

# Jahrbuch Musiktherapie Music Therapy Annual

Band 13 (2017)  
Übergänge  
Vol. 13 Transitions

herausgegeben von  
Deutsche Musiktherapeutische  
Gesellschaft e. V. (DMtG)

Reichert

Jahrbuch Musiktherapie  
Music Therapy Annual



Herausgegeben von/edited by  
Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)

# Jahrbuch Musiktherapie

# Music Therapy Annual

Band 13/2017: Übergänge

Vol. 13/2017: Transitions

Bis Band 3/2007: Jahrbuch Musiktherapie  
herausgegeben vom  
Berufsverband der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten  
in Deutschland e. V. (BVM) (Hg./Ed.)

zeitpunkt musik  
Reichert Verlag Wiesbaden 2017

Herausgegeben von/edited by  
Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)

Redaktion: Dorothea Dülberg, Prof. Dr. Isabelle Frohne-Hagemann,  
Dr. Sylvia Kunkel, Susanne Landsiedel-Anders, Mary Laqua,  
Maria Sembdner, Hanna Schirmer.  
E-Mail: dorothea.duelberg@musiktherapie.de

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

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

Gedruckt auf säurefreiem Papier  
(alterungsbeständig – pH 7, neutral)

© zeitpunkt Musik. Forum zeitpunkt  
Dr. Ludwig Reichert Verlag Wiesbaden 2017  
[www.reichert-verlag.de](http://www.reichert-verlag.de)  
ISBN: 978-3-95490-311-5 (Print)  
eISBN: 978-3-7520-0195-2 (eBook)  
DOI: 10.29091/978375200195

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.  
Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung  
des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,  
Mikroverfilmungen und die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in Germany

## Inhalt

<b>Vorwort</b> . . . . .	7
<b>Einleitung</b> . . . . .	9
<b>Erklärung</b> . . . . .	11
<i>Musiktherapeutische Umschau – Themenheft 2017 ‚Übergänge‘</i> . . . . .	13

### Beiträge

Übergänge. Perspektiven der Gestaltpsychologie und der Morphologie <i>Rosemarie Tüpker</i> . . . . .	15
---	----

Dimensionen des Übergangs in pädagogischen und therapeutischen Handlungsfeldern. Kritisch-wertschätzende Überlegungen zu Musiktherapie und -pädagogik <i>Juliane Gerland</i> . . . . .	37
---	----

Die musiktherapeutische Begleitung Frühgeborener zur Bewältigung des Übergangs von der intrauterinen in die extrauterine Welt <i>Susann Kobus</i> . . . . .	49
---	----

Developing Faith in the Transition to Adulthood: An Analysis of Songs Written by Adolescents who have had Adverse Childhood Experiences <i>Michael Viega</i> . . . . .	73
--	----

Emerging Adulthood: (perfekte) Darstellung vs. (qualvolle) Stille. Erfahrungen aus der musiktherapeutischen Arbeit mit jungen Erwachsenen <i>Katrin Drazek-Kappus</i> . . . . .	95
---	----

Übergänge zwischen Formen körperlicher Berührung in der Musiktherapie <i>Hanna Skrzypek</i> . . . . .	107
---	-----

Der Seelenkomponist. Guided Imagery and Music (GIM): Eine Fallvignette <i>Isabelle Frohne-Hagemann</i> . . . . .	123
--	-----

Eine Atmosphäre voller Übergänge. Musiktherapie im palliativen Kontext <i>Gustav von Blanckenburg</i> . . . . .	149
--	-----

**Rezensionen**

Cheryl Dileo (Hg.), <i>Envisioning the Future of Music Therapie</i> <i>Mary Laqua</i> . . . . .	171
Peter Waldmann, „Der konservative Impuls. Wandel als Verlusterfahrung“ <i>Sylvia Kunkel</i> . . . . .	177
<b>Die Autoren</b> . . . . .	183
<b>Sachwortregister</b> . . . . .	187
<b>Personenregister</b> . . . . .	189

## Vorwort

In diesem Herbst 2017 legen sowohl das Jahrbuch als auch die Musiktherapeutische Umschau (MU) als Printmedien der DMtG in einer Parallelführung jeweils eine Textsammlung zum Thema ‚Übergänge‘ vor. Mit Querverweisen machen wir auf Angrenzungen im jeweils anderen Printmedium aufmerksam und schaffen auch zwischen den Formaten auf diese Weise ‚Übergänge‘.

Gerade einmal sechs Jahre ist es her, dass wir mit dem Jahrbuch 7 (2011) eine Beitragssammlung zum Thema ‚Grenzen und Übergänge‘ veröffentlicht haben.

Und siebzehn Jahre zuvor (2000) war ‚Abschied und Neubeginn‘ das Jahresthema bei ‚Einblicke‘, dem Publikationsorgan, das im Jahr 2000 erstmals vom damaligen BVM (Berufsverband der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten in Deutschland e.V.) herausgegeben werden konnte. Anlass war die Fusion der Berufsverbände BKM und DBVMT. Aus den ‚Einblicken‘ wurde 2005 das Jahrbuch.

Als Redaktion Jahrbuch stehen wir auch im Jahr 2017 vor der Aufgabe, Übergänge in unseren Arbeitsformen zu ermöglichen: Im Rahmen des gemeinsamen Prozesses der publizistischen Neuordnung werden wir in der DMtG ab 2018 neue Wege gehen, um mit Print- und Onlinemedien noch effektiver als bisher in einer gemeinsamen DMtG-Redaktion Mitglieder in ihrer Berufspraxis zu unterstützen, Entwicklungen im Bereich der Musiktherapie nachzuzeichnen und in der öffentlichen Wahrnehmung darzustellen, auf welche Weise Musiktherapie Menschen in ihren Lebensprozessen unterstützen kann.

Das diesjährige Jahrbuch handelt somit nicht nur von Übergängen und stellt in seiner inhaltlichen Parallelführung mit dem Themenheft MU selbst ein ‚Übergangsphänomen‘ dar, sondern setzt auch den Schlusspunkt unter dieses Format mit seinen insgesamt 13 Lesebüchern, um ‚Übergänge‘ zu Neuem zu ermöglichen.

Dorothea Dülberg, Isabelle Frohne-Hagemann, Sylvia Kunkel, Susanne Landsiedel-Anders, Mary Laqua, Hanna Schirmer, Maria Sembdner



## Einleitung

„Übergänge sind das Schwerste“, so beginnt die Lesereise in diesem Jahrbuch 2017 mit den Worten der Autorin Rosemarie Tüpker. Wir hoffen, dass es Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, leicht fallen wird, den Übergang vom Durchblättern der Artikel hin zum vertieften Lesen zu finden, denn unsere Autorinnen und Autoren entfalten viele unterschiedliche Facetten von Übergangsphänomenen in der Musiktherapie.

Zu Beginn des Buchs finden Sie zwei Artikel, die Grundsätzliches ansprechen: *Rosemarie Tüpker* betrachtet Gestaltwerdungen des Übergangs in Alltag, Musik- und Psychotherapie. Sie zirkelt in ihrer Einführung ins Thema einen weiten Kreis von den Metaphern der Mythen bis hin zu Phänomenen der Fremdenangst in der Gegenwart.

*Juliane Gerland* geht Phänomenen des Übergangs zwischen Musikpädagogik und Musiktherapie als unterschiedlichen Professionen nach. Dabei wirbt sie für eine Akzentuierung musiktherapeutischer Identität und beschreibt, wie sie diese versteht.

Im weiteren Verlauf widmen sich sechs Autoren den Übergangsprozessen in spezifischen Lebensabschnitten und/oder im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen:

*Susann Kobus* gibt einen Einblick in musiktherapeutische Ansätze in der Neonatologie. Sie beschreibt, wie die Arbeit mit Instrumental- und Stimmklängen Unterstützung für Frühgeborene und deren Familien geben kann.

*Michael Viega* stellt eine ‚art-based‘-Studie aus den USA vor, die selbstkomponierte Liedtexte von Jugendlichen mit Gewalterfahrung untersucht. Der Autor zeichnet dabei in den Inhalten der Lieder Übergänge von Atmosphären der Hoffnungslosigkeit hin zu wachsendem Vertrauen in neue Lebensperspektiven nach. Das beschriebene Liedmaterial ist zum Hören über einen Internetlink verfügbar!

*Katrin Drazek-Kappus* beschreibt Entwicklungsstörungen der Postadoleszenz (Emerging Adulthood) und deren Ausdruck in der musiktherapeutischen Arbeit. Sie geht dabei auf Phänomene einer „möglichst perfekten Darstellung des eigenen Selbst“ im musikalischen Spiel und auf Phänomene einer „qualvollen Stille“ ein.

*Isabelle Frohne-Hagemann* stellt eine musiktherapeutische Einzelprozessbeschreibung vor, in der die Methode GIM (Guided Imagery and Music) zentraler methodischer Ansatz war. Anhand des Verlaufs und einiger Resonanzbilder, die in diesem Prozess entstanden, lässt sie Anteil nehmen an Übergangsprozessen, Überschreitungen und Überschreibungen von Erlebens- und Verhaltensweisen des vorgestellten Klienten.

*Hanna Skrzypiek* nimmt den körperlichen Ausdruck eines schizophrenen Patienten in den Blick und beschreibt Übergangsphänomene körperlicher Berührung und Berührbarkeit in der musiktherapeutischen Behandlung.

*Gustav von Blanckenburg* widmet sich den Übergangsfacetten, die die komplexe Phase am Ende des Lebens kennzeichnet. Er beschreibt, wie Musiktherapie im palliativmedizinischen Kontext Unterstützung in der Bewältigung wichtiger Entwicklungsaufgaben geben kann.

Wie sehr Musiktherapie im internationalen Feld in Bewegung ist, davon gibt die Rezension des Online-Buchs „*Envisioning the Future of Music Therapy*“ Zeugnis.

Davon, dass auch Veränderungen entgegenwirkenden Kräften eine „schöpferische Potenz eigenen Rechts und Ranges“ innewohnt und dass damit Übergänge eine positiv modulierende Wirkmächtigkeit haben können, handelt das Buch „*Der konservative Impuls*“, das wir ebenfalls unter den Rezensionen in diesem Band vorstellen und das diese Lesereise im Jahrbuch 2017 beendet.

Wir hoffen, dass die hier dargelegten unterschiedlichen Blickwinkel auf das Thema „Übergänge“ zum Nachdenken und Diskutieren anregen, vielleicht aber auch zum Innehalten, um Übergangsprozesse und -phänomene im eigenen beruflichen Kontext zu reflektieren und die ihnen eigenen Qualitäten und Chancen zu würdigen.

Dorothea Dülberg und Sylvia Kunkel

## Erklärung

Liebe Leserinnen, liebe Leser,  
die Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (DMtG) ist im Begriff, die publizistische Landschaft neu zu ordnen. Auf dem Weg zu einer gemeinsamen Redaktion greifen das diesjährige Themenheft der Musiktherapeutischen Umschau und das Jahrbuch Musiktherapie dasselbe Thema mit dem Titel „Übergänge“ auf. So haben Sie Gelegenheit, zu einem gemeinsamen Thema verschiedenste Beiträge in den unterschiedlichen Formaten der beiden Organe zu lesen. Um Ihnen einen Überblick zu bieten, finden Sie beide Inhaltsverzeichnisse abgedruckt.

Bewährtes zu erhalten und Neues zu entwickeln, wird unsere redaktionelle Aufgabe im Jahr 2018 sein, damit Sie weiterhin lesen können, was interessant, aktuell und anregend ist!

Thomas Bergmann, Volker Bernius, Dorothea Dülberg, Annegret Körber, Sylvia Kunkel, Mary Laqua, Nicola Scheytt, Maria Sembdner, Monika Smetana, Jan Sonntag



## *Musiktherapeutische Umschau – Themenheft 2017 ‚Übergänge‘*

*Nicola Nawe  
Das Coming-Out einer Trompete*

Alison Levinge  
Übergangsobjekte und Übergangsphänomene in der Musiktherapie  
*Transitional objects and transitional phenomena in music therapy*

*Sandrina Doepner  
Frau X liegt im Sterben*

Jos de Backer / Katrien Foubert  
Modalitäten von Übergängen in einem musiktherapeutischen Kontext  
*Transition modalities in a music therapy context*

*Elisabeth Heymann-Röder  
Ein Safe Place als Übergangsraum*

*Fritz Hegi  
Übergänge überall hin. Ein bedeutungsphilosophisches Traktat*

*Reiko Fütting  
Über den Übergang*

*Daniel Zimprich  
Qualitative Veränderungen – Antworten des Entwicklungspsychologen*

*Karin Mössler  
Zeiten der Bewegung – Antworten der Musiktherapeutin*

*Bernhard König  
„Eigentlich eher Therapie“ oder „irgendwie doch auch Kunst“?*

Julia Tostmann / Susanne Metzner  
Ko-kreative Momente und Transition.  
Eine qualitative Studie zu Abstimmungsprozessen in der musiktherapeutischen  
Psychosenbehandlung  
*Co-creative moments and transition.  
A qualitative study of attunement in music therapy psychosis treatment*

*Marie-Luise Zimmer*

*„Weißt Du wieviel Sternlein stehen“?*

*Hannah Riedl*

*Moment des Übergangs*

Sabine Koch / Thomas Bergmann

Hooked to Rhythm:

Übergänge und gemeinsame Grundlagen von Musik und Bewegung

*Hooked to Rhythm:*

*Rhythm and resonance as a common base of music and movement*

Thomas Wosch

Mikroprozesse in der Musiktherapie.

Übergänge im Interaktionsverhalten in der musiktherapeutischen Improvisation  
und vom präverbalen zu verbalen Ausdruck

*Microprocesses in music therapy.*

*Transitions in musical interaction and in verbal expression*

*Yvonne Schmieder*

*Übergänge vom Hören zum Nicht-Hören und wieder zurück*

Sabine Rave

Kunst an der Schwelle.

Künstlerische Begleitung in Übergangssituationen

*Art at thresholds. Artistic work in transitional situations*

## Beiträge

### Übergänge.

#### Perspektiven der Gestaltpsychologie und der Morphologie

### Transitions.

#### Perspectives from Gestalt Psychology and Morphology

Rosemarie Tüpker, Münster

*Übergänge sind das Schwerste: Das merkt man beim Tapezieren ebenso wie bei der Beschreibung psychologischer Phänomene. Was unterscheidet Übergänge von den Gestalten? Welche Bedeutung haben sie im Alltag, in der Musiktherapie und in der Musik selbst? Wie geht das Eine ins Andere über? Wie garantieren Übergänge haltbare Verbindungen und wie gestalten sich Übergänge zu etwas, was noch nicht ist? Diesen Fragen wird aus der Perspektive der Tiefenpsychologie, Gestaltpsychologie und der Morphologischen Psychologie nachgegangen. Als Beispiele dienen u. a. die Übergangsgestalt des Hineinkommens, die Arbeit mit alten Menschen, die Migration, die musikalische Modulation, ein Stück aus der Neuen Musik, die Übergänge von Musik und Sprache, das musikalische Improvisieren und das Musikhören in der geleiteten Imagination mit Musik (GIM).*

*Transitions are the hardest: You can notice this in the case of renovating your home as well as by describing psychological phenomenon. What distinguishes transition from the ‚Gestalt‘? What is their significance in everyday life, music therapy and music itself? How does one go to the other? How do transitions guarantee lasting connections and how do you form transitions into something that is not there yet? Those questions are being researched from the perspective of depth psychology, Gestalt psychology and morphological psychology. Examples include the transitional form of getting in, work with the elderly, migration, musical modulation, a piece of new music, the transition of music and language, musical improvisation, and listening to music in GIM.*

### Über die Hemmnisse beim Hineinkommen

Als ich von der Redaktion der Jahrbücher gefragt wurde, ob ich einen Beitrag zum Themenschwerpunkt „Übergänge“ schreiben würde, konnte ich fast nicht anders

als zusagen. Ist doch das Thema „Übergänge“ *das* zentrale Thema der Morphologie. Doch dann passierte mir das, was viele Menschen kennen: Ich hatte Mühe *hineinzukommen*. In diesem Fall lag das an der Fülle des Materials und der Einfälle: von den handwerklichen Erfahrungen beim Renovieren über die Beobachtungen in der Natur, von den Übergängen der Lebensabschnitte bis zu Fragen der Migration und Integration, der äußeren wie der inneren, von der Morphologie Goethes über das Gesamtwerk Wilhelm Salbers, von so grundsätzlichen Fragen wie der, ob die Natur keine Sprünge kennt oder doch, bis zu so konkreten wie den Übergängen innerhalb einer Musiktherapiesitzung. Die gesamte Psychologie und das ganze Leben schienen nur noch aus Übergängen zu bestehen und alles ließe sich von da aus beschreiben. Und auch die Musik selbst bietet von der Satztechnik über die Verfassungen beim Spielen oder Hören von Musik bis hin zu musikhistorischen Fragen ein weites Feld an Themen an, in denen es um Übergänge geht.

Doch so richtig das auch sein mag, so untauglich ist es, wenn man einen Artikel schreiben will. Wenn alles hinein will, noch dazu alles auf einmal, dann kann es gar nicht losgehen.

Und so zeigt sich schon hier, wie Gestalt und Verwandlung (= Übergang) aufeinander angewiesen sind. Um Übergänge beschreiben zu können, muss man es hinbekommen, etwas als Gestalt herauszuheben und eines vom anderen zu unterscheiden. Das Verbindende der Übergangsformen ist nur beschreibbar, wenn es zugleich gelingt, Formen gegeneinander abzugrenzen: Den Übergang von der Kindheit zum Erwachsenenalter kann ich nur darstellen, wenn ich zwischen einem Kind und einem Erwachsenen unterscheide und zugleich das Dritte mitdenke, was beide miteinander verbindet. Daran wird zugleich deutlich, dass es sich bei alledem um Konstrukte handelt, mit denen wir (als reflektierende Wesen) die Welt zu erfassen und zu beschreiben suchen. Sonst wäre mit „Panta Rhei – Alles fließt“ (Heraklit) alles gesagt und mit dem Hineinkommen ins Schreiben wäre man zugleich schon wieder draußen.

Das Hineinkommen in eine Handlungseinheit ist zugleich eine erste psychologisch bemerkenswerte Form eines Übergangs, weil sie unseren Alltag wesentlich mitgestaltet und von ihrem Gelingen und Misslingen vieles abhängt. Wenn es uns nicht gelingt, die Schreibhemmung beim Verfassen einer Bachelor- oder Masterarbeit irgendwie zu überwinden, so werden wir den angestrebten Abschluss nicht erreichen und vielleicht auch den Beruf nicht ausüben können, in dem wir uns schon gesehen haben. Das vor Augen zu haben, macht das Hineinkommen dann noch einmal schwerer. Es kann aber auch sein, dass wir Jahre später sagen: „Wie gut, dass ich das Examen damals nicht gemacht habe, denn in diesem Beruf wäre ich sowieso nie glücklich geworden.“ Die Gründe für das Nicht-Hineinkommen können ebenso unterschiedlich sein wie die Folgen. Schon so manchen bewahrte die gesteigerte und beharrliche Form des Nicht-Hineinkommens, die *Prokrastination* (vgl. Höcker et al. 2013), vor beruflichen Fehlentscheidungen oder dem Hineinrutschen in ein Burn-out. Das macht eine vorschnelle Anwendung von Behandlungsmanualen dann zum Risiko, wenn nicht berücksichtigt wird, was ein solches *Symptom*

uns vielleicht mitzuteilen hat, wenn wir also nicht zunächst den gesamten Kontext berücksichtigen.

Aber nicht immer sind die Gründe so gewichtig. Die Neigung von Kindern, die Erledigung der Schularbeiten aufzuschieben, kann auch schlicht daran liegen, dass das Wetter oder das sonstige Leben einfach zu schön sind, und zum Glück gibt es das ja bei Erwachsenen auch noch. Das lässt ein weiteres Merkmal dieser ersten Übergangsgestalt in den Blick kommen: dass nämlich jedes Hineinkommen zugleich ein Herauskommen ist. Ich muss ja das, was ich gerade tue, die Verfassung, in der ich gerade bin, verlassen, um in die neue Handlungseinheit zu kommen.

Das spielt beispielsweise auch im Kontext der Migration eine bedeutende Rolle. War es das Heimatland, welches mich hinausgetrieben hat, war ich froh aus einem Krieg noch herausgekommen zu sein, oder war es die Verlockung des neuen Landes, die mich angezogen hat, freue ich mich auf die neuen Lebensmöglichkeiten und was diese aus mir machen werden? Das lässt sich aber nicht immer so *sauber* trennen und bestimmt durchaus nicht allein, was dann mit mir geschieht. Denn die Träume davon, was das neue Leben aus mir machen könnte, können nicht vorhersehen, was es alles mit mir machen wird. Jenseits der politisch sinnvollen Unterscheidung zwischen Emigration (Auswanderung) und Immigration (Einwanderung) spielen solche Fragen eine wichtige Rolle für die psychologische Seite der Integration in ein neues Land und der Integration des neuen Landes in das Selbst. Der Gedanke an diese letztere Seite des Geschehens lässt ahnen, dass es sich um einen komplexen Prozess handelt, bei dem die Bewahrung des bisher Eigenen und die Umwandlung in ein neues Eigenes auch ein je individueller Prozess des Hineinkommens ist, und bei dem das Verlassene in das Neue integriert sein muss.

In der Musiktherapie ist sowohl das Hineinkommen ins Spielen als auch das ins Sprechen ein bemerkenswerter Moment, der deshalb von vielen Musiktherapeut\*innen eine besondere Beachtung erfährt. So wird in Gruppen häufig angekündigt, man möge sich vor und nach dem Spielen einen Moment Stille gönnen. Damit wird der Wunsch verbunden, dass man kurz *zu sich kommen* kann, bevor man etwas spielt und dass *die Musik nachklingen* kann, bevor wieder gesprochen wird. Die Musik bekommt dadurch so etwas wie einen Rahmen, der ihre Bedeutung hervorhebt. In dieser kleinen Pause überlappen sich das Herauskommen aus dem, was gerade war und das Hineinkommen in das, was jetzt kommen wird. Es geht also um eine Trennung, durch die etwas miteinander verbunden wird: Wie kleine Tentakel<sup>1</sup> von verschiedenen Seiten her, hängt mal noch etwas von dem Zuvor nach, mal greift etwas von dem Neuen nach den Beteiligten, mal meldet sich etwas zu Wort, was vorher da war und nun endlich drankommen möchte.

---

1 Anhängegebilde, Fangarme.



Abb. 1  
Klebende Tentakel des Sonnentaus

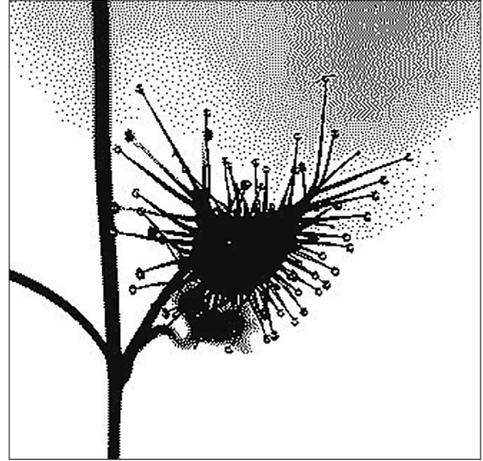


Abb. 2

Diese bedeutungsvolle Pause kann aber auch als Hürde erlebt werden. Dann wird der erste Ton oder das erste Wort immer bedeutungsschwangerer, je länger er nicht erklingt, es nicht gesprochen wird. Da braucht man dann einen Mutigen oder kleine Hilfen für das Hinüberkommen, einen Fangarm, der in die neue Form zieht, eine erste Klebestelle, an die sich Weiteres anheftet. Für den Übergang zur Musik können Spielvorschläge diese Funktion übernehmen. Für den Übergang zur Sprache ist es hilfreich, wenn alle wissen, dass das Gespräch beginnen kann, wo immer es will, so dass das erste Wort, der erste ausgesprochene Einfall immer der richtige ist, an den sich anderes anschließen kann, dass nichts passend sein muss, weil immer alles passt.

### Was ist Gestalt – was Übergang? Oder „Aufräumen gehört (nicht) zum Spielen“

Über der sehr großzügig ausgestatteten Spielecke einer Praxis las ich einmal den Spruch: „Aufräumen gehört zum Spielen“. Das ist ein schönes Beispiel dafür, dass es auf die Frage, wo eine Gestalt aufhört, verschiedene Antworten gibt. Aus der Perspektive der Praxismitarbeiter\*innen ist es wünschenswert, dass die Kinder nach dem Spielen aufräumen und sie versuchen (vermutlich ohne viel Erfolg) dies mit einer Definition durchzusetzen, die das Aufräumen in die *Handlungseinheit* „Spielen“ einschließt. Die Kinder könnten sich allerdings trefflich mit den gängigen Spieltheorien gegen diese Definition wehren, denn diese haben viele Merkmale, die dem Aufräumen durchaus nicht innewohnen, wie das *Nicht-Zielgerichtete*, die *Selbstmotiviertheit*, *Zweckfreiheit* und die *innere Unendlichkeit*. Letzterer folgend, ist es allerdings unkomplizierter, einfach so lange zu spielen, bis man hineingerufen wird.

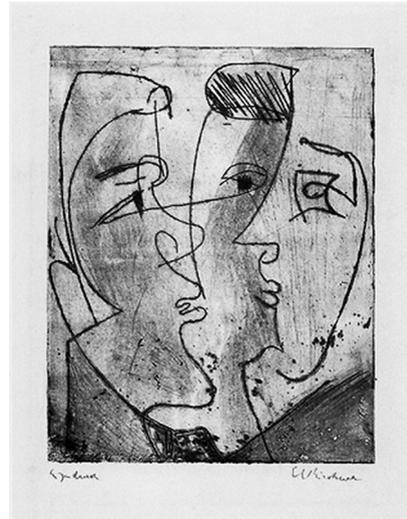


Abb. 3: Was ist Gestalt, was Übergang?  
Ernst Ludwig Kirchner (1880–1938):  
*Drei Köpfe* (1929)

*Handlungseinheiten* oder *Stundenwelten* sind abgrenzbare Gestalten, in denen sich unser Alltag organisiert. Beispiele sind so unterschiedliche Dinge wie das Üben, Schreiben, Rasenmähen, Lernen, das Halten eines Referats, das Zusammensein mit Freunden, Kochen, Essen, Fernsehen und eben das Spielen. Mit solchen Stundenwelten organisiert sich nicht nur unser Tageslauf in vertretbare Häppchen, sondern auch unser Erleben und Handeln, unsere Strebungen, Wünsche und Affekte. Was in der einen Handlungseinheit für Aufregung sorgt, etwa das Sitzen-bleiben-Müssen in einem Stau während des Autofahrens, ist in der anderen gar kein Problem, etwa bei einem schönen Essen mit Freunden. Nicht nur unser *Charakter* bestimmt, ob wir geduldig oder ungeduldig sind, sondern auch die Handlungseinheit, in der wir gerade tätig sind. Wer im Umfeld seiner beruflichen Tätigkeit gar keine Ungeduld verspürt, kann trotzdem ein schnelles Auto fahren und sich dabei über jedes Hindernis aufregen.

Manche Handlungseinheiten wirken dabei eher wie in sich abgeschlossene Gestalten, weil sie für eine längere Zeit eine gleichbleibende Binnenstruktur haben und unsere innere Verfassung relativ einheitlich von dieser Einheit bestimmt ist wie etwa beim Autofahren, Putzen oder Sonnenbaden. Auch sie haben aber jeweils am Anfang und am Ende etwas, was sich als Einstieg und Ausstieg – also als Übergang – charakterisieren lässt, so wie jeder Klang einen Einschwing- und Ausschwingvorgang hat. Dieser Übergang lässt sich von dem *eigentlichen Hauptteil* der Gestalt unterscheiden und gehört dennoch mit dazu, beeinflusst seine Charakteristik und Wirkung maßgeblich. Einen Klavierton z. B. erkennen wir nicht mehr als solchen, wenn der Einschwingvorgang (mit technischen Mitteln) abgeschnitten wurde. Dann lässt der entstehende Klangeindruck eher an eine Glocke denken. Andere sind in sich so etwas wie Übergangsgestalten wie z. B. das Einschlafen, Aufstehen oder Zur-Uni-Gehen.

Zerdehnen wir eine solche Handlungseinheit und schauen genauer hin, so wird allerdings auch in dem *stabilen* Teil die Beweglichkeit erkennbar, denn das Sonnenbaden z. B. sieht nur *von außen* oder auf den ersten Blick so gleichbleibend aus. Wenn man genauer beschreibt, was sich da *im Kopf* alles abspielt, so ist es mit der scheinbaren Ruhe dahin.

Die Morphologische Psychologie, die zahlreiche solcher Alltagstätigkeiten untersucht hat, versteht sich als eine Wissenschaft, deren Aufgabe es ist, den Übergängen zwischen solchen Alltagsgestalten wie auch denen umfassenderer Lebensgestalten zu folgen.<sup>2</sup> „Das Seelische findet seine Existenz in bewegenden Übergängen – nur von da aus lassen sich die Fragen beantworten, wie Seelisches mit Seelischem zusammenhängt, wie und warum Seelisches aus Seelischem hervorgeht.“<sup>3</sup>

In der Musiktherapie stellt sich die Frage, was zu welcher Gestalt gehört und wie Übergänge zu gestalten sind z. B. im Kontext des Settings. Wie in anderen Psychotherapien erscheint ein fester zeitlicher Rahmen wichtig, nicht nur aus pragmatischen Gründen, sondern auch aus Gründen der Zuverlässigkeit und der Stabilisierung in all dem Bewegenden sowie aufgrund der therapeutischen Haltung, die einer klaren Begrenzung bedarf, um die Therapeut\*innen nicht zu überfordern.

