angstfreie Zeiten wachrufen „und somit eine entscheidenden Hilfe zum Aufbau eines neuen Urvertrauens bedeuten“ (Jochims, 1990, 127). Somit ist die Milderung von Angst eine wichtige Voraussetzung für das Entstehen einer positiven, emotionalen, zwischenmenschlichen Beziehung (vgl. Schumacher 1994, 141). „Die Kraft, die durch dieses regressive Angebot freigesetzt wird, ist meines Erachtens eine Voraussetzung für eine optimale Rehabilitation.“ (Jochims, 1990, 128)

4.4 BEZIEHUNG ZU SICH

Diese Phase beinhaltet die 11.–15. Stunde – „erste Tauchversuche“ und „Tief(see)schlaf“. Die therapeutische Beziehung verändert sich in diesen Stunden durch den verbesserten gesundheitlichen Zustand von Matthias, wird anspruchsvoller und intensiviert sich. Sie ist geprägt durch ein starkes Spannungsgefühl zwischen dem Therapeuten und dem Patienten, das sich in seiner Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit widerspiegelt. Auch zieht sich der Patient zeitweise aus der Beziehung zurück, indem er schläft, jedoch ist dieser Rückzug kein Rückschritt in der Beziehung.

4.4.1 Erscheinungsbild

- seine Atmung ist generell ruhiger und entspannter
- die zerebralen Krampfanfälle sind stark zurückgegangen
- der Muskeltonus ist nicht mehr so hoch, Matthias ist also auf körperlicher Ebene entspannter
- Matthias ist sehr aufmerksam, interessiert und konzentriert
- Matthias zeigt eindeutige Reaktionen auf Angebote
- Matthias lässt Körperkontakt zu
- er scheint Vertrauen in die Beziehung gefasst zu haben; Angst ist nicht mehr spürbar
- Matthias schläft in der 14. und 15. Stunde

4.4.2 Ziele

- Anpassung des Therapieangebotes an den verbesserten Gesundheitszustand – wobei für mich der Gesundheitsbegriff sowohl die physische als auch die psychische Gesundheit umfasst, dies beinhaltet:
- eine Steigerung des Angebotes an Reizen auf auditiver und taktiler Ebene – ich beginne mit Körperarbeit, um die Körperwahrnehmung des Patienten zu stärken und sensibilisieren.
- Herabsetzen des Muskeltonus durch Körperarbeit.

4.4.3 Metaebene

Körperkontakt

Wie ich bereits in Bezug auf das Fühlen beschrieben habe, ist der Körperkontakt für die menschliche Entwicklung von großer Bedeutung.²³ Das Gefühl der Identität entsteht aus dem Gefühl des Kontaktes zum Körper. Um zu wissen, wer er ist, muss dem Menschen auch gegenwärtig bewusst sein, was er empfindet. Verliert der Mensch den Kontakt zu seinem Körper, wie es bei minimally responsive Patienten in ausgeprägter Form der Fall ist, geht auch der Kontakt zur Realität verloren. „Die persönliche Identität hat [jedoch] nur insofern Substanz und Struktur, als sie ein Fundament in der Realität der körperlichen Empfindungen besitzt.“ (Montagu, 1974, 159)

Hierdurch wird ersichtlich, dass ein Kind sich nicht entwickeln und gesund heranwachsen kann, wenn seine taktilen Bedürfnisse nicht entsprechend erfüllt werden.

Zusätzlich wird dem Kind durch die Berührung das Vorhandensein eines anderen vermittelt – er wird spürbar – und „wenn ich das objektive andere außerhalb meiner Selbst, meines eigenen Körpers fühle, erlebe ich gleichzeitig mein Selbst. Ich fühle gleichzeitig das andere und mich selbst“ (Ong, o. J., zit. nach Montagu, 1974, 84). Bubers These, der Mensch wird am Du zum Ich, bewahrheitet sich dadurch auch in physischer Hinsicht.

Somit ist die taktile Stimulation ein wesentlicher Bestandteil in der Entwicklung des Kindes, ohne die es zu erheblichen Störungen auf physischer (z. B. körperliches Wachstum) und psychischer Ebene (z. B. Identitätsbildung) kommen kann (vgl. Montagu, 1974, 148 f.).

Das Kern-Selbst

Ab dem 2. Lebensmonat des Säuglings entwickelt sich nach Stern das Empfinden eines Kern-Selbst. „Der Säugling erlebt sich als gegenüber dem Anderen und in Gemeinschaft mit dem Anderen. Das Empfinden eines Kern-Selbst hält Stern für die Grundlagen aller differenzierten Selbstempfindungen, die sich ab dem siebenten Monat entwickeln werden.“ (Schumacher, 2000, 39)

Der Säugling verfügt nun über ein integriertes Empfinden seiner selbst als körperliches Wesen, das vom anderen getrennt ist, über die Fähigkeit, seine eigenen Handlungen und Affekte zu kontrollieren, über ein Kontinuitätsempfinden und er nimmt andere Personen als von ihm selbst getrennte, eigenständige Interaktionspartner wahr (vgl. Stern, 2000, 104).

Die vier Begrifflichkeiten bzw. Merkmale des Kern-Selbst, die sich aus dieser kurzen Beschreibung herauskristallisieren, sind:

- „Urheberschaft“
- „Selbst-Kohärenz“
- „Selbst-Affektivität“
- „Selbst-Geschicklichkeit“

²³ Siehe Kapitel 1.2.3

ad Urheberschaft

Mit Urheberschaft ist das Empfinden gemeint, „der Urheber eigener Handlungen und Nicht-Urheber der Handlungen anderer Menschen zu sein, d. h. Willen zu besitzen, selbsterzeugte Aktionen kontrollieren zu können („mein Arm bewegt sich, wenn ich will, daß er sich bewegt“/propriozeptives Feedback) und bestimmte Konsequenzen der eigenen Aktionen zu erwarten“ (Schumacher, 2000, 39).

Die wichtigste Invariante ist hier wahrscheinlich die Empfindung des Wollens, welche vor allem durch das Vorhandensein eines motorischen Plans in unserem Inneren ermöglicht wird (vgl. Stern, 2000, 115).

ad Selbst-Kohärenz

Die Selbst-Kohärenz bezeichnet das Empfinden, „ein vollständiges körperliches Ganzes zu sein und sowohl in der Bewegung (Verhalten) als auch im Ruhezustand über Grenzen und ein körperliches Handlungszentrum zu verfügen“ (Schumacher, 2000, 40).

Verschiedene Erfahrungsmerkmale – fünf Invarianten – sind bekannt, die die Entwicklung der Selbst-Kohärenz fördern könnten (vgl. Stern, 2000, 122):

- Einheit des Ortes
- Kohärenz der Bewegung
- Kohärenz der zeitlichen Struktur
- Kohärenz der Intensitätsstruktur
- Kohärenz der Form

Diese fünf invarianten Eigenschaften tragen kumulativ zur Identifizierung der jeweiligen Organisationen bei, die das Kern-Selbst und den Kern-Anderen bilden.

ad Selbst-Affektivität

In Verbindung mit jedem gesonderten Affekt erkennt und erwartet der Säugling eine charakteristische Konstellation von Ereignissen (vgl. Stern, 2000, 132):

- das propriozeptive Feedback aus einem bestimmten motorischen Muster des Gesichts, der Atmung und des Stimmapparats
- innere Empfindungsmuster der Erregung oder Aktivierung und
- emotionsspezifische Gefühlsqualitäten

„Stern betont, daß der Säugling den Affekt als zum Selbstgefühl gehörend erlebt und nicht als Teil einer anderen Person. Das Gefühl der Freude z. B. sei, egal welche Person sie in ihm auslöst, eine immer wiederkehrende eigene Empfindung.“ (Schumacher, 2000, 42)

ad Selbst-Geschicklichkeit (Gedächtnis)

Der Säugling verfügt über ein ausgezeichnetes motorisches Gedächtnis, womit willkürliche Muskelbewegungen und deren Koordination gemeint sind. Das motorische Gedächtnis zählt zu den reproduktiven Gedächtnis-Systemen, die nicht auf der Sprache beruhen.

Bsp.: Über dem Babybett wurde ein Mobile mit einer Schnur, die mit dem Fuß des Kindes verbunden war, angebracht. Strampelte der Säugling mit seinen Beinen, bewegte sich also das Mobile. Mehre Tage nach dieser Beobachtungsstunde wurde abermals ein Mobile über dem Bett des Säuglings angebracht, diesmal aber ohne die Beine mit der Schnur zu ver-

binden. Dennoch traten vermehrt Strampelbewegungen des Säuglings auf (vgl. Stern, 2000, 134 f.).

4.4.4 Methodik/Interventionen

„Ich spüre mich, ich habe einen eigenen, von der Umwelt abgegrenzten Körper, der meinen eigenen Impulsen gehorcht“, ist die entscheidende Erfahrung, die zum Empfinden des Kern-Selbst führt.“ (Schumacher, 2000, 55) Welche Interventionen können die Wahrnehmungsfähigkeit des eigenen Körpers fördern und das Kind bei dieser Entwicklung unterstützen? Welche Interventionen unterstützen die Erfahrung, sich selber wahrzunehmen, sich selber zu spüren?

Körperlieder

Die körperliche Annäherung des Therapeuten an das Kind muss sehr behutsam, vorsichtig und zeitgerecht/entwicklungsgerecht stattfinden. Bei Matthias konnte ich beobachten, dass er in der ersten Zeit der Therapie keinen Körperkontakt zulassen konnte bzw. wollte, da er stets mit angespanntem Körper, einem Zurückziehen des berührten Körperteils und mit spürbarer Angst reagierte. Diese Reaktion war äußerst intensiv, wenn der Körperkontakt unvorbereitet passierte, d. h. ich ihn im Vorhinein nicht angekündigt habe.