In der Arbeit mit Kindern wie in der mit behinderten Menschen oder solchen, die in ihrer Außenwahrnehmung eingeschränkt sind, werden Beginn und Ende einer Therapiestunde oft durch kleine Übergangsrituale wie einem Begrüßungs- und Abschiedslied gestaltet, um den Rahmen der Gestalt für den Klienten sinnlich erfahrbar und vorhersehbar zu machen. Dabei kann mit der Liedform durch das Zusammenwirken von Musik und Text dem *Innen* und *Außen* des Gerahmten Rechnung getragen werden. Das gesungene „Willkommen zur Musik“ ist eine Begrüßung vor der Musik und zugleich schon die Sache selbst. Im Abschiedslied wird oft durch Text wie „Bis zum nächsten Mal“ darauf verwiesen, dass bei allem Beendigen die Kontinuität gewahrt bleiben soll, und die gesungene Melodie kann vielleicht noch bis zur nächsten Handlungs- oder Erlebenseinheit nachklingen.

Zu Irritationen kommt es dann, wenn Klient\*innen und Institution diese kunstvollen Gestaltungen zu torpedieren scheinen. Wenn etwa die Bewohnerin zur Einzeltherapie nicht zur vereinbarten Zeit gebracht wird, die Gruppe nie vollständig ist, ihre Mitglieder erst gesucht werden müssen und stattdessen andere noch im Raum sind. Dies sind Verhältnisse, mit denen Musiktherapeut\*innen in Alteinrichtungen häufig konfrontiert sind und die verschiedene Folgen haben: Vielleicht erlebt man die Situation als mangelnde Wertschätzung durch die Institution oder man fühlt sich unter Druck, weil man davon ausgeht, die gebuchte Musiktherapiezeit stets auch mit der *eigentlichen* Arbeit füllen zu müssen. Dann kommt man

2 Eine Zusammenfassung psychologischer Untersuchungen alltäglicher Handlungseinheiten findet sich in dem Buch „Der Alltag ist nicht grau“ (Salber 1989). Viele der Originaluntersuchungen sind in der Zeitschrift „Zwischenschritte“ ausführlicher beschrieben.

3 Aus: [http://www.wilhelm-salber.de/entwicklung\\_all.html](http://www.wilhelm-salber.de/entwicklung_all.html) (Zugriff: 19.04.2017).

vielleicht früher, damit die Gruppe pünktlich beginnen kann, ärgert sich aber bald über diese unbezahlte Zeit, die sich immer mehr ausdehnt. Oder man holt die demente Bewohnerin selbst ab, wird ungeduldig, weil sie noch unbedingt die Hausschuhe gegen richtige Schuhe tauschen möchte oder ihre Handtasche nicht findet. Man redet ihr das aus und ärgert sich über sich selbst, weil man *so ja nun gerade nicht* mit ihr umgehen wollte.

Neuen Spielraum gewinnt in solchen Verhältnissen, wer *das Eigentliche*, also die Gestalt anders definiert und in Anlehnung an die Überschrift dieses Abschnitts festlegt: „*Abholen gehört zur Musiktherapie.*“ Das, was eine Alteneinrichtung, insbesondere wenn es um demente Menschen geht, mit der Musiktherapie *gebucht* hat, ist – gleichgewichtig mit der musikalischen Kompetenz – das psychologische Hinhören und Verstehen, die therapeutische Haltung und deren kreative Handhabung. Die kann sich *auf dem Weg* genauso entfalten wie in dem zunächst gedachten Setting. Diese Umdeutung, dieses *Reframing*, entlastet die Musiktherapeutin und ihre Beziehung zur Institution. Vielleicht kommt der Gedanke auf, dass *das Eigentliche* und *das Abholen (Gestalt und Übergang)* hier vielleicht sowieso in ein völlig neues Verhältnis zueinander gekommen sind. Und dass das gar nicht an den anderen, den festen Mitarbeiter\*innen, liegt, sondern dass es zum Wesen dieser Arbeit gehört, welches aber erst verstanden werden will: Das Gestaltete wird weniger, der Übergang wichtiger (vgl. Keller, Klären & Pfefferle 2006). Gelingt ein solches Verstehen, dann können auch die Zuschreibungen der Mitarbeiter\*innen untereinander weniger werden, denn sie resultieren als institutionelle oder vergemeinschaftete Abwehr oft aus einer *Verteilung* der Ambivalenzen auf die Berufsgruppen oder die Einzelnen, obwohl *alle*, die in einem bestimmten Kontext arbeiten, ihnen ausgesetzt sind.

## Übergänge erfassen

### Oder: Was hat ein Apfel mit einer Blüte zu tun?

Vor längerer Zeit stand ich im Herbst immer einmal wieder staunend vor einem am Baum hängenden Apfel, versuchte mich daran zu erinnern, wie die dort an derselben Stelle im Frühjahr stehende Blüte aussah und ärgerte mich, dass ich es wieder einmal verpasst hatte zu beobachten, wie das Eine ins Andere übergeht. Immer wieder erschien mir dieser Vorgang gänzlich unbegreiflich, sehen doch beide Formen völlig unterschiedlich aus: Man sieht einer Apfelblüte und einem Apfel nicht an, dass sie überhaupt etwas miteinander zu tun haben. „Wenn ich das mal kapiere, bin ich wirklich schlauer“, dachte ich immer wieder einmal aufs Neue. Nachdem ich es dann wirklich geschafft hatte, diesen Vorgang einige Jahre über immer wieder zu beobachten, hatte ich verstanden, wie das geht und kann es mir inzwischen sogar innerlich wieder hervorholen.

Ich will hier nicht versuchen, den Vorgang des wunderbaren Ineinanders und Auseinanderhervorgehens dieser Metamorphose zu beschreiben, denn ich möchte

niemandem diese Erfahrung durch eine notwendigerweise immer unzureichende Beschreibung verderben. Und natürlich geben auch eine Folge von Zeichnungen oder der Zeitraffer eines Films nicht die *Erfahrung des Mitvollzugs* wieder, durch die sich eine solche Verwandlung offenbart, ohne ihr Geheimnis zu verlieren. Deshalb motiviert die eigene Erfahrung auch eher dazu, sich das immer wieder aufs Neue anzusehen, so wie man ein (gutes) Musikstück ja auch immer wieder hören oder spielen mag und es sich dennoch nicht erschöpft.

Die Frage, wie Eines ins Andere übergeht, bedarf oft einer sehr genauen Betrachtung. Mal braucht man dazu so etwas wie einen Zeitraffer (innerlich oder auch technisch), weil die Prozesse sich über einen sehr langen Zeitraum hinziehen. Mal bedarf sie einer Zerdehnung des Augenblicks, wie wir dies z. B. aus musikalischen Analysen oder auch aus der Psychotherapieforschung kennen.

Der Gedanke, dass Erkenntnisprozesse selbst nur im Übergang möglich sind, wäre eine eigene Ausführung wert. Er sei hier durch zwei Zeilen aus einem Gedicht von Rainer Maria Rilke nur angedeutet. „Was haben wir seit Anbeginn erfahren, / als dass sich eins im anderen erkennt?“<sup>4</sup>

Während es bei Übergängen zwischen zwei zunächst getrennt voneinander existierenden Gestalten um das Verbinden zu etwas Drittem geht, geht es bei Entwicklungs- und Kultivierungsprozessen darum, dass *etwas* in diesem Übergang zu *etwas anderem* wird, dass etwas *woanders weiter* geht. Um solche Prozesse geht es sowohl in der Pädagogik und Erziehung als auch in der Psychotherapie und Selbstbehandlung.

## Psychotherapie, Musiktherapie

Im Grunde ist die Frage, wie ich von einer Gestalt zur anderen komme, *die* zentrale Frage der Psychotherapie. Im Kontext eines gelungenen Veränderungsprozesses, den man selbst, z. B. in der Selbsterfahrung oder eigenen Therapie erlebt hat, werden vermutlich viele die Erfahrung teilen, dass man zwar einige Schritte der Veränderung im Nachhinein benennen kann, dass aber vieles, in der Empfindung oft sogar Wesentliches, unbestimmt und geheimnisvoll bleibt. Auch aus therapeutischer Sicht wundern wir uns sowohl darüber, warum sich etwas manchmal partout nicht ändern will als auch darüber, warum es sich dann doch verändert hat, scheinbar plötzlich oder vielleicht eben doch nur unmerklich.

Diese verbleibenden Verborgenseiten sollten uns allerdings nicht daran hindern, das, was wir erfassen können, möglichst genau und nachvollziehbar zu beschreiben, wie dies in den letzten Jahren sowohl in der Psychotherapieforschung als auch in der musiktherapeutischen Forschung verstärkt zu finden ist. Das verlangt sowohl von den Forschenden einen hohen Aufwand als auch von denen, die

---

4 Aus dem Gedicht: „Es winkt zu Föhlung fast aus allen Dingen“. In: Die Gedichte 1910 bis 1922 (München oder Irschenhausen, August/September 1914).

das lesen, die Bereitschaft, die Zerdehnung von Prozessen innerlich mitzuvollziehen. Beiden muss es zudem gelingen, bei aller Detailtreue und Mikroanalyse, den Kontext zum übergeordneten Ganzen nicht aus dem Auge zu verlieren, weil die Teile sonst ihren Sinn für die Verwandlung des Ganzen nicht offenbaren können.

Denn charakteristisch für diese Art von Übergängen ist die Paradoxie, dass sich etwas ändert und zugleich etwas in seinem Wesen erhalten bleibt. So fragte mich ein Patient einmal deutlich beunruhigt, ob er, wenn er sich im Hinblick auf eine bestimmte Eigenschaft, die ihn zur Therapie gebracht hatte, ändere, ein anderer sein werde. Er hatte offensichtlich die Paradoxie verspürt, die darin besteht, dass der Übergang von der einen Gestalt zur anderen im Kontext des Individuums nicht mit einem völligen Gestaltwechsel verbunden sein darf, sondern dass das Eine im Anderen aufgehoben bleiben muss, weitergeführt wird und sich erfüllt.

Im Blick zurück ist diese zentrale Figur noch verhältnismäßig geläufig: So betont die Entwicklungspsychologie immer wieder, dass Entwicklungsphasen im Bereich des Seelischen keinen Abschluss haben, sondern der nächste Entwicklungsschritt den vorangehenden in sich bewahrt. Das war schon bei Sigmund Freud so, ebenso bei Margaret Mahler und wird auch von Daniel Stern immer wieder hervorgehoben.

Schwieriger ist hingegen die Denkfigur, wie denn die spätere Form in der früheren geborgen sein kann. Im Biologischen fragen wir uns das mit der Formulierung, woher die Blüte denn *weiß*, wie sie zum Apfel wird. Im psychologisch-menschlichen Bereich finden wir sie in poetischen Formulierungen wie der von Friedrich Rückert (1897): „Vor jedem steht ein Bild des, das er werden soll. Solang er das nicht ist, ist nicht sein Friede voll.“

Das löst aber durchaus nicht eine zentrale Frage, die der erwähnte Patient stellte, denn die neue Gestalt, auf die wir uns durch eine Psychotherapie zubewegen, ist immer unbekannt und somit wirklich Grund zur Beunruhigung. Erst im Nachhinein können wir formulieren: „Es musste so kommen, damit ich diesen oder jenen Schritt tun konnte.“ Diese nachträgliche Sinngebung und Einbindung zu einem kohärenten Lebensbild gilt mit Aaron Antonovsky als eine der bedeutsamen Fähigkeiten im Zusammenhang der Salutogenese.<sup>5</sup> Können wir uns im Bereich des Biologischen mit den Vorstellungen von Bauplänen, genetischen Programmen etc. behelfen, so sind wir spätestens im Bereich des Menschlichen mit der unauflöselichen Paradoxie von Determiniertheit und Freiheit konfrontiert.

Der Binnenstruktur von Übergängen genauer nachzuspüren, liefert Erkenntnisse, die auch für die Praxis bedeutsam sein können. In der Musiktherapie finden wir zahlreiche solcher Analysen von Übergängen, etwa im Kontext der in der Nordoff-Robbins-Musiktherapie gebräuchlichen Einschätzungsskalen der Kommunikation und der musikalischen Beziehung oder in der Morphologischen Mu-

---

5 Zur aktuellen Bedeutung dieses Ansatzes und der medizinhistorischen Herkunft dieses Gegenmodells einer rein pathogenen Vorstellung von Krankheit und Gesundheit s. Kenschke 2010.

siktherapie im zweiten Schritt des Verfahrens der Beschreibung und Rekonstruktion, der Binnenregulierung.<sup>6</sup> Je nach Betrachtungswinkel und Ausgangsfrage kann es dabei darum gehen, wie wir als Therapeut\*innen unsere Musik gestalten müssen, um einen Einfluss auf die Spielweise der Patient\*innen zu haben oder wie sich Veränderungen im Zusammenspiel *wie von selbst* ergeben und dennoch musikalisch beschreibbar sind, wenn auch nur im Nachgang.

Manchmal helfen auch neue theoretische Konzeptualisierungen dabei, bislang nicht Erfasstes zu bemerken und mithilfe des neuen Blicks und dem damit verbundenen sprachlichen Repertoire beschreibbar zu machen. Ein Beispiel dafür ist das Konzept der Mentalisierung, welches in den letzten Jahren in der Psychotherapie allgemein wie in der Musiktherapie half, den Blick auf eine Reihe von Prozessen und Differenzierungen zu richten, die zwar zuvor schon beschrieben worden waren, aber nun durch eine Bündelung eine neue Klarheit gefunden hatten (Fonagy et al. 2015). So führte der Blickwinkel auf die in diesem Konzept beschriebenen Übergangsformen in der Musiktherapie zu Untersuchungen der intersubjektiven Regulierungen, wie sie sowohl in den Improvisationen als auch in den Gesprächen stattfinden, die an die selbst gespielte oder gemeinsam gehörte Musik anknüpfen. Mithilfe der neuen Begrifflichkeiten lassen sich die Identifizierung von Affekten, ihre Modulierung, Spiegelung oder Markierung aufzeigen und in ihrer psychologischen Bedeutung für den therapeutischen Prozess verstehen (vgl. Jahrbuch Musiktherapie Band 10/2014 sowie Plitt 2013 und Liesert 2017).

In der Psychologischen Morphologie ist es u. a. das Konzept einer „Gestalt auf Reisen“, welches dabei helfen will, die Metamorphosen seelischer Entwicklungen in ihrer beeindruckenden Verwandlungswirklichkeit zu erfassen (vgl. Salber 1991).

## Übergänge sind das Schwerste

Das merkt man beim Tapezieren und Streichen (besonders im Altbau): Die lange Bahn ist einfach und es ist fraglos, dass sie gerade, mit der richtigen Menge an Kleister und ohne Bläschen an die Wand gebracht werden muss. Aber wie mach' ich es an den Übergängen zum Fußboden, zur Decke und an den Ecken zwischen den Wänden? Nehm' ich die Fußleisten alle ab, klebe zuerst und setze sie dann wieder drauf? Oder lass' ich sie dran und klebe die Tapete ein wenig über die Kante? Aber wieviel? Bei allen Bahnen gleich, wäre nicht schlecht... ist aber nicht so einfach. Und wie mach' ich es, wenn ich eine Wand farbig streiche und die anderen Wände und die Decke nicht? Streiche ich bis in die Kehle und riskiere damit kleine Spuren vom Pinsel, die sich doch auf die andere Seite geschmuggelt haben? Oder

---

6 Da beide Verfahren hinlänglich bekannt sind, soll hier auf konkrete Literaturangaben verzichtet werden.

höre ich vorher auf und lasse eine weiße Kante? Aber wie bekomme ich die gerade? Und welche Wirkung hat die eine oder andere Entscheidung?<sup>7</sup>

Wer viel renoviert hat, dem fallen zig weitere Beispiele ein, die Übergänge von Fliese zu Tapete, von Holz zu Stein, beim Verlegen von Teppichboden, beim Tischlern und Klempnern, Mauern und Dachdecken: Immer sind die Übergänge das Schwerste. Und es ließe sich von hier aus leicht eine Typologie der Übergänge entwickeln: die Überlappung, der glatte Schnitt, die feste oder flexible Verbindung, das Getrennt-Halten, die feste oder flexible Verfüzung. Von den Übergängen hängt ab, ob und wie lange eine Verbindung hält, ob etwas dicht ist oder durchlässig, das so Verbundene angreift oder in Ruhe lässt. Anderes ist eine Frage der Ästhetik und transportiert Lebenseinstellungen, wie die „perfekte“ oder „naturnahe“ Rasenkante im Garten.

Im psychologischen Kontext ist das klassische Beispiel dafür, dass Übergänge schwierig sein können, die Entwicklungsphase der Pubertät. Deshalb gibt es darüber eine Fülle von Literatur, von Ratgebern bis hin zur psychoanalytischen Reflexion. Der Sozialpsychiater und Psychotherapeut Wielant Machleidt vergleicht den Prozess der Migration mit dieser Entwicklungsphase und spricht von einer *Kulturellen Adoleszenz* (Machleidt 2013, 23ff.). In beiden Situationen gehe es um einen Übergang, bei dem Identität und Zugehörigkeit in eine neue Balance kommen müssen, eine neue, weil die erste Fassung bereits in der Zeit der *Psychischen Geburt* (im Sinne Margaret Mahlers) ihre je individuelle Gestalt gefunden hatte. Dabei können wir davon ausgehen, dass nicht nur die mit dem Abschluss dieser Phase gefundene Gestalt die späteren Versionen dieser Balance prägt, sondern ebenso die Übergangsgestalt eine prägende Erinnerung hinterlässt, auf die wir unbewusst zurückgreifen. Dass also die Art, wie wir einst mit dem Suchen und Finden, den vielen Zwischenschritten, den mit dem Übergang verbundenen Ambivalenzen und Kämpfen umgegangen sind und wie in dieser Phase mit uns umgegangen wurde, eine individuelle Form geworden ist, die mitbestimmt, wie wir mit dem neuen Übergang umgehen, welche Ressourcen wir dafür haben, aber auch, was wir vielleicht jetzt neu oder anders (*besser*) lösen können. Das öffnet auch den Blick dafür, dass Migration nicht nur ein Leid ist, sondern auch eine Chance, ungelöste Entwicklungsaufgaben noch einmal neu anzugehen.

Der Prozess der Migration und Integration reaktiviert diese beiden früheren Übergangsformen. Das mitzudenken kann bei der psychologischen Begleitung solcher Prozesse hilfreich sein. Dabei geht Machleidt davon aus, dass Migration eine anthropologische Konstante und Fremdheitserfahrung, ein ubiquitäres menschliches Phänomen ist, dass also die Begleitung solcher Prozesse im Sinne der Selbsterfahrung die Auseinandersetzung mit dem Fremden in jedem von uns voraussetzt

---

7 Anders als der renovierende Laie fragen ausgebildete Maler\*innen sich das sicher nicht jedes Mal neu, sondern haben dafür erprobte und erlernte Lösungen.

(Machleidt 2013).<sup>8</sup> Dass die Merkmale der Flucht und Vertreibung, deren Ursache und die mit ihnen verbundenen Traumatisierungen, eine weitere Erschwerung sind, bleibt davon unberührt.

Auch Bernhard Waldenfels, der sich seit dreißig Jahren mit dem Phänomen der Fremdenangst beschäftigt, bietet in diesem Kontext eine tiefenpsychologische Sichtweise an, die verstehen lässt, dass die Empfindung von Fremdheit als Grenzziehung im Eigenen entsteht, was durch die Konfrontation mit dem äußeren Fremden unbewusst aktiviert werden kann und wie die Zuwendung zum Fremden im Eigenen eine Integration eröffnen kann (vgl. Waldenfels 2006). Auch dabei geht es um eine doppelte Verschränkung und eine Vermittlung, die an das Bild der Tentakel erinnert. Für die Musiktherapeut\*innen, die sich mit den musikalischen und musiktherapeutischen Möglichkeiten in der Flüchtlingsarbeit betätigen, findet sich hier ein Ansatz, der helfen kann, die eigenen Empfindungen der Aggression oder Abwendung zu verstehen, die sich trotz zunächst bestehender Offenheit und *guten Willens* einstellen können. Das ist nicht einfach, weil das bedrohte Eigene sich durch Nicht-Verstehen zu schützen sucht. Es erfordert Mut und Unterstützung, das bisweilen verstörende Erleben in dieser Arbeit als Grenzerfahrung im Eigenen zu bearbeiten, anstatt das vermeintlich fremde Äußere zu analysieren oder zu moralisieren, um es damit getrennt vom Eigenen halten zu können.

## Metaphern des Übergangs

Metaphern des Übergangs sind die Treppe und ihre Stufen, die Brücke, die Fähre und Überfahrt, allgemeiner der Weg, die Reise oder spezieller die Grenzüberschreitung, die Schwangerschaft und die Geburt, der Sprung. Davon erzählen Mythen wie die des Fährmanns Charon, der die Toten über den Fluss in die Unterwelt bringt, Lieder und Gedichte, Hermann Hesses „Stufen“, die vielen Liedern vom Wandern bis zu „Über sieben Brücken musst du geh’n“ (Helmut Richter/Karat 1978; Peter Maffay 1980). In den Märchen eröffnet die Formel „Und er zog aus, sein Glück zu suchen“ die Verwandlung des Geschehens.

Die Metaphern sind paradox. Sie bewegen auf je unterschiedliche Weise die Pole des Neuartigen und des Kontinuums, der Unumkehrbarkeit oder des Hin- und Her, der Entwicklung oder des Sprungs, des Bisherigen und des noch Unbekannten, des Verbindens und Trennens. Die Metapher des Fährmann im Sinne der griechischen Mythologie verweist darauf, dass es Übergänge gibt, die nur in eine Richtung gehen, während Treppen und Brücken die Möglichkeit des wiederholten Übergangs implizieren. Der Sprung als Metapher kann die kraftvolle Überwindung einer noch unausgefüllten Fläche sein, von einer bekannten Ausgangsflä-

---

8 Einen Ausschnitt aus den für die aktuelle Situation bedeutsamen Schriften Machleidts zum Thema der Migration gibt es als kostenloses Download: Online: [www.transkulturellepsychiatrie.de/pdf/MachleidtLindau.pdf](http://www.transkulturellepsychiatrie.de/pdf/MachleidtLindau.pdf) (Zugriff 19.04.2017).



Abb. 4 Die Überfahrt von Joachim Patinir (1475/1480–1524)

che auf eine neue Fläche, die sich schon im Blickfeld befindet, aber anders als im Sprung nicht zu erreichen ist. Aber es kann auch der Sprung in die Leere sein, in das noch gänzlich Unbekannte, in die Tiefe oder auf eine neue Ebene, von der man nicht weiß, ob die Verhältnisse dort besser oder schlimmer sein werden.

In der Therapie bieten uns solche Metaphern, wie sie oft von Patient\*innen eingebracht werden, verschiedene Möglichkeiten der Erweiterung, Verschiebung, veränderten Gewichtung oder Umdeutung. Wenn etwa Metaphern wie „vor einer Wand stehen“, „Sprung ins kalte Wasser“, „vor einem Abgrund stehen und dennoch nicht umkehren können“ jegliche Bewegung behindern, können wir uns spielerisch in diesen Bildern des/der anderen mitbewegen und sie auf der bildhaften Ebene weiterspinnen. Wir können damit Übergänge vorbereiten, durch die der Patient im Bild weitergehen, Zwischenformen entdecken oder Umbauten (des Bilds) vornehmen kann. Wir können Türen oder Fenster in Wände fantasieren, die Hand ins Wasser halten, Brücken über Abgründe bauen oder diese zuschütten. Wenn es gemeinsam gelingt, die Brücke, die an das noch Angst machende andere Ufer führt, zu einer Brücke zu machen, die zwei Seiten eines Flusses oder Tales verbindet und die wir durchaus hin- und hergehen können, so kann diese Bildverschiebung eine neue Empfindung gegenüber der Lage auslösen, in der sich jemand befindet.

In den Märchen steht bisweilen auch die Musik selbst für Entwicklungsübergang. So beschreibt das Grimm'sche Märchen „Das Eselein“ den Prozess einer Identitätsfindung vom Behindert-Sein zur Selbstwerdung durch das zunächst unmöglich erscheinende Lautespiel des Esels (vgl. Tüpker 2011, 76–96). In vielen Fe-

enmärchen bildet die Musik die Möglichkeit des Übergangs in eine andere Welt und erinnert uns damit an Erfahrungen, die wir im übertragenen Sinne beim Musizieren oder Musikhören auch schon selbst erlebt haben (ebd. 205–214). In der Musiktherapie wird auf die Übergangsqualität der Musik sowohl zwischen der Sphäre des Somatischen und des Psychischen verwiesen als auch auf den Übergang zu spirituellen Erfahrungsebenen.

## Musik als Übergang – Übergangsformen in der Musik

Musik selbst als Übergangssphäre findet sich auch in der bekannten Beschreibung Peter Sloterdijks zur psychischen Verfassung des Musikhörens: Unter der Fragestellung, wo wir sind, wenn wir Musik hören, charakterisiert er Musik als „Verbindung zweier Strebungen, die sich wie dialektisch aufeinander bezogene Gebärden gegenseitig erzeugen.“ Er verortet das Musikhören „im Hinweg und im Rückweg ... vor der Individuation hören wir voraus – das heißt: das fötale Gehör antizipiert die Welt als Geräusch- und Klangtotalität ... nach der Ichbildung hören wir zurück – das Ohr will die Welt als Lärmtotalität ungeschehen machen.“ (Sloterdijk 1993, 301).

Musik ist nur dort, wo sie gespielt, gesungen, gehört oder imaginiert wird. Sie ist nicht in den Noten, nicht auf der CD, nicht allein im Kopf des Komponisten, sondern immer in einem Zwischenraum und somit schlechterdings auf diesen angewiesen (vgl. Tüpker 2002). Diese Sichtweise meint, dass Musik nichts außerhalb des Menschen ist, sondern immer von und für Menschen, also im existentiellen Sinne „zwischenmenschlich“. Darin liegt zugleich geborgen, dass *Musik verbindet*, auf der Ebene des Intrapyschischen, der seelischen Entwicklung und Selbstbehandlung ebenso wie auf der zwischenmenschlichen.

Auch und besonders in der Musik geraten wir mit der Paradoxie von abgrenzbarer Gestalt und Übergang allerdings auch immer wieder ins Trudeln: Ist nicht in der Musik alles immer nur flüchtig und im Übergang? Entfaltet sich eine Melodie nicht immer von Ton zu Ton, ebenso ein harmonischer Verlauf, eine rhythmische Figur, die gesamte musikalische Form einer Komposition oder Improvisation? Selbst der einzelne Ton oder Klang ist als Schwingung ja immer eine bewegte Form und somit immer im Dazwischen, im Übergang. Die Musik neigt in der Polarität von Gestalt und Verwandlung zum Pol der Verwandlung, so wie das Bild oder die Plastik zum Pol der Gestalt neigt.

Dennoch lassen sich auch hier Formenbildungen identifizieren, in denen das Zusammenwirken als eine abgrenzbare Gestalt im Vordergrund des Erlebens steht. So ist das paradigmatische Musterbeispiel der Gestaltpsychologie für das, was eine Gestalt ist, die Melodie. An ihr lassen sich die Merkmale der Gestalt prototypisch aufzeigen: ihre *Ganzheitlichkeit*, *Geschlossenheit*, ihr *Mehr und Anders als die Summe ihrer Teile*, ihre *Transponierbarkeit* und ihre *Wiedererkennbarkeit* trotz vieler Veränderungen.

Als solche Gestalten in der Musik können wir z. B. folgende erkennen: das Haupt- und Nebenthema in der Sonatenhauptsatzform, das Thema eines Variationswerkes, einer Fuge oder einen Refrain, einen Cantus firmus, aber auch die Tonart, in der ein Werk steht, der Takt, der für ein gesamtes Stück den Rhythmus organisiert oder auch ein Satz innerhalb eines mehrgliedrigen Werks.

Dennoch wohnen der Musik das Ineinanderübergehen, die ständige Verwandlung und die Flüchtigkeit des Geschehens als hervortretende Merkmale inne. Als einen Prototyp für den Übergang in der musikalischen Formenbildung können wir die Modulation betrachten, so wie sie im Kontext der klassischen und romantischen Dur-Moll-Tonalität verstanden wird und als Übungsaufgabe die Frage meint, wie man – am schnellsten, am geschicktesten, am spannendsten oder elegantesten – von A nach B kommt. Nehmen wir „von A nach B“ musikalisch wörtlich als von A-Dur nach B-Dur, so wäre die *preiswerteste* Lösung eine, die wir in vielen Schlagern und manchen Popsongs hören, indem nämlich der Refrain oder die Hauptmelodie eine simple Rückung erfährt und effektheischend einen Halbton höher noch einmal erklingt. Das wäre aber so sehr an der Grenze dessen, was wir als Modulation verstehen, dass es keine mehr ist. Im therapeutischen Kontext lässt es uns denken an eine allzu abrupte Veränderung der äußeren Verhältnisse, um ein psychisches Problem zu lösen. Oder es lässt an allzu schnell aufgestellte Maximen denken wie z. B. „Ab jetzt werde ich nichts mehr in mich hineinfressen, sondern immer sofort sagen, wenn mir etwas nicht passt.“ Das führt aber bekanntermaßen eher selten auch zu einer Veränderung der inneren Verhältnisse, so dass sich diese dann erneut durchsetzen.

Das Charakteristische der Modulation ist vielmehr, dass sie eines Weges bedarf, über mehrere Stufen und Seitenwege (wie den Parallelakkorden) und über Verbindungsglieder, etwa in Form der Akkorde, die im Kontext der Ausgangstonart eine andere Bedeutung haben als in der Zieltonart. Modulation beinhaltet also auch so etwas wie eine Umdeutung. Das gilt auch für die psychologischen Veränderungen, die sich vollziehen, wenn etwas wirklich anders geworden ist. Dann kann die äußerlich gleiche Situation oft ganz anders erlebt werden und ihre Gliedzüge bekommen eine veränderte Bedeutung oder die Interpunktion in der Kommunikation gibt dem Ganzen einen neuen Sinn.

In der musikalischen Modulation gibt es zwei Pole zwischen denen sich das Geschehen bewegen kann: In der Sonatenhauptsatzform markiert die notwendige Modulation von der Tonart des ersten Themas zur Tonart des zweiten Themas den einen Pol: Ausgangsort und Ziel sind vorgegeben, dadurch ist die Beweglichkeit des Übergangs begrenzt. Am anderen Pol stehen, wenn wir in der Form der Sonatenhauptsatzform bleiben, die Modulationen der Durchführung, die offener sind, fast schon schwadronierend umherziehen und erst nach einer Weile wieder dort landen, wo sie satztechnisch landen müssen, damit das Stück insgesamt im Rahmen der Haupttonart bleibt. In der Romantik wird dieser freie Raum immer weiter ausgeschöpft und beim harmonischen Improvisieren sind dem Schwadronieren noch

weniger Grenzen gesetzt. Tilmann Weber zeigte in einem Vortrag 1986 verschiedene Verbindungen zwischen der musikalischen Modulation und dem Modulieren in der musiktherapeutischen Behandlung auf.<sup>9</sup>

Ganz andere Arten von Übergängen begegnen uns in der seriellen Musik, in der Veränderungen verschiedener Parameter durch die Anwendung von Serien, agogischen und stochastischen Prinzipien gestaltet werden. In dem Stück *Çoğluotobüsişletmesi*<sup>10</sup> (1975–79) des Computerkomponisten Klarenz Barlow z. B. kommt eine stochastisch berechnete, aber zuvor musikalisch gedachte, kontinuierliche Veränderung in allen Parametern zur Wirkung. Dabei variiert die Musik auf verschiedenen gleichzeitig ablaufenden Ebenen zwischen den Polen *konsonant und dissonant, tonal und atonal, metrisch und ametrisch, ereignisarm und ereignisreich*. Die besondere Art der errechneten Verteilung der Veränderungen sorgt dabei dafür, dass es keinerlei Brüche gibt, sondern die Veränderungen stets so minimal und unmerklich sind, dass alles nahtlos ineinander übergeht (vgl. Barlow 1982). Dadurch können die Zuhörenden sich wie auf einer Reise durch verschiedene Länder und Zeiten erleben, wobei besonders frappierend ist, dass man meist erst etwas später merkt, dass man sich schon wieder woanders befindet und nicht weiß, wie man dort hingekommen ist.<sup>11</sup>

## Übergänge in der Musiktherapie

Die Frage: „Ist es denn nun mehr die Musik, die hilft, oder mehr das Gespräch?“, die wir als Musiktherapeut\*innen häufiger gestellt bekommen, kann nicht sinnvoll beantwortet werden, denn die Musiktherapie nutzt nicht nur die Übergangsqualität des Musikalischen selbst und das Transformative im therapeutischen Gespräch, sondern bewegt das Geschehen vor allem in dem Raum dazwischen, in den verschiedenen Übergängen von Musik zur Sprache und von der Sprache zur Musik. Es sind gerade die besonderen Möglichkeiten und Qualitäten dieser Übergänge, die wirksam sind: das Vertiefen und Ausloten eines besprochenen Themas in der Improvisation; die musikalische Erfahrung, die eine Erinnerung wachruft und dadurch erzählbar macht; das Hören und Staunen über den eigenen musikalischen Ausdruck oder über das Zusammenspiel, die im Gespräch an neue Themen heranzuführen. Auch die Widersprüchlichkeit zwischen Sprechen und Spielen, die wechselseitige Beunruhigung und Befruchtung sind wichtig. Dass im medialen Wechsel immer etwas *herauskommt*, macht diesen zu einem zuverlässigen Mitwirkenden

9 Wiederveröffentlicht: Weber 2006.

10 Aussprache ungefähr: tşholu otobüs-işletmâşi.

11 Das Stück kennt zwei Fassungen: Eine „vollständige“, die aufgrund der Komplexität nur vom Computer ausgeführt werden kann und eine Klavierversion, in der es durch Auslassungen vom Pianisten spielbar wird. Eine Klavierfassung mit dem Pianisten Herbert Henck ist auf Youtube zu hören. Online: <https://www.youtube.com/watch?v=y8bcdSXwY8&t=208s> (Zugriff: 01.06.2017).

in einer Musiktherapie, die beharrlich auf den Austausch zwischen Spielen und Sprechen setzt. Andere Übergänge, wie etwa die der Bewegung, z. B. im *Psychodynamic Movement* oder des Malens oder Verfassens von Gedichten können hinzukommen.

Auch ein weiteres besonderes Moment der Musiktherapie hat mit einem Übergangsraum zu tun, weshalb es falsch wäre, die Wirkung der Musik allein zuzuschreiben: Die gemeinsame Improvisation ist in besonderer Weise ein *interpersonaler Raum*, in dem gemeinsam etwas gestaltet und geformt wird. Die Grenzen zwischen den Spielenden sind verwischerter und vermischerter als in vielen anderen seelischen Verfassungen oder Beziehungssituationen. Die entstehenden Gestalten und Wirkungen können nicht einzelnen beteiligten Personen zugeordnet werden, sondern vielmehr ist es der intermediäre Raum *zwischen* den Spielenden, der sie hervorbringt.

Damit die Musik, so verstanden, eine therapeutische Wirkung entfalten kann, muss es uns gelingen, eine Vermittlung zu schaffen zwischen der Musik in der Therapie und dem verspürten Leiden der Person, ihren Klagen und Beschwerden, ihrem Alltag und seinen Konflikten. Bleiben Musik und Leiden, Musik und Person, Musik und Alltag im Erleben getrennt voneinander, so sagen die Patient\*innen nach einer Weile zu Recht: „Und was hat das mit mir und meiner Krankheit zu tun?“

Das ist durchaus nicht auf die Musiktherapieformen beschränkt, in denen improvisiert wird. Auch dort, wo Musik „nur“ gehört wird, gilt die paradigmatische Aussage: „Kunst liegt im Auge des Betrachters“. Wie eine Musik erfahren und erlebt wird, hängt vom Hörenden ab, von seiner Verfassung und von der Beziehungssituation. Die Wirkung von Musik ist deshalb letztlich immer eine Übergangsgestalt.

Auch in den verschiedenen Formen der GIM sind die Übergänge das, was bewusst als transformierend aufgesucht wird (vgl. Frohne-Hagemann 2014). Darauf verweist auch die Bezeichnung *Reisender*, die in der Methode GIM für denjenigen benutzt wird, der diese Therapie oder Selbsterfahrung in Anspruch nimmt. Die Musik, die der Reisende hört, wird mehrfach aufgebrochen, etwa durch die neue Zusammenstellung einzelner Sätze aus verschiedenen Stücken und Epochen, und unterbrochen, etwa durch die Ausrichtung auf die während des Musikhörens entstehenden Imaginationen und durch die Mitteilung an den Begleitenden, dessen Nachfragen oder Ergänzen. Dadurch werden sowohl die Imaginationen als auch das Musikhören beeinflusst und modifiziert. Es gibt also auch hier eine interpersonale Sphäre, in der Verwandlung durch ein Ineinander zweier seelischer Gestalten gefunden wird. Weitere Übergänge flankieren die eigentliche imaginative Reise wie die Introduction als Übergang vom Alltagsbewusstsein in eine besondere seelische Verfassung oder das Malen des Mandalas, in dem das Erlebte noch einmal in einer neuen Form Gestalt annimmt, die zwischen dem Musikalischen und der Sprache als eine weitere Übergangsgestalt mit nochmals anderen Möglichkeiten aufgefasst werden kann.

Im Kontext der Psychosomatik kann durch diese Übergänge eine Art „(Rück-)Übersetzung“ gesucht und gefunden werden, durch die das Seelische, welches sich in einem Sprung ins Somatische begeben hat oder somatisch geblieben ist, wieder oder erstmals zum Gefühlten werden kann (vgl. Liesert 2017).

Dadurch dass Musik selbst eine besondere Affinität zu den Übergängen hat, wird sie in den letzten Jahren verstärkt in Arbeitsgebieten genutzt, um Übergänge zu begleiten oder zu erleichtern. Zu nennen sind hier die Arbeitsfelder der Neonatologie (s. Kobus in diesem Band) und der Palliativmedizin und Sterbebegleitung (s. Blanckenburg in diesem Band).

In dem Sprachförderprojekt „Durch Musik zur Sprache“ für Kinder im Kita- und Grundschulalter soll die Musik in dem immer wieder aufgesuchten spielerischen Tun einen Weg zu einem *Sprechen vom Subjekt aus* anbahnen. Diese Vermittlung von der Musik zur Sprache soll es Kindern, die es schwer haben mit dem Sprechen oder mit der neuen Fremdsprache in einer neuen Umgebung, Sprache als etwas Eigenes und als Zugewinn zu erfahren. Der Fokus der Arbeit liegt auf den sozialen, emotionalen und kommunikativen Aspekten von Sprachdefiziten. Die Musik hat dabei eine Übergangsfunktion, durch die, ausgehend von der spielerischen musikalischen Erfahrung, Sprache als Ausdrucks- und Beziehungsmedium erfahrbar wird. Zurückgreifend auf die entwicklungspsychologischen Voraussetzungen bei der Entwicklung eines *verbalen Selbst* (Daniel Stern) sollen auf diese Weise psychologisch günstigere Voraussetzungen für den Spracherwerb geschaffen werden (vgl. Tüpker 2009; Keller 2013).

In der Musiktherapie wie in allen künstlerischen Therapien gehört es neben den methodischen Grundfesten zur therapeutischen Kunst, in der konkreten Beziehungssituation die spontane Kreativität zu entfalten, in den Narrationen und Werken nicht nur das zu sehen, als was sie vordergründig auftreten, sondern sie vielmehr *noch einmal anders* zu sehen, anders zu hören. Das kann den Anstoß dazu geben, das allzu Festgewordene, Selbstverständliche und scheinbar Unverrückbare in Bewegung zu bringen. Es kann Übergänge zu etwas Neuem, noch nicht so Gesehenen, noch nicht so Gehörten und Gedachten eröffnen, wodurch es dann vielleicht anders weitergehen kann. Deshalb soll das Hinauskommen aus diesem Artikel mit einem Gedicht des Slam-Poeten Sebastian Rabsahl versüßt werden, dem diese Kunst, Eines im Anderen zu sehen und es dann anders weiterzuführen, auf verblüffende Weise innewohnt:

### **Zeit für Lyrik**

Bäume sind Büsche auf Balken.

Schrauben sind Nägel mit Falten.

Zugfahren ist Fließen auf Gleisen.

Flüsse sind Meere auf Reisen.

Träume sind Schlaf mit Ideen,  
 Igel Kakteen, die gehen.  
 Fenster sind gläserne Mauern,  
 Und Berge Wellen, die dauern.

Pogen ist Tanzen mit Prügeln.  
 Kamele sind Pferde mit Hügeln.  
 Regen sind Wolken, die wenden,  
 Regeln Vorschläge, die gelten.

Netze sind Tücher mit Löchern.  
 Pfaue sind Vögel mit Fächern.  
 Biere sind Räusche in Bechern.  
 Schnecken sind Schlangen mit Dächern.

Säulen sind Bäume aus Steinen.  
 Tische sind Böden auf Beinen.  
 Schuhe sind Mützen für Füße,  
 Kekse kleine Brote mit Süße.

Beine sind Arme zum Laufen.  
 Mauern sind sehr gerade Haufen.  
 Sekunden sind Stunden, die rennen.  
 Eier sind werdende Hennen.

Koma ist Amok im Spiegel.  
 Kakteen sind fußkranke Igel.  
 Schränke sind Häuser für Sachen,  
 Und Weinen ist trauriges Lachen.

## Literatur

- Barlow, Klarenz (1982): *Çoğluotobüşişletmesi* für Klavier, Pianist: Herbert Henck (Text der Schallplatte.) Wergo 60098, Mainz: Schott.
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E.; Target, M. (2015): *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. 5. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Frohne-Hagemann, I. (Hrsg.) (2014): *Guided Imagery and Music. Konzepte und klinische Anwendungen*. Wiesbaden: Reichert.
- Höcker, A.; Engberding, M.; Rist, F. (2013): *Prokrastination – Ein Manual zur Behandlung des pathologischen Aufschiebens*. Reihe Therapeutische Praxis. Göttingen: Hogrefe.

- Jahrbuch Musiktherapie (2014): (Hrsg. DMtG), *Mentalisierung und Symbolbildung in der musiktherapeutischen Praxis*. Wiesbaden: Reichert.
- Keller, B.; Klären, C.; Pfefferle, U. (2006): ‚Musik auf Rädern GbR – ambulante Musiktherapie. Gründung und Etablierung eines Dienstleistungsunternehmens und Erfahrungen aus der musiktherapeutischen Arbeit mit alten Menschen.‘ In: *Jahrbuch Musiktherapie*. Wiesbaden: Reichert, 9–34.
- Keller, B. (2013): *Zur Sprache kommen – Konzeptualisierung und Evaluierung eines musiktherapeutischen Förderangebotes*. Norderstedt: Books on Demand.
- Kensche, M. (2010): „Phänomenologie“ von Erwin Straus und „Salutogenese“ von Aaron Antonovsky. Vergleich zweier konstruktiver Konzepte zur Gesundheit und ihrer Bedeutung für die heutige Psychiatrie und Psychosomatik. Dissertation an der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin. Online: [http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS\\_thesis\\_000000016690](http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000016690) (Zugriff: 03.06.2017).
- Liesert, R. (2017): *Vom Symptom zum Gefühl. Guided Imagery and Music für stationäre Psychosomatik*. Dissertation Münster: Westfälische Wilhelms-Universität.
- Machleidt, W. (2013): *Migration, Kultur und psychische Gesundheit: Dem Fremden begegnen*. (Lindauer Beiträge zur Psychotherapie und Psychosomatik). Stuttgart: Kohlhammer.
- Plitt, H. (2013): *Intersubjektivität erleben. Musiktherapie als Chance für Borderline-Patienten*. Marburg: Tectum.
- Rabsahl, S. (2016): *Hinfallen ist wie Anlehnen, nur später...* Paderborn: Lektora.
- Rilke, R. M. (1914): *Die Gedichte 1910 bis 1922*. Ernst Zinn: Rainer Maria Rilke. Die Gedichte. Frankfurt: Insel Verlag 1986, 878–879.
- Rückert, F. (1897): *Angereichte Perlen: Werke*, Band 2, Leipzig und Wien, 42–46.
- Salber, W. (1989): *Der Alltag ist nicht grau*. Bonn: Bouvier.
- Salber, W. (1991) (1997): *Gestalt auf Reisen. Das System seelischer Prozesse*. 2. Auflage. Bonn: Bouvier.
- Sloterdijk, P. (1993): *Weltfremdheit*. Berlin: Suhrkamp.
- Tüpker, R. (2002): ‚Wo ist die Musik, wenn wir sie nicht hören.‘ In: Oberhoff, B. (Hrsg.): *Das Unbewusste in der Musik*. Gießen: Psychosozial, 75–102.
- Tüpker, R. (2009): *Durch Musik zur Sprache – Handbuch*. Norderstedt: Books on Demand.
- Tüpker, R. (2011): *Musik im Märchen*. Wiesbaden: Reichert.
- Waldenfels, B. (2006): *Grundmotive einer Phänomenologie des Fremden*. Berlin: Suhrkamp.
- Weber, T. (2006): Therapie und Modulation – Was Psychotherapeuten von Komponisten lernen können. In: Tüpker, R.; Schulte, A. (Hrsg.): *Tonwelten: Musik zwischen Kunst und Alltag. Zur Psycho-Logik musikalischer Ereignisse*. Gießen: Psychosozial, 31–51.

## Abbildungsverzeichnis

Abb 1 und 2: Klebende Tentakel des Sonnentauchers. Fotos unter Freier Lizenz Wikimedia Commons: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:DroseraPeltataLamina.jpg>. Bearbeitung: schwarz-weiß von RT.

Abb. 3: Was ist Gestalt, was Übergang? Ernst Ludwig Kirchner (1880–1938): Drei Köpfe (1929). Foto unter freier Lizenz Wikimedia Commons. Online: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Bleifuge\\_zwischen\\_Mauersteinen.JPG](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Bleifuge_zwischen_Mauersteinen.JPG).

Abb. 4: Joachim Patinir zwischen 1515 und 1524 (Standort: Museo del Prado, Madrid. Unter freier Lizenz). Online: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File%3ACrossing\\_the\\_River\\_Styx.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File%3ACrossing_the_River_Styx.jpg). Bearbeitung: Ausschnitt, schwarz-weiß von RT.

Prof. Dr. Rosemarie Tüpker  
Philippstr. 2  
48159 Münster  
tupker@uni-muenster.de

### Hinweis

Im MU Themenheft 2017 stellt *Fritz Hegi* ein *bedeutungsphilosophisches Traktat* vor, in dem er der Komplexität des Phänomens unter dem Titel *Übergänge überall hin* nachgeht.

Auch *Reiko Fütting* findet einen philosophischen Zugang zum Thema und nähert sich der Komplexität assoziativ: *Über den Übergang*.



**Dimensionen des Übergangs in pädagogischen  
und therapeutischen Handlungsfeldern.  
Kritisch-wertschätzende Überlegungen zu Musiktherapie  
und -pädagogik.**

**Transitional Dimensions in Educational and Therapeutic Fields.  
Critical-Respectful Considerations of Music Therapy  
and Music Education**

Juliane Gerland, Siegen

*Der vorliegende Beitrag beschreibt unterschiedliche Dimensionen des Phänomens Übergang für die Disziplinen Musiktherapie und Musikpädagogik. Dabei wird einerseits herausgearbeitet, welche außerklinischen Perspektiven für Musiktherapeuten denkbar sind. Andererseits werden Legitimationen für musiktherapeutische Ansätze und Methoden im strittigen Feld des Übergangs zwischen Therapie und Pädagogik vor dem Hintergrund einer sich ebenfalls in Übergängen befindlichen Gesellschaft analysiert. Die Notwendigkeit einer deutlichen Differenzierung zwischen musiktherapeutischen und musikpädagogischen Ansätzen wird ausführlich begründet.*

*This article describes different dimensions of the phenomenon of transition within the fields of music therapy and music education. Firstly, non-clinical perspectives for music therapists are identified and considered. Secondly, justification for approaches and methods in music therapy central to the disputed subject of transition between music therapy and music education is considered against the background of current transitions in society. The necessity of clearly differentiating between approaches in both music therapy and music education is explained in detail.*

„Können Sie denn vielleicht noch eine Sitzung machen über richtige Musiktherapie?“ – diese oder eine ähnliche Bitte kommt fast immer. Zu Beginn beinahe jeden Semesters, wenn Seminarinhalte geklärt und Anforderung für Studien- und Prüfungsleistungen erklärt werden, wichtige Literatur und organisatorische Abläufe besprochen werden. Es handelt sich um Seminare, die Modulen in verschiedenen Lehramtsstudiengängen ‚Musik‘ zugeordnet sind oder um Seminare im Modul ‚Kulturelle Bildung‘ im Studiengang ‚Soziale Arbeit‘. Gleiches gilt für Seminare in rehabilitationspädagogischen Studiengängen im schulischen oder außerschuli-

schen Bereich<sup>1</sup>. Diese Studiengänge und Seminare sind durchaus recht unterschiedlich – eines haben sie jedoch gemeinsam: nichts davon ist Musiktherapie. Wieso fragen also diese Studierenden ausgerechnet nach Musiktherapie? Und: Was ist denn eigentlich „richtige“ Musiktherapie? Und: Was glauben die Studierenden, was „nicht-richtige“ Musiktherapie sein könnte? Eine Antwort auf die letzte Frage haben sie meist auch nicht. Aber eine klare Vorstellung von „richtiger“ Musiktherapie ist vorhanden. „In einer psychiatrischen Klinik“ ist häufig eins der Kriterien, „mit autistischen Kindern“ ist – natürlich – ein weiteres. Häufig sagt noch jemand: „Das ist so faszinierend, wenn man merkt, dass das funktioniert. Und dann fragt man sich: ‚Warum eigentlich?‘“. Eine ähnliche Faszination und einen diesbezüglichen Vertrauensvorsprung von Studierenden sozialer und pädagogischer Studiengängen belegen Baumgardt, Mand und Ostermann in ihrer Studie von 2008. In den Ergebnissen zeigt sich, dass Studierende der Heilpädagogik und der Sozialarbeit Kunsttherapie deutlich wirksamer einschätzen als Verhaltenstherapie. Dies wiederum stehe in deutlichem Gegensatz zum Stellenwert der Kunsttherapie im Gesundheitssystem, da ausreichende Wirksamkeitsnachweise für Kunsttherapie fehlen (Baumgardt, Mand & Ostermann 2008, 173).

Diese Überlegungen der Studierenden mögen für MusiktherapeutInnen stereotyp-romantisierend und naiv klingen. Sie lassen sich aber auch als Hinweise auf die Phänomene Übergang und Veränderung in den jeweiligen Handlungsfeldern interpretieren.

Der vorliegende Beitrag möchte dieses Phänomen des Übergangs für vier unterschiedliche Dimensionen, die alle auf verschiedene Art und Weise mit Musiktherapie in Zusammenhang stehen, in den Blick nehmen und versucht, die jeweiligen Übergangsbedingungen zu analysieren. Auf dieser Grundlage soll diskutiert werden, an welchen Stellen Musiktherapie nach neuen Wegen sucht oder aber auch mit ihren Methoden und Sichtweisen beispielgebend sein kann für nicht-therapeutische Angebote. Weiter soll die Frage nach den Konsequenzen gestellt werden, die sich durch die geschilderten Übergangs-Dimensionen für die „richtige“ Musiktherapie, respektive für die MusiktherapeutInnen, ergeben können.

## **Dimension 1: Übergang Pädagogik – Therapie**

Die Suche und Diskussion nach und über Abgrenzungen und Schnittmengen von therapeutischen und pädagogischen Handlungsfeldern hat bereits eine längere Geschichte. Meist sind diejenigen Bereiche der Pädagogik betroffen, die sich abseits eines gesellschaftlichen Mainstreams bewegen. Insbesondere Handlungsfelder wie Sonder- und Heilpädagogik oder Angebotsstrukturen für Zielgruppen mit besonderen Lebensumständen, beispielsweise Straffällige, Geflüchtete, Wohnungs-

---

<sup>1</sup> Nicht empirisch belegte Alltagsbeobachtung über 10 Semester (Technischen Universität Dortmund/Universität Siegen).

lose etc. werden regelmäßig mit dem Zusatz „therapeutisch“ attribuiert. Im Bereich Musik führt dies dazu, dass zwischen Musikpädagogik und Musiktherapie nicht nur sorgfältig Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu diskutieren sind, sondern auch Diskussionen zur Existenz diverser Mischformen, wie etwa heilpädagogische Musiktherapie, musikalische Heilpädagogik, therapeutisches Musizieren etc. (Merkt 2000), notwendig werden. Für den außermusikalischen Kontext bietet Göppel (2000) einen Überblick über die Historie verschiedenlicher Versuche, die als besonders empfundenen Zweige der Pädagogik therapeutisch anzureichern. Er analysiert auch die Konsequenzen auf Selbstkonzepte der jeweiligen pädagogischen Fachkräfte. Letztlich geht es hier um die Kernfragen ‚Was soll und kann Pädagogik leisten?‘ sowie: ‚Was ist in Abgrenzung dazu Aufgabe und Bedingung von Therapie?‘ Spätestens seit den 1980er Jahren ist dieser Diskurs nachvollziehbar dokumentiert und es ist ein klares Muster erkennbar: In unbestreitbar schwierigen pädagogischen Praxisfeldern sucht Pädagogik nach wirksamer Unterstützung und damit nach Mechanismen, die die pädagogische Funktion stärken und absichern. Als Ursache für die besondere Schwierigkeit der pädagogischen Situation wird eine pathologische Abweichung bei den Adressaten gesehen. Folge: Pädagogik sucht nach therapeutischen Interventionen für ihre Adressaten – dabei hatten diese primär gar kein therapeutisches Anliegen, sondern ein pädagogisches. Eigentlich ist es also die Pädagogik selbst, die therapeutische Intervention für sich einfordert. Spitz formuliert will die Pädagogik ihre internen Konflikte (zu geringe Wirksamkeit) nicht über interne Veränderung (Veränderung und Weiterentwicklung der Pädagogik) lösen, sondern über externe Intervention (Therapie statt oder in Ergänzung zur Pädagogik). Was unbeachtet bleibt: Logischerweise können therapeutische Interventionen auf dieser Ebene keine pädagogischen Herausforderungen meistern, sondern eben ausschließlich therapeutische. Dennoch werden die Adressaten (explizit oder implizit) umetikettiert: Aus Schülerinnen und Schülern werden Klientinnen und Klienten. Im Rahmen dieser Verschiebung werden sehr grundlegende Fragen aufgeworfen: Was soll Adressaten angeboten werden? Welche Konstruktionen und Beliefs über die Situation und die Potenziale der Adressaten liegen zugrunde? Was kann von Adressaten unter welchen Umständen erwartet werden? Welche Bedarfe für individuelle gelingende Entwicklung können von den unterschiedlichen Disziplinen abgedeckt werden?

Darüber hinaus ist der Handlungsdruck zu beachten, unter dem die geschilderten Such- und Verschiebewebungen im pädagogischen Feld stattfinden. In Situationen, in denen unterschiedlichste Faktoren dazu führen, dass kein Gelingendes Arbeiten möglich ist, ist die dringliche Suche nach Auswegen sowohl aus der Perspektive des pädagogischen Personals als auch im Besonderen mit Blick auf die Adressaten mehr als nachvollziehbar.

Diese Dimension des Übergangs lässt sich auch auf den musikalischen Kontext übertragen. Auch bezüglich musikpädagogischer Settings gibt es Vorannahmen und Erwartungen, wie musikpädagogische Prozesse – sei es in der Schule oder im Feld der außerschulischen musikalischen Bildung – idealerweise verlaufen. Genauso wie

im allgemeinpädagogischen Kontext gibt es auch musikpädagogische Situationen, in denen bestimmte Umstände das musikpädagogische Arbeiten erschweren. Als Beispiele seien hier genannt: nicht-übende Schülerinnen und Schüler, ungünstige Gruppenkonstellationen, unregelmäßig stattfindender Musikunterricht in der Schule oder Faktoren, die aus den spezifischen Bedingungen besonderer Zielgruppen resultieren. Musikpädagogische Settings, die durch solche Faktoren determiniert werden, funktionieren häufig nicht länger nach den durch Sozialisation der MusikpädagogInnen habitualisierten Mustern (Meister-Schüler-Prinzip, Üben, instrumentaltechnischer Fortschritt, klassisches Repertoire, Modellmethode, ...). Ein diesbezüglich grundsätzlicher und inhaltlicher Lösungsansatz kann es sein, die musikalischen und musikpädagogischen Methoden zu erweitern. Beispielsweise kann die Lehrkraft hinsichtlich des Repertoires, der musikalischen Präferenzen oder auch des Musikbegriffs selbst den SchülerInnen stärker entgegenkommen. Eine andere Strategie kann es sein, didaktisch-methodische Veränderungen vorzunehmen. Beispielsweise durch das Angebot voraussetzungsreduzierter Musiziersituationen, die trotz des als sehr langsam empfundenen instrumentaltechnischen Fortschritts eine hohe Qualität hinsichtlich des musikalischen Erlebens aufweisen. Augenscheinlich entwickeln sich die musikpädagogischen Methoden dann sehr deutlich in Richtung musiktherapeutischer Praktiken und Methoden. Ist es deshalb schon Musiktherapie, was dort stattfindet? Rechtfertigen solche Anleihen in Praxis und Methodik pädagogisch-therapeutische Mischkonstruktionen im musikalischen Kontext?

Es ist eine Binsenweisheit, dass konstitutive Faktoren für therapeutische Interventionen u.a. ein therapeutischer Auftrag sowie eine therapeutische (und nicht pädagogische) Beziehungsgestaltung sein *muss*. Folglich bleibt ein musikpädagogisches Angebot ein solches, denn es hat keinen therapeutischen Auftrag, sondern einen musikpädagogischen. Die Lernenden sollen sich mit dem Medium Musik und seinen spezifischen Erlebnisqualitäten auseinandersetzen und ihre musikbezogenen Fähigkeiten und Fertigkeiten entwickeln. Auch wenn dies möglicherweise in einer übergreifenden persönlichkeitsbildenden Intention geschieht: Ein therapeutisches Etikett kann hier nicht gerechtfertigt sein – auch wenn sich musikalische Praxen und Methoden phänomenologisch an musiktherapeutischen Vorbildern orientieren.