Da Matthias stets auf Körperkontakt reagierte, ist anzunehmen, dass er immer ein Körpergefühl hatte, seinen Körper in irgendeiner Art und Weise wahrgenommen hat, jedoch es nicht zuließ, diese Wahrnehmung zu intensivieren. Erst als Matthias Vertrauen in die Beziehung gefasst hatte, ihm die angebotenen Reize bekannt und vertraut waren und er sie in einen Zusammenhang bringen konnte, war Körperarbeit möglich.

Ein großer Teil dieser Körperarbeit gestaltet sich darin, dass ich Körperteile besinge und gleichzeitig das besungene Körperteil mit meiner Hand berühre, es drücke, streichle oder mit einem Instrument (Rassel, Kabasa) entlang abfahre.

In der Mutter-Kind-Interaktion lassen sich ebenfalls solche Spielformen, genannt „Koselieder“ oder „Ammenscherze“ beobachten:

„Ich habe einen Kopf,
zwei Arme hab ich auch
und einen runden Bauch,
tralla la la la la.“ (Böke, o. A.)

Sie werden meist am Wickeltisch oder nach dem Baden mit dem Kind gespielt. „Das Kind muß noch nichts können. Es läßt die Berührung der angesprochenen Körperteile geschehen und wird unsere Hände und unser Gesicht beim Spiel neugierig verfolgen.“ (Schumacher, 1994, 123) Wie in der Arbeit mit autistischen Kindern, beschrieben von Schumacher, sehe auch ich hier den Vorteil, dass durch den tradierten Vers bzw. den eigens erfundenen und wiederholten Text die Berührung „geformt“ ist. Sie wird zeitlich begrenzt und ist durch den spielerischen Charakter trotz der körperlichen Nähe „distanziert“ (vgl. Schumacher, 1994, 123).

Ich erfinde Lieder für den ganzen Körper oder nur für einzelne Körperteile, die z. B. nicht unter der Bettdecke sind – Arme, Hände, Finger, Kopf, Gesicht, Teil des Brustkorbes.

Das Kind kann dadurch spielerisch die Erfahrung machen: „Das ist mein Körper, das ist meine Hand, hier beginnt sie und hier hört sie auf, das gehört zu mir und das nicht mehr.“ Zusätzlich erfolgt diese Erfahrung auf zwei Ebenen: auf der akustischen und der taktilen. Die Berührung und mein Singen sind stets aneinander gebunden. Ist der Teil des Liedes für z. B. die Hand vorbei, endet auch die Berührung der Hand – Reize können miteinander verknüpft werden.

Eine weitere Indikation für die Körperarbeit bei minimally responsive Patienten ist das Herabsetzen des Muskeltonus. Der gezielte Einsatz der Musik und der Berührung innerhalb einer angstfreien, vertrauten Atmosphäre kann zur Entspannung des häufig stark verkrampften Körpers führen. Auffällig war bei Matthias das Entspannen der Hände, die stets in einer Fauststellung waren, wenn ich Fingerspiele gestaltete oder seine Hand für längere Zeit berührte, hielt, streichelte und dazu ein Lied für ihn sang.

Fingerspiele

„Das ist der Daumen, der schüttelt die Pflaumen, ...“ – dieses Fingerspiel ist uns allen aus unserer Kindheit wohlbekannt. Fingerspiele in der Arbeit mit minimally responsive Patienten haben ähnliche Ziele wie die Körperarbeit:

- Entspannung der Hand/Finger
- Vermitteln des Gefühls, dass jemand für einen da ist
- Wahrnehmung der Finger – das gehört zu mir, das bin ich (Selbst-Kohärenz) und ich bin es, der diese Finger entspannen kann, der diese Finger bewegen kann (Urheberschaft)

Bei den Fingerspielen berühre ich das Kind entweder mit der Hand oder mit einem weichen Gegenstand (Stoffball, bei Matthias war es sein Stofffrosch, der zusätzlich bei jeder Bewegung rasselte). Somit werden für das Kind verschiedene Qualitäten spürbar: der weiche, bekannte Stoff des Gegenstandes, meine glatte Haut, durch die auch Temperaturempfindungen passieren, möglicherweise auch meine Nägel. Verschiedene, immer differenziertere Qualitäten werden also auch hier miteinander verknüpft, vor allem aber werden sie mit dem Körper des Kindes verbunden, der im Mittelpunkt unseres Tuns steht.

Vibration

Vibrationserfahrungen sind eine weitere Form der Körperarbeit, die eine zusätzliche Qualität an taktiler Wahrnehmung ermöglichen – sie gehen schon etwas „unter die Haut“, da die Schwingungen des Instrumentes über die Knochenleitung auf den Patienten übertragen werden. „Vibration ist die Schwingung am eigenen Körper.“ (Fröhlich, 1991, 161)

Vor allem die Leier bietet die Möglichkeit solcher Vibrationserfahrungen, indem sie derart positioniert wird, dass sie Körperteile berührt. So lege ich die Leier an die mir leicht erreichbare Hand oder an das Bein und spiele für den Patienten darauf. Zusätzlich kann dieses Tun mit einem Situationslied verbunden werden, welches speziell die Vibrationserfahrung besingt (Bsp.: „Du spürst die Leier, ja du spürst die Leier, ...“), wodurch ein verknüpftes Reizangebot stattfindet und die Wahrnehmung intensiviert wird.

Erfahrungen, die der Patient macht, sind: „Ich spüre das Holz der Leier“, „Ich spüre die Vibration“, „Ich spüre meine Hand/Bein“, „Ich höre, was ich spüre, was geschieht“.

Imitation

Die Erfahrung: „Höre, das machst du“ ist eine sehr wichtige Intervention in der Arbeit mit minimally responsive Patienten, die ihnen die Möglichkeit bietet, sich selber wahrzunehmen und eine Beziehung zu sich und seinem Tun herzustellen.

Imitiert werden hauptsächlich Lautäußerungen, bei Matthias waren es sein Schmatzen und stimmhaftes Ausatmen, die auch übertrieben werden können, um kurzfristig die Intensität zu verstärken und die Äußerungen zu verdeutlichen, um dann aber wieder in die entsprechende Abstimmung zurückzukehren. (vgl. Schumacher, 2000, 61)

„Immer wieder müssen wir [die Therapeuten] die Äußerungen, das Verhalten des Kindes als etwas ansehen, was das Kind kann, was es zur Bewältigung seines Zustandes entwickelt hat.“ (Schumacher, 2000, 61) Wichtig ist somit, dass die Imitation im konstruktiven Sinne erfolgt, um das Kind zu motivieren, seinen So-Zustand überhaupt wahr- und annehmen zu können und nicht zum Ausdruck bringt, „schon wieder dieses Schmatzen, damit gehst du mir schön langsam auf die Nerven“ (vgl. Schumacher, 2000, 61).

Echo-Gegenübertragung

Der von Mary Priestley geprägte Begriff der „Echo-Gegenübertragung“ meint eine reaktive Form der Gegenübertragung, bei der der Therapeut seine Reaktionen auf unbewusste oder vorbewusste Emotionen des Patienten wahrnimmt. Sie ist das Phänomen mit dem der Musiktherapeut arbeitet, wenn er die verborgenen Gefühle des Patienten zum Ausdruck – zum musikalischen Ausdruck – bringt, wodurch es eine musiktherapie-spezifische Form der Gegenübertragung ist (vgl. Priestley, 1983, 50).

Da minimally responsive Patienten ihre Gefühle nur non-verbal mitteilen können, nimmt die Methode der Gegenübertragung einen sehr wichtigen Stellenwert ein, da ich als Therapeut durch sie dennoch den emotionalen Raum des Patienten erfahren kann. Auch muss ich davon ausgehen, dass der emotionale Raum nicht nur unbewusste oder vorbewusste Emotionen beinhalten kann, wie es Priestley beschreibt, sondern genauso bewusste Gefühle. Welche Bewusstseinsbene des Patienten gerade erspürt wird, bleibt jedoch offen.

Die Gefühle des Patienten gehen oft mit einem körperlichen Ausdruck einher (Bsp.: Angst mit zittern, erhöhtem Puls, schnellerer Atmung, Anspannung des Körpers) und werden für den Therapeuten atmosphärisch und manchmal sogar körperlich spürbar. Aufgabe des Therapeuten ist es, diese Gegenübertragung zu erkennen und dem Patienten, sofern ihm dies im Moment zumutbar ist, die wahrgenommenen Gefühle auf musikalischer Ebene widerzuspiegeln.

Erfassen wir z. B. den inneren Rhythmus des Patienten, der sich spür- und sichtbar äußert, und machen wir diesen durch ein Instrument (Situationsmusik) oder die Stimme hörbar, so erlebt dieser, wenn er diese Begleitung wahrnimmt, das Phänomen: „ich höre, was ich spüre“, welches zur Gewahrwerdung der eigenen Gefühle und des eigenen Körpers beiträgt. Weiters schafft es Resonanz, gibt dem Patienten (Rück-)Halt und hilft ihm dabei, Vertrauen zu fassen. Jedoch ist dies erst möglich, wenn der Patient die Intervention als auf sich bezogen wahrnimmt, womit die Unterstützung bei der Reizverarbeitung durch den Therapeuten eine wichtige Voraussetzung ist, um ihm dieses Erleben zu ermöglichen.

Wurde erstmals eine Spielform gefunden, die sich nun auf eine bestimmte Äußerung des Patienten bezieht, so ist es m. E. wichtig, auch in Zukunft die gefundene Spielform auf diese bestimmte Äußerung zu beziehen. Ein Beispiel dafür ist das Schmatzlied, das ich für Matthias komponiert habe. Es bezog sich auf Matthias' Schmatzen, welches stets nach einem Anfall und später in der Therapie auch unabhängig von einem Anfall auftrat.