## **Dimension 2: Übergang Therapie – Prävention – Pädagogik**

Rosemarie Tüpker konstatiert bereits 2006 „deutliche Kennzeichen einer Rezession in der Entwicklung der Musiktherapie“ (Tüpker 2006, 216), die sich beispielsweise durch „Einsparung von Stellen bei Ausscheiden des Musiktherapeuten“ (ebd.) zeige und führt diese vor allem auf „Veränderungen im Gesundheitswesen“ (ebd.) zurück. Diese strukturellen Veränderungen sieht Tüpker als Anlass für die Suche nach alternativen bzw. ergänzenden Wegen für die Musiktherapie und die

MusiktherapeutInnen. Als Beispiele führt sie musikpädagogische und musikgeologische Arbeitsfelder an. Tüpker beschreibt einerseits die daraus erwachsenen Perspektiven für die Berufsgruppe und andererseits die Chance zur Reflexion und Bewusstmachung des subjektiv als wesentlich Empfundene im Topos Musiktherapie selbst. Praxis- und Erfahrungsberichte aus diesen beschriebenen neuen Handlungsfeldern für MusiktherapeutInnen liegen zahlreich vor. Für Ansätze von Musiktherapie in der Schule etwa ist der von Tüpker, Hippel und Laabs (2005) herausgegebene Band zu nennen. Exemplarisch für Förder- und Präventionsangebote seien hier Nöcker-Ribaupierre (2012), Wöfl (2012), Skewes McFerran & Wöfl (2015), Weyand (2012) und Gosh (2017) erwähnt. Die Schriften von Reiner (2003), Kok (2006) und Peters (2009) befassen sich weniger mit einem neuen Handlungsfeld, sondern eher mit einem alternativen Handlungsort. Hier geht es um musiktherapeutische Angebote an Musikschulen. So nennt Kok sowohl einige pragmatische Argumente für eine solche Verortung, beispielsweise Kosten- und Verwaltungsstrukturen (Kok 2006, 270) als auch therapie-spezifische Argumente, etwa die Möglichkeit, im Vergleich zu klinischen Strukturen flexiblere Therapie-dauern anbieten zu können (Kok 2006, 270). Peters (2009) argumentiert in ihrem Bericht über den Status Quo des bundesweiten Arbeitskreises für Musiktherapie an Musikschulen (BAMMS) im Verband deutscher Musikschulen (VdM) ähnlich. Weniger gut nachvollziehbar wirken die Ansätze, neben der tatsächlichen räumlichen Verortung der Musiktherapie in der Musikschule auch inhaltlich-konzeptionelle Verknüpfungen zu fördern. Kok führt beispielsweise an, dass „Musiktherapeuten [...] ihren Musikschulkollegen bei schwierigen Schülern beratend zur Seite stehen [können]“ (Kok 2006, 270). In der Lesart, dass MusiktherapeutInnen für schwierigere SchülerInnen die besseren MusikpädagogInnen seien, muss diese Ausführung für alle MusikpädagogInnen eine deutliche Provokation bedeuten. Angemessener lässt sie sich in einer Lesart verstehen, dass MusiktherapeutInnen durch ihre therapeutische Expertise und beispielweise Supervisionsangebote (eine entsprechende Ausbildung vorausgesetzt) das musikpädagogische Fachpersonal in Bezug auf Selbstreflexion und pädagogische Professionalisierung unterstützen können. Auch Peters erwähnt diese Möglichkeit von „Supervision und Beratung“ (Peters 2009, 359).

Wesentlich strittiger im Sinne der oben ausgeführten Notwendigkeit einer klaren Trennung von pädagogischen und therapeutischen Settings sind die Vorschläge der „gegenseitigen Vermittlung von Kindern“ (Peters 2009, 359) und des vorübergehenden Wechsels der schwierigen SchülerInnen in die Musiktherapie, „um dann nach einer Reifung zum Unterricht zurück zu kommen“ (Kok 2006, 270). Dies erscheint vor dem Hintergrund, dass es auch in pädagogischen Prozessen Krisen geben darf, heikel. Darüber hinaus ist an dieser Stelle die Frage zu stellen, ob bei einem solchen Wechsel innerhalb der Institution Musikschule vom pädagogischen Kontext in den therapeutischen und wieder zurück für die SchülerInnen/KlientInnen die Differenzierung deutlich genug bleibt und ob unter solchen Umständen der Faktor des geschützten Raums als notwendiges Kriterium für therapeutische

Prozesse erhalten bleiben kann. Fazit: MusiktherapeutInnen suchen sowohl aus äußeren strukturellen Gründen als auch aus Gründen der fachimmanenten Weiterentwicklung nach alternativen Handlungsfeldern, nach „neuen Wegen“ (Tüpker 2006). Beide Anlässe sind gleichermaßen nachvollziehbar begründet, schließlich müssen heute – also über zehn Jahre nach Tüpkers Ausführungen – die von ihr beklagte Nichtwiederbesetzung von MusiktherapeutInnenstellen ergänzt werden um die Schließung ganzer Ausbildungsgänge bzw. Studienstandorte. So wurden allein in Nordrhein-Westfalen die beiden renommierten Studiengänge Musiktherapie am Institut für Musiktherapie an der Universität Witten/Herdecke und zuletzt der Studiengang an der Universität Münster geschlossen.

Dennoch oder gerade deswegen ist beim (teilweisen) Verlassen des musiktherapeutischen Kerngeschäfts in Richtung musikpädagogischer Handlungsfelder Achtsamkeit in dreierlei Hinsicht geboten:

1. Achtsamkeit gegenüber der Klientel: Wird Therapie flexibler, pädagogischer und präsenter, so bleibt sie dennoch Therapie. Nicht alle Menschen, die sich leicht zugängliche musikalische Angebote wünschen, sind jedoch therapiebedürftig. Eine entsprechende Therapeutisierung musikalischer Angebote und damit einhergehend eine Pathologisierung der NutzerInnen sollte vermieden werden.

2. Achtsamkeit gegenüber der eigenen musiktherapeutischen Identität und Profession: Die Fachdisziplin Musiktherapie und insbesondere die dort handelnden Personen sollten sich vor zu großen Verlusten bezüglich ihrer professionellen Selbstkonzepte durch Flexibilisierung und Öffnung und dem daraus resultierenden Risiko der Beliebigkeit schützen.

3. Achtsamkeit gegenüber anderen Professionen, insbesondere gegenüber den musikpädagogischen Professionen: Musikpädagogische Konzepte für besondere Zielgruppen gibt es bereits, ebenso wie niederschwellige Angebote. Die Idee, dass Musik Menschen in ihrem Leben als förderliche Ressource dienen kann, ist sicher ebenso in musikpädagogischen Kontexten zu Hause, wie sie es in musiktherapeutischen Feldern ist und in Kontexten musikalisch-kultureller Arbeit in sozialen Handlungsfeldern (siehe hierzu überblicksartig Hartogh & Wickel 2004 und Meis & Mies 2012). Bei musiktherapeutischem Engagement in den Feldern *Förderung*, *Ressourcenorientierung* und *Prävention* müssen die musikpädagogischen oder musikalisch-künstlerischen Zugangsweisen Respekt und Wertschätzung erfahren, damit umgekehrt eine Ergänzung durch die spezifische musiktherapeutische Expertise gelingen kann. Nur dann können die genannten Felder und die jeweiligen AdressatInnen von einer tatsächlichen Interdisziplinarität profitieren.

### **Dimension 3: Übergänge und Normativität – Verständnisse von *Gesundheit, Krankheit, Behinderung***

Die dritte Dimension des Übergangsphänomens, die für das pädagogisch-therapeutische Spannungsfeld bedeutsam sein kann, ist die des Übergangs unter norma-

tiven Gesichtspunkten. Was entspricht der Norm, was wird als abweichend empfunden? Wie werden *Gesundheit*, *Krankheit* und *Behinderung* definiert? Als ein Beispiel für maßgebliche Veränderung kann hier Antonovskys Salutogenese-Modell gelten. Antonovsky ersetzt die dichotome Konstruktion von Krankheit und Gesundheit durch das Konstrukt eines dynamischen Kontinuums. Eng verbunden mit der Frage nach Definition und Bewertung von Gesundheit und Krankheit ist die Frage nach einem Modell von Ursachen und Entstehung bzw. Verhinderung von Gesundheit und Krankheit. In den 1970er Jahren kritisierte Engel das biomedizinische Modell und entwickelte als Alternative das biopsychosoziale Modell (Engel 1977), das heute umfangreich rezipiert wird und zukunftsweisend zu sein scheint. Mängel sowohl in der theoretischen Fundierung als auch in der empirischen Evidenz verhindern allerdings derzeit noch, dass das biopsychosoziale Modell tatsächlich als wissenschaftliches Paradigma im Sinne Kuhns gelten kann. Pauls spricht hier von einem „Paradigma im Werden“ (Pauls 2013, 27).

Auch hier ist also ein musiktherapie-relevantes Übergangsmotiv zu erkennen. Bemerkenswert ist weiter, dass in interdisziplinären und nicht-ausschließlich medizinischen Kontexten das biopsychosoziale Modell deutlich maßgeblicher zu sein scheint, als das noch für medizinische Kontexte gelten kann. So ist sowohl die nationale Sozialgesetzgebung deutlich an biopsychodynamischen Ansätzen orientiert als auch die Bereiche der gesundheitssoziologischen Forschung, Forschung zu sozialer Ungleichheit, Stressforschung und Bindungsforschung (vgl. Pauls 2013, 22).

In besonderer Weise bedeutsam ist das biopsychosoziale Modell für die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der WHO. Die hier zugrunde gelegte Systematik von Wechselwirkungen von Gesundheit, Funktionsfähigkeit, Beeinträchtigung und Behinderung geht in ähnlicher Weise vor wie die Interdependenz der Ebenen im biopsychosozialen Modell.

Auch hinsichtlich des Phänomens *Behinderung* sind in der jüngeren Vergangenheit Übergänge festzustellen. De-Institutionalisierung, Normalisierung und Inklusion sind wichtige Meilensteine auf einem Weg zu einer Gesellschaft, in der Behinderung und Beeinträchtigung nicht länger als Herausforderungen auf individuell-subjektiver Ebene verhandelt werden, sondern als konstruktionale, situative und systemische Faktoren und somit als gesamtgesellschaftliche Themen begriffen werden (für eine ausführlichere Betrachtung vgl. beispielsweise Bösl, Klein und Waldschmidt 2010). Die Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention 2009 hat entsprechende rechtliche Grundlagen auch für die Bundesrepublik Deutschland geltend gemacht und stellt eine Verpflichtung zu einer inklusions-orientierten gesamtgesellschaftlichen Entwicklung dar.

Diese Übergänge in den Verständnissen und Modellen von *Krankheit*, *Gesundheit* und *Behinderung* sind als Übergänge auf der Ebene der Beschreibung und Begründung bestimmter Sachverhalte zu verstehen. Um gesellschaftlich wirksam zu werden, bedürfen sie einer Ergänzung durch Übergänge im Bereich von Beurteilung und Bewertung – also auf einer normativen Ebene. Allein dadurch können negative Festschreibungen und in der Folge eine fortdauernde negative normative

Beurteilung von Personen mit Krankheits- und/oder Behinderungserfahrung verhindert werden. Die Forderung nach einem solchen Übergang im Bereich der normativen Beurteilung von Krankheit, Gesundheit und Behinderung beinhaltet eine umfangreiche ethische Komponente und ist außerdem möglicherweise als Utopie einzustufen – insbesondere vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Strukturen, die kapitalistisch und auf sogenannte neoliberale Weise geprägt sind. Die Disziplin der *Disability Studies* setzt sich bezogen auf das Phänomen Behinderung intensiv mit solchen Fragestellungen auseinander (Waldschmidt 2005; Dederich 2015). Die Bewertung und Beurteilung von Personen anhand ihrer (Leistungs-)Fähigkeit, der sogenannte Ableismus, wird in den *Disability Studies* vielschichtig analysiert und im Hinblick auf die ethischen Konsequenzen deutlich kritisiert (Buchner, Pfahl & Traue 2015).

### *Zusammenhänge*

In welchem Zusammenhang stehen die Übergänge in dieser dritten Dimension mit den Übergängen der ersten und zweiten beschriebenen Dimension und welche Folgen ergeben sich daraus konkret für musiktherapeutische Fragestellungen?

Zum einen ist festzustellen, dass die Tendenzen hin zu einem biopsychosozialen Modell in medizinischen Kontexten, auch wenn sie derzeit noch nicht als vollzogener Paradigmenwechsel gelten können, sicherlich als eine günstige Entwicklung für das Feld der Musiktherapie darstellen. Musik ist sowohl in künstlerischer als auch in anthropologischer und ethnologischer Hinsicht ein Medium, das deutlich auf allen drei Ebenen – der biologischen, der psychologischen und der sozialen Ebene – wirksam ist. Insofern liefert das biopsychosoziale Modell ein sinnvolles und tragendes Fundament für musiktherapeutische Behandlungsstrategien. Zum anderen lassen sich die geschilderten Übergänge hinsichtlich der Interpretationen von Krankheit, Gesundheit und Behinderung und die damit einhergehende, durch gesellschaftliche normative Beurteilung determinierte, ethische Komponente als Aufforderung verstehen, therapeutisches Handeln weiter sehr deutlich von pädagogischem Handeln zu trennen. Eine entsprechende Zuschreibung von Dysfunktion, Krankheit oder Beeinträchtigung, also eine Pathologisierung von Personen, die zwar keiner Musiktherapie bedürfen, die aber von nicht-therapiespezifischer Beschäftigung mit Musik sehr wohl subjektiv profitieren könnten, sollte aus ethischen Gründen daher vermieden werden.

Aus der Perspektive der Musiktherapie selbst ist wiederum zu ergänzen, dass im Sinne eines disziplinären Selbstschutzes und hinsichtlich zukünftiger Nachweisstrategien der Wirksamkeit musiktherapeutischer Verfahren unbedingt zu vermeiden ist, sich durch eine zu weite Öffnung als unspezifisch oder gar beliebig zu zeigen.

## Dimension 4: Übergänge und Gesellschaft

Gesellschaften entwickeln sich fortlaufend weiter. Migration, Inklusion, sozio-demografischer Wandel und Digitalisierung sind Merkmale anhand derer sich gesellschaftlicher Wandel auch für den musiktherapeutischen Kontext manifestiert. Durch Migration verändert sich beispielsweise der kulturelle Erfahrungshintergrund und damit auch die musikalische Sozialisation und das musikalische Repertoire der Klientel. Bedingt durch die politische Situation werden zudem Themen wie Traumatisierung durch Fluchtmigration stärker in den Fokus gerückt.

Inklusive Gesellschaftsentwicklung verändert unter anderem den Blick auf Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung. Im Zuge dieses Blickwechsels ist es Aufgabe der Disziplin Musiktherapie, nochmals sehr genau zu formulieren, dass musiktherapeutische Interventionen symptomgeleitet bei Beeinträchtigungen durch Behinderungen oder Migrationserfahrungen zwar indiziert sein können, dass aber das ausschließliche Vorhandensein des Merkmals Behinderung ebenso wie das ausschließliche Vorhandensein des Merkmals Migrationserfahrung keine Indikation für Musiktherapie darstellen kann.

Sozio-demografische Entwicklungen verändern die Gesellschaft beispielsweise dahingehend, dass immer mehr Menschen immer älter werden und in der Folge möglicherweise altersbedingte Beeinträchtigungen erleben. Auch hier entstehen Herausforderungen für die Disziplin Musiktherapie, denn analog zum Phänomen Behinderung können altersbedingt Symptome entstehen, die durch musiktherapeutische Interventionen besonders wirksam behandelt werden können – ein hohes oder sehr hohes Lebensalter allein ist wiederum keine Indikation für eine Therapie.

Auch das Beispiel des digitalisierungsbedingten Wandels impliziert Konsequenzen für Musiktherapie. Durch die zunehmende Digitalisierung in unterschiedlichen Lebensbereichen bekommen traditionelle musiktherapeutische Methoden eine kontrastive Qualität und können im Sinne einer Perturbation oder Irritation möglicherweise bedeutsame Anlässe für die KlientInnen sein, individuelle Strukturen und Routinen zu reflektieren. Durch Digitalisierung können aber auch innerhalb der Musiktherapie neue Wege beschritten werden, beispielsweise über das Musizieren mit Apps im therapeutischen Kontext oder die digitale Erfassung von symptombezogenen Befindlichkeiten zwischen den Therapiesitzungen (Schmerzprotokoll o.ä.).

## Musiktherapie: Disziplin im Übergang?

Der vorliegende Beitrag hat das Phänomen des Übergangs bezogen auf Musiktherapie aus vier Perspektiven betrachtet. Gegenstand waren sowohl äußere strukturelle Veränderungen, in denen sich Übergänge für musiktherapeutische Kontexte

manifestieren, als auch intradisziplinäre Veränderungen und die daraus resultierenden Übergänge.

Am Anfang stand die Frage nach der „richtigen“ Musiktherapie und die intuitiv-emotionale Definition von Nicht-Musiktherapeuten. Im Hinblick auf die unterschiedlichen skizzierten Übergänge wird deutlich, wie wichtig klar definierte Kriterien „richtiger“ Musiktherapie sind. Je klarer es gelingt, diesen musiktherapie-spezifischen Kern zu definieren und nach innen und nach außen zu vertreten, umso weniger riskant werden Übergangs- und Veränderungssituationen. Ohne den spezifischen Kern hingegen birgt jeder Übergang das Risiko des Identitätsverlusts und damit der Beliebigkeit.

Als Indiz für das Ausmaß eines solchen Verlusts kann die eingangs beschriebene Faszination für die „richtige“ Musiktherapie dienen. Es ist letztlich die Faszination für die direkte Berührbarkeit von Menschen durch Musik, die in „richtigen“ musiktherapeutischen Settings in einer sehr besonderen Qualität erfahren werden kann – auch und gerade in schwierigen Lebenssituationen. Auch allen MusiktherapeutInnen ist es zu wünschen, diese Faszination möglichst häufig zu erleben. Daraus kann die Energie entstehen, sich in Übergängen nicht aufzureiben und zu verlieren, sondern sich auf den musiktherapie-spezifischen Kern zu konzentrieren und so die „richtige“ Musiktherapie wandlungsfähig und authentisch innovativ weiterzuentwickeln.

## Literatur

- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese, Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt.
- Baumgardt, K.; Mand, J.; Ostermann, T. (2008): Einstellungen von Studierenden der Heilpädagogik und Sozialarbeit zu Stellenwert und Wirksamkeit von Kunst- und Verhaltenstherapie bei unterschiedlichen Formen von Verhaltensstörungen. In: *Musik-, Tanz und Kunsttherapie* 19/4, S. 167–176.
- Bösl, E.; Klein, A.; Waldschmidt, A. (Hrsg.) (2010): Disability History: Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Eine Einführung. Bielefeld: transcript Verlag.
- Buchner, T.; Pfahl, L.; Traue, B. (2015): Zur Kritik der Fähigkeiten: Ableism als neue Forschungsperspektive der Disability Studies und ihrer Partner\_innen. *Zeitschrift für Inklusion* [online] Zugriff am 26. Juli 2017.
- Dederich, M. (2015): Körper, Kultur und Behinderung: eine Einführung in die disability studies. Bielefeld: transcript Verlag.
- Engel, G.L. (1977): The need for a new medicinal model: A challenge for biomedicine. In: *Science* 196 (4286), S. 129–136.
- Göppel, R. (2000): Der Lehrer als Therapeut. In: *Zeitschrift für Pädagogik* 46, 2. Jg., S. 215–234.

- Gosh, K. (2017): Musiktherapie mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. In: Musiktherapeutische Umschau 38 (1), S. 89–90.
- Hartogh, T.; Wickel, H.-H. (Hrsg.) (2004): Handbuch Musik in der Sozialen Arbeit. Weinheim & Basel: Beltz Juventa.
- Kok, M. (2006): Neue Wege der Musiktherapie an der Musikschule – Kooperation mit allgemeinbildenden Schulen. In: Musiktherapeutische Umschau 27 (3), S. 269–274.
- Meis, M.-S.; Mies, G. (Hrsg.) (2012): Künstlerisch-ästhetische Methoden in der Sozialen Arbeit: Kunst, Musik, Theater, Tanz und digitale Medien. Stuttgart: Kohlhammer.
- Merkt, I. (2000): Ernsthaftes Beziehungsangebot bleibt stets Voraussetzung. Musik und Menschen mit Behinderung: zum Bereich Sonderpädagogik und Musiktherapie. In: Neue Musikzeitung 5, 49. Jg.
- Pauls, H. (2013): Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität. In: Resonanzen, E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung 01, S. 15–31.
- Peters, G. (2009): Musiktherapie an Musikschulen. In Musiktherapeutische Umschau 30 (4), S. 357–360.
- Skewes McFerran, K.; Wöflf, A. (2015): Präventive Gruppenmusiktherapie-Programme in Schulen: Umgang mit Gewalt und Förderung eines friedlichen Miteinanders. In: Musiktherapeutische Umschau 36 (3), S. 181–193.
- Tüpker, R.; Hippel, N.; Laabs, F. (Hrsg.) (2005). Musiktherapie in der Schule. Wiesbaden: Reichert Verlag.
- Tüpker, R. (2006): Neue Wege in der Musiktherapie. In Musiktherapeutische Umschau 27 (3), S. 216–226.
- Waldschmidt, A. (2005): Disability Studies: Individuelles, soziales und/oder kulturelles Modell von Behinderung? In: Psychologie und Gesellschaftskritik, 29. Jg., Nr. 1, S. 9–31.
- Weyand, M. (2012): Das Märchen der Königskinder. Potentiale der Musiktherapie zur Förderung und Integration sozial benachteiligter Kinder mit und ohne Migrationshintergrund. In: von Moreau, D. (Hrsg.): Musiktherapie in der präventiven Arbeit. Wiesbaden: Reichert Verlag.

JProf. Dr. Juliane Gerland  
Universität Siegen  
Wilhelm-von-Humboldt-Platz 15  
57068 Siegen

Privatadresse:  
Juliane Gerland  
Brechtener Str. 24  
44339 Dortmund

### Hinweis

Zum Themenkomplex der musiktherapeutischen Arbeit in pädagogischen Kontexten veröffentlicht das Themenheft 2017 der Musiktherapeutischen Umschau (MU) unter dem Titel „*Impulse für Inklusion und Integration*“ ein Gespräch mit *Anne-Katrin Jordan*.

Fragen zum Verhältnis zwischen musiktherapeutischer und künstlerischer Identität geht *Bernhard König* in seinem MU – Beitrag „*Eigentlich eher Therapie*“ oder „*irgendwie doch auch Kunst*“? nach.

# Die musiktherapeutische Begleitung Frühgeborener zur Bewältigung des Übergangs von der intrauterinen in die extrauterine Welt

## Music Therapy Support for Premature Infants to Master the Transition from the Intrauterine to Extrauterine World

Susann Kobus, Essen

*Ein zu früh geforderter Übergang von der intra- in die extrauterine Welt stellt erhebliche Anforderungen an Frühgeborene. Nahezu alle diese Kinder müssen direkt nach der Geburt auf einer neonatologischen Intensivstation betreut werden. Hier ist das betroffene Kind zahlreichen Reizen ausgesetzt, die seine Verarbeitungskapazitäten übersteigen können.*

*Eine postnatale musiktherapeutische Begleitung in dieser Zeit erhebt den Anspruch, Frühgeborene und ihre Bezugspersonen bei der Bewältigung des Übergangs zu unterstützen. Dabei knüpfen Musik und die Mutterstimme an frühe erste akustische intrauterine Erfahrungen an. Auf diese Weise soll für das Kind eine förderliche Verbindung zwischen der Zeit im Mutterleib, auf der reizüberflutenden Intensivstation und später zu Hause entstehen. Die Eltern werden in der Zeit des Klinikaufenthalts dabei unterstützt, einen positiven Kontakt und eine Bindung zu ihrem Neugeborenen aufzubauen und das Kind in seinen eigenen Regulationsbemühungen zu unterstützen.*

*Der Beitrag verbindet Beobachtungen der Autorin in der klinischen Praxis mit internationalen Forschungsergebnissen.*

*A prematurely demanded transition from the intrauterine to extrauterine world places great demands on premature infants. Nearly all premature infants are cared for in a neonatal care unit directly after birth. Here, the affected child is subjected to numerous stimuli which can surpass his/her processing capacities.*

*Postnatal support with music therapy assists the premature infant in coping with this transition. Music and the mother's voice are tied to early intrauterine acoustic experiences. With this, a connection for the child is established between time in the womb, the intensive care unit and later at home. During their hospital stay, parents are supported in establishing positive contact and bonding with their new born infant and in supporting the child's efforts in self-regulation.*

*The article links the author's observations in clinical practice to international research results.*

## Frühgeborenes Kind<sup>1</sup>

Als frühgeborenes Kind, Frühgeborenes oder Frühchen werden Kinder bezeichnet, die ein Gestationsalter von unter 259 Tagen aufweisen, somit 37 Schwangerschaftswochen noch nicht vollendet haben (vgl. Obladen et al. 2006, 2). Da das Gewicht eines Frühgeborenen eine genauere Aussage über seinen Entwicklungsstand gibt als das Alter in Gestationswochen, wird zusätzlich zum Gestationsalter das Geburtsgewicht für die Beurteilung der Reife einbezogen (vgl. Schölmerich et al. 2008, 38). Der Beginn der Überlebensmöglichkeit wird laut der AWMF-Leitlinie (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) aus dem Jahr 2014 bei etwa 22 Gestationswochen angesetzt, die untere Grenze des Geburtsgewichts zum Überleben liegt aber bei 300 bis 600 Gramm. So kann es ein frühgeborenes Kind geben, das mehr als 22 Gestationswochen alt, aber durch sein Untergewicht nicht überlebensfähig ist. Es zeigt sich, dass das Geburtsgewicht wichtiger ist als der Geburtstermin (vgl. Carlitscheck 2013, 18f.).

In Deutschland kommen jährlich etwa 63.000 Babys vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche als Frühgeborene zur Welt (vgl. Ärztezeitung, 2012). Während der Bundesdurchschnitt von Ende der 1990er-Jahre bis ins Jahr 2000 (vgl. Kirschner et al. 2000, 117) bei recht konstanten 6% lag, zeigt ein Vergleich der Datensätze von 2001 bis 2008 einen deutlichen Anstieg der Rate auf über 9% (2001: 7,4%; 2002: 8,6%; 2003: 8,97%; 2004: 9,4%; 2005–2008 9,1%; Carlitscheck 2013, 23). Die medizinischen Weiterentwicklungen im Bereich der Neonatologie tragen maßgeblich dazu bei, dass das Überleben sehr unreifer Kinder gesichert werden kann und damit die Zahl überlebender frühgeborener Kinder steigt (vgl. Herting 2010, 71).

## Intrauterine Welt

Vor der Geburt ist das Kind in eine intrauterine Klangumgebung eingebettet. Das Gehör eines Fötus ist bereits zwischen der 24. und der 26. Schwangerschaftswoche voll ausgereift. Zuvor waren die Klänge über die Schallwellen als feine Berührungssreize wahrnehmbar (vgl. Nussberger 2014, 76). Die intrauterinen Sinneserfahrungen sind geprägt durch regelmäßige vitale Rhythmen des mütterlichen Organismus wie Herzschlag, Atmung, Blutfluss sowie den Verdauungsgeräuschen und Geräuschen, die außerhalb des Mutterleibes entstehen. Die Stimmen der Eltern und Umgebungsgeräusche dringen gefiltert an das Ohr des Fötus. Auch der enge physiopsychische Kontakt zur Mutter prägt seine Sinneserfahrungen. Der Rhythmus des Herzschlags der Mutter, der von voll ausgetragenen Kindern intrauterin etwa 26

---

<sup>1</sup> Der Artikel gründet auf der Masterarbeit Kobus, S. (2017), *Musik verbindet. Familienzentrierte Musiktherapie in der Neonatologie*. Westfälische Wilhelms-Universität Münster.

Mio. Mal gehört wird, bedeutet für das Kind eine hohe Konstanz und Zuverlässigkeit (vgl. Nöcker-Ribaupierre et al. 2004, 42f.).

Durch die Gebärmutterwand und das Fruchtwasser ist der Fötus vor lauten Außengeräuschen geschützt, da diese das Zusammenspiel von Tonhöhen-Frequenzen (gemessen in Hertz, abgekürzt Hz) und Lautstärken (gemessen in Dezibel, abgekürzt dB) verändert. Frequenzen über 500 Hz werden in der Lautstärke um 40 bis 50 dB weniger intensiv wahrgenommen und Frequenzen unter 500 Hz um 10 bis 20 dB gedämpft (vgl. Nöcker-Ribaupierre et al. 2004, 42 f.). Weitere Untersuchungen haben ergeben, dass diese Filterfunktionen nicht nur für den akustischen Bereich greifen, sondern in Bezug auf Qualität, Intensität und Dauer aller Reize gelten können (vgl. Haslbeck 2015, 40). Die intrauterine Umgebungstemperatur, der fruchtwasserinduzierte Auftrieb und die durch das umgebende Fruchtwasser abgedämpfte Stimulation unterstützen die Unterdrückung der Hirnaktivität und sind ein optimales Umfeld für die Gehirnentwicklung des Kindes. Der Fötus kann weder aus dem non-REM noch dem REM-Schlaf-ähnlichen Zustand durch potentiell schädliche Interventionen aufgeweckt werden, da er zu keiner Zeit wach ist. Vielmehr wird er durch eine Reihe endogener Hemmstoffe aktiv schlafend und damit auch unterhalb der Bewusstseinsschwelle gehalten (vgl. Mellor et al. 2005). Dies kontrastiert mit der Situation nach der Geburt, wo diese Stimuli den schlafenden Neugeborenen bis zur bewussten Wachheit aufwecken können.

## Übergang von der intrauterinen in die extrauterine Welt

Die Geburt bedeutet für das Kind eine große Umstellung. Durch die Austreibung des Fötus aus der Gebärmutter, die Durchtrennung der Nabelschnur und durch den Verlust der Placenta als größtes fetales, endokrin aktives Organ kommt es zu einem akuten, drastischen Abfall der bis dahin herrschenden neuroinhibitorischen Einflüsse auf das Gehirn. Diese werden mit der Geburt durch eine Reihe potenter Neuroaktivatoren ersetzt, welche den Beginn des bewussten Wachseins hervorrufen können (vgl. Mellor et al. 2006; vgl. Mellor et al. 2007). Der Übergang vom intra- zum extrauterinen Leben ist von größten Veränderungen für das Neugeborene gekennzeichnet. Das Einsetzen der Lungenatmung und die Umstellung der Kreislaufverhältnisse markieren einen neuen Lebensabschnitt, denn außerhalb der Gebärmutter ist das Neugeborene nicht mehr vom Fruchtwasser, sondern von Luft umgeben. Es spürt Wärme und Kälte sowie die Kleidung auf dem Körper. Die schützende Gebärmutterwand, die es eng umschlossen und seine Bewegungen begrenzt hat, ist nicht mehr vorhanden. Neben dem selbstständigen Atmen nimmt das Neugeborene Gerüche wahr und sieht grelles Licht. Die Fähigkeit, zwischen taktilen und schmerzhaften Reizen zu unterscheiden, entwickelt sich beim Fötus erst zwischen der 35. und 37. Schwangerschaftswoche. Fabrizi et al. (2011) konnten Signale ermitteln, welche bei reifen Neugeborenen taktile und schmerzhaft empfindungen charakterisieren. Wird nach diesen unterschiedlichen Mustern bei

Frühgeburten der 28. bis 34. Schwangerschaftswoche gesucht, so werden als Reaktion auf Berührungs- oder Schmerzreize nur unspezifische, gleichmäßig verteilte Entladungen gefunden (vgl. Fabrizi et al. 2011).

Der Übergang eines frühgeborenen Kindes von der intrauterinen in die extrauterine Welt fordert Anpassungsleistungen vom Neugeborenen, die sich in ihrer Massivität zu schnell und zu intensiv einstellen. Nahezu alle frühgeborenen Kinder müssen direkt nach der Geburt auf einer neonatologischen Station betreut werden. Die plötzliche und zu frühe Trennung vom mütterlichen Organismus, notwendige medizinische und pflegerische Maßnahmen sowie die akustischen Gegebenheiten der neonatologischen Station können enormen Stress für das Neugeborene bedeuten.

Die meisten Frühgeborenen werden gesund geboren, sind aber wegen ihrer Unreife nicht ausreichend auf das Leben außerhalb des Mutterleibs vorbereitet. Medizinische Betreuung Frühgeborener zielt daher darauf ab, die unreifen Funktionen des kindlichen Organismus, wie beispielsweise die Atmung, zu unterstützen, ohne den Kindern durch die Intensivmedizin körperlich zu schaden. Der Beginn der Organisation des neuronalen Netzwerks mit Bildung der Nervenfasern und Synapsen und Elimination von nicht mehr notwendigen Neuronen und Verbindungen zur Anpassung des neuronalen Netzwerks an die Bedürfnisse des einzelnen Individuums sowie die Myelinisierung der Axone, die der rascheren Erregungsausbreitung dient, sind entscheidende Entwicklungsschritte des Gehirns, die beim ungeborenen Kind zwischen der 22. und 40. Schwangerschaftswoche erfolgen (vgl. Linderkamp et al. 2009, 91). Beim extrem unreifen Frühgeborenen erfolgt der größte Teil dieser Hirnentwicklung im Inkubator auf der Intensivstation.

Eine große Anzahl von Outcome-Studien belegen, dass frühgeborene Kinder ab dem Kleinkindalter in Entwicklungstests und später bei der Intelligenzmessung schlechter abschneiden und ein Zusammenhang mit dem Gestationsalter bei der Geburt und dem Geburtsgewicht besteht (vgl. Wense et al. 2013, 133). In Abhängigkeit von der Unreife bei der Geburt kommt es zu verschiedenen Entwicklungsstörungen. Sehr kleine Frühgeborene weisen im Grundschulalter signifikant mehr Verhaltensprobleme auf als termingerecht geborene Gleichaltrige. Dazu gehören ADHS, Unaufmerksamkeit, Impulsivität, emotionale Probleme und Probleme mit Gleichaltrigen (vgl. Foulder-Hughes et al. 2003). Besonders auffällig sind die schulischen Probleme im Fach Mathematik, wo 43% der Frühgeborenen ohne schwere neurologische Auffälligkeiten Lernschwierigkeiten haben. In den Bereichen Lesen, Schreiben, Rechtschreibung und im Fach Sport zeigen diese Kinder eine verzögerte Entwicklung (vgl. Pritchard et al. 2009). Auch extrem unreif geborene Kinder entwickeln sich körperlich oft normal. Kognitive Beeinträchtigungen unterschiedlichen Ausmaßes treten häufiger auf als Körperbehinderungen. Aufmerksamkeitsprozesse sind besonders häufig betroffen (vgl. Reuner 2015, 41). Bei einer Frühgeburt ist das Hirn noch unreif und unterliegt einer spezifischen Verletzungsgefahr durch eine mangelnde Nährstoff- und Sauerstoffversorgung oder eine vermehrte Blutungsneigung. Daraus folgt ein erhöhtes Risiko für atypische Hirnentwicklungsverläufe, die die Substanzbildung, die Verschaltung von Synapsen und die

Ausbildung von neuronalen Regelkreisen betreffen können. Es gilt die Annahme: Je unreifer das Gehirn zu Beginn des extrauterinen Lebens ist, desto atypischer sind seine strukturelle und funktionale Ausformung (vgl. Wense et al. 2013, 134).

Um eine optimale Entwicklung des Gehirns außerhalb des Mutterleibs zu ermöglichen, benötigt das frühgeborene Kind viel Zuwendung und *positiv* wirkende Reize. Unangenehme Erfahrungen und Reize sind durch ein optimales Handling zu vermeiden oder zu minimieren. Die Idee des Minimal Handlings ist im deutschsprachigen Raum sehr verbreitet. Dabei wird auf unnötige Maßnahmen verzichtet und das Kind so wenig wie möglich berührt. Pflegerische Maßnahmen wie beispielsweise Waschen und Wickeln werden rasch, schonend und effizient durchgeführt, da Frühgeborene sehr sensibel auf diese äußeren Reize reagieren (vgl. Obladen et al. 2006, 16f.). Die Berührungen können beispielsweise akut zum Abfall der Sauerstoffsättigung, Bradykardien, Apnoen, Tachykardien und langfristig zu verlangsamter Gewichtszunahme und gestörtem Schlafverhalten führen (vgl. Hock 2012). Untersuchungen zeigen ein uneinheitliches Bild in der Art und Weise des Handlings. Übereinstimmung findet die Notwendigkeit, pflegerische und diagnostisch-therapeutische Maßnahmen zu koordinieren und zu bündeln. Große Unterschiede zeigen sich in den Annahmen, wie Stress für das Kind konkret vermieden werden soll. Kirov betont, eine entwicklungsfördernde Betreuung bedeute nicht, so wenig wie möglich zu tun, sondern das Passende im aktuellen Moment (vgl. Kirov 2013, 15f.). Auch Thoma konnte in seinen Untersuchungen hinsichtlich der Lärmentstehung und -vermeidung das Konzept des „Optimal Handlings“ für Frühgeborene objektivieren (vgl. Thoma et al. 2007), wodurch sich neurologische Langzeitprobleme, insbesondere Verhaltensstörungen vermeiden lassen (vgl. Als et al. 1996). Der pädiatrische Schwerpunkt Neonatologie hat daher in den letzten Jahrzehnten erhebliche Fortschritte erzielt, die zu einer Veränderung der Zielsetzung in der Behandlung von Frühgeborenen und kranken Neugeborenen geführt haben. Es geht nicht mehr vorrangig darum, nur das Überleben zu sichern, sondern auch ausgeprägte Behinderungen zu vermeiden und eine weitgehend normale Hirnentwicklung zu ermöglichen (vgl. Fischer et al. 2003, 17). Die medizinische Versorgung der frühgeborenen Kinder konnte in den letzten Jahren so stark verbessert werden, dass ein Überleben ohne tiefgreifende gesundheitliche Folgen für immer unreifer geborene Kinder möglich ist.

## Übergänge als Entwicklungsaufgaben für Kinder und Eltern

Nach Sarimski und Porz ist für frühgeborene Kinder und ihre Eltern die Anpassung an jede neue Stufe schwieriger und braucht länger als bei reifgeborenen Kindern und ihren Eltern. Die Kinder sind seltener wach und aufmerksam und können schnell von Anregungen und Informationen überfordert sein. Sie zeigen weniger klare Signale, wann und wie viele Interaktionsangebote sie aufnehmen können, hinzu können Ess- und Schlafprobleme kommen (vgl. Sarimski et al. 2004, 23).

Eltern können sich oft nicht zuversichtlich an einer Interaktion mit dem Kind beteiligen. Sie sind unsicher, empfinden die geringe soziale Reaktionsbereitschaft der Kinder als persönliche Zurückweisung, haben Angst um die Zukunft und sind erschöpft von den täglichen Schwierigkeiten. „Das frühgeborene Kind kommt zur Welt in einer Zeit, in der sich die werdende Mutter mit ihrem Kind eins fühlt und noch nicht psychologisch auf die Ablösung vorbereitet ist, die mit der Geburt einhergeht“ (Sarimski 2000, 57). Die Eltern sind nach der zu frühen Geburt mit einem sehr kleinen und unreifen Baby konfrontiert, welches möglicherweise nicht ihren Vorstellungen und Phantasien entspricht. Zudem müssen die unvorbereiteten Eltern mit vielen Anforderungen zurechtkommen und können meist weniger mit dem Kind interagieren und dessen Entwicklung unterstützen (vgl. Wittenberg 1990, 734f.). Die ersten Tage und Wochen nach der Geburt sind emotional gekennzeichnet durch ständiges Bangen und Hoffen um das Kind (vgl. Gloger-Tippelt 1988), wodurch eine Frühgeburt zu einem traumatischen Ereignis für die Eltern werden kann. Dessen Bewältigung kann wiederum Wochen, Monate oder sogar Jahre dauern (vgl. Nöcker-Ribaupierre 1995, 18). Das, was normalerweise nach einer traumatischen Erfahrung zu tun ist, nämlich die traumatisierende Umgebung zu meiden, gelingt nicht, da das Kind auf einer Intensivstation liegt (vgl. Nöcker-Ribaupierre 2007a, 2).

## **Neonatologische Intensivstation als stressauslösende Geräuschumgebung**

Neonatologische Stationen und Intensivstationen können kein Äquivalent für die intrauterine Geborgenheit sein. Hier geht es in erster Linie darum, vitale Funktionen des Neugeborenen aufrecht zu erhalten (vgl. Kobus 2017, 36). Neben der Sicherung des Überlebens muss aber auch die Optimierung der Lebensqualität von Frühgeborenen im Blick der Verantwortlichen bleiben (vgl. Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. 2006, 1).

Für das Überleben des Frühgeborenen sind viele Gerätschaften sowie die Isolation des Kindes im Inkubator oder Wärmebett notwendig. Das Frühgeborene ist ununterbrochen den niederfrequenten Motorgeräuschen des Inkubators ausgesetzt und immer wieder dringt der Lärm wie das hochfrequente Schrillen des Monitoralarms (vgl. Bissegger 1999) an das ungeschützte Ohr. Hinzu kommen zusätzlich die Stimmen des Personals, das Schreien anderer Babys oder ein Telefonklingeln (vgl. Fischer et al. 2003, 31). Das Frühgeborene ist auf der Station Geräuschen von 55 bis 88 dB ausgesetzt. Der durchschnittliche Lärmpegel liegt tagsüber bei 60,05 dB und nachts bei 58,67 dB (vgl. Lahav 2015). Im Inkubator herrscht sogar ein Lärmpegel von 52 bis 109 dB (vgl. Nöcker-Ribaupierre 2007b). Die Untersuchungen von Thoma et al. haben gezeigt, dass oft einfache Maßnahmen starken Lärm verursachen. Der Inkubator allein hat bereits ein Betriebsgeräusch von 52 dB. Pflegerische Handlungen wie beispielsweise das Absaugen führen zu einer Er-

höhung des Lärms auf 60 dB. Das Abstellen eines Gegenstands auf dem Inkubator oder das Klopfen gegen den Inkubator führt zu extrem hohen Pegeln von 74 bis 116 dB (vgl. Thoma et al. 2007). Dies entspricht etwa dem Geräusch einer Motorsäge. Die Schmerzgrenze bei einem Erwachsenen liegt bei 120 dB (vgl. Friedrich 2008). Zur Bewältigung dieser akustischen Stimulierung muss das Frühgeborene viel Energie aufbringen. Auf der anderen Seite fehlen alle vertrauten intrauterinen Geräusche (vgl. Nöcker-Ribaupierre 2007b). Inwieweit die Lärmexposition die Entwicklung des Frühgeborenen beeinflusst, ist in den vergangenen Jahren immer stärker untersucht worden: Nachgewiesen werden konnten negative Auswirkungen auf Parameter wie Blutdruck, Atmung, Herzschlag und Sauerstoffsättigung. Schlafunterbrechungen beim Frühgeborenen werden als Entwicklungshemmnisse angenommen. Die notwendige Stressregulation erfordert beim Frühgeborenen einen erhöhten Energieverbrauch. Daher stehen weniger Kalorien für das Wachstum zur Verfügung (vgl. Swathi et al. 2014). Neben den akuten Beeinträchtigungen müssen auch langfristige Beeinträchtigungen des Kindes durch die Lärmexposition bedacht werden: Die Risiken für langfristige Hörschäden und Entwicklungsverzögerungen steigen für Frühgeborene (vgl. Swathi et al. 2014). Um diese im klinischen Alltag zu minimieren, existiert die Möglichkeit der Anwendung eines Gehörschutzes bei den Frühgeborenen. Eine Studie beobachtete bei einer solchen Maßnahme eine signifikant höhere Sauerstoffsättigung im Blut sowie eine Absenkung von Puls und Atemfrequenz in dem gemessenen Zeitraum (Abdeyazdan et al. 2014). Der verwendete Gehörschutz senkte die Geräuschintensität um 7 dB. In einer weiteren Studie, bei der Ohrenschützer mit Schutzbrillen kombiniert vier Stunden lang eingesetzt wurden, war sogar ein negativer Effekt in Form von erhöhter Herzfrequenz zu beobachten (Aita et al. 2013). Einer Studie zufolge können diese den Geräuschpegel zwar signifikant senken, aber oft nicht ausreichend (Laubach et al. 2014), wodurch sie im Klinikalltag selten zu finden sind. Es wären weitere Maßnahmen nötig, die etwa den Raum betreffen, wie beispielsweise eine Reduktion von Hall, der Aufbau von Schallbarrieren, Abgrenzungen zwischen einzelnen Räumen bis hin zu Gegenschallmaßnahmen. Die interaktive Musiktherapie hingegen fördert die Entwicklung des Kindes. Genau dieser Punkt wurde in der Studie von Loewy et al. untersucht, bei der ab der 32. Schwangerschaftswoche geborene Kinder beobachtet wurden. Dabei hat sich gezeigt, dass die Musiktherapie positive Auswirkungen auf Atmung, Herzschlag und Sauerstoffsättigung hat (vgl. Loewy et al. 2013). Auch Haslbeck konnte in ihrer Studie mit Videobeobachtungen eine Förderung der emotional-kommunikativen Fähigkeiten und der Entwicklung insgesamt durch die Musiktherapie beobachten (Haslbeck 2013b).

Nach Als und Butler entwickeln Frühgeborene häufiger als reife Neugeborene in ihrer späteren Entwicklung desorganisierte Verhaltenssignale (vgl. Als et al. 2010, 66). Trotz aller Forschungen und Erkenntnisse zur Lärmexposition auf Frühgeborenen-Stationen ist festzustellen, dass das Lärmmanagement ein dringliches, noch nicht zufriedenstellend gelöstes Thema bleibt (vgl. Lasky et al. 2009).

Entsprechend fordert die American Academy of Pediatrics eine Absenkung des Geräuschpegels auf neonatologischen Stationen und Intensivstationen auf maximal 45 dB. Dadurch sinke der Stress für Herz-Kreislaufsystem, Atmung, neurologisches und endokrinologisches System, wodurch das Wachstum gefördert und das Outcome verbessert werde (vgl. American Academy of Pediatrics 2016).

Frühgeborene sind somit einer doppelten Belastung ausgesetzt, da sie zu früh ihre pränatale Umgebung verlieren und der nachgeburtliche Aufenthaltsort, der Inkubator oder das Wärmebett, nicht mit dem Geborgenheit vermittelnden Ort der mütterlichen Arme, Augen, Stimme oder Brust vergleichbar ist (vgl. Maiello 2003, 98f.).

### **Wirkung der Musiktherapie bei Frühgeborenen**

Es liegen mehrere systematische Reviews (Bielenik et al. 2016; Hartling et al. 2009; Haslbeck 2012; Standley 2012) vor, die die positiven Effekte von Musiktherapie auf die Frühgeborenen belegen und somit zeigen, dass Musiktherapie die Frühgeborenen bei der Bewältigung des Übergangs von der intrauterinen in die extrauterine Welt unterstützen kann. Erste Arbeiten zur Wirkung von Musiktherapie finden sich ab den 1970er Jahren insbesondere im angloamerikanischen Raum. Ihr Schwerpunkt liegt in erster Linie bei Effekten, die sich durch rezeptive musiktherapeutische Ansätze erzielen lassen (Burke et al. 1995; Caine 1991; Cassidy et al. 1995; Coleman et al. 1997; Collins et al. 1991; Kaminski et al. 1996; Pratt 1999; Standley et al. 1995; Whipple 2000). Qualitative Studien zur Musiktherapie in der Neonatologie geben Hinweise auf die Art und Weise, wie und welche Musik angeboten werden sollte und dass die Eltern-Kind-Bindung durch die Einbindung in den therapeutischen Prozess gestärkt werden kann (Haslbeck 2013 a, b; Shoemark et al. 2010; Nöcker-Ribaupierre 1995). Zudem konnten stabilisierende und entspannende Wirkungsfaktoren auf die Herzfrequenz, die Atmung, das Saug- und Trinkverhalten und den allgemeinen Verhaltenszustand der Kinder beobachtet werden (vgl. Haslbeck et al. 2017).

Elemente wie Spannung oder Entspannung des Kindes oder der Eltern können von der Musik aufgenommen und in einer individuellen, speziell auf das Kind ausgerichteten Improvisation transformiert werden. Frühgeborene Kinder können dabei wacher werden und sichtbar auf das Kontaktangebot reagieren. Sie verändern beispielsweise ihre Gesichtsmiene, öffnen ihre Hände oder bewegen locker ihre Finger. Papoušek beschreibt, dass sich Musiktherapie besonders gut für dialogische Interventionsformen in der Neugeborenenbetreuung eignet. „Bereits in der nach einer zu frühen Geburt oft hochbelasteten Anfangsphase der Eltern-Kind-Beziehung kann Musiktherapie die ersten Zwiegespräche durch ein wirksames Kommunikationsmittel anzubahnen helfen und gemeinsame Entspannung, Freude und spielerischen Austausch ermöglichen“ (Papoušek 2003, 10). Eine musiktherapeutische Begleitung von Frühgeborenen und ihren Bezugspersonen auf

der neonatologischen Station versucht ‚Zwischenräume‘ der Übergangserfahrung zur Verfügung zu stellen und damit Gelegenheit zur ‚Nachreifung‘ zu geben. Denn die Kriterien einer traumatischen Erfahrung im Sinne von ‚zu schnell, zu viel, zu heftig‘ gelten für die Kinder wie für ihre Bezugspersonen. Räume und Zeiten zur Verfügung zu stellen, in denen an Vergangenes angeknüpft werden kann, um Aktuelles zu integrieren, ist Auftrag der Musiktherapie.

## Musiktherapeutischer Klangraum in der Neonatologie

Die Musiktherapie mit Frühgeborenen auf neonatologischen Stationen und Intensivstationen in Deutschland gründet sich auf klinischer Praxis und Forschung. Die Anfänge in Deutschland lassen sich auf Monika Nöcker-Ribaupierre, Marie-Luise Zimmer und Monica Bissegger zurückführen. Auch international sind weiter große Entwicklungen zu beobachten. So wurden bei dem Weltkongress für Musiktherapie 2014 in Krems (Österreich) zehn Vorträge und ein Pre-Conference Seminar zum Thema präsentiert und in London die internationale Forschergruppe MANDARI (Music and the Neuro-Developmentally At-Risk Infant Collaboration) von Helen Shoemark gegründet (Haslbeck et al. 2017). Dieses wachsende Interesse spiegelt sich zudem in der stetig steigenden Zahl der Mitglieder des deutschsprachigen Fachkreises Musiktherapie Neonatologie (FMtN) wider (derzeitig 23 aktive Mitglieder und 16 Mitglieder im erweiterten Kreis des Fachkreises).

Im 20. Jahrhundert wurde noch überwiegend rezeptive Musiktherapie auf neonatologischen Stationen angeboten (vgl. Haslbeck 2014, 171). Während der letzten Jahre wurde das rein rezeptive musiktherapeutische Arbeiten um aktive und interaktive Ansätze erweitert (vgl. Nöcker-Ribaupierre 2015, 113), bei denen zunehmend eine Einbeziehung der Eltern und Geschwister und dem stationären Umfeld stattfindet (vgl. Haslbeck 2014, 171).

Erste Richtlinien, wie Musiktherapeutinnen und -therapeuten in der Neonatologie arbeiten sollten, welche spezifischen Indikationen, Zielsetzungen, Methoden, aber auch Kontraindikationen es gibt, existieren bereits seit einigen Jahren im angloamerikanischen Raum (Standley 2002; Hanson-Abromeit et al. 2008; Standley et al. 2010). In den ersten evidenz-basierten Guidelines wird die Anwendung von Musik als Therapie von professionell ausgebildeten Musiktherapeuten gefordert. Eine im deutschsprachigen Raum angebotene Zertifizierungsmöglichkeit am Freien Musikzentrum e. V. München bereitet Musiktherapeutinnen und -therapeuten sowohl theoretisch durch die Vermittlung von medizinischem und forschungsbasiertem Hintergrundwissen als auch praktisch mit Hilfe von Hospitation und Durchführung eigener Therapien mit Supervision auf die sensible Arbeit mit frühgeborenen Kindern vor. In den vergangenen Jahren wurde im deutschsprachigen Fachkreis Musiktherapie Neonatologie ein Referenzrahmen für die Musiktherapie in der Neonatologie erarbeitet. Die einzelnen Erfahrungen wurden mit der aktuellen Evidenz sowie den bereits vorhandenen Richtlinien im angloamerikanischen

Raum (Standley 2002; Hanson-Abromeit et al. 2008; Standley et al. 2010) abgeglichen. Als Indikationen für die Musiktherapie sind Unruhe, Stress, physiologische Instabilität, Deprivationsgefahr, Isolation, Disregulation, drohende Behinderung, Schmerz oder Suchtmittelentzug beim Kind zu nennen. Bei den Eltern ist die Musiktherapie bei Traumatisierung, Angst und Unsicherheit, Überforderung und Stress, Hilflosigkeit und Ohnmachtsgefühlen, Schuldgefühlen, Trauer, depressiven Symptome, Ablehnung des Kindes, familiärer Belastung oder Substanzmissbrauch indiziert. Zudem ist die Förderung des Eltern-Kind-Beziehungs- und -Bindungsaufbaus ein wichtiges Thema im Therapieprozess. Als Kontraindikationen bei den Kindern wurden extreme bis lebensbedrohliche Instabilität, Gefahr der Überreizung oder -stimulation formuliert. Während schmerzhafter Prozeduren sollte keine Musiktherapie stattfinden, damit die Kinder nicht die Musik mit den Schmerzen in Verbindung bringen. Bei den Eltern sind unauflösbare Abwehr gegen Musiktherapie, Störung der Intimsphäre, Angebotsüberfrachtung und eine akute Instabilität kontraindiziert. Viele Musiktherapeutinnen und -therapeuten arbeiten nicht ausschließlich nach einem Ansatz, sondern bedienen sich bewusst verschiedener Methoden, um im Sinne der individuellen Ausrichtung und Anpassung an die Bedürfnisse der Kinder und Eltern, gegebenenfalls auch Geschwisterkinder, flexibel und ressourcenorientiert agieren zu können. Der vorgestellte Referenzrahmen im Sinne der Evidence-based Practice soll daher als ein Baustein im flexiblen Gefüge des täglichen Entscheidungsprozesses verstanden werden. Die stete Information und Weiterbildung über aktuellste Forschungsergebnisse und Entwicklungen darf und soll dadurch nicht ersetzt, sondern ergänzt werden (Haslbeck et al. 2017).

Die Musiktherapie im Setting der Neonatologie wird für jeweils ein Kind individuell durchgeführt und ist keine Musikbeschallung des ganzen Intensivraumes. Dies wäre viel zu laut für die Frühgeborenen und berücksichtigt nicht deren Individualität (vgl. Kobus 2017, 82). Auch Nöcker-Ribaupierre rät von Klängen in Form von Dauerberieselung ab, da eine Überstimulierung genauso schädlich ist wie eine Deprivation (vgl. Nöcker-Ribaupierre 2007c).

Die in diesen Artikel integrierten Fallbeispiele entstanden während musiktherapeutischer Einsätze im Perinatalzentrum des Universitätsklinikums Essen. Die Klinik gilt als Perinatalzentrum Level 1, dessen Behandlungsschwerpunkte die Betreuung von sehr kleinen Frühgeborenen (<1000 g Geburtsgewicht) und Mehrlingen, Kindern mit angeborenen Fehlbildungen sowie von Kindern mit Erkrankungen des Gehirns ist. Die Neonatologie verfügt über 36 Betten, davon sind 13 Intensivplätze mit modernster Ausstattung. Das Universitätsklinikum Essen verfügt über drei neonatologische Stationen, die jeweils musiktherapeutisch betreut werden. Die Station PZ ist die Neugeborenen-Intensivstation. Diese liegt direkt neben dem Kreißsaal, Kaiserschnitt-Operationssaal und Neugeborenenzimmer. Hier sind rund um die Uhr Kinderärzte mit einer Spezialausbildung für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen verfügbar. Alle 13 Betten sind auch für die Behandlung kleinster Frühgeborener und schwerst kranker Neugeborener ausgerüstet. Die Stationen K4 und K4F verfügen über 23 Betten und betreuen stabilere

Kinder, die keiner intensivmedizinischen Überwachung oder Atemunterstützung mehr bedürfen.

Musiktherapeutische Sitzungen finden ein- bis zweimal wöchentlich am Inkubator, im (Wärme-)Bett oder während des Känguruhens<sup>2</sup> oder Kuschelns statt.

Die Musiktherapie mit Frühgeborenen orientiert sich am aktuellen Entwicklungsstand des Kindes und seiner momentanen medizinischen Befindlichkeit, unabhängig vom Alter. Weiterhin wichtig ist die Zentrierung auf das Bezugssystem des Kindes. Mutter, Vater und gegebenenfalls Geschwister werden in die Therapie mit einbezogen, sodass diese die Bindung zu ihrem Kind oder Geschwisterkind fördern und vertiefen können. Eine musiktherapeutische Einheit dauert abgestimmt auf den Gesundheitszustand des Kindes und die individuellen Bedürfnisse des Kindes und seiner Bezugspersonen etwa 5 bis 25 Minuten.

Nach Nöcker-Ribaupierre et al. (2004) „erinnert im Inkubator nichts mehr an die verlorene akustische Umwelt des Mutterleibes“. Musik oder musikalische Elemente von Sprache, die den hörbaren Bereich zwischen pränatalen Erfahrungen und frühkindlichen Bedürfnissen aufnehmen und weiterführen, sind nach Nöcker-Ribaupierre sehr geeignet, die technische Umgebung einer Station zu harmonisieren, Kontinuität und Geborgenheit zu vermitteln oder Brücken zwischen der Zeit im Mutterleib, in der Klinik und später zu Hause zu schlagen (vgl. Nöcker-Ribaupierre 2007a), und somit dem Frühgeborenen die Anpassung an das extrauterine Leben zu erleichtern.

Zu dem Zeitpunkt, wo ein Kind zu früh geboren wird, fühlt sich die Mutter noch eins mit ihrem Baby und ist innerlich noch nicht auf die Trennung vorbereitet, die immer auch eine gewisse Verlusterfahrung darstellt. „Die nicht vollendete Schwangerschaft, die zwangsweise Trennung von ihrem Kind und die scheinbare Unansprechbarkeit des Kindes im Inkubator, all das kann die Mutter in eine schwere psychische Krise stürzen und erschwert, ja gefährdet manchmal sogar die Entwicklung „normaler“ mütterlicher Gefühle und Verhaltensweisen“ (Nöcker-Ribaupierre et al. 2004, 45). Zudem haben Frauen nach einer Frühgeburt ein er-

---

2 Die Känguruh-Methode ist heute ein fester Bestandteil des psychosozialen Betreuungskonzepts für Frühgeborene und beinhaltet den Haut-zu-Haut-Kontakt zwischen einem Frühgeborenen und seinen Eltern. Das nackte Frühgeborene wird dabei eine bis mehrere Stunden täglich auf die nackte Haut der Eltern gelegt. Ihren Ursprung hat die Känguruh-Methode in Kolumbien (vgl. Stening 2007, 19). Ein Mangel an Inkubatoren brachte die Frühgeborenen, die noch nicht in der Lage sind, ihre Körpertemperatur selbständig zu regulieren, in eine lebensbedrohliche Situation. Um Unterkühlungen zu verhindern, beschlossen die Kinderärzte Rey und Martinez 1979 in Bogota, die Mutterwärme auszunutzen. Ähnlich wie bei den Känguruhs, die ihre Kinder nach der Geburt etwa acht Monate in ihrem Beutel tragen und deren Gewicht in dieser Zeit von einem Gramm auf zwei bis vier Kilogramm ansteigt, wurden die Kinder ihren Müttern vor die Brust gebunden (vgl. Ludington-Hoe et al. 1993, 40), sodass selbst kleinste Frühgeborene unter 1.000 g Geburtsgewicht nach Hause entlassen werden konnten (vgl. Stening 2007, 19).

höhtes Risiko, an einer Depression zu erkranken, da das traumatische Erlebnis der Frühgeburt zu wiederkehrenden Gedanken und intensiven negativen Gefühlen führen kann. Ängste um Leben und Gesundheit des Kindes können sich anhaltend verfestigen und eine entspannte Beziehung zum Kind erschweren (vgl. Fehrenbach 2012). Die musiktherapeutische Arbeit mit der Mutter ist daher auch ein Angebot für die Mutter, ihr nach einer traumatischen Entbindung zu helfen. Die inneren Ressourcen der Mutter, nämlich der schon vorher erfolgte Beziehungsaufbau, können nun freigesetzt werden, die Identität in ihrer neuen Rolle wird gefestigt und der unterbrochene Bindungsprozess mit dem Baby wiederhergestellt.