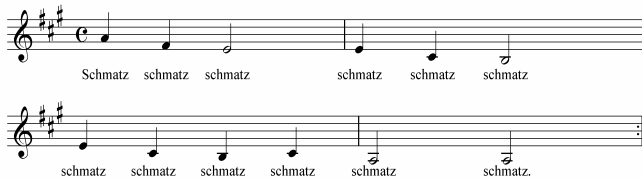


Abbildung 12: Schmatzlied

Ich komponierte also eine kurze Melodie, die sich auf das Tun des Kindes bezog, und welche später vom Kind zur Wiederholung angeregt wurde, in dem es ohne Anfall zu schmatzen begann. Dieses „Schmatzen ohne Anfall“ sehe ich als Wunsch, das Schmatzlied zu hören, was bedeutet, dass Matthias Eigeninitiative ergreift und von sich aus den Kontakt sucht.

Hier wurde also eine Spielform gefunden, die sich zur Wiederholung eignete und dazu beitrug, Vertrauen aufzubauen. Sie war anscheinend emotional so anregend, dass Matthias unabhängig von einem Anfall die Wiederholung gesucht hat.

Abschließend möchte ich betonen, dass:

„diese Spiele [...] nur dann therapeutisch wirksam und beziehungsstiftend [sind], wenn sie vom Kind ausgehend entwickelt werden, d. h. an den So-Zustand und die momentan vom Kind bevorzugte Aktivität anknüpfen“ (Schumacher, 1994, 152).

Nur so wird die Möglichkeit gegeben, dass das Kind die Erfahrung macht „ich höre, was ich spüre oder was ich tue“ und aufgrund dieser Erfahrung sich eine Wiederholung des Spielangebotes wünscht.

Pölster und Lagerung

Die Arbeit mit minimally responsive Patienten erfolgt meist am Bett, seltener sitzt der Patient im Rollstuhl. Auch bevorzuge ich die Arbeit am Bett, da das Sitzen im Rollstuhl über längere Zeit für den Patienten unangenehm und anstrengend ist.

Um dem Patienten eine bessere Körperwahrnehmung im Allgemeinen zu ermöglichen, ist es hilfreich, Pölster z. B. an seinen Rücken oder bei abgewinkelten Beinen unter seine Knie zu legen. Auch ist darauf zu achten, dass der Patient eine angenehme Liegeposition einnimmt und er nicht z. B. auf seiner Schulter oder seiner Hand liegt.

Diese aus der Basalen Stimulation entlehnten Anregungen sehe ich als wichtige Arbeitshinweise für alle mit minimally responsive Patienten arbeitenden Personen, so auch für Musiktherapeuten. Sie ermöglichen dem Patienten ein angenehmes Arbeiten und eine grundlegende Körpererfahrung (vgl. Fröhlich, 1991, 149 ff.).

4.5 BEZIEHUNG ZUM ANDEREN

Diese Phase findet in den Stunden 17–20 („Tiefseetaucher“ und „sicherer Hafen“) statt. Die therapeutische Beziehung kennzeichnet sich in dieser Phase durch ein starkes Vertrauen und ein selbstverständliches und gewohntes aufeinander Eingehen. Geprägt wird diese Zeit auch durch die Vorbereitung des Abschieds und das Ende der Therapie.

4.5.1 Erscheinungsbild

- Aufmerksamkeit, Konzentration und Interesse sind vermehrt zu beobachten
- Matthias beginnt motorisch aktiv zu werden: bewegt Beine, Arme, Hände, Kopf – teilweise im Rhythmus
- seine Atmung wird hörbarer
- sein stimmlicher Ausdruck steigert sich: seine Ausatmung ist öfters mit einem Laut verbunden, er gibt einmal einen von der Atmung unabhängigen Laut von sich und erschmatzt
- Matthias ist nicht nur aktiver, sondern wird initiativ, er bietet von sich aus Kontakt an
- Matthias reagiert auf meine Angebote
- in der vorletzten Stunde schläft er
- durch den Abschied wird Traurigkeit spürbar

4.5.2 Ziele

- Die Ziele aus der zweiten Phase bleiben bestehen
- Kontaktangebot steigern
- Interaktion ermöglichen
- Abschied gestalten

4.5.3 Metaebene

Verinnerlichung

Die „Verinnerlichung“ oder „Internalisierung“ bezeichnet das Umwandeln einer intersubjektiven Du-Beziehung in eine intrasubjektive, „also wird eine in der äußeren Realität bestehende Beziehung so nach innen genommen, daß sie in mir, unabhängig von der äußeren Gegenwart des Du, weiterlebt“ (Bernhard-Hegglin, 1999, 86) und weitergestaltet wird. „In jeder menschlichen Begegnung geschieht ein Prozeß gegenseitiger Verinnerlichung. Der Andere beginnt in mir zu leben, er wird zu einer inneren Beziehungsgestalt, ich beginne im Anderen zu leben, bin in ihm als eine Beziehungsgestalt.“ (Bernhard-Hegglin, 1999, 87)

Aus der Entwicklungspsychologie weiß man, dass solche inneren Bilder vom anderen am Ende des ersten Lebensjahres als Entwicklungsmerkmal auftreten, sodass den Kleinkindern zu diesem Zeitpunkt ein wichtiger Sprung in Richtung auf die Herstellung von Beziehungen gelungen ist. Stern unterscheidet hier noch genau zwischen der Verinnerlichung von unbelebten Objekten, die er als „Schemata“ bezeichnet, und der Verinnerlichung von

Menschen, für die er den Begriff der „Repräsentanzen“ heranzieht (vgl. Stern, 1997, 118 f.).

Jean Piaget hat sich umfassend mit der Bildung von Schemata unbeseelter Objekte auseinandergesetzt. In seinem Sinne ist „das, was als Schema verinnerlicht wird, weder das Objekt selbst oder es allein, noch die Aktion selber ist, sondern eine Interaktion zwischen dem Kleinkind und dem Objekt“ (Stern, 1997, 120 f.).

Stern geht in Zusammenhang mit der Entwicklung von Selbst und Anderem der Frage nach der Erinnerungsfähigkeit nach und stellt fest, dass der Säugling – lange bevor er zur Symbolisierung fähig ist (2. Lebensjahr) – zu hinweisbedingten, evokativen Erinnerungsakten in der Lage ist (vgl. Bernhard-Hegglin, 1999, 88). Sie halten den affektiven Gehalt des interaktiven Erlebens fest. „Seine Beobachtungen führen Stern zur Annahme, dass der Säugling den in den Interaktionen erlebten Anderen verinnerlicht und wieder aktivieren kann.“ (Bernhard-Hegglin, 1999, 89) Diesen inneren Anderen nennt er den „evozierten Gefährten“, der eine aktivierte Erinnerung darstellt, die sich in sogenannten Repräsentationen generalisierter Interaktionen (RIG's) manifestieren (vgl. Stern, 2000, 163).

Die Fähigkeit zur Verinnerlichung – vor allem von Bezugspersonen – ermöglicht dem Kleinkind, sobald es sich alleine fortbewegen kann, räumliche Trennungen von der Mutter zu verkraften und sich zu verselbständigen, weil die Mutter das Kind als „evozierte Gefährtin“ begleitet.

Somit steht die Fähigkeit zur Verinnerlichung am Ursprung des Aufbaus einer Beziehung, ist also eine Grundqualität (vgl. Bernhard-Hegglin, 1999, 89).

Auch Buber beschäftigt sich innerhalb seiner dialogischen Philosophie mit der Thematik der Verinnerlichung, wobei er von „Aktualität und Latenz von Beziehungen“ (Buber, 1984, zit. nach Staemmler, 1993, 32) spricht. Eine Beziehung erhält Aktualität, indem sie im Hier und Jetzt existiert, von dort aus mag sie in den Zustand der Latenz wechseln, wo sie nicht aktuell und gegenwärtig ist, „sondern eher als eine Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit existiert“ (Staemmler, 1993, 36).

Gemeint ist auch hier nichts anderes, als dass sich der Mensch von seinem gegenwärtigen Gegenüber ein innerliches Bild formt, sodass die Beziehung auch in Abwesenheit des jeweiligen Gegenübers bestehen bleibt.

Das subjektive Selbst

Zwischen dem 7. und 9. Lebensmonat vollzieht sich ein weiterer entscheidender Schritt in der Entwicklung des Säuglings, denn er entdeckt, dass er ein Seelenleben besitzt und dies auch auf andere Personen zutrifft. „Er gelangt allmählich zu der Erkenntnis, dass die innerlichen subjektiven Erfahrungen, der Inhalt der Gefühle und Gedanken, unter Umständen mit anderen geteilt werden können.“ (Stern, 2000, 179)

Inhalte können sein:

- eine Handlungsabsicht („ich will dieses Keks haben“)
- ein Gefühlszustand („das ist spannend“) oder
- ein Gegenstand der Aufmerksamkeit („schau mal dieses Spielzeug an“)

„Erst wenn Säuglinge wahrnehmen können, daß andere Personen sich in einem inneren Zustand befinden oder ihn in sich aufrechterhalten können, der demjenigen ähnlich ist,

den sie gerade in sich selbst wahrnehmen, wird ein gemeinsames subjektives Erleben, wird Intersubjektivität möglich. [...] Der Säugling muß eine Theorie nicht nur der getrennten, sondern auch der berührungsfähigen getrennten Innerlichkeiten entwickeln.“ (Stern, 2000, 179)

Subjektive Erlebnisse können erst dann mit anderen geteilt werden, wenn die physische Getrenntheit von Selbst und anderen nicht in Frage steht, womit das Empfinden des Kern-Selbst – die Kern-Bezogenheit – das basale Urgestein der interpersonalen Beziehungen bildet (vgl. Stern, 2000, 179 f.).

Wesentliche Merkmale des Subjektiven Selbst sind:

Interattentionalität

Mit „Interattentionalität“ ist die Fähigkeit gemeint, die Aufmerksamkeit und Konzentration des Säuglings und der Mutter gemeinsam auf ein Objekt auszurichten. Ersichtlich wird diese Fähigkeit beim Säugling, wenn er imstande ist, den Blick von der Hand der Mutter, die auf ein Objekt zeigt, abzuwenden und auf dieses zu richten. Divergierende Aufmerksamkeit wird in Übereinstimmung gebracht, woraus sich eine gemeinsame Aufmerksamkeit entwickelt (vgl. Schumacher, 2000, 70).

Interintentionalität

Es ist das gegenseitige Verständnis für Absichten und Motive, das der Begriff „Interintentionalität“ zum Inhalt hat.

„Die intentionale Kommunikation ist ein Signalisierungsverhalten; der Sender ist sich der Wirkung, die das Signal auf den Zuhörer ausüben wird, a priori bewußt und verfolgt dieses Verhalten so lange, bis die Wirkung erzielt worden ist oder ihr Scheitern sich klar zu erkennen gibt. Zu den Verhaltensmerkmalen, die Rückschlüsse auf kommunikative Absichten ermöglichen, gehören (a) ein zwischen dem Zielpunkt und den angesprochenen Zuhörern wechselnder Blickkontakt, (b) die Erweiterung, Ergänzung und der ersatzweise Austausch von Signalen sowie (c) ausschließlich einem kommunikativen Zweck dienliche Veränderungen der Form des Signals im Sinne einer Verkürzung und/oder überdeutlichen Ausprägung der Muster.“ (Bates, 1979, zit. nach Stern, 2000, 187 f.)

Interaffektivität

„Interaffektivität“ ist die Fähigkeit, affektive Zustände auf der Grundlage sozialer Rückversicherung und Affektabstimmung gemeinsam zu erleben. Der Säugling kann zwischen dem eigenen, innerlich erlebten Gefühlszustand und dem Gefühlszustand, den er „an“ oder „in“ einer anderen Person beobachtet, eine Entsprechung herstellen. Interaffektivität ist die einflussreichste und in ihrer Unmittelbarkeit wichtigste Form subjektiven Erlebens (vgl. Schumacher, 2000, 71 f.).

Dies liegt darin begründet, dass Affekte in der frühen Kindheit das primäre Thema der Kommunikation darstellen – möglicherweise trifft dieses Faktum auch für minimally responsive Patienten zu, was ich daraus ableite, dass frühe Wahrnehmungsformen von Säuglingen und Kleinkindern denen komatöser Patienten weitgehend analog sind (vgl. Zieger, 1999a, 24 f.).

Begriffe, die oft dasselbe meinen wie Interaffektivität, sind Nachahmung, Spiegelung, empathische Reaktionsbereitschaft. Entscheidend ist aber letztendlich nicht die strikte Nachahmung eines Verhaltens, sondern dass die inneren Erlebnisweisen des einen und des anderen ähnlich sein müssen.

Damit es zu dem Erlebnis von Interaffektivität kommt, müssen drei Voraussetzungen gegeben sein:

1. Durch das Verhalten des Säuglings muss sein Gefühlszustand erkennbar werden.
2. Die Fähigkeit zu Nachahmung muss gegeben sein.
3. Der Säugling muss erkennen, dass diese korrespondierende Reaktion einer anderen Person etwas mit seinem eigenen Gefühlszustand zu tun hat und nicht nur eine Nachahmung seines Verhaltens ist (vgl. Schumacher, 2000, 72).

Diese zwei Voraussetzungen – die Verinnerlichung und das subjektive Selbst – resultieren einerseits aus den vergangenen zwei Phasen und werden andererseits in der dritten und letzten Phase intensiviert. Vor allem die Verinnerlichung ist für mich ein Zeugnis dafür, dass in den ersten zwei Phasen ein starkes Vertrauen zwischen Therapeuten und Patienten entstanden ist, und dass der Patient eine Beziehung zu sich aufbauen konnte, wodurch er nun in der Lage ist, die Beziehung zum Anderen einzugehen und von Stunde zu Stunde aufrecht zu erhalten.

Matthias hat ein Bild von sich, ein inneres Bild von mir gewonnen und ist nun bereit Beziehung zu erleben.

4.5.4 Methodik/Interventionen

„[Interventionen haben nun] nicht mehr den tragenden, stützenden und spiegelnden Charakter, sondern zielen auf Interaktion, auf die Fähigkeit, Geben und Nehmen zu können, ab“ (Schumacher, 2000, 80). Der Ausdruck des Patienten bekommt hier einen kommunikativen, bewussten Mitteilungscharakter. Sich als ein anderer, ein Gegenüber, als eigene Person hör-, sicht- und spürbar zu machen und dadurch Interaktion zu ermöglichen, ist das Ziel dieser Phase (vgl. Schumacher, 2000, 80).

Interaktionszyklus

Inter-Attentionalität, Interintentionalität und Interaffektivität sind wesentliche Bestandteile der Interaktion, doch wie entstehen sie?

Folgender Interaktionszyklus möge veranschaulichen, mittels welcher Methodik m. E. Interaktion und Beziehungsgestaltung ermöglicht wird. Er soll nicht als Stufenplan angesehen werden, sondern als sich ständig bewegender, sich im Fluss befindender Prozess, sodass die nun folgend beschriebenen Ebenen sich ständig gegenseitig abwechseln und überschneiden.

1. Ebene – Iso-Prinzip

Das bereits erwähnte Iso-Prinzip²⁴ ist der Ausgangspunkt meines therapeutischen Tuns, also auch wenn es um die Entstehung von Interaktion geht. Ich begeben mich auf die Ebe-

²⁴ Siehe Kapitel 2.6.3

ne des Patienten, was bedeutet, dass ich seine Tagesverfassung erkunde (ist er erschöpft, müde, aufmerksam, lebendig, ...), die Atmosphäre im Krankenzimmer wahrnehme (sind Zimmerkollegen da, die z. B. eine schwere Atmung haben, oder abgesaugt werden müssen, ist es dadurch unruhig, laut, ...) und im Sinne der Gegenübertragung den emotionalen Raum wahrzunehmen versuche (gesteigerter Atemrhythmus – ist Angst oder Unruhe spürbar?). Aufgrund dieser Eindrücke und in der Abstimmung auf den Patienten (vgl. Affekt Abstimmung) entsteht die Musik, die ich ihm anbiete (Bsp.: Singen im Atemrhythmus als erste Annäherung). Wichtig ist, Spielangebote zu finden, die in ihrer Form einfach, klar und wiederholbar sind, um eine musikalische Basis aufzubauen, die Vertrauen schafft.

2. Ebene – **Reaktionen wahrnehmen, erkennen und darauf reagieren**

Der Patient reagiert auf die ihm angebotene Musik. Jeder in seiner eigenen Art und Weise, so wie es ihm möglich ist. Die Aufgabe des Therapeuten ist es nun, die Reaktionen des Patienten, seine Angebote zu erkennen und darauf einzugehen, z. B. in Form eines Situationsliedes, einer Instrumentalimprovisation oder das Aufnehmen von Äußerungen (laute Atmung – röcheln) ins Singen. Ich verbinde also mein Tun mit dem des Patienten, wodurch ich eine Reizverknüpfung herstelle und seine Aufmerksamkeit erzeuge.

Ein erstes Sichtbarwerden der Aufmerksamkeit ist oft ein Hin- und Herbewegen der Pupillen oder ein Hinwenden der Augen und des Kopfes in die Richtung des Instrumentes, des Klangs. Der Patient reagiert auf ein Angebot und widmet diesem für längere Zeit seine Aufmerksamkeit, wodurch der Therapeut dieses Angebot auch beibehält – Interattentionalität wird ersichtlich.

Um dies zu veranschaulichen verwende ich nun ein Beispiel aus der Therapie mit einem apallischen Kind, die ebenfalls im Neurologischen Krankenhaus Rosenhügel (Pavillon C, Station C1) stattgefunden hat.

Viko befindet sich zum Zeitpunkt des Therapiebeginns nicht mehr im Stadium der Frührehabilitation und die Phase, in der er Beziehung zum anderen eingehen kann, wird bereits beschritten.

Auch in dieser Therapie setze ich von Anfang an die Leier ein. Während ich sie spiele, befindet sie sich immer in der Nähe der mir zugewandten Gesichtshälfte des Patienten. In der ersten Zeit der Therapie kann ich bei Viko keine klaren Reaktionen auf mein Leierspiel feststellen, jedoch sind seine Augen, und ich vermute auch seine Ohren, weit geöffnet – er lauscht. Bereits in der 5. Stunde ergibt es sich jedoch, dass Viko, als ich mit dem Leierspiel beginne, seinen Kopf und seine Augen in die Richtung der Leier wendet und kurze Zeit diese Position beibehält. Viko zeigt damit eine klare Orientierungstätigkeit nach dem WVS – seine Aufmerksamkeit ist ganz deutlich auf dieses Instrument gerichtet. Auch in den folgenden Stunden lässt sich diese interattentionale Reaktion immer häufiger beobachten.

Ist das entwickelte Spiel interessant genug, erweckt es jedoch nicht nur die Aufmerksamkeit des Patienten, sondern wird von ihm auch zur Wiederholung angeregt. Der Patient wird nun selbst aktiv, indem er Eigeninitiative zeigt. Auch hierzu zwei Beispiele aus der Therapie mit Viko:

Das Leierspiel ist Viko sehr vertraut geworden und es lässt sich während dieses Angebots stets eine gesteigerte Wachsamkeit, Aufmerksamkeit und Konzentration beobachten. Nun geschieht es, dass Viko, wenn ich das Leierspiel beende bzw. nicht auf der Leier spiele, seine Augen und seinen Kopf zur Leier wendet. Ich nehme an, dass er die Leier wieder hören möchte und nehme das Spiel wieder auf. Diese Reaktion wiederholt sich, sodass sich meine erste Annahme bestätigt.

Ein weiteres Beispiel entwickelte sich aus dem Angebot des Singens:

Viko reagiert auf mein Singen stets mit einer Auf- und Abbewegung des Mundes und der Zunge und/oder mit einem „O-Mund“, als ob er mitsingen will. Ich nehme seine Reaktionen in mein Singen auf, indem ich für die Auf- und Abbewegung ein Schmatzlied und für den „O-Mund“ ein „O-Lied“ erfinde. Ich versehe also seine Mundbewegungen mit einem Ton und wiederhole die entwickelten Situationslieder immer dann, wenn er diese Äußerungen zeigt. Jede Reaktion hat nun ein bestimmtes Lied, was durch die ständige Wiederholung für den Patienten auch verständlich und vertraut wird.