### *Fallbeispiel 1*

*Einige Mütter haben mir nach der Frühgeburt ihres Kindes berichtet, dass sich ihr Bauch fremd und nicht als ihrem Körper zugehörig anfühlt. Wenn ihr Partner über den Bauch streichelt und dabei einen gewissen, recht starken Druck ausübt, fühle es sich an wie während der Schwangerschaft, als sich das Köpfchen des Kindes gegen die Bauchdecke gedrückt hat.*

Dies kann als Reminiszenz heftige Trauergefühle auslösen. In einem ausschließlich körperlich erlebten Dissoziationsgefühl kann sich die Trauer und der Schmerz der Mutter über die für sie seelisch nicht abgeschlossene Schwangerschaft nur auf diesem Wege manifestieren und so zu einer psychosomatischen Störung führen. Die Einbindung der Eltern in den Verlauf der Musiktherapie mit dem Frühgeborenen reicht von der Beobachtung bis hin zur Teilnahme in Form des eigenen Singens. Da die Eltern möglicherweise Hemmungen und Ängste haben, erfrage ich die Bedürfnisse, Vorlieben, gewünschte Zeit, Situation und Art der Intervention. In der Musiktherapie eröffnet sich den Eltern eine neue Möglichkeit der Traumabewältigung. Sie können aktiv etwas für ihr frühgeborenes Kind tun, indem sie ihm ihre Stimme als etwas unersetzbar Persönliches hinterlassen. Dieses Gefühl hilft den Eltern, aus dem Ohnmachtserleben herauszutreten und zu einer neuen Selbstwirksamkeit zu gelangen. Nach der Geburt beruhigen die vertraute Mutter- und Vaterstimme das Frühgeborene. Der Klang der Stimmen vermittelt dem Kind das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit. Nöcker-Ribaupierre sieht die Mutterstimme als Brückenschlag vom Leben innerhalb des Mutterleibs über die Zeit auf der Intensivstation hinweg nach Hause. Sie bildet eine erneute „Ver“-Bindung von Mutter und Kind nach der zu frühen „Ent“-Bindung (Nöcker-Ribaupierre 2007c).

### *Stimme, Berührung, Synchronisierung von Atmungsmustern*

Frühgeborene sind eben oft übersensibel und reagieren auf zarte Berührungen mit Weinen. Sie brauchen eine gezielte, auf sie bezogene Ansprache. Das richtige Maß und den richtigen Tonfall zu finden, um das Frühgeborene mit der Welt vertraut zu machen und ihm zu zeigen, dass es gut und liebevoll versorgt wird, hilft ihm, sich für den Kontakt mit seiner Umwelt zu öffnen.

Daher steht am Anfang jeder Therapieeinheit die stimmliche Begrüßung des Kindes. Während der ersten Musiktherapieeinheiten wird fast ausschließlich die Stimme der Therapeutin eingesetzt, um eine Überreizung zu verhindern. Orientiert am gesundheitlichen Zustand des Kindes, seinem Gewicht und seinem Gestationsalter zum Zeitpunkt der Therapie bleibt es für zukünftige Sitzungen entweder bei der Stimme oder es kommen ergänzend noch weitere Instrumente wie Sansula, Kantele, Leier oder Monochord hinzu. Durch das Wiederholen von bekannten Liedern, wie zum Beispiel einem Lieblings- oder Wiegenlied (vgl. Loewy 2015: „NICU music therapy: song of kin as critical lullaby in research and practice“) entsteht eine Kontinuität und es können die akustischen Reize der Station oder Intensivstation, wie das Piepen der Monitore oder Schreien anderer Kinder, maskiert und somit reduziert werden. Durch die Isolierung der Umgebungsgeräusche kann eine Überreizung des Frühgeborenen in diesem Moment vorgebeugt und eine Beruhigung und Entspannung bewirkt werden. Dabei kann sich die Atmung des Kindes beruhigen und stabilisieren, sodass die Musiktherapie zur Entwicklungsförderung beiträgt. Das Kind entspannt und wird auf individuelle, feinfühlig Weise non-invasiv gefördert.

### *Fallbeispiel 2*

*Während der Musiktherapiesitzung lag Mia bei ihrem Vater auf der Brust. Sie wurde zunehmend ruhiger und schlief nach einiger Zeit ein. Anhand des Monitors konnte ich erkennen, dass Mias Atemfrequenz deutlich ruhiger wurde und sich konstant zwischen 30 und 40 hielt. Auch der Vater teilte mir mit, dass er deutlich spürte, wie sich die Atmung bei Mia beruhigte. Die Mutter saß während der Sitzung neben dem Vater und Mia. Sie sagte nach der Therapieeinheit: „Meine Atemfrequenz ist jetzt auch auf 30.“ Daraufhin sagte der Vater ironisch: „Meine Atemfrequenz ist jetzt auf 3.“ Und beide strahlten und waren sehr glücklich.*

Dieses Synchronisieren der Atmungsmuster unterstützt den Bindungsaufbau zwischen dem Frühgeborenen und seinen Eltern. Die Eltern können Momente der Freude erleben, was bei der Bewältigung ihres Übergangs zur Elternschaft eines frühgeborenen Kindes hilft. In dem Fallbeispiel erwähnt der Vater ironisch, dass seine Atemfrequenz auf drei gesunken sei. Bei Deutung der „3“ ist festzustellen, dass die Eltern die Interaktion mit ihrem Kind und die sich entwickelnde Bindung unbewusst erwähnen. Die musiktherapeutische Begleitung wird hierbei zur Unterstützung der Triangulierung. Die individuelle Einbindung und Unterstützung der Eltern ist ein wichtiger Bestandteil der Therapien. Die Eltern und Geschwister sind jederzeit eingeladen, an der Therapie aktiv, passiv oder als Zuschauer teilzunehmen. Zudem werden die Eltern ermutigt, selbst für ihr Kind zu singen, um so gemeinsame Momente der Ruhe, Entspannung und Vertrautheit zu schaffen und somit die Aufnahme bzw. Integration des Kindes in die Familie oder des Paares zu fördern.

Psychologisch höchst bedeutsam in dem Übergang von der intra- in die exterauterine Welt ist der Kontakt zur Mutter. Denn die Mutter und das Hören ihrer

Stimme ist die Erlebenskontinuität zwischen den beiden Welten (vgl. Müller 2007, 219). Durch vaginale Tonbandaufnahmen konnte festgestellt werden, dass die mütterliche Stimme direkter und runder klingt als andere Stimmen und Musik (vgl. Nöcker-Ribaupierre et al. 2004, 42f.). Für viele Mütter ist es eine Überwindung auf der Station zu singen, in der sie sich selbst häufig als so ungeschützt erleben: Sie singen selbst sehr selten im Alltag und „sollen“ nun auf der Station singen, wo jederzeit ein Besucher oder Klinikpersonal zuhören könnte. Das nachfolgende Beispiel zeigt sehr eindrücklich, wie aus dem gemeinsamen Therapieprozess von einem Frühgeborenen und seiner Mutter nach einiger Zeit Kontakt und Nähe entstehen können. Dabei ist es sehr individuell, wieviel Zeit die Eltern dazu benötigen. Aber genau diese Zeit dürfen sie sich in den individuellen Therapien nehmen.

### *Fallbeispiel 3*

Die Mutter eines in der 29. Schwangerschaftswoche (28+4 SSW) geborenen Jungen, den ich ab der zweiten Lebenswoche unterstützt habe, schrieb mir nach einer zweimonatigen musiktherapeutischen Begleitung, die den Beziehungs- und Bindungsaufbau zwischen ihnen bedeutsam gefördert hat:

*Schon während der ersten musiktherapeutischen Einheit mit Jan war ich begeistert, wie mein Sohn auf die Musik reagierte. Er lächelte und bewegte seine Zunge. Während Ihres Gesangs habe ich seine Hand gestreichelt. Ich war so glücklich über diesen Moment, dass ich fortan immer wieder leise für ihn gesungen habe, im Bett oder als er bei mir auf der Brust lag. Es hat mich zwar viel Überwindung gekostet, auf der Station neben all den anderen Eltern und Kindern zu singen. Aber das war mir schnell egal und ich habe es für meinen Sohn getan, für uns. Ich habe mich über jeden Besuch von Ihnen sehr gefreut und bin sehr dankbar über die Begleitung.*

### *Fallbeispiel 4*

*Während meiner ersten acht Therapieeinheiten mit Ida, die in der 31. Schwangerschaftswoche (30+5 SSW) geboren wurde, sang ich kurze Tonfolgen mit vielen Pausen, um eine Überreizung zu vermeiden. Ida schlief sehr viel und war auch im wachen Zustand sehr müde. Die Zeit spielte bei Ida immer eine wichtige Rolle. Es folgten Therapien, in denen meine Tonfolgen in die bekannte Melodie von „Bruder Jakob“ mündeten. Dabei erfand ich einen zu Ida passenden Text, der aus den Gesprächen mit der Mutter entstanden ist. Meist stand die Mutter während der Musiktherapien neben Idas Bett. Nach weiteren sechs Therapieeinheiten habe ich meinen Gesang mit der Kantele begleitet. Zu Beginn der ersten Therapiesitzung, in der ich die Kantele eingesetzt habe, schlief Ida ruhig. Nachdem ich eine kurze Zeit mit der Kantele begleitet gesungen habe, fing die Mutter plötzlich an mitzusingen.*

Die Klänge des Instruments haben der Mutter möglicherweise viel Sicherheit gegeben und damit ausgelöst, dass sie sich traute mitzusingen. Die Zeit spielt dabei keine Rolle. Ich biete den Eltern an, dass sie jederzeit mitsingen dürfen. Allerdings

ist es ein Angebot und kein Zwang. Ich lasse die Eltern entscheiden, wann sie soweit sind und mitsingen können. Die Stimme der Mutter kann besonders aktivierend für das Kind wirken und vermittelt nun selbst Sicherheit und Geborgenheit. Dies zeigt die folgende Situation während einer Therapieeinheit mit der 2 Wochen alten Clara, die in der 33. Schwangerschaftswoche (32+5 SSW) geboren wurde.

#### *Fallbeispiel 5*

*Clara schlief vor der Therapie. Ich habe sie mit leiser und sanfter Stimme begrüßt und ein Wiegenlied gesummt und später gesungen. Nach einiger Zeit setzte die Mutter mit ihrer Stimme ein. Clara erwachte plötzlich aus der Schläfrigkeit und suchte, wo die „bekannten“ Klänge der Mutterstimme herkamen. Sie spannte den Körper an und drehte den Kopf hin und her. Sie öffnete die Augen und suchte die Klänge der Stimme ihrer Mutter. Die Mutter beugte sich über das Wärmebett und senkte ihren Kopf sehr nah an Claras Kopf. Sehr schnell fand Claras Blick die Augen ihrer Mutter. Es war eine sehr innige Begegnung zwischen Mutter und Tochter. Die Mutter war versunken in ihrem Lied, sodass ich mich kontinuierlich mit meiner Stimme ausgeblendet habe. Die Mutter sang noch eine Weile und Clara lächelte immer wieder. Die Mutter war sehr dankbar für diesen Moment.*

#### *Musikalische Stimulationen*

Während der musiktherapeutischen Einheiten können Frühgeborene neben dem leisen Singen, Summen und Tönen von Rhythmen synchron zu den Ausdrücken, dem Atemrhythmus, der Mimik und der Gestik auch durch harmonisch zarte Klänge verschiedener Instrumente behutsam stimuliert werden (vgl. Kobus 2017, 81). Beruhigende Schlaf- und Wiegenlieder erinnern an das intrauterin gehörte Tempo des Herzschlags der Mutter (vgl. Nöcker-Ribaupierre et al. 2004, 42f.). Manche Kinder benötigen sehr viel Sicherheit und sind schon bei kleinsten Veränderungen irritiert. Für diese Kinder ist es besonders wichtig, ihnen einen Klangraum zu schaffen, in dem sie sich sicher, vertraut und geborgen fühlen. Bei der Wahl der Stimme oder einzelner Instrumente geben die Reaktionen der Kinder eine klare Orientierung. Das erfordert allerdings eine hohe Präsenz und Fokussierung der Therapeutin auf den jeweiligen Moment, eine geschulte Fähigkeit in der Beobachtung von Mimik und Gestik des Kindes, um kleinste Resonanzphänomene aufzunehmen und im weiteren Therapieverlauf nutzen zu können.

Die Kantele zeichnet sich durch einen klaren, vollen Klang aus. Sie kommt zur Begleitung gesungener Melodien und Lieder sowie für ein freies Spiel der Therapeutin zum Einsatz. Die Klänge der Leier haben ebenso eine besänftigende Wirkung. Sie werden – ähnlich der Sansula – überwiegend bei gemeinsamen Therapien mit dem Frühgeborenen und seiner Mutter oder seinem Vater eingesetzt. Das Monochord erzeugt durch seine obertonreichen Klänge einen umhüllenden Klangraum und kann entspannend wirken. Da es physikalisch nicht möglich ist, alle Saiten exakt gleich zu stimmen, entstehen geringe Tonhöhenunterschiede zwi-

schen den einzelnen Saiten. Beim Spielen des Monochords mit unterschiedlicher Intensität können Überlagerungen entstehen, die gerade den lebendigen Reichtum an Obertönen und das volle Klangvolumen des Instruments ausmachen. Dieses Instrument kommt vor allem bei Therapieeinheiten zum Einsatz, in denen das Kind bei der Mutter oder dem Vater auf der Brust liegt und beide Känguruhen oder Kuscheln.

Die Sansula, bestehend aus einem mit Trommelfell bespannten Holzring, auf dem eine kleine Kalimba befestigt ist, bewirkt einen raumfüllenden, langanhaltenden und weichen Klang. Dieser Klang und die Schwingungen werden durch die Klangmembran übertragen. Wird die Sansula mit der Unterseite in die Richtung des Kindes gehalten, kann ein Gefühl des Eingehülltseins in den Klang entstehen, das wiederum Geborgenheit vermitteln kann. Dies ermöglicht dem Kind die Umgebungsgeräusche der Station wie beispielsweise das Piepsen der Monitore, die Gespräche des Personals oder das Schreien anderer Kinder nur noch gefiltert wahrzunehmen. Dieser Zustand ähnelt der Klangwahrnehmung der von außen kommenden Geräusche im Mutterleib. Es entsteht ein schwingender Klangteppich mit weichen, warmen und beruhigenden Klängen, der das Kind umhüllt und schützt. Der erinnert das Kind wahrscheinlich an früher und damit wird vermutlich ein förderlicher Übergangsraum geschaffen.

Werden die Instrumente auch in den gemeinsamen Therapien mit dem Frühgeborenen und seiner Mutter oder seinem Vater eingesetzt, so erhalten auch die Eltern eine wichtige Gelegenheit zur Stressregulation. Die Rückmeldung vieler Eltern auf den entsprechenden Stationen bestätigen dies.

### *Fallbeispiel 6*

*Die Zwillinge Lisa und Lara wurden in der 25. Schwangerschaftswoche (24+0 SSW) geboren und bereits ab der zweiten Lebenswoche von mir musiktherapeutisch begleitet. In den ersten sechs Wochen habe ich allein meine Stimme eingesetzt. Ab der siebten Woche habe ich die Einheiten mit der Stimme eingeleitet, danach mit der Sansula ergänzt und wieder allein mit der Stimme ausgeleitet, da das Singen besonders einbindend und verbindend ist. Nach weiteren drei Wochen habe ich die zeitlichen Frequenzen der Sansulaklänge zunehmend ausgeweitet. Die Therapien fanden teilweise am Inkubator oder Wärmebett und beim Känguruhen oder Kuscheln mit den Eltern statt. Während des Therapieverlaufs konnte ich in den Gesprächen mit den Eltern und an den Reaktionen der Kinder beobachten, dass sich die Familie in die Klänge der Sansula „verliebt“ (Zitat Vater) hat, weshalb ich mich entschied, ausschließlich die Sansula einzusetzen. In der 19. Lebenswoche hat mir der Vater nach einer musiktherapeutischen Intervention mit Lisa, die bei ihm auf der Brust lag, geschildert: „Die Klänge der Sansula verführen mich jedes Mal in eine entspannte und glückliche Stimmung. Ich genieße es, wie sich meine Kinder bei den Klängen wohl und sicher fühlen. Sie lächeln, schnullern, kuscheln sich an mich und wirken so zufrieden. Wir sind Ihnen sehr dankbar für das musiktherapeutische*

*Angebot hier in der Klinik und die unvergesslichen Momente mit unseren Kindern während der Musiktherapie.“*

### *Positive Stimulierung des Saug- und Schluckverhaltens*

Für das Frühgeborene ist die Ruhe eine wichtige Voraussetzung für eine optimale Entwicklung, aber auch die Stimulation zur richtigen Zeit ist von großer Bedeutung. Der Schluckreflex entwickelt sich bereits in der 11. bis 16. Schwangerschaftswoche, sodass der Fötus schon Fruchtwasser schluckt. In der 18. bis 24. Schwangerschaftswoche entwickelt sich der Saugreflex. Während der 32. bis 35. Schwangerschaftswoche sind das Saugen, Schlucken und Atmen bereits rhythmisch, aber noch unkoordiniert. Die Koordinierung von Saugen, Atmen und Schlucken ist erst ab der 37. Schwangerschaftswoche möglich (Biancuzzo 2005, 283). Es zeigt sich, dass das Saugen und Schlucken bereits früh in der Schwangerschaft ausgebildet werden, ein koordiniertes Saugen, Schlucken und Atmen allerdings erst viel später entsteht und möglicherweise zur Geburt des Frühgeborenen noch nicht entwickelt ist. Die Musiktherapie kann, wie in dem nachfolgenden Beispiel dargestellt, Früh- und Neugeborenen gezielt musikalische Reize bieten, die in sich beweglich oder bewegt organisiert, geformt oder gestaltet sind. Sie regen so zur Organisierung und Koordinierung an und können das Saug- und Schluckverhalten positiv beeinflussen. Oft beginnen die Kinder während der Therapie zu „Schnullern“.

### *Fallbeispiel 7*

*Joris wurde als zweiter Zwilling in der 35. Schwangerschaftswochen (34+1 SSW) geboren. Seine erste musiktherapeutische Sitzung erhielt er in der zweiten Lebenswoche. Joris lag im Arm der Mutter als ich zu ihm kam. Die Mutter hat mich sehr freudig empfangen. Nach meiner Begrüßung und einem anfänglichen Tönen habe ich die Sansula gewählt. Joris fing nach einiger Zeit an zu „Schnullern“. Dieses „Schnullern“ wurde immer stärker und häufiger. Da er direkt vor der Brust lag, hat die Mutter ihm die Brust angeboten und Joris' Zunge bewegte sich immer wieder zur Brustwarze. Er war sehr neugierig und begann nach längerem „Untersuchen“ mit der Zunge seine Schnullerbewegungen an der Brust auszuprobieren. In dieser Sitzung hat Joris bereits einige erste Saugbewegungen an der Brust der Mutter gemacht. Die Mutter war sehr glücklich und schilderte, dass sie so entspannt war durch die Klänge der Sansula und keinerlei Geräusche aus der Umgebung wahrgenommen hat.*

Auch hier haben die Klänge der Sansula besonders stimulierend und organisierend, Neubildungen anregend für das Kind gewirkt und Sicherheit und Geborgenheit vermittelt. Die Mutter war ebenso eingehüllt im Klang der Sansula. Ihre Entspannung hat sich auf das Kind übertragen, was ihm die Sicherheit und Geborgenheit vermittelte und zum Saugen angeregt hat.

Die Musiktherapie bietet eine adäquate Stimulation und ein Kontaktangebot, die zur Wahrnehmungsförderung, Entwicklungsförderung und Saug- und

Schluckförderung dienen, um eine Reizarmut auf der Beziehungs- und Bindungsebene zu verhindern (vgl. Haslbeck 2013a).

## Ausblick

Das musiktherapeutische Angebot in der Neonatologie ist eine wichtige Präventionsmaßnahme für die Stabilität und Entwicklung eines frühgeborenen Kindes und kann das bestehende medizinische Behandlungsangebot sinnvoll ergänzen. Die Musik knüpft an die intrauterinen akustischen Erfahrungen an und hilft damit, die hoch technisierte Umgebung einer Station oder Intensivstation durch etwas Bekanntes und Menschliches zu bereichern. Sie unterstützt die Wahrnehmungen, die zur strukturellen und funktionellen Entwicklung des Kindes beitragen und die durch die Frühgeburt bedrohte Eltern-Kind-Bindung.

Derzeitig sind dem Fachkreis Musiktherapie Neonatologie (FMtN) erst 24 Kliniken im deutschsprachigen Raum (Deutschland, Österreich, Schweiz) bekannt, an denen Musiktherapie von qualifizierten Musiktherapeuten in der Neonatologie angeboten wird. Es besteht ein großer Bedarf an qualitativen Studien, Langzeituntersuchungen und Multicenterstudien auf dem Weg zur Integration und Etablierung der Musiktherapie in der Neonatologie. Trotzdem zeigt sich ein zunehmendes Interesse von Medizinern, Therapeuten und anderen Arbeitsfeldern an diesem Fachgebiet der Pädiatrie. Jedoch fehlen an vielen Kliniken finanzielle Mittel für die Implementierung der Musiktherapie.

## Literatur

- Abdeyazdan, Z.; Ghassemi, S.; Marofi, M. (2014): *The effects of earmuff on physiologic and motor responses in premature infants admitted in neonatal intensive care unit*. Iran J Nurs Midwifery Res. 2014 Mar-Apr, 19 (2), 107–112.
- Aita, M.; Johnston, C.; Goulet, C.; Oberlander, T. F.; Snider, L. (2013): *Intervention minimizing preterm infants' exposure to NICU light and noise*. Clin Nurs Res. 2013 Aug, 22(3), 337–58.
- Als, H.; Duffy, F. H.; McAnulty, G. B. (1996): *Effectiveness of individualized neurodevelopmental care in the newborn intensive care unit*. Acta Paediatr Suppl. 1996 Oct; 416, 21–30.
- Als, H.; Butler, S. C. (2010): *Die Pflege des Neugeborenen: Die frühe Hirnentwicklung und die Bedeutung von frühen Erfahrungen*. In: Brisch, K. H.; Hellbrügge, T. (Hg.): *Der Säugling – Bindung, Neurobiologie und Gene*. 2. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag, 44–87.
- Ärztzeitung (2012): *Frühgeborene: 8000 Geburten vor 37. Schwangerschaftswoche*. In: aerztezeitung.de. 14. November 2012. URL: [http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/article/826507/fruehgeborene-8000-geburten-37-schwangerschaftswoche.html?sh=3&ch=-825835998](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/826507/fruehgeborene-8000-geburten-37-schwangerschaftswoche.html?sh=3&ch=-825835998). Stand: 4. März 2017.

- American Academy of Pediatrics (2016): Noise: A Hazard for the Fetus and Newborn. 100, 724–7.
- Biancuzzo, M. (2005): *Stillberatung. Mutter und Kind professionell unterstützen*. 1. Auflage. München: Elsevier GmbH.
- Bieleninik, L.; Ghetti, C.; Gold, C. (2016): *Music therapy for preterm infants and their parents: A Meta-analysis*. Pediatrics, 138(3), e20160971.
- Bissegger, M. (1999): *Dem anderen begegnen... Musiktherapie auf der Intensivstation*. In: *Einblicke, Beiträge zur Musiktherapie. Berufsverband der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten*. Berlin. URL: [http://www.musiktherapie.de/fileadmin/user\\_upload/medien/pdf/einblicke/Bissegger\\_2.pdf](http://www.musiktherapie.de/fileadmin/user_upload/medien/pdf/einblicke/Bissegger_2.pdf) Stand 17.05.2017.
- Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. (2006): *Leitsätze zur entwicklungsfördernden Betreuung in der Neonatologie*. Frankfurt am Main.
- Burke, M.; Walsh, J.; Oehler, J., Gingras, J. (1995): *Music therapy following suctioning: four case studies*. Neonatal Network 14, 7, 41–49.
- Caine, J. (1991): *The effects of music on the selected stress behaviors, weight, caloric and formula intake, and length of hospital stay of premature and low birth weight neonates in a newborn intensive care unit*. Journal of Music Therapy 28, 4, 180–192.
- Cassidy, J. W.; Standley, J. M. (1995): *The effect of music listening on physiological responses of premature infants in the NICU*. Journal of Music Therapy 35, 2, 70–87.
- Carlitscheck, J. C. (2013): *Familienzentrierte Betreuung in der Neonatologie – Situationsanalyse und Zukunftsperspektiven*. Köln: Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität Köln.
- Coleman, J. M.; Pratt, R. R.; Stoddard, R. A.; Gerstmann, D. R.; Abel, H. H. (1997): *The effects of male and female singing and speaking voices on selected physiological and behavioral measures of premature infants in the intensive care unit*. International Journal of Arts Medicine 5, 2, 4–11.
- Collins, S. K.; Kuck, K. (1991): *Music therapy in the neonatal intensive care unit*. Neonatal Network 9, 6, 23–26.
- Fabrizi, L.; Slater, R.; Worley, A.; Meek, J.; Boyd, S.; Olhede, S.; Fitzgerald, M. (2011): *A shift in sensory processing that enables the human brain to discriminate touch from pain*. Curr Biol. 2011 Sep 27, 21 (18), 1552–1558.
- Fehrenbach, L. (2012): *Frühgeborene in der Familie*. In: *Deutsche Hebammen Zeitschrift* 4/2012, 13–16. Hannover: Elwin Staude Verlag GmbH.
- Fischer, C. B.; Als, H. (2003): *Was willst du mir sagen? Individuelle beziehungsgeführte Pflege auf der Neugeborenenintensivstation zur Förderung der Entwicklung des frühgeborenen Kindes*. In: Nöcker-Ribaupierre, M. (Hg.): *Hören – Brücke ins Leben. Musiktherapie mit früh- und neugeborenen Kindern*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, 17–43.
- Foulder-Hughes, L. A.; Cooke, R. W. (2003): *Motor, cognitive, and behavioural disorders in children born very preterm*. Dev Med Child Neurol 45 (2), 97–103.

- Friedrich, H. J. (2008): *Tontechnik für Mediengestalter*. Berlin: Springer Verlag.
- Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e. V. (GNPI). (2014): *Deutsche Leitlinie „Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit“*. Gemeinsame Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin, Akademie für Ethik in der Medizin, Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin unter Mitwirkung des Deutschen Hebammenverbandes und des Bundesverbandes „Das frühgeborene Kind“. Stand: 30.04.2014. Gültig bis: 28.02.2018.
- Gloger-Tippelt, G. (1988): *Schwangerschaft und erste Geburt. Psychologische Veränderungen der Eltern*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Hanson-Abromeit, D.; Shoemark, H., Loewy, J. (2008): *Music therapy with pediatric units: Newborn intensive care unit (NICU)*. In: Hanson-Abromeit, D., Colwell, C. (Hg.): *Medical Music Therapy for Pediatrics in Hospital Settings. Using Music to Support Medical Interventions*. Maryland: Silver Spring, MD: AMTA, 15–69
- Hartling, L.; Shaik, M. S.; Tjosvold, L.; Leicht, R.; Liang, Y.; Kumar, M. (2009): *Music for medical indications in the neonatal period: a systematic review of randomised controlled trials*. Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition. 94, F394-F354.
- Haslbeck, F. (2012): *Music therapy for premature infants and their parents: An integrative review*. Nordic Journal of Music Therapy 21(3), 203–226.
- Haslbeck, F. (2013a): *Fortbildung „Musik als Therapie auf der Frühgeborenenstation.“ Einführung und Orientierung*. Freies Musikzentrum e. V. München.
- Haslbeck, F. (2013b): *Creative music therapy with premature infants: An analysis of video footage*. Nordic Journal of Music Therapy 23, 1, 5–35.
- Haslbeck, F. (2014): *Responsiveness – die zentrale musiktherapeutische Kompetenz in der Neonatologie*. In: *Musiktherapeutische Umschau* 35 (3). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.
- Haslbeck, F. (2015): *Frühstart ins Leben. Musik als Therapie für frühgeborene Kinder und ihre Eltern*. Musik, Spiel und Tanz 2/2015, 40–42.
- Haslbeck F.; Nöcker-Ribaupierre M.; Zimmer M.-L.; Schrage-Leitner L.; Lodde V. für den Fachkreis Musiktherapie Neonatologie (2017): *Musik von Anfang an. Referenzrahmen zur Anwendung von Musiktherapie in der Neonatologie*. URL: [https://www.researchgate.net/publication/316622697\\_Musik\\_von\\_Anfang\\_an\\_Referenzrahmen\\_zur\\_Anwendung\\_von\\_Musiktherapie\\_in\\_der\\_Neonatologie](https://www.researchgate.net/publication/316622697_Musik_von_Anfang_an_Referenzrahmen_zur_Anwendung_von_Musiktherapie_in_der_Neonatologie). Stand: 14. Mai 2017.
- Herting, E. (2010): *Kinder mit besonderen Risiken: Frühgeborene*. In: Jorch, G.; Hübler, A. (Hg.): *Neonatologie*. Stuttgart: Thieme Verlag, 70–76.
- Hock, S. (2012): *Entwicklungsfördernde Pflege von Frühgeborenen*. Vortrag Station Eckstein Universitätsklinikum Freiburg Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin. URL: [file:///C:/Users/Susann/AppData/Local/Temp/Vortrag\\_Hock.pdf](file:///C:/Users/Susann/AppData/Local/Temp/Vortrag_Hock.pdf). Stand: 01.08.2017.
- Kaminski, J.; Hall, W. (1996). *The effect of soothing music on neonatal behavioral states in the hospital newborn nursery*. Neonatal Network 15, 1, 45–54.