Wie beim Beispiel des Leierspiels beginnt Viko nach einiger Zeit seinen Mund auf- und abzubewegen oder zu einem „O“ zu formen, ohne dass ich singe. Er initiiert also von sich aus die zwei dazugehörigen Lieder, er möchte sie hören.

So gesellt sich nun zur Interattentionalität die Interintentionalität – das gegenseitige Verständnis für Absichten und Motive. Viko ist initiativ, versendet Signale, ich nehme sie wahr, erkenne sein Motiv und reagiere darauf. Viko bekommt vermittelt, dass er verstanden wird, wodurch die Beziehung eine weitere Vertiefung erfährt.

3. Ebene – **Affektabstimmung**

Die Affektabstimmung trägt entscheidend zur Erfahrung von Interaffektivität bei, wobei wichtig ist, dass der Therapeut sich in das subjektive Erleben des Patienten „hineinversetzt“.²⁵

Für die musiktherapeutische Arbeit von großer Bedeutung ist vor allem, „daß gemeinsam erlebte, affektive Stimmungen und Zustände früher auftreten als gemeinsame innere Zustände, die sich auf Objekte, d. h. auf Dinge außerhalb der Dyade beziehen“ (Schumacher 2000, 72). Ebenfalls von Wichtigkeit ist die Beobachtung, dass sich Affektabstimmungen am deutlichsten im Vokalisieren nachweisen lassen, sodass es vor allem musikalische Fähigkeiten sind, die für diese Abstimmung kennzeichnend sind: „Den Rhythmus des Kindes erfassen, das Crescendo seiner Bewegung mit der Stimme wiedergeben [und] das Umsetzen der Mimik durch die prosodische Kontur der stimmlichen Äußerungen“ (Schumacher, 2000, 73).²⁶

„Ziel der Affektabstimmung ist, eine Verbindung seelischer Zustände herzustellen und der Gemeinsamkeit des inneren Erlebens Ausdruck zu verleihen.“ (Schumacher, 2000, 73)

²⁵ Siehe Kapitel 4.5.3

²⁶ Siehe Kapitel 2.6.3

Ein Ausschnitt aus der Therapie mit Viko soll dies veranschaulichen. In dieser Sequenz singe ich für Viko ein Körperlied, berühre die angesungenen Körperteile dabei und nach einiger Zeit beginnt er, seinen Mund auf- und abzubewegen – ich singe also das Schmatzlied. Plötzlich hält er kurz inne – ich auch – er macht die Augen weit auf und es folgt ein erleichtertes Ausatmen – was ich mitvollziehe – verbunden mit einem Lächeln, wofür ich ein lustvolles Lachlied entwickle, das ihm die spürbare Freude widerspiegeln soll. Anschließend beginnt er sehr intensiv und bemüht mit seinem Mund ein „O“ zu formen, woraufhin ich ebenfalls bestimmt und etwas energisch das „O-Lied“ singe. Ich gebe also die Bewegung des Kindes mit meiner Stimme wieder.

4. Ebene: **Gestaltung der Spielformen**

Damit Beziehung lebendig bleibt, muss sie gestaltet werden. Die Spielformen, die sich in den verschiedenen Therapien entwickeln, müssen, sobald sie wiedererkannt und vertraut werden, stets ausdifferenziert und variiert werden. Der Therapeut kann sich vom Ausdruck des Patienten wegbewegen und seine Äußerungen erweitern, ohne zunächst die Dynamik der Spielform zu verändern. Beginnt der Patient, die Äußerungen des Therapeuten mehr und mehr wahrzunehmen, wird er sich wiederum auf die Veränderungen einlassen und mit einem neuen Beitrag seinerseits die Interaktion mitgestalten.

„Erst wenn sich ein dynamisch flexibles, d. h. sich gegenseitig beeinflussendes Spiel ergibt, stellt sich das Gefühl von Inter-Affektivität ein. Hier wechselt nicht nur die Funktion des Initiierens und Imitierens (wer führt, wer folgt?) unmerklich, sondern die Spieler sind so aufeinander eingestimmt, daß die Frage, wer gestaltet den dynamischen Ablauf, kaum zu beantworten ist.“ (Schumacher, 2000, 81 f.)

Mit der Gestaltung der Spielform ist also gleichzeitig Interaktion, erlebende Beziehung gemeint. Hier passiert Interattentionalität, Interintentionalität und Interaffektivität, die sich in einem ständigen Prozess – in einem Zyklus – befinden. Hier begegnen sich Patient und Therapeut auf der vertrauten Basis der musikalisch-therapeutischen Beziehung.

Innerhalb der von Schumacher entwickelten Skala zur Einschätzung der Beziehungsqualität (EBQ), die sich aus 7 Modi zusammensetzt, bewegen wir uns in dieser Beziehungsphase zwischen den Modi 4–6.

Modus 4 – Kontakt zum anderen/Intersubjektivität – ist kennzeichnend für das Bewusstsein des Patienten für seine Äußerungen. Er hat eine Beziehung zu sich herstellen können und zeigt den Wunsch, die eigene Wahrnehmung im anderen bestätigt zu finden (soziale Rückversicherung).

Modus 5 – Beziehung zum anderen/Interaktivität – beschreibt, dass ich den Anderen wahrnehme und auf seine Äußerungen reagiere. Jeder bringt Eigenes in die Spielform ein und nimmt auch auf, was vom anderen kommt. Wird Modus 6 – Begegnung/Interaffektivität – erreicht, machen Therapeut und Patient die Erfahrung, ihre Gefühle mit dem anderen zu teilen. Es entsteht ein gemeinsam erlebter Affekt, und dynamische Veränderungen innerhalb der Spielform werden gemeinsam entwickelt und gestaltet (vgl. Schumacher, 2000, 120 f.).

Auch in der Therapie mit Matthias ergaben sich in der letzten Phase der Therapie interaktive Spielformen – vor allem über seine Atmung, sein Schmatzen und seine gesteigerten

motorischen Bewegungen –, sodass ich die Beziehungsqualität auch hier innerhalb der drei oben beschriebenen Modi einordne. Matthias äußerte sich in dieser Phase zum ersten Mal stimmhaft und bewegte entspannt seinen ansonsten verkrampften kleinen Finger – diese zwei Äußerungen empfand ich als eine Begegnung zwischen mir und Matthias. Es waren jene Glücksmomente, die nicht planbar und von kurzer Dauer sind, dafür aber eine umso intensivere Langzeitwirkung mit sich bringen (vgl. Schumacher, 2000, 116). Es waren gemeinsam erlebte Affekte, Gefühle der Freude und auch der Trauer, da während dieser intensiven Beziehungsphase bereits der Abschied vorbereitet werden musste.

Aufgrund dieser Intensität und Nähe, die eine therapeutische Beziehung mit sich bringt, ist es sehr wichtig, den Abschied gut vorzubereiten vor allem so, dass er von minimally responsive Patienten auch mitvollzogen werden kann. Welche Methodik mir diesbezüglich als wichtig erscheint, soll im nächsten Punkt beschrieben werden.

Abschiedsgestaltung

Der Abschied bedeutet in unserem Fall der Musiktherapie das Ende der Beziehung und muss dadurch klar und deutlich vollzogen werden, sodass er auch als endgültig und unausweichlich erlebt wird.

Die Methodik der Abschiedsgestaltung setzt sich aus mehreren Faktoren zusammen, welche vor allem über Symbolhaftigkeit dem Patienten das Ende der Therapie von Stunde zu Stunde näher bringen sollen, wodurch letztendlich eine Lösung aus der Beziehung möglich wird.

Somit sind folgende Punkte von Bedeutung:

1. Verbales Ansprechen

Das Ende der Therapie muss früh genug angekündigt werden (abhängig von der Therapiedauer; bei Matthias in der viertletzten Stunde), und in jeder darauf folgenden Stunde angesprochen werden. (Bsp.: „Heute ist unsere siebzehnte Stunde, wir haben noch drei Stunden, bevor die Musiktherapie zu Ende ist, ...“)

2. Stunden verkürzen

Um auf der zeitlichen Ebene eine Veränderung spürbar zu machen, beginne ich ebenfalls je nach Therapiedauer die letzten Stunden immer um fünf Minuten zu verkürzen.

3. Musikalische Abschiedsgestaltung

Erstmals beginne ich das verwendete Material zu reduzieren, indem ich in jeder Stunde ein Instrument, das der Patient innerhalb der Therapie kennen gelernt hat, verabschiede, d. h. ich lasse es nochmals erklingen und packe es dann z. B. demonstrativ in eine Kiste.

Das musikalische Geschehen gestalte ich folgend: Ich spiele viele absteigende und ausklingende Motive, bewege mich eher im piano, baue das Abschiedsthema in Situationslieder ein, wenn z. B. Traurigkeit innerhalb der Stunde spürbar wird, oder singe auch tradierte Abschiedslieder.

4. körperliche Ebene

In den letzten Stunden werde ich mit der körperlichen Berührung (z. B. Hand halten) zurückhaltender, damit einhergehend reduziere ich auch die Körperarbeit.

5. Rückzug aus der Interaktion

Die letzte hier beschriebene Intervention, um den Abschied effektiv zu gestalten, ist der Rückzug aus der Interaktion. Dies bedeutet, dass ich weniger Kontakt anbiete und auf das Kontaktangebot des Patienten in quantitativer und qualitativer Hinsicht weniger eingehe. So suche ich nicht mehr den intensiven Kontakt, indem ich den Atemrhythmus des Patienten oder andere Äußerungen des Patienten (lautieren, schmatzen) stimmlich aufnehme. Ich reduziere auch die Intensität meines Ausdrucks, wodurch ich mich immer mehr aus der Beziehung zurückziehe.

All diese Interventionen haben zum Ziel, Distanz herzustellen. Distanz zum Medium Musik, körperliche und emotionale Distanz. Es soll eine Loslösung passieren, die vom Therapeuten erfordert sich zurückzuziehen und die beim Patienten ebenfalls einen Rückzug aus der Beziehung bewirkt, was z. B. durch das Einschlafen des Patienten innerhalb der Abschiedsstunden beobachtet werden kann.

5 AUSBLICKE

5.1 DIE MUSIKTHERAPIE IN DER FRÜHREHABILITATION

Beziehung ist lebensnotwendig. Nach Buber wird der Mensch erst am Du zum Ich, was bedeutet, dass ohne ein Gegenüber, dass ohne Kontakt, Begegnung und Beziehung der Mensch in seiner Entwicklung nicht voranschreitet. Beziehung wird zum lebensnotwendigen Nahrungsmittel, um in psychischer, emotionaler und sozialer Hinsicht nicht zu verhungern.

Vor allem für minimally responsive Patienten, deren Kommunikationskanäle schwer beeinträchtigt sind, besteht besonders die Gefahr, auf dieser Ebene nicht genug Resonanz zu erfahren. Daher halte ich es für äußerst wichtig, mit diesen Patienten innerhalb eines therapeutischen Kontexts gezielt am Beziehungsaspekt zu arbeiten.

Wie ich nun in den zwei vorangegangenen Kapiteln geschildert habe, findet sich durch die Musiktherapie m. E. ein sehr wichtiger und wirksamer Zugang zu diesen Patienten. Sie leistet einen bedeutsamen Beitrag zu den Punkten bio-psycho-soziale Einheit, Brückenfunktion, diagnostischer Wert und Krankheitsverarbeitung.

Da dieser Arbeit keine Forschungsarbeit zugrunde liegt, bleibt es in einigen der folgenden Punkte bei Thesen. Es sind Annahmen, die es innerhalb eines anderen Rahmens noch zu überprüfen gilt.

5.1.1 Bio-psycho-soziale Einheit

Die bio-psycho-soziale Einheit kann innerhalb der musiktherapeutischen Arbeit in ihrer Ganzheit bestehen bleiben, da die Musiktherapie bzw. die Musik auf alle drei Bereiche ihre Wirkung hat.

Biologische Ebene: Wie bereits beschrieben wirkt Musik stets auf physische Funktionen. Sie kann muskelrelaxierend bzw. tonussteigernd sein oder vegetative Funktionen wie Atmung, Puls, Hautwiderstand usw. beeinflussen.

In der Arbeit mit Matthias konnte ich beobachten, dass sich stets verkrampfte Körperteile innerhalb der Stunde entspannten, seine rasche Atmung tief und ruhig wurde, aber auch, dass er auf musikalische Veränderungen mit zerebralen Krampfanfällen reagierte.

Um genauere Aussagen machen zu können, fehlt es mir aber an der nötigen Erforschung dieses Feldes. Die Frage bleibt also offen, wie sehr die Musiktherapie Einfluss auf die biologische und physische Entwicklung und Gesundheit des Patienten nimmt. Möglicherweise können ähnliche Ergebnisse erzielt werden, wie sie Monika Nöcker-Ribaupierre in ihrer Arbeit mit Frühgeborenen beschreibt.²⁷

Psychische Ebene: Musik löst in uns Menschen Emotionen aus. Sie begleitet uns bereits im Pränatalraum und erreicht uns in den tiefsten Ebenen der Psyche. Somit ist für mich

²⁷ Siehe Kapitel 2.4.1

die Musik mit all ihren Möglichkeiten und Parametern²⁸ das Element, mit dem minimally responsive Patienten auf einer Gefühlsebene erreicht werden können. Therapeut und Patient befinden sich beide auf der gleichen – einer nonverbalen – Ebene, was m. E. bereits den ersten entscheidenden und beziehungsstiftenden Moment darstellt. Der Therapeut versucht den Patienten in seinem So-Zustand zu erkennen und ihn in seiner Entwicklung zu begleiten und zu unterstützen. Dadurch erfährt der Patient ein Angenommensein in dieser Welt, so wie er ist, wodurch eine Stärkung seines Selbst, seiner Identität erfolgt. Weiters können mittels Gegenübertragung Gefühle des Patienten erspürt und musikalisch zum Ausdruck gebracht werden, wodurch der Patienten vermittelt bekommt, dass er wahrgenommen und verstanden wird.

Diese Stärkung des Patienten auf psychisch-emotionaler Ebene erachte ich als sehr wesentlich, da durch den Ausfall sämtlicher Funktionen, die der Mensch innehat, eine massive Kränkung des Ichs erfolgt. Um eine mögliche Depression, den resignierenden Rückzug in die Isolation, schwere Antriebslosigkeit und destruktive Impulse als Folge vehementer narzisstischer Kränkung zu vermeiden, sehe ich die gezielte Arbeit an dieser Problematik als unabdingbar für einen bestmöglich verlaufenden Rehabilitationsprozess und glaube, dass die Musiktherapie hier gute bis einzigartige Chancen eröffnet (vgl. Jochims, 1992a, 129 ff.).

Soziale Ebene: Der kommunikative Charakter der Musik unterstützt m. E. die soziale Komponente in dieser Dreieinheit. Musik regt an mitzumachen, sie hat einen Aufforderungscharakter, was noch deutlicher ersichtlich wird, wenn der Patient fähig ist, selbst zu spielen. Matthias animierte die Musik zu einem dialogischen Schmatzen, Viko formte mit seinem Mund ein „O“, als ob er mitsingen wollte.

Durch die genaue Beobachtung der minimalen Äußerungen und Reaktionen und das Aufnehmen dieser in die Musik werden Kommunikationskanäle geöffnet, Kontakt und Beziehung können entstehen. Der Patient nimmt teil am therapeutischen Geschehen, ist selbst aktiv und initiativ und in das soziale Gefüge einer Beziehung integriert.

5.1.2 Brückenfunktion

Das Öffnen von Kommunikationskanälen und die Arbeit an der Beziehungsfähigkeit des Patienten erhält einen wertvollen Charakter, da beides auch für andere Therapien sowie für die Umwelt und Familie des Patienten von Nutzen ist.

Schumacher schreibt hierzu, dass die Beziehungsfähigkeit die Grundlage jeglicher sinnvollen und kommunikativen Sprachentwicklung ist. „So ist [es] von entscheidender Bedeutung, über das angestrebte Ziel, die sprachliche Ausdrucksfähigkeit des [Patienten] zu fördern, nicht den Beziehungsaspekt aus dem Bewußtsein zu verlieren.“ (Schumacher, 1994, 61)

Ist es dem Patienten möglich, sich auf eine Beziehung einzulassen, d. h. Vertrauen zu entwickeln, die angebotenen Reize verarbeiten zu können, sich selbst wahrzunehmen und den anderen wahrzunehmen, so ist das eine wichtige Grundlage für die Entwicklung des

²⁸ Siehe Kapitel 2.4.3

Patienten innerhalb des gesamten Rehabilitationsprozesses. Die Entwicklung passiert am Gegenüber, kann ich dieses Gegenüber aber nicht wahrnehmen, ihm nicht vertrauen, wird das mögliche Entwicklungspotential nicht ausgeschöpft.

So sehe ich die Arbeit an der Beziehungsfähigkeit eines minimally responsive Patienten als eine Voraussetzung und Unterstützung für andere Therapien (z. B. funktionelle Therapien), auf deren Angebote sich der Patient möglicherweise besser und schneller einlassen kann, da er fähig ist, Kontakt anzunehmen und selber auch in Kontakt zu treten.

5.1.3 Diagnostischer Wert

„Dem Patienten mit Hilfe eines Klanges auf emotionaler Ebene zu begegnen, eröffnet die Chance einer Brücke zum verstummten Menschen. Durch Klangangebote kann man ihn in seiner Wachheit, seiner Auffassungsgabe und Konzentrationsfähigkeit testen, lange bevor er sprachlich reagiert.“ (Jochims, 1992b, 554)

Diese Möglichkeit, diagnostische Angaben zu machen, unterscheidet sich zusätzlich von gängigen – insbesondere akustischen – Testverfahren dadurch, dass

- im musiktherapeutischen Setting der Leistungsdruck nicht vorhanden ist, wodurch der Prozess der Öffnung leichter geschehen kann,
- dem angst erfüllten Patienten in der Frühphase auf emotionaler und nicht auf rationaler Ebene begegnet wird und
- die Beziehung die Basis bildet, auf der sich Kommunikation ereignen kann, aber nicht muss.

Auch glaube ich, dass die Musiktherapie ihren Beitrag zur Beurteilung der Bewusstseinslage innerhalb des Wiener Vigilanz Scores leisten kann. Je nach Bewusstseinslage kommt es zu unterschiedlichen Reaktionen bzw. Tätigkeitsniveaus, die auch während der Musiktherapie beobachtet und daraufhin mittels des WVS beschrieben und zu einem Summenscore zusammengefasst werden können (vgl. Berger, 2001, 130 f.).²⁹

5.1.4 Weg zur Krankheitsverarbeitung

Ist die Angst gemildert und ein Vertrauen neu aufgebaut, fällt die Kontaktaufnahme, der erste Schritt zur Öffnung nach außen, leichter.

Die Förderung der Fähigkeit zur Reizverarbeitung und Signalgebung, die Entwicklung einer Ich-Identität und eines Selbstkonzeptes zusammen mit der Entwicklung wachsender Fähigkeit zur Beziehungsaufnahme und -gestaltung sind fundamentale Bestandteile innerhalb der musiktherapeutischen Arbeit, da sie zum Aufbau eigener Identität einschließlich des Bewusstseins eines getrennten Gegenübers beitragen. „Ohne dieses Bewußtsein von Ich und Du ist die Einleitung einer Krankheitsverarbeitung im Sinne eines Trauerprozesses nicht möglich.“ (Jochims, 1992a, 131)

Über den Weg des Beziehungsaufbaus beschreiten Therapeut und Patient auch den Weg zur Krankheitsverarbeitung. Die Beziehung, das Vertrauen in die Beziehung ist entscheidend dafür, ob der Patient sich seinem Trauerprozess öffnen kann, was ein entscheidender

²⁹ Siehe Kapitel 1.2.3

Schritt im weiteren Rehabilitationsprozess ist. Über die Beziehung und das Medium Musik – also über die musikalische Beziehung – wird dem Patienten die Möglichkeit gegeben, an und mit seinem Schicksal zu reifen.