- Kirov, U. (2013): *Kinaesthetic Infant Handling – Optimal Handling auf der Neonatologie*. Lebensqualität – Die Zeitschrift für Kinaesthetics 2, 14–19.
- Kirschner, W.; Hoeltz, J. (2000): *Epidemiologie der Frühgeburtlichkeit*. In: Friese, K.; Plath, C.; Briese, V. (Hg.): *Frühgeburt und Frühgeborenes. Eine interdisziplinäre Aufgabe*. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.
- Kobus, S. (2017): *Musik verbindet. Familienzentrierte Musiktherapie in der Neonatologie*. Münster: Masterarbeit für den Master of Arts Klinische Musiktherapie an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster.
- Lasky, R. E.; Williams A. L. (2009): *Noise and light exposures for extremely low birth weight newborns during their stay in the neonatal intensive care unit*. In: Pediatrics 123, 540–6.
- Lahav, A. (2015): *Questionable sound exposure outside of the womb: frequency analysis of environmental noise in the neonatal intensive care unit*. In: Acta Paediatr. 2015 Jan, 104 (1), e14-9. doi: 10.1111/apa.12816. Epub 2014 Oct 27.
- Laubach, V.; Wilhelm, P.; Carter, K. (2014): *Shhh... I'm growing: noise in the NICU*. Nurs Clin North Am. 2014 Sep, 49 (3), 329–44.
- Linderkamp, O.; Janus, L.; Linder, R.; Skoruppa, D. B. (2009): *Entwicklungsschritte des fetalen Gehirns*. In: Int. J. Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine 21, 1/2, 91–105.
- Loewy, J.; Stewart, K.; Dassler, A.-M.; Telsey, A.; Homel, P. (2013): *The Effects of Music Therapy on Vital Signs, Feeding, and Sleep in Premature Infants*. In: Pediatrics. April 2013.
- Loewy, J. (2015): *NICU music therapy: song of kin as critical lullaby in research and practice*. Annals of the New York Academy of Sciences, 1337, 178–185, <http://dx.doi.org/10.1111/nyas.12648>. Stand: 03.08.2017.
- Maiello, S. (2003): *Die Bedeutung pränataler auditiver Wahrnehmung und Erinnerung für die psychische Entwicklung – eine psychoanalytische Perspektive*. In: Nöcker-Ribaupierre, M. (Hg.): *Hören – Brücke ins Leben. Musiktherapie mit früh- und neugeborenen Kindern*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, 85–108.
- Mellor, D. J.; Diesch, T. J.; Gunn, A. J.; Bennet, L. (2005): *The importance of ‚awareness‘ for understanding fetal pain*. Brain Research Reviews 49, 455–471.
- Mellor, D. J.; Diesch, T. J. (2006): *Onset of sentience: the potential for suffering in fetal and newborn farm animals*. Applied Animal Behaviour Science 100, 48–57.
- Mellor, D. J.; Diesch, T. J. (2007): *Birth and hatching: key events in the onset of awareness in the lamb and chick*. New Zealand Vet Journal 55, 51–60.
- Müller, F. (2007): *Die Bedeutung des Hörens in der Entwicklung des Menschen*. In: Cormann, W. (Hg.): *Menschwerdung – Entstehung, Entwicklung und Veränderung menschlicher Potentiale*. Wasserburg am Bodensee: Cormanninstitute Verlag für Systemische Praxis, 212–228.
- Nöcker-Ribaupierre, M. (1995): *Auditive Stimulation nach Frühgeburt. Ein Beitrag zur Musiktherapie*. Heidelberger Schriften zur Musiktherapie Band 7. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.

- Nöcker-Ribaupierre, M. (2007a): *Vortrag auf der Jubiläumstagung des Studiengangs Musiktherapie der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster am 23.–25. November 2007*. URL: [www.uni-munester.de/Musiktherapie](http://www.uni-munester.de/Musiktherapie); Stand: 10.02.2016.
- Nöcker-Ribaupierre, M. (2007b): *Unterstützung durch Mutterstimme und Musik*. In: Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e. V. *Zu früh geboren. Informationen für Frühchen-Eltern*. Frankfurt am Main, 41–44.
- Nöcker-Ribaupierre, M. (2007c): *Musik und Stimme für frühgeborene Kinder*. In: Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e. V. *Frühgeborene und ihre Eltern in der Klinik. Informationsbroschüre des Bundesverbandes*. Frankfurt am Main, 10–18.
- Nöcker-Ribaupierre, M. (2015): *Internationale musiktherapeutische Ansätze für frühgeborene Kinder*. In: *Musiktherapeutische Umschau* 36 (2). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Nöcker-Ribaupierre, M.; Zimmer, M.-L. (2004): *Förderung frühgeborener Kinder mit Musik und Stimme. Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär – Band 11*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Nussberger, R. (2014): *Impuls-Musiktherapie mit hospitalisierten risikoschwangeren Frauen und ihren ungeborenen Kindern. Sinn, Möglichkeiten und Grenzen kurztherapeutischer Konzepte im Akutspital*. In: Kaufmann, J.; Nussberger, R.; Esslinger, M.; Leitgeb, M. M.: *Gespürt – gehört – gebor(g)en. Musiktherapie mit risikoschwangeren Frauen, Säuglingen und Kleinkindern*. Wiesbaden: Reichert Verlag, 69–132.
- Obladen, M.; Maier, R. F.; Barthlen, W.; Stiller, B. (2006): *Neugeborenenintensivmedizin. Evidenz und Erfahrung*. 7. Auflage. Heidelberg: Springer Verlag.
- Papoušek, M. (2003): *Vorwort*. In: Nöcker-Ribaupierre, M. (Hg.): *Hören – Brücke ins Leben. Musiktherapie mit früh- und neugeborenen Kindern*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, 7–11.
- Pratt, R. R. (1999): *Music and infant well-being*. In: Pratt, R. R.; Grocke, D. (Hg.): *Music-Medicine Vol. 3: MusicMedicine and Music Therapy: Expanding Horizons*. Victoria: Faculty of Music, The University of Melbourne, Parkville, 101–119.
- Reuner, G. (2015): *Frühgeborene in Kindergarten und Schule*. Fortbildung Klinikschule, 12.05.2015. Universitätsklinikum Heidelberg.
- Sarimski, K. (2000): *Frühgeburt als Herausforderung. Psychologische Beratung als Bewältigungshilfe*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Sarimski, K.; Porz, F. (2004): *Frühgeborene nach der Entlassung. Informationsbroschüre des Bundesverbandes „Das frühgeborene Kind“ e. V.* Frankfurt am Main.
- Schölmerich, A.; Pinnow, M. (2008): *Prä- und perinatale Entwicklung des Menschen*. In: Hasselborn, M.; Silbereisen, R. (Hg.): *Entwicklungspsychologie des Säuglings- und Kindesalters*. Göttingen: Hogrefe Verlag, 3–66.
- Shoemark, H.; Grocke, D. (2010): *The markers of interplay between the music therapist and the high risk full term infant*. *Journal of Music Therapy* XLVII (4), 306–334.
- Standley, J. M. (2002): *Music therapy in the NICU: promoting the growth and development of premature infants*. *Zero to Three* 23 (1), 23–27.

- Standley, J. M.; Walworth, D. (2010): *Music therapy with premature infants. Research and developmental interventions* (Second., p. 247). Silver Spring: The American Music Therapy Association.
- Standley, J. (2012): *Music therapy Research in NICU: an Updates Meta-analysis*. Neonatal Network 31 (5), 311–316.
- Standley, J. M.; Moore, R. S. (1995): *Therapeutic effects of music and mother's voice on premature infants*. Pediatric Nursing 21, 6, 509–512, 574.
- Swathi, S.; Ramesh, A.; Nagapoornima, M.; Fernandes, L. M.; Jisina, C.; Suman Rao, P. N.; Swarnarekha, A. (2014): *Sustaining a „culture of silence“ in the neonatal intensive care unit during nonemergency situations: A grounded theory on ensuring adherence to behavioral modification to reduce noise levels*. Int J Qual Stud Health Well-being; 2014; 9: 10.3402/qhw.v.9.22523.
- Thoma R.; Fischer C. (2007): *Lärmexposition des Frühgeborenen im Inkubator auf der neonatologischen Intensivstation*. In: Z Geburtshilfe Neonatol 2007, 211 – PV5.
- Wense, A. v.; Bindt, C. (2013): *Risikofaktor Frühgeburt – Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln*. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Whipple, J. (2000): *The effect of parent training in music and multimodal stimulation on parent-neonate interactions in the neonatal intensive care unit*. Journal of Music Therapy 37, 4, 250–268.
- Wittenberg, J.-V. P. (1990). *Psychiatric considerations in premature birth*. Canadian Journal of Psychiatry 35 (9), 734–740.

Dr. Susann Kobus  
 Postfach 480127  
 48078 Münster  
 E-Mail: info@susann-kobus.de  
 www.susann-kobus.de

#### Hinweis

Übergänge als Entwicklungsaufgaben im weiter fortschreitenden kindlichen Leben sind Themen, mit denen sich auch entwicklungspsychologisch orientierte Autoren im MU Themenheft ‚Übergänge‘ auseinandersetzen: *Alison Levine* referiert die Bedeutung von Übergängen zwischen Beziehungsräumen anhand von Winnicotts Entwicklungskonzepten und beschreibt *Übergangsobjekte und Übergangsphänomene in der Musiktherapie*.

*Daniel Zimprich* erläutert Übergänge als zentrales Entwicklungskonzept, das *Qualitative Veränderungen* fassbar macht. *Elisabeth Heymann-Röder* gibt mit ihrer Fallvignette *Ein Safe Place als Übergangsraum* Einblick in eine Kindertherapie.



# Developing Faith in the Transition to Adulthood: An Analysis of Songs Written by Adolescents who have had Adverse Childhood Experiences

## Glaubensentwicklung im Übergang zum Erwachsenen werden: Eine Analyse von Liedern, geschrieben von Jugendlichen mit belastenden Kindheitserfahrungen

Michael Viega<sup>1</sup>, New York

*The Adverse Childhood Experiences Studies (ACE) reveal a longitudinal relationship between childhood trauma and high-risk health outcomes in adulthood, leaving adolescence a precarious transitional stage of development. Faith development, where personal trust is placed in something of value, can be a resource for adolescents in developing a positive orientation towards the future in the face of hopelessness. The study investigates the development of faith as revealed in songs created by adolescents who have experienced extreme adversity and trauma. Results of combined arts-based and analytic song analysis indicate three song categories corresponding with stages of trauma: Songs that Protect Vulnerability, Songs of Abandonment, and Songs of Faith and Love, which is then supported by James Fowler's model of faith development. A model of therapeutic songwriting is presented to help adolescents develop faith towards their transition into adulthood. This model has three phases: Imitation, Developing Self-Reflection, Developing Self-Love. Implications and applications of this model are discussed.*

*Die Adverse Childhood Experiences (ACE) Studien (Studien zu Kindheitstrauma und Gewalt) zeigen eine longitudinale Beziehung zwischen Kindheitstraumata und dem hohen Risiko für Gesundheitsfolgen im Erwachsenenalter. Der Glaube, als ein persönliches Vertrauen in etwas Wertvolles, kann für Jugendliche angesichts von Hoffnungslosigkeit in Bezug auf die Zukunft eine Ressource für das Entwickeln einer positiven Orientierung sein. Die beschriebene Studie untersucht in Liedern Jugendlicher, die extreme Belastungen und Traumata erlebt haben, die Entwicklung von Glauben. Die kombinierte kunstbasierte (arts-based) und analytische Liedanalyse verdeutlicht im Ergebnis drei Lied-Kategorien für Traumastufen: Lie-*

---

1 Author's Note: The author would like to acknowledge Dr. Cheryl Dileo, director of the Arts and Quality of Life Research Center (AQLRC) at Temple University, Philadelphia, PA. The songs presented in this paper were a part of AQLRC's *Hear Our Voices* initiative. In addition, thanks to Dr. Kenneth Aigen (Music Therapy, New York University) for his mentorship and advisement involving this work.

*der, die vor Verwundbarkeit schützen, Lieder des Verlassenseins, und Lieder des Glaubens und der Liebe. Dies wird durch James Fowlers Modell der Entwicklung des Glaubens theoretisch fundiert. Für Musiktherapeuten wird ein entsprechendes Modell für Songwriting vorgestellt, um Jugendliche in Glaubensfragen während des Übergangs ins Erwachsen werden zu helfen. Dieses Modell besteht aus drei Phasen: Nachahmung, Entwicklung der Selbstreflexion, Entwicklung der Selbstliebe. Es werden die damit zusammenhängenden Vorstellungen und Anwendungsmöglichkeiten dieses Modells diskutiert.*

## **Literature Review: Adolescent Development and Adverse Childhood Experiences**

Adolescence is a pivotal transitional period of human development physically, emotionally, socially, psychologically, neurologically, and spiritually (Curtis 2015; Good & Willoughby 2008; Steinberg & Morris 2001; Romeo 2017). Successful transition to adulthood requires a transformation of consciousness, from that of a child who is able to attend freely within symbolic play to that of an adult seeking wholeness and meaningfulness (Csikszentmihalyi & Larson 1984). Erick Erikson (1968), renowned developmental psychologist, notes that this period of human development is marked by paradox: For instance, a teenager seeks individuality and autonomy while also craving group belonging; an adult might shame a teenager for exploring new identities, while simultaneously place them in situations that embarrass them in front of their peers. Already faced with concerns of identity formation, complex social pressures, and a rapidly maturing brain, an adolescent's transition into adulthood can be marred by the impact of stress and childhood trauma (Layne et al. 2014; Romeo 2017).

A large-scale longitudinal study that began in 1995, called the Adverse Childhood Experiences Study (ACE), has been examining the relationships between exposures to childhood trauma and the „origins of high priority health, behavioral, and social problems“ (Larkin, Shields & Anda 2012, 264) for adults and adolescents. ACE has been defined as pertaining to those persons under 18 years of age who have suffered one or more of the following,

- 1) emotional neglect,
- 2) physical abuse,
- 3) sexual abuse,
- 4) verbal abuse,
- 5) physical neglect,
- 6) battered mother,
- 7) household substance abuse,
- 8) mental illness in household,
- 9) parental separation or divorce,

10) incarcerated household members (Anda & Brown 2007; Felitti et al. 1998). ACE studies have revealed strong relationships between the number of traumas experienced by a child and health difficulties in adulthood, including early death (Dube et al. 2001; Felitti et al. 1998). Though many of these studies have focused on the impact of childhood trauma on adults, evidence supports that the same danger exists for adolescents (Layne et al. 2014; Rytälä-Manninen et al. 2014). This includes attachment difficulties, truancy, substance abuse, running away from home, suicidal ideation, criminality, self-injury, and sexual exploitation (Layne et al. 2014). It is clear that youth who have been exposed to childhood trauma have to overcome tremendous hurdles in the transition to adulthood, which can result in hopelessness (Hamilton et al. 2013).

Hopelessness has been defined as „the expectation that negative events will happen in the future and the belief in one’s helplessness to affect these outcomes“ (Hamilton et al. 2013, 465). Hopelessness has been linked as a predictor for depression in adolescence (Hamilton et al. 2013), which can be enhanced when adolescents experience victimization and are unable to consider future consequences and plans before acting. This has been attributed to brain development in adolescence, especially amygdala, hippocampal formation, and prefrontal cortex (Romeo 2017). Hamilton et al. (2015) have noted that interventions to help adolescents develop a strong orientation towards the future might build resilience and lessen the impact of hopelessness and depression.

Though researchers have stressed the importance of identity formation, cognitive and social growth in aiding an adolescent’s transition into adulthood, less is known about the impact of spiritual development. Good and Willoughby (2008) hypothesize that adolescents are particularly susceptible to exploring spirituality, defined as one’s personal connection to the power of divinity and peak experiences, as a way of coping with the intensity of adolescence. In addition, the authors state that adolescent conversions towards spirituality can endure throughout the lifespan and provide a powerful resource towards regulating stress and emotions into adulthood.

Given that music plays a formidable role in adolescent development (McFerran 2010; McFerran, Garrido & Saarikallio 2016) and the possible spiritual dimensions of popular music (Aigen 2008; Sylvan 2002), it is important to see how spirituality might emerge within music created in health-related contexts. This paper seeks to investigate how spirituality, specifically faith development, manifests within songs created by adolescents who have experienced extreme childhood trauma.

## **Therapeutic Songwriting**

Therapeutic songwriting has been used with adolescents in a variety of health settings as a way to address medical trauma (Robb 1996; Robb & Ebberts 2003a, 2003b), issues surrounding bereavement (Dalton & Krout 2005; Krout 2005), instill hope and resilience (Goldstein 1990; Kinney 2012), and to help adults to help

process childhood trauma and abuse (Day 2005; Day, Baker & Darlington 2009). Baker (2015a) notes that therapeutic songwriting can support identity formation, with songs serving as a clinical artifact that captures a person within a certain stage of development. Baker and MacDonald (2014) have found that authenticity and meaningfulness in songs can be enhanced when a person feels it captures his or her identity. The individual uniqueness of each songwriter is expressed not only in the lyrics but also in the music, which can serve to enhance, contradict, and/or support textual information in songs (Turry 2006; Viega and Baker 2016). Since music plays a vital role in identity formation in the everyday lives of adolescents (Laiho 2004), therapeutic songwriting can provide an important resource for helping an adolescent transition to adulthood through the exploration and expression of one's uniqueness and lived experience (Viega 2013).

Analysis of songs written in music therapy can serve as an artifact that informs clinicians of a songwriter's developmental processes. Song analysis can also support empathy building for the lived experience of disability, trauma, and the ecological contexts that impact the songwriter (Viega and Baker 2016, 2017). O'Callaghan and Grocke (2009) discussed two different approaches to lyric analysis, a grounded theory approach used for hypothesis generation and theory building, and phenomenological analysis used to uncover more holistic understanding of the experiences revealed in the songs. Aigen (2009), Turry (2006), Viega (2013), and Baker (2015b) have noted the importance of a more integrated approach to investigating songs integrating music and lyric analysis. Viega and Baker (2016) have also discussed the benefits of combining experiential and analytic approaches to song analysis, suggesting that arts-based methods can reveal more complex themes that might be missed otherwise.

A combined approach to song analysis is used in this study towards investigating the complexity of adolescent development and the lived experience of trauma. The hope of this study is that in-depth song analysis can reveal the trails, fears, rewards, and needs of adolescents who have had adverse childhood experiences so that a better understanding of how music therapists can support their transition to adulthood through therapeutic songwriting is garnered. Therefore, the purpose of this study is twofold. First, is to reveal developmental processes of adolescents who have experienced trauma through song analysis; second, is to understand how faith (future orientation) develops for adolescent songwriters who have had adverse childhood experiences.

## **Method Song Analysis**

Twelve songs were analyzed using a combination of arts-based and analytic lyric and music analysis. For an overview of the benefits of combined experiential and analytic song analysis see Viega and Baker. Adolescents in a residential-care facility who have experienced high ACE scores wrote the songs analyzed in the study. The residential-care facility was located outside of Philadelphia, Pennsylvania in

the United States of America. The songwriters came from a high-risk inner-city environment. They identified with Hip Hop Culture, which has been defined as artistic response towards systematic oppression, as well as cultural expressed within street entrepreneurialism, knowledge, language, and fashion (KRS-One 2009; Westbrook 2002). For more about the discourse surrounding Hip Hop Culture and Music Therapy see Viega (2016a).

Songwriters in this study participated in therapeutic songwriting program called *Hear Our Voices*, an initiative of the Arts and Quality of Life Research Center out of Temple University (Philadelphia, PA) and founded by its director Dr. Cheryl Dileo. A total of twenty-two songwriting participants recorded one hundred and fourteen compositions over the course of the songwriting program at this residential-care facility. Songs were chosen for analysis based on the researcher's own visceral and intuitive relationship with the compositions. In essence, the author started with songs that he had resonated intimately and that evoked either positive transferences or uncomfortable associations. Subsequent songs were then chosen based on emerging data generation. Twelve songs in total were analyzed with data saturation (Fusch and Ness 2015) informed by the creative processes of the arts-based analysis (see Table 1).

*Table 1*  
*Included Songs for Analysis*

Song Title	Music Style	Type of Song	Song Length
Cryin'	R & B	Lyrics layered over precomposed loops	1:00
Emotional Disaster	R & B and Rock hybrid	Original lyrics recorded over layered precomposed loops and live guitar and synthesizer	4:24
Butterfly Wings	R & B	Original lyrics over pre-composed instrumental	2:34
My Party	Rap	Rapping over pre-composed song instrumental	1:14
Darkness	Rap- „Horrorcore“	Original composition with electronic instruments (drum machine and synthesizers)	4:20
Who'll Understand?	Rap	Composed lyrics over pre-composed song instrumental	2:18
Lost	Rap	Pre-composed instrumental and rapping	3:11
Love	R & B	Lyrics sung over pre-composed instrumental	3:11
Numb	Singer Songwriter	Singing over guitar	4:05
Reek Mugga	Rap	Rapping on client created instrumental	2:46
A Girl Like Me	R& B	Original lyrics over client created music	3:39
Butterfly Wings (Revisited)	R & B	Original lyrics over pre-composed song instrumental	2:34

## Arts-based Analysis

Arts-based research (ABR) continues to develop in music therapy research with two special editions on this topic recently appearing in the *Journal of Music Therapy* (Winter 2015) and *Music Therapy Perspectives* (Spring 2016). ABR is defined as “an umbrella term that includes the use of arts as a research method – where the art forms are primary in the research process – and as an overall methodology – where a creative world-view forms the philosophical foundation for an inquiry” (Viega and Forinash 2016, 491). For the current study, ABR was seen as the primary methodology, where a sustained creative worldview informed the decision-making processes throughout the research study (Rolling 2013, Viega 2016b). The primary purpose of ABR is theory generation, using the arts to discover and invent new possibilities of observing complex social phenomenon (Rolling 2013).

Remixing was used as the primary artistic method of data generation. Remixing is a music technique that uses copying/cut and paste music technology, sampling small moments of a pre-composed song to discover meaning by creating a new composition (Navas 2012; Viega 2013). The craft of remix was chosen for this study since it reflects ways songs are recontextualize in popular music styles like rap, which also mirrored the preferences and cultural identity of the songwriters. First, Viega listened to the songs in a relaxed state of consciousness and allowed himself to respond naturally to whatever affective and intuitive response he had, paying attention to bodily sensations and emotional responses to the music. This occurred over several listens until a moment from each song was chosen to sample, which could include one or more of the following:

- 1) music elements, such as a 4–8 bar guitar or piano accompaniment,
- 2) lyrical elements, such as a word or a phrase that evoke a strong affective response,
- 3) ambient elements of the recording not related to music or lyric content, such as sounds and conversations that occur outside of the song’s context.

The various sounds were then sampled from the original recordings using a Korg (ESX-1) Electronic Sampler Production Station, which includes a drum machine, synthesizer, and sampling capabilities. New remix compositions were created and organized in an iTunes playlist. A panel of professionals representing the various elements of the study – a music therapy expert on therapeutic songwriting, a social worker immersed in Hip Hop Culture, and an arts-based researcher – listened and reflected on the original songs and the remix composition to ensure trustworthiness of the arts-based design. A total of twelve remixes were created.

Structural corroboration (Barone and Eisner 2012) is the process of taking various artistic data to create a unified piece, which makes the findings more compelling and promotes credibility in ABR. The twelve remix compositions were organized into a final concept album called *Rising from the Ashes*. The album is composed of three stages, 1) Going into Hiding, 2) Down in the labyrinth, and 3) Loving me and my Butterfly Wings (see table 2). For more about the arts-

based research results from *Rising from the Ashes* see Viega, 2016c, where a video performance of that album is available through *Music Therapy Perspectives*.

*Table 2*  
*Stages of the Concept Album*

Stages of Concept Album	Remix Composition Tracks	Original Songs
Overture	Track 1: Rising from the Ashes	Butterfly Wings
Going into Hiding	Track 2: Hide it all in my Body	Lost
	Track 3: Leave me Alone, I'm Scared	My Party
	Track 4: Like Icarus	Reek Mugga
Down in the Labyrinth	Track 5: Her Words are Lost	Cryin'
	Track 6: My Heart Can't Take it Anymore	Emotional Disaster
	Track 7: Funeral Procession	Darkness
	Track 8: Thaw	Numb
"Loving me and my Butterfly Wings"	Track 9: Shining Up in the Sky	Who'll Understand?
	Track 10: Opening a Door	Love
	Track 11: U R U!	A Girl Like Me
	Track 12: Soar!	Butterfly Wings

## Analytic Analysis

The original songs were organized using the three stages developed in *Rising from the Ashes*. Going stage-by-stage, songs were systematically analyzed for lyrics, music, and composition elements. The lyrics were analyzed using phenomenological approaches outlined in O'Callaghan & Grocke (2009). In addition, Viega scored the salient music qualities of each song and completed a final summary for each composition noting how the music and lyrical themes interacted. Using the categories of the concept album, Viega cross-compared the songs in each stage and compiled final summaries. Last, between category analysis of the summaries revealed three themes that illuminate the developmental processes within these groups of songs, which include *Songs that Protect Vulnerability*, *Songs of Abandonment*, and *Songs of Faith and Love*.

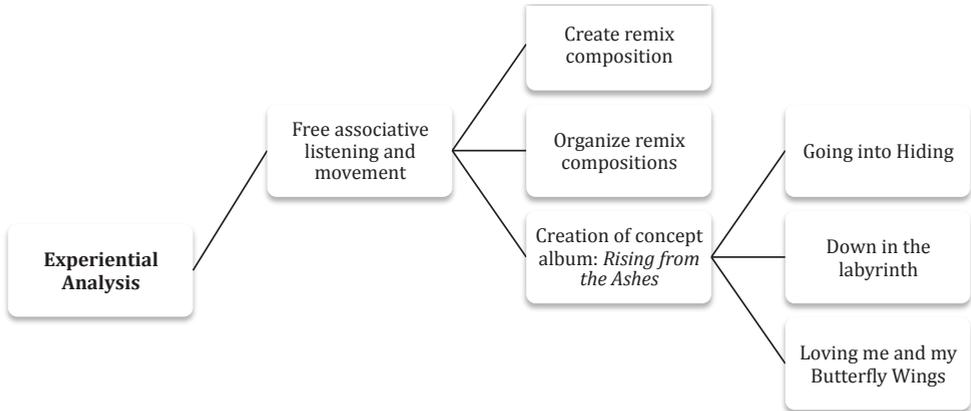


Figure 1  
Phase 1: Experiential Analysis

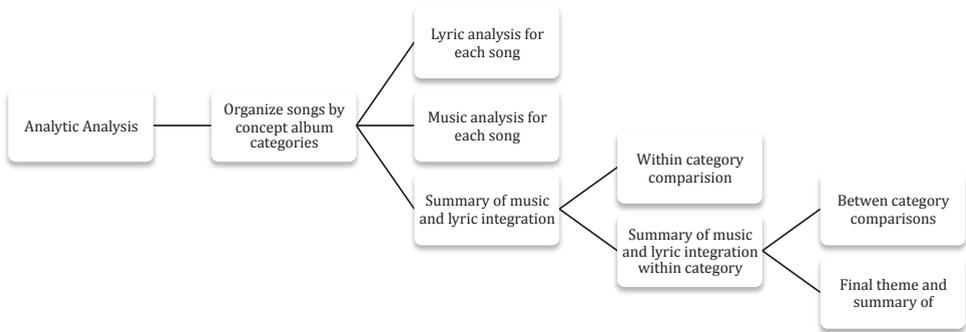


Figure 2  
Phase 2: Analytic Analysis

## Fowler's Model of Faith Development

The findings from the experiential and analytic portions of study were synthesized with the stages of James Fowler's model of faith development (1981/1995). In the context of this study, faith is defined as universal meaning-making where personal trust is placed in something of value, whether it is religion, spirituality, music, family, or any other numinous structure (Fowler 1981/1995). The construct of faith is relevant to this study for several reasons:

First, faith can be seen as the development of a positive orientation towards the future, which is needed for adolescents to gain resilience and coping from traumatic experiences.

Second, popular music has been noted for its ability to be a vehicle towards numinous and transformation experience for adolescents, which relates to the stylistic elements of the songs created in the therapeutic songwriting program (Aigen 2005; Sylvan 2002; Viega 2013).

Last, the construct of faith and spiritual development mirrors the worldview presented here for adolescent development, which is a transformation of consciousness from childhood to adulthood that includes a spiritual journey towards self-understanding (Csikszentmihalyi & Larson 1984).

Fowler's developmental theory of faith (1981/1995) is an extension of Piaget's (1950/2001) theory of intelligence development, Lawrence Kohlberg's (1981) stages of moral development, Erik Erikson's (1968/1994) stages of identity development, and Daniel Levinson's (1978) understandings of the transitional eras in human development. Fowler devised seven stages that represent various phases of human growth and development: Stages 1–4 represent the eras of infancy (undifferentiated faith), childhood (intuitive-projective faith), early adolescence (mythic-literal), and late adolescents (synthetic-conventional). Stages 5–7 represent young adulthood (individuating-reflective faith), middle age (conjunctive faith), and late adult era (universalizing faith). Fowler's model has been criticized for its structural and linear approach to faith development, as well as negating ecological and cultural influences (Heywood 2008). For the current study, Fowler's model was used as way of enhancing meaning of psychological processes revealed through experiential and analytic analysis of the songs and not to suggest universality or linear growth from adversity and trauma.

## Results

The first purpose of this study related to revealing developmental processes of adolescents who have experienced trauma through a combination of experiential and analytic analysis. Three categories emerged describing the various stages of development revealed in the songs: Stage 1, *Songs that Protect Vulnerability*; Stage 2, *Songs of Abandonment*; Stage 3, *Songs of Faith and Love*.