Somit stelle ich fest, dass die Musiktherapie in der Arbeit mit minimally responsive Patienten innerhalb der Frührehabilitation einen sehr wichtigen und wertvollen Beitrag leisten kann, von welchem nicht nur der Patient, sondern auch seine Eltern, sein Umfeld und die mit dem Patienten arbeitenden Berufsgruppen profitieren können.

6 LITERATURVERZEICHNIS

Alvin, Juliett (1976). Music for the handicapped child. Oxford: University Press².

American Congress of Rehabilitation Medicine (1995). Position Paper: Recommendations for use of uniform nomenclature pertinent to patients with severe alterations of consciousness. Arch Phys Med Rehabil, Vol. 76, 205–209.

Bartl, Günther (1997). Vorlesung Medizinische Grundlagen, pers. Mitschrift.

Beck, Harald (1991). Buber und Rogers. Das Dialogische und das Gespräch. Heidelberg: Asanger.

Benenzon, Rolando (1983). Einführung in die Musiktherapie. Mit einem Vorwort von Gertrud Orff. München: Kösel.

Berendt, Joachim-Ernst (1988). Das Dritte Ohr: Vom Hören der Welt. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.

Berger, Ernst (2000): Die SDKHT in der neurologischen Rehabilitation. Ein Paradigmenwechsel und die Schwierigkeit der Etablierung von Kooperation und Kompetenztransfer. In Rödler, Peter/Berger, Ernst/Jantzen, Wolfgang (Hrsg.), Es gibt keinen Rest! – Basale Pädagogik für Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen (127–138). Berlin: Luchterhand.

Berger, Ernst/Straka, Margit (1995). Entwicklungsneurologie. Wien: Universitätsverlag.

Berlit, Peter (Hrsg.). (1999). Klinische Neurologie. Berlin: Springer.

Bernhard-Hegglin, Alice (1999). Die therapeutische Begegnung. Verinnerlichung von Ich und Du. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Böke, B. Lernspiele für das behinderte Kind. o. A.

Buber, Martin (1984). Das Dialogische Prinzip. Heidelberg: Lambert Schneider⁵.

Clarkson, Petruska/Mackewn, Jennifer (1995). Frederick S. Perls und die Gestalttherapie. Köln: Edition Humanistische Psychologie.

Cramon, Detlef v./Zihl, Josef (Hrsg.). (1988). Neuropsychologische Rehabilitation. Berlin: Springer.

Decker-Voigt, Hans-Helmut/Knill, Paolo J./Weymann, Eckhard (Hrsg.). (1996). Lexikon Musiktherapie. Göttingen: Hogrefe.

Decker-Voigt, Hans-Helmut (2000). Aus der Seele gespielt. München: Wilhelm Goldmann.

Dilling, Horst/Reimer, Christian (1995). Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin: Springer.

- Diwald, Doris** (1996). Wirkung von Musik auf das Vegetativum, die Motorik und die Psyche und die daraus entstehenden Möglichkeiten für die Musiktherapie mit an Schädel-Hirn-Trauma leidenden Kindern. Unveröffentlichte Diplomarbeit im Kurzstudium Musiktherapie, Hochschule für Musik und darstellende Kunst Wien.
- Dornes, Martin** (1994). Der kompetente Säugling. Frankfurt am Main: Fischer.
- Duden:** Das Fremdwörterbuch (1997). Mannheim: Bibliographisches Institut & F. A. Brockhaus AG⁶.
- Feuser, Gerhard** (1989/90). Gutachten zu Sebastian. Universität Bremen.
- Frank-Bleckwedel, Eva-Maria** (1996). Rezeptive Musiktherapie. In Decker-Voigt, Hans-Helmut/Knill, Paolo J./Weymann, Eckhard (Hrsg.), Lexikon Musiktherapie (326–331). Göttingen u. a.: Hogrefe.
- Frohne-Hagemann, Isabelle** (1996). Gestalttherapie und Musiktherapie. In Decker-Voigt, Hans-Helmut/Knill, Paolo J./Weymann, Eckhard (Hrsg.), Lexikon Musiktherapie (114–116). Göttingen u. a.: Hogrefe.
- Fröhlich, Andreas** (1991). Basale Stimulation. Düsseldorf: verlag selbstbestimmtes leben.
- Gadomski, Michael/Jochims, Silke** (1986). Musiktherapie bei schweren Schädel-Hirn-Traumen. Musiktherapeutische Umschau, Bd. 7, 103–110.
- Gobiet, Wolfgang/Gobiet, Renate** (1999). Frührehabilitation nach Schädel-Hirn-Trauma. Leitfaden zur ergebnisorientierten aktiven Therapie. Berlin u. a.: Springer².
- Greenwald, Jerry** (1987). Rolle und Funktion des Gestalttherapeuten in der klassischen Gestalttherapie. In Petzold, Hilarion (Hrsg.), Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung (121–132). Paderborn: Junfermann.
- Gustorff, Dagmar/Hannich Hans-Joachim** (2000). Jenseits des Wortes: Musiktherapie mit komatösen Patienten auf der Intensivstation. Bern u. a.: Hans Huber.
- Hamel, Peter-Michael** (1992). Durch Musik zum Selbst. Wie man Musik neu erleben und erfahren kann. Kassel: Bärenreiter.
- Harrer, Gerhart** (Hrsg.). (1975). Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Harrer, Marion** (1997). Kontakt – Ausführungen zu Definition, Theorie und Praxis des Phänomens „Kontakt“ in der Musiktherapie. Unveröffentlichte Diplomarbeit im Kurzstudium Musiktherapie, Hochschule für Musik und darstellende Kunst Wien.
- Hegi, Fritz** (1997). Improvisation und Musiktherapie. Paderborn: Junfermann⁵.
- Hummelstein, Horst** (1998). Neurologische Rehabilitation – Neurologische Grundlagen – Motorische Störungen – Behandlungsstrategien – Sozialmedizin. Berlin u. a.: Springer.

ICIDH-2: Online im WWW unter URL: <http://www.who.int/icidh/ICIDH-2> [Stand vom 17. 08. 2001].

Jantzen, Wolfgang/Lanwer-Kappelin, Willehad (Hrsg.). (1996). Diagnostik als Re-historisierung: Methodologie und Praxis einer verstehenden Diagnostik am Beispiel schwerbehinderter Menschen. Berlin: Edition Marhold im Wissenschaftsverlag Volker Spiess.

Jochims, Silke (1990). Singend miteinander verbunden sein ... Die Stimme im Zentrum der Therapie bei neurologischen Erkrankungen in der Frühphase. Musiktherapeutische Umschau, Bd. 11, 127–131.

Jochims, Silke (1992a). Emotionale Krankheitsverarbeitungsprozesse in der Frühphase erworbener zerebraler Läsionen. Musik-, Tanz- und Kunsttherapie 3 (129–136). Stuttgart: Georg Thieme.

Jochims, Silke (1992b). Präverbaler Kontakt: Musiktherapie zur Erweiterung diagnostischer Möglichkeiten im Frühstadium schwerer Schädel-Hirn-Traumen. Z. Allg. Med., Bd. 68, 549–554.

Jochims, Silke (1994). Kontaktaufnahme im Frühstadium schwerer Schädel-Hirn-Traumen. Klang als Brücke zum verstummten Menschen. Krankengymnastik (KG), Bd. 46/Nr. 10, 1316–1323.

Joseph, Gabriela (1994). Neurologische Rehabilitation nach Schädel Hirn Trauma. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Fakultät für Psychologie, Universität Wien.

Kraus, Werner (Hrsg.). (1998). Die Heilkraft der Musik. München: C. H. Beck.

Kraus, Werner (1998). Von der Heilkraft der Musik. In Kraus, Werner (Hrsg.), Die Heilkraft der Musik (10–21). München: C. H. Beck.

Lehtonen, Kimmo (1994). Gibt es Entsprechungen zwischen den Strukturen von Musik und denen der Psyche? Musiktherapeutische Umschau, Bd. 19, 9–24.

Lewis, Richard (1999). Leben heißt Staunen – von der imaginativen Kraft der Kindheit. Weilheim/Basel: Beltz.

Lipp, Berthold/Schlaegel, Wolfgang (1996). „Wege von Anfang an“. Frührehabilitation schwerst hirngeschädigter Patienten. Villingen-Schwenningen: Neckar Verlag.

Loos, Gertrud Katja (1986). Spiel – Räume. Musiktherapie mit einer Magerstüchtigen und anderen frühgestörten Patienten. Stuttgart u. a.: Gustav Fischer.

Loos, Gertrud Katja (1996). Körperwahrnehmung. In Decker-Voigt, Hans-Helmut/Knill, Paolo J./Weymann, Eckhard (Hrsg.), Lexikon Musiktherapie (183–186). Göttingen u. a.: Hogrefe.

Maurer, H.-C. (1998). Geleitwort. In Hummelstein, Horst. *Neurologische Rehabilitation – Neurologische Grundlagen – Motorische Störungen – Behandlungsstrategien – Sozialmedizin*. Berlin u. a.: Springer.

Medizin, Forschung, Gesundheit (1995). Rostock. o. A.

Marion, Donald (1999). *Traumatic Brain Injury*. New York u. a.: Thieme.

Montagu, Ashley (1974). *Körperkontakt. Die Bedeutung der Haut für die Entwicklung des Menschen*. Stuttgart: Klett Cotta.

Münzberg, Christian (1998). Rhythmus und Klang. Wege zur Seele. In Kraus, Werner (Hrsg.), *Die Heilkraft der Musik* (67–77). München: C.H. Beck.

Neander, Klaus-Dieter (Hrsg.). (1999). *Musik und Pflege*. München/Jena: Urban & Fischer.

Nitzschke, Bernd (1984). Frühe Formen des Dialogs. *Musiktherapeutische Umschau*, Bd. 5, 167–187.

Nordoff, Paul/Robbins, Clive (1975). *Musik als Therapie für behinderte Kinder. Forschung und Erfahrungen*. Stuttgart: Klett.

Nordoff, Paul/Robbins, Clive (1986). *Schöpferische Musiktherapie*. Stuttgart u. a.: Gustav Fischer.

Nöcker-Ribaupierre, Monika (1995). *Auditive Stimulation nach Frühgeburt. Ein Beitrag zur Musiktherapie*. Stuttgart u. a.: Gustav Fischer.

Nöcker-Ribaupierre, Monika (1996). *Pränatale Psychologie*. In Decker-Voigt, Hans-Helmut/Knill, Paolo J./Weymann, Eckhard (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie* (302–304). Göttingen u. a.: Hogrefe.

Nöcker-Ribaupierre, Monika (1996). *Hörorgan: Entwicklung und Bedeutung*. In Decker-Voigt, Hans-Helmut/Knill, Paolo J./Weymann, Eckhard (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie* (130–133). Göttingen u. a.: Hogrefe.

Palm, D. G. (1990). Verlauf von Schädel-Hirn-Verletzungen bei Kindern. In Wild, K. v./Janzik, H.-H. (Hrsg.), *Neurologische Frührehabilitation. Neuropathologie, Pathophysiologie, Neuropharmakologie, Intensivmedizin, Neurotraumatologie, Neuropsychologie, Versicherungs- und Sozialmedizin* (181–182). München u. a.: W. Zuckschwerdt.

Pechtl, Waldefried (1987). Die therapeutische Beziehung und die Funktion des Therapeuten in der Bioenergetischen Analyse. In Petzold, Hilarion (Hrsg.), *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung* (189–209). Paderborn: Junfermann.

Peters, Uwe-Henrik (1997). *Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie*. Augsburg: Bechtermünzverlag im Weltbild Verlag.

- Petersen, Peter** (1987). Übertragen und Begegnen im therapeutischen Dialog. In Petzold, Hilarion (Hrsg.), *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung* (13–35). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, Hilarion** (Hrsg.). (1987). *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, Hilarion** (1987). Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie. In Petzold, Hilarion (Hrsg.), *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung* (223–290). Paderborn: Junfermann.
- Priestley, Mary** (1983). *Analytische Musiktherapie. Vorlesungen am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Prosiegel, Mario** (1998). *Neuropsychologische Störungen und ihre Rehabilitation. Hirnläsionen, Syndrome, Diagnostik, Therapie*. München, Bad Kissingen u. a.: Richard Pflaum².
- Psyhyrembel: Klinisches Wörterbuch** (1994). Hamburg: Nikol²⁵⁷.
- Rahm, Dorothea** u. a. (1993). *Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis*. Paderborn: Junfermann.
- Renz, Monika** (1996). *Zwischen Urangst und Urvertrauen. Therapie früher Störungen über Musik-, Symbol- und spirituelle Erfahrungen*. Paderborn: Junfermann.
- Rett, Andreas/Grasemann Friederike/Wesecky, Albertine** (1981). *Musiktherapie für Behinderte*. Bern u. a.: Hans Huber.
- Rittner, Sabine** (1990). Zur Rolle der Vokalimprovisation in der Musiktherapie. *Musiktherapeutische Umschau*, Bd. 11, 104–119.
- Rödler, Peter/Berger, Ernst/Jantzen, Wolfgang** (Hrsg.). (2000). *Es gibt keinen Rest! – Basale Pädagogik für Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen*. Berlin: Luchterhand.
- Rudnitzki, Gerhard** (1990). Intonation, Information, Resonanz. *Musiktherapeutische Umschau*, Bd. 11, 169–186.
- Rumpl, Erik** (1999). Schädel-Hirn-Trauma. In Berlit, Peter (Hrsg.), *Klinische Neurologie* (1094–1105). Berlin u. a.: Springer.
- Ruth, Thomas** (1999). *Schädel-Hirn-Trauma. Ein Lehrbuch für Intensivpflegepersonal und Rettungsassistenten*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schrank, Katharina** (1997). *Dialogaufbau mit Kindern im Coma/Apallischen Syndrom*. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Fakultät für Philosophie und Bildungswissenschaften, Universität Wien.
- Schumacher, Karin** (1994). *Musiktherapie mit autistischen Kindern. Musik-, Bewegungs- und Sprachspiele zur Integration gestörter Sinneswahrnehmung*. Stuttgart: Fischer.

- Schumacher, Karin** (2000). Musiktherapie und Säuglingsforschung. Zusammenspiel. Einschätzung der Beziehungsqualität am Beispiel des instrumentalen Ausdrucks eines autistischen Kindes. Frankfurt am Main: Peter Lang².
- Schuster, Peter/Springer-Kremser, Marianne** (1997). Bausteine der Psychoanalyse. Eine Einführung in die Tiefenpsychologie. Wien: WUV-Universitätsverlag⁴.
- Schuster, Peter/Springer-Kremser, Marianne** (1998). Anwendungen der Psychoanalyse. Gesundheit und Krankheit aus psychoanalytischer Sicht. Wien: WUV-Universitätsverlag.
- Schwab, Reinhold** (1987). Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie. In Petzold, Hillarion (Hrsg.), Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung (57–82). Paderborn: Junfermann.
- Staemmler, Frank** (1993). Therapeutische Beziehung und Diagnose. Gestalttherapeutische Antworten. München: J. Pfeiffer.
- Stern, Daniel** (1997). Mutter und Kind. Die erste Beziehung. Stuttgart: Klett Cotta³.
- Stern, Daniel** (2000). Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett Cotta⁷.
- Takehisa, Kajomi** (1992). Das apallische Syndrom. ein musiktherapeutisches Konzept zur Aufarbeitung psychokutaner Defizite. Unveröffentlichte Diplomarbeit im Kurzstudium Musiktherapie, Hochschule für Musik und darstellende Kunst Wien.
- Thümler, Reiner** (1994). Schädel-Hirn-Traum und apallisches Syndrom. München: Piper.
- Timmermann, Tonius** (1998). Rezeptive und aktive Musiktherapie in der Praxis. In Kraus, Werner (Hrsg.), Die Heilkraft der Musik (50–66). München: C.H. Beck.
- Todorow, Simon/Oldenkott, Paul** (1998). Praktische Hirntraumatologie. Beurteilung und Behandlung frischer Schädel-Hirn- und HWS Verletzungen. Köln: Deutscher Ärzte Verlag⁴.
- Tomatis, Alfred A.** (1990). Der Klang des Lebens. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Watzlawick, Paul et al.** (2000). Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern u. a.: Hans Huber¹⁰.
- Wehner, Karlheinz** (1980). Einblick in die cerebralen Grundlagen bei der Verarbeitung von Musik. Musiktherapeutische Umschau, Bd. 1, 123–140.
- Wild, K. v./Janzik, H.-H.** (Hrsg.). (1990). Neurologische Frührehabilitation – Neuropathologie, Pathophysiologie, Neuropharmakologie, Intensivmedizin, Neurotraumatologie, Neuropsychologie, Versicherungs- und Sozialmedizin. München u. a.: W. Zuckschwerdt.
- Willi, Jürg** (1989). Ko-Evolution. Die Kunst gemeinsamen Wachsens. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.

- Zasler, Nathan D.** (1999). Neurorehabilitation. In Marion, Donald. Traumatic Brain Injury (119–130). New York u. a.: Thieme.
- Zieger, Andreas** (1993). Dialogaufbau in der Frühphase der Rehabilitation mit Patienten im Koma auf der Intensivstation. *Die Schwester/Der Pfleger* 32. Jg., Nr. 6, 480–488.
- Zieger, Andreas** (1999). Musik als Vermittlerin neuen Lebens. In Neander, Klaus-Dieter (Hrsg.), *Musik und Pflege* (145–164). München/Jena: Urban & Fischer.
- Zieger, Andreas** (1999). Wieviel Gehirn braucht ein Mensch? In Neander, Klaus-Dieter (Hrsg.), *Musik und Pflege* (9–42). München/Jena: Urban & Fischer.
- Zieger, Andreas** (1996). „Wofür leben wir überhaupt?“ Erinnerungsarbeit mit Anke’s Körper-Selbst – Eine Geschichte traumatischer, antialogischer Bedingungen. In Jantzen, Wolfgang/Lanwer-Kappelin, Willehad (Hrsg.), *Diagnostik als Rehistorisierung. Methodologie und Praxis einer verstehenden Diagnostik am Beispiel schwerbehinderter Menschen* (237–280). Berlin: Edition Marhold im Wissenschaftsverlag Volker Spiess.
- Zieger, Andreas** (2001). Frührehabilitation von Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzten – Ärztliche Aspekte. Online im WWW unter URL: <http://bidok.uibk.ac.at> [Stand vom 24. 01. 2001].
- Zieger, Andreas** (2001a). Neue Forschungsergebnisse und Überlegungen im Umgang mit Wachkoma-Patienten. Online im WWW unter URL: <http://bidok.uibk.ac.at> [Stand vom 24.01.2001].
- Zieger, Andreas** (2001b). Grenzbereiche der Wahrnehmung. Über die ungewöhnliche Lebensform von Menschen im Koma und Wachkoma. Online im WWW unter URL: <http://bidok.uibk.ac.at> [Stand vom 24. 01. 2001].
- Zieger, Andreas** (2001c). Information und Hinweise für Angehörige von Schädel-Hirn-Verletzten Menschen im Koma und apallischen Syndrom. Online im WWW unter URL: <http://bidok.uibk.ac.at> [Stand vom 24. 01. 2001].
- Zinker, Josef** (1993). *Gestalttherapie als kreativer Prozeß*. Paderborn: Junfermann⁵.