### *Songs that Protect Vulnerability*

Three songs fit within this category, "My Party", "Lost", and "Reek Mugga".<sup>2</sup> The music and lyrics in these songs reveal a duality within the lived experiences of

2 MP3 recordings of *Songs that Protect Vulnerability* can be accessed at:  
 "My Party" ([https://drive.google.com/open?id=0B6tJ2\\_7IJPaKQXdDZ0ZRczNEMjQ](https://drive.google.com/open?id=0B6tJ2_7IJPaKQXdDZ0ZRczNEMjQ)).  
 "Lost" ([https://drive.google.com/open?id=0B6tJ2\\_7IJPaKOV9TTG9hVEdPZFK](https://drive.google.com/open?id=0B6tJ2_7IJPaKOV9TTG9hVEdPZFK)).  
 "Reek Mugga" ([https://drive.google.com/open?id=0B6tJ2\\_7IJPaKNEE0M0Fxb3VITnM](https://drive.google.com/open?id=0B6tJ2_7IJPaKNEE0M0Fxb3VITnM)).

adolescents in this phase of development: On one end, the lyrics describe topics related to obtaining power, fame, and money, and engaging in high-risk, heedless behaviors. In addition, most lyrics are written without concrete narratives and instead are projective and spontaneous. Concurrently, the music provides dystopian soundscapes filled with sound effects like sirens and missile blasts, subsonic bass tones and pounding drums, and dislocated synthesizers. Any acoustic or natural instrumentation (human whistles, acoustic guitars and pianos) are hidden within the bombastic music production. The conflict between the music and lyrics suggests that the songwriters are protecting vulnerable emotions, such as existential fear and rejection, in order to prevent emotional and psychological pain from surfacing.

### *Songs of Abandonment*

Four songs were categorized as *Songs of Abandonment* including, “Cyrin”, “Emotional Disaster”, “Darkness”, and “Numb”.<sup>3</sup> The songs in this category lyrically detail emotional, physical, and sexual abuse and abandonment that has resulted in feelings of self-hate, hopelessness, suicidal ideation, depression, and numbness. The music plays a dual role in this stage of development. First, it offers possibilities to explore and move through the evocative topics expressed in the lyrics. Musical and production elements often give voice to unexpressed emotions, offering empathy and support to the songwriter’s lyrics. Second, sound effects are used to intensify and enhance more linear narratives that are forming. For instance, thunderstorms and rain effects are used to heighten the emotional atmosphere; pitch manipulation and stereo panning enhances feelings of depression and/or feeling disoriented; filters and delay create a sense of fragmentation, disconnection, and isolation.

### *Songs of Faith and Love*

Four songs were categorizes as *Songs of Faith and Love* including, “Who’ll Understand?”, “Love”, “A Girl Like Me”, and “Butterfly Wings”.<sup>4</sup> Lyrically, songs

3 MP3 recordings of *Songs of Abandonment* can be accessed at:

“Cyrin” ([https://drive.google.com/open?id=0B6tJ2\\_7IJPaKcDJmanV4Y2VBQms](https://drive.google.com/open?id=0B6tJ2_7IJPaKcDJmanV4Y2VBQms)).

“Emotional Disaster” ([https://drive.google.com/open?id=0B6tJ2\\_7IJPaKRTU2eWRqTk9INEU](https://drive.google.com/open?id=0B6tJ2_7IJPaKRTU2eWRqTk9INEU)).

“Darkness” ([https://drive.google.com/open?id=0B6tJ2\\_7IJPaKc2ZPMLhrZDdhQVE](https://drive.google.com/open?id=0B6tJ2_7IJPaKc2ZPMLhrZDdhQVE)).

“Numb” ([https://drive.google.com/open?id=0B6tJ2\\_7IJPaKUWFzYkVkJVEcxV3c](https://drive.google.com/open?id=0B6tJ2_7IJPaKUWFzYkVkJVEcxV3c)).

4 MP3 recordings of *Songs of Faith and Love* can be accessed at:

“Who’ll Understand?” ([https://drive.google.com/open?id=0B6tJ2\\_7IJPaKNFdvGZHd0tCQ2s](https://drive.google.com/open?id=0B6tJ2_7IJPaKNFdvGZHd0tCQ2s)).

“Love” ([https://drive.google.com/open?id=0B6tJ2\\_7IJPaKTUdjM3VkJVGcxLUk](https://drive.google.com/open?id=0B6tJ2_7IJPaKTUdjM3VkJVGcxLUk)).

“A Girl Like Me” ([https://drive.google.com/open?id=0B6tJ2\\_7IJPaKSGlYa1NwNnNXS2s](https://drive.google.com/open?id=0B6tJ2_7IJPaKSGlYa1NwNnNXS2s)).

“Butterfly Wings” ([https://drive.google.com/open?id=0B6tJ2\\_7IJPaKQV8yLVZ3eF8ycGc](https://drive.google.com/open?id=0B6tJ2_7IJPaKQV8yLVZ3eF8ycGc)).

in this category discover resources of self-love, personal power, and faith for a better future. In addition, personal stories of struggle are shared but from within a space of resilience. The last song, “Butterfly Wings,” offers mentorship towards those who have experienced adversity but are struggling and lost. The music plays a powerful supportive role, with acoustic instruments, syncopated rhythmic drumming, and synthesized instruments enhancing feelings of empowerment and self-love. Soaring melodies and harmonic progressions provide the needed musical structures to encourage and allow feelings of faith and love to expand and grow. Vocal melodies take on a significant role in this stage with self-exploration occurring in the sonic background of the supportive musical and production elements.

*Table 3  
Developmental Summary of Transitions Between Song Stages*

Songs that Protect Vulnerability	Songs of Abandonment	Songs of Faith and Love
<ul style="list-style-type: none"> <li>• The music provides a setting in which songwriters can explore various personas within the lyrics</li> <li>• The music reveals hidden emotions not found in the lyrical content</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The music offers possibilities to explore and move through challenging emotional states that the songwriters expose in their lyrics</li> <li>• The music intensifies the lyrical content by utilizing studio effects</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The music partners with the lyrical content to support the songwriters’ blossoming feelings of self-love</li> <li>• The music provides balance, integration, and stability to allow feelings of self-love and empowerment to expand and grow</li> </ul>

The second purpose of this study related to understanding how faith (future orientation) develops for adolescent songwriters who have had adverse childhood experiences. Fowler’s pre-stage and stage one – *Undifferentiated Faith* and *Intuitive-Projective Faith* – relate to *Songs that Protect Vulnerability*; stage two – *Mythic-Literal* – relates to *Songs of Abandonment*; stage three and four – *Synthetic-Conventional* and *Individuative-Reflective* – relates to *Songs of Faith and Love* (see table 4). Presented below is a summary that links Fowler’s developmental descriptions with the findings described above.

*Table 4*  
*Relationship Between Fowler's Stages of Faith and Song Categories in this Study*

Fowler's Stages of Faith	Songs	Song Category
Pre-stage: Undifferentiated Faith	My Party	Songs that Protect Vulnerability
Stage One: Intuitive-Projective	Lost Reek Mugga	Songs that Protect Vulnerability Songs that Protect Vulnerability
Stage Two: Mythic-Literal	Cryin' Emotional Disaster Darkness Numb	Songs of Abandonment Songs of Abandonment Songs of Abandonment Songs of Abandonment
Stage Three: Synthetic-Conventional	Who'll understand? Love A Girl Like Me	Songs of Faith and Love Songs of Faith and Love Songs of Faith and Love
Stage Four: Individuative-Reflective	Butterfly Wings	Songs of Faith and Love

### **Pre-Stage: Undifferentiated Faith**

The undifferentiated faith stage is dependent on mutuality and characteristic of a symbiotic relationship and healthy attachment experienced in infancy. This stage is the basis of trust and enduring faith (Fowler 1981/1995). Fowler (1981/1995) suggests that the infant may be locked “in a pattern of isolation and failed mutuality” (p. 121) if neglect and abandonment occurs during this stage. This struggle can be found in the song “My Party,” in which the songwriter is left to her own devices and engaging in self-harm amidst the backdrop of a dystopian sonic soundscape. The primary need expressed in this song is for safety in the face of being exposed and vulnerable.

#### *Stage 1: Intuitive-Projective Faith*

The songs “Lost” and “Reek Mugga” represent this stage, where imitative, fantasy-filled play are central in the development of faith. The songwriters for both these songs identified and copied stylistic elements from their own favorite rappers. The creation of these songs was spontaneous and lyrics often came out of improvisational rhyming, representing unconscious sexual, violent, and destructive imagery. In addition, the songwriters displayed egocentric tendencies often associated with developmental patterns found in this stage of development.

### *Stage 2: Mythic-Literal Faith*

The songs found within this stage represent the category of *Songs of Abandonment*: “Cryin’,” “Emotional Disaster,” “Darkness,” and “Numb.” In the mythic-literal stage, linear narratives form reflecting internal conflicts (Fowler 1981/1995). In addition, forces within the songs keep the songwriters in hopelessness and despair, which reflects Fowler’s belief that characters in this stage feel they deserve their fate and are helpless to an all-powerful force (such as the sound effects used in these songs to enhance the lyrical narratives). The benefits of successful completion through this stage are development of self-reflective skills and enhanced meaning of their lived experience.

### *Stage 3: Synthetic-Conventional Faith*

Three songs, within the category of *Songs of Faith and Love*, fit within this stage: “Who’ll Understand?,” “Love,” and “A Girl Like Me.” In this stage, self-love is developing as the songwriters confront their past and find meaning from their experiences. This growth is usually occurring in context of developing interpersonal relationships, such as a mentor, teacher, or close ties with peers. This is reflected within the integration of the music and lyrics, where the music provides grounding and support for the songwriters to reflect on their past experiences. The benefits of successful completion of this stage are embodied feelings of self-love and the ability to reach out for help when needed.

### *Stage 4: Individuative-Reflective Faith*

One song, from the category *Songs of Faith and Love*, fits within this stage, “Butterfly Wings.” This stage is an extension of the synthetic-conventional faith. Here, a person commits to continued self-growth, while at the same time reaches out to others who have had similar experiences. In addition, symbols emerge that are linked directly to one’s identity (Fowler 1981/1995). In “Butterfly Wings,” the songwriter uses nature symbols to identify her internal resources (such as “grace of a doe,” and “serenity of a dove”). One fear of this stage is not successfully transitioning to stage five and instead returning to stage 1 in what Fowler (1981/1995, 183) calls a “second narcissism.” This is reflected in this song by the ambiguous tonal structure, which does not provide a solid tonic (home). However, the rhythmic accompaniment and production provides enough grounding and space for the songwriter to spread her wings and fly. It should be noted however, that this is a sensitive time of transition, and the songwriter needs continued support. However, the benefits of this stage are enhanced agency and self-worth towards having a fully realized, meaningful adulthood, while providing mentorship to others.

Fowler’s stages five and six, conjunctive faith and universalizing faith, are not represented in these songs. This is possibly due to the more complex, advanced, and transcendent worldviews represented in these stages. Within Fowler’s model, stage four (*individuative-reflective faith*), represents young adulthood. “Butterfly

Wings” represents this stage, even though the songwriter is in late adolescence. However the songwriter symbolizes what successful transition into adulthood might look like for an adolescent who has experienced extreme trauma.

## Discussion

The purpose of this study was to investigate transitional and developmental processes within songs created by adolescents who have had adverse childhood experiences. In particular, faith development (Fowler 1981/1995) was considered as a possible resource for helping adolescents develop a positive orientation towards their future. The results indicate a developmental model of therapeutic songwriting that could help adolescents who have experienced adversity move through stages of faith development towards a positive future orientation (see Table 5). This model has three phases: *Imitation*, *Developing Self-Reflection*, *Developing Self-Love*. It is important to note that this model does not suggest that each songwriter will move through these phases in a linear progression. Instead, these phases provide a portrait of possible therapeutic decisions to help adolescents develop faith as a resource for coping with adverse childhood experiences.

*Table 5*  
*Stages of Development Therapeutic Songwriting*

Songwriting Phase	Fowler's Stage of Faith	Musical Development
Phase 1: Imitation	Pre-stage: Undifferentiated Stage 1: Intuitive-Projective	1) Simple accompaniment 2) Identifying with favorite artist 3) Little to no melodic development 4) Lyrics that are produced intuitively and contain projective unconscious material
Phase 2: Developing Self-Reflection	Stage 2: Mythic-Literal	1) The songwriter uses the music consciously to propel the narrative of the lyrics 2) Musical elements enhance and illuminate internal struggles 3) Lyrics name and explore challenging emotions 4) Characters and symbols in lyrics act upon the songwriter 5) Melodic elements emerge but detached from songwriter's voice
Phase 3: Developing Self-Love	Stage 3: Synthetic-Conventional Stage 4: Individual-Reflective	1) Melodic elements embody songwriter's voice 2) Harmony provides stability and support for development of self-love 3) Ambient texture support narrative and symbolic representations are connected to songwriter's lyrical content

### *Phase 1: Imitation*

For songs that share characteristics with the category *Songs that Protect Vulnerability*, songwriters are identifying and imitating their favorite artists. They protect their own inner vulnerabilities and engage in the songwriting process through play. Lyrically and musically, songs are created quickly. Free association and symbolic play can reveal internal conflicts such as an unrestrained need for power, agency, control, and emotional regulation, which might be expressed through violent, objectifying, and evocative verbal content. There is often little harmonic and melodic development and the rhythm and bass might play a prominent role in the song production.

In this phase of therapeutic songwriting, the music therapist needs to be aware of his or her own prejudices as the lyrical and musical content can be evocative and situated within one's culture, such as that of rap and Hip Hop (Hadley and Norris 2016; Viega 2016a). Primary is for a music therapist to note issues of trust versus mistrust in the therapeutic relationship. The music therapists must nurture a therapeutic space that is safe, creative, and playful, while simultaneously creating boundaries to help contain possible anxiety an adolescent might be experiencing within the relationship. In addition, an unconditional positive regard and acceptance essential for creating therapeutic rapport, could help to support a working relationship, along with working towards building resources during this phase. During this stage the music therapist should encourage playful exploration through verbal wordplay, music instruments, and/or digital technology. While the adolescent explores, the music therapist listens for the metaphors and messages to build an empathetic connection to the adolescent's lived experience. Resource and rapport building at this phase can help when entering into phase two, *Developing Self-Reflection*.

### *Phase 2: Developing Self-Reflection*

In this phase, a linear story line emerges from the songs that explore songwriters' adverse childhood experiences. The lyrical narratives and music production contain elements, such as added sound effects or characters in the lyrics that work towards keeping the songwriter in a perpetual state of hopelessness and powerlessness. Melodies within these songs might be underdeveloped, while simple harmonic and rhythmic qualities help contain the evocative lyrical content.

This phase might provoke powerful feelings from the music therapist, wanting to rescue the songwriter, pushing him or her towards resolution or solutions. Here, issues related to suicidal ideation, self-injurious behaviors, or other self-destructive tendencies might emerge for the songwriter. Therefore, a music therapist must provide the songwriter with support, while simultaneously being mindful of ethical responsibilities regarding safety and confidentiality if a duty to warn scenario emerges (Dileo 2000). The music therapist should use authentic listening to nurture

emerging self-reflection within this phase by offering music production options to enhance these feelings.

Songwriters can experience a paradox in this phase: On one hand, they will experience the joy and rewards of creating a song, while simultaneously painful memories, emotions, and feelings might emerge. With therapeutic support, the songwriter can experience prolonged and focused engagement with the songwriting process. This in turn could help a songwriter in nurturing his or her own unique voice and songwriting style.

### *Phase 3: Developing Self-Love*

In this phase of therapeutic songwriting, songwriters use the music to demonstrate insight garnered from their past trials and tribulations, discover solutions towards a better tomorrow, and express embodied feelings of self-love. The songs written in this phase may feel like a partnership between the music therapist, songwriter, and the music, each supporting the emerging expressions of faith and love. Vocal melodies might be more prominent with a wider range of intervallic leaps and rhythmic runs that highlight soaring emotions of personal freedom and connection.

Songwriters will show eagerness to engage, while simultaneously feeling vulnerable and anxious due to the nature of transforming consciousness into adulthood by taking own personal responsibilities and giving back to others. The therapist's role during this phase is to maintain a safe environment and provide autonomy for the songwriter's expansion and growth in the music. At the same time, the therapist must be aware of any returning destructive patterns that might hinder the songwriter's transition to adulthood. In this phase, the trust developed within the therapeutic rapport plays a pivotal role in providing mentorship towards successful transition.

### *Future Directions and Limitations*

This study investigated songs created by adolescents who have experienced trauma through arts-based and analytic analyses. The results of the analyses indicated stages of faith development as revealed in the songs. Viega and Baker (2016) note that combined experiential and analytic song analysis can uncover a richer, more complex narrative of people's lived experience in health-related contexts. However, they warn of the constraints to combined analysis including the time it takes to conduct an in-depth investigation, as well as the training needed in utilizing experiential techniques. For instance, Viega is a Fellow in the Association of Music and Imagery, and trained to conduct analytic and experiential analysis in the Bonny Method of Guided Imagery and Music.

The results of this study are bound to Viega's own interpretations, which are indicative of his own aesthetic and cultural, theoretical worldview, and direct clinical experiences. However, this study is meant to mirror clinical experience towards providing music therapists ways of utilizing artifacts of therapeutic

process (i.e. songs). The model provided above can help music therapists gain a deeper understanding of the lived experience of trauma and develop therapeutic songwriting interventions that can help a person in the development of faith. Future implications of this work could be the development of an assessment tool, using song analysis to reveal stages of development and clinical interventions.

The transition to adulthood for adolescents who have had adverse childhood experiences is filled with challenges. It is a time of high-risk and can determine future outcomes regarding health in adulthood (Csikszentmihalyi & Larson 1984; Larkin, Shields & Anda 2012). These songs reveal the depth of that struggle, as well as the possible rewards for successful transition into adulthood. The creation of a song for adolescents within a therapeutic relationship can help them experience safety and trust, explore various identities, and express their abandonment towards the development of faith and self-love. This transformation can be profound as seen in the lyrics of the song “Butterfly Wings:”

I'm being rebirthed like a phoenix rising from the ashes  
 I'm not old but I'm new with butterfly wings  
 Humanity better watch out cause I'm bringing something new.  
 Loving me and my butterfly wings

## References

- Aigen, K. (2005): *Music-centered music therapy*. Dallas, TX: Barcelona.
- Aigen, K. (2008): The religious dimensions of popular music and their implications for music therapy. *The British Journal of Music Therapy* 22 (1), 24–34.
- Aigen, K. (2009): Verticality and containment in song and improvisation: An application of schema theory to Nordoff-Robbins Music Therapy. *Journal of Music Therapy* 46 (3), 238–267. Online doi.org/10.1093/jmt/46.3.238. Retrieved: 11.08.2017.
- Anda, R. F.; Brown, D. W. (2007): Root causes and organic budgeting: Funding Health from conception to the grave. Editorial, *Pediatric Health* 1 (2), 141–143.
- Baker, F. A. (2015a): *Therapeutic songwriting: Developments in theory, methods, and practice*. London: Palgrave Macmillan.
- Baker, F. A. (2015b): What about the music? Music therapists' perspectives of the role of music in the therapeutic songwriting process. *Psychology of Music* 43 (1), 122–139. Online: doi.org/10.1177/0305735613498919. Retrieved: 11.08.2017.
- Baker, F. A.; MacDonald, R. A. R. (2014): Experiences of creating personally meaningful songs within a therapeutic context. *Arts & Health* 6 (6), 14–161. Online: doi.org/10.1080/17533015.2013.808254. Retrieved: 11.08.2017.
- Barone, T.; Eisner, E.W. (2012): *Arts based research*. Los Angeles: Sage.
- Bonny, H. (1993): Body listening: A new way to review the GIM tapes. *Journal of the Association for Music and Imagery* 2, 3–10.

- Csikszentmihalyi, C.; Larson, R. (1984): *Being Adolescent: Conflict and Growth in the Teenage Years*. New York, NY: Basic Books.
- Curtis, A. C. (2015): Defining adolescence. *Journal of Adolescent and Family Health* 7 (2), Online: <http://scholar.utc.edu/jafh/vol7/iss2/2/>. Retrieved: 11.08.2017.
- Dalton, T.A.; Krout, R. E. (2005): Development of the Grief Process Scale through music therapy songwriting with bereaved adolescents. *The Arts in Psychotherapy* 32 (2), 131–143. Online: doi:10.1016/j.aip.2005.02.002. Retrieved: 11.08.2017.
- Day, T. (2005): Giving a voice to childhood trauma through therapeutic songwriting. In: Baker, F.; Wigram, T. (Eds.): *Songwriting: Methods, techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students* (pp. 82–96). Philadelphia: Jessica Kingsley.
- Day, T.; Baker, F.; Darlington, Y. (2009): Experiences of song writing in a group programme for mothers who had experienced childhood abuse. *Nordic Journal of Music Therapy* 18 (2). 133–150. Online: doi.org/10.1080/08098130903062405. Retrieved: 11.08.2017.
- Dileo, C. (2000): *Ethical thinking in music therapy*. Cherry Hill, NJ: Jeffery.
- Dube, S. R.; Anda, R. F.; Elitti, V. J.; Chapman, D. P.; Williamson, D. F.; Giles, W. H. (2001): Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *Journal of the American Medical Association* 286 (24), 3089–3096. Online: doi:10.1001/jama.286.24.3089. Retrieved: 11.08.2017.
- Erikson, E. H. (1994): *Identity, youth and crisis*. New York: W. W. Norton & Company (Original work published in 1968).
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., & Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventative Medicine*, 14(4), 245–258. Online: doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8. Retrieved: 11.08.2017.
- Fowler, J. W. (1995): *Stages of faith: The psychology of human development and the quest for meaning*. New York: HarperCollins (Original work published in 1981).
- Fusch, P. I.; Ness, L. R. (2015): Are we there yet? Data saturation in qualitative research. *The Qualitative Report* 20 (9), 1408–1416. Online: <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol20/iss9/3>. Retrieved: 11.08.2017.
- Goldstein, S. L. (1990): A songwriting assessment for hopelessness in depressed adolescents: A review of the literature and a pilot study. *The Arts in Psychotherapy* 17 (2), 117–124.
- Good, M.; Willoughby, T. (2008): Adolescence as a sensitive period for spiritual development. *Child Development Perspectives* 2 (1), 32–37. Online: doi:10.1111/j.1750-8606.2008.00038.x. Retrieved: 11.08.2017.
- Hadley, S.; Norris, M. S. (2016): Musical multicultural competency in music therapy: The first step. *Music Therapy Perspectives* 34 (2), 129–137. Online: doi.org/10.1093/mtp/miv045. Retrieved: 11.08.2017.
- Hamilton, J. L.; Connolly, S. L.; Liu, R. T.; Stange, J. P.; Abramson, L. Y.; Alloy, L. B. (2015): It gets better: Future orientation buffers the development of hopelessness and

- depressive symptoms following emotional victimization during early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology* 43 (3), 465–474. Online: doi:10.1007/s10802-014-9913-6. Retrieved: 11.08.2017.
- Hamilton, J. L.; Shapero, B. G.; Stange, J. P.; Hamlat, E.; Abramson, L. Y.; Alloy, L. B. (2013): Emotional maltreatment, peer victimization, and depressive versus anxiety symptoms during adolescence: hopelessness as a mediator. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 42 (3), 332–347. Online: doi:10.1080/15374416.2013.777916. Retrieved: 11.08.2017.
- Heywood, D. (2008): Faith development theory. A case for paradigm change. *Journal of Beliefs & Values* 29 (3), 263–272. Online: doi.org/10.1080/13617670802465813. Retrieved: 11.08.2017.
- Kinney, A. (2012): Loops, lyrics, and literacy: Songwriting as a site of resilience for an urban adolescent. *Journal of Adolescent & Adult Literacy* 55 (5), 395–404. Online: doi: 10.1002/JAAL.00048. Retrieved: 11.08.2017.
- Kohlberg, L. (1981): *The philosophy of moral development: Moral stages and the ideas of justice: Essays on moral development, volume 1*. New York: Harper & Row.
- Krout, R. (2005). The music therapist as a singer-songwriter: Applications with bereaved teenagers. In: Baker, F.; Wigram, T. (Eds.): *Songwriting: Methods, techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students* (pp. 206–225). Philadelphia: Jessica Kingsley.
- KRS-One (2009): *The gospel of Hip Hop: First instrument*. New York: powerHouse.
- Laiho, S. (2004): The psychological functions of music in adolescence. *Nordic Journal of Music Therapy* 13 (1), 47–63. Online: doi: 10.1080/08098130409478097. Retrieved: 11.08.2017.
- Larkin, H.; Shields, J. J.; Anda, R. F. (2012): The health and social consequences of adverse childhood experiences (ACE) across the lifespan: An introduction to prevention and intervention in the community. *Journal of Prevention & Intervention in the Community* 40 (4), 263–270. Online: doi: 10.1080/10852352.2012.707439. Retrieved: 11.08.2017.
- Layne, C. M.; Greeson, J. K. P.; Ostrowski, S. A.; Kim, S.; Reading, S.; Vivrette, R. L.; Briggs, E. C.; Fairbank, J. A.; Pynoos, R. S. (2014): Cumulative trauma exposure and high risk behavior in adolescence: Finding from the National Child Traumatic Stress Network core data set. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 6 (S1), S40–S49. Online: doi.org/10.1037/a0037799. Retrieved: 11.08.2017.
- Levinson, D. (1978): Education, moral development and faith. *Journal of Moral Education* 4 (1), 5–16.
- McFerran, K. (2010): *Adolescents, music and music therapy: methods and techniques for clinicians, educators and students*. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers.
- McFerran, K. S.; Garrido, S.; Saarikallio, S. (2016): A critical interpretive synthesis of the literature linking music and adolescent mental health. *Youth & Society* 48 (4), 521–538. Online: doi: 10.1177/0044118X13501343. Retrieved: 11.08.2017.
- Navas, E. (2009): Remix: The bond of repetition and representation. In: Sonvilla-Weiss, S. (Ed.): *Mashup culture* (pp. 157–178). New York: Springer.

- O'Callaghan, C.; Grocke, D. (2009). Lyric analysis research in music therapy: Rationales, methods, and representations. *The Arts in Psychotherapy* 36 (5), 320–328. Online: doi:10.1016/j.aip.2009.09.004. Retrieved: 11.08.2017.
- Piaget, J. (2001): *The psychology of intelligence*. New York: Routledge (Original work published in 1947).
- Robb, S. L. (1996): Techniques in songwriting: Restoring emotional and physical wellbeing in adolescents who have been traumatically injured. *Music Therapy Perspectives* 14, 30–37. Online: doi.org/10.1093/mtp/14.1.30. Retrieved: 11.08.2017.
- Robb, S. L.; Ebberts, A. G. (2003a): Songwriting and digital video production interventions for pediatric patients undergoing bone marrow transplantation, part I: An analysis of depression and anxiety levels according to phase of treatment. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 20 (1), 2–15. Online: doi:10.1053/jpon.2003.3. Retrieved: 11.08.2017.
- Robb, S. L.; Ebberts, A. G. (2003b): Songwriting and digital video production for pediatric patients undergoing bone marrow transplantation, part II: An analysis of patient-generated songs and patient perceptions regarding intervention efficacy. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 20 (1), 16–25. Online: doi:10.1053/jpon.2003.4. Retrieved: 11.08.2017.
- Rolling, J. H. (2013): *Arts-Based Research Primer*. New York, NY: Peter Lang.
- Romeo, R. D. (2017): The impact of stress on the structure of the adolescent brain: Implications for adolescent mental health. *Brain Research* 1654 (Pt B), 185–191. Online: doi: 10.1016/j.brainres.2016.03.021. Retrieved: 11.08.2017.
- Ryttilä-Manninen, M.; Lindberg, N.; Haravuori, H.; Kettunen, K.; Marttunen, M.; Joukamaa M.; Fröjd, S. (2014): Adverse childhood experiences as risk factors for serious mental disorders and inpatient hospitalization among adolescents. *Child Abuse and Neglect* 38 (12), 2021–32. Online: doi: 0.1016/j.chiabu.2014.10.008. Retrieved: 11.08.2017.
- Steinberg, L.; Morris A. S. (2001): Adolescent development. *Annual Review Psychology* 52, 83–110. Online: doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.83. Retrieved: 11.08.2017.
- Sylvan, R. (2002): *Traces of the spirit: the religious dimensions of popular music*. New York University Press.
- Turvy, A. (2006): The connection between words and music in music therapy improvisation: An examination of a therapist's method. (Unpublished doctoral dissertation). New York University.
- Viega, M. (2010): Body listening as a method of understanding a music program used in the Bonny Method of Guided Imagery and Music. *Journal of the Association for Music and Imagery* 12, 21–46.
- Viega, M. (2013): “*Loving me and my butterfly wings*.” A study of hip-hop songs created by adolescents in music therapy. (Unpublished doctoral dissertation). Temple University, Philadelphia, PA.
- Viega, M. (2016a): Exploring the discourse in Hip Hop and implications for music therapy practice. *Music Therapy Perspectives* 34 (2), 138–146. Online: doi: 10.1093/mtp/miv035. Retrieved: 11.08.2017.

- Viega, M. (2016b): Science as art: Axiology as a central component in methodology and evaluation of arts-based research (ABR). *Music Therapy Perspectives* 34 (1), 4–13. Online: doi: 10.1093/mtp/miv043. Retrieved: 11.08.2017.
- Viega, M. (2016c): Performing “Rising from the Ashes” arts-based research results from the Study “Loving Me and My Butterfly Wings: An Analysis of Hip Hop Songs Written by Adolescents in Music Therapy.” *Music Therapy Perspectives* 34 (1), 46–47. Online: doi.org/10.1093/mtp/miv044. Retrieved: 11.08.2017.
- Viega, M.; Baker, F. A. (2017): Remixing identity: Creating meaning from songs written by patients recovering from a spinal cord injury. *Journal of Applied Arts & Health* 8 (1), 57–73. Online: doi: 10.1386/jaah.8.1.57\_1. Retrieved: 11.08.2017.
- Viega, M.; Baker, F. A. (2016): What’s in a song? Combining analytical and arts-based analysis for songs created by songwriters with neurodisabilities, *Nordic Journal of Music Therapy* 26 (3), 235–55. Online: doi.org/10.1080/08098131.2016.1205651. Retrieved: 11.08.2017.
- Viega, M.; Forinash, M. (2016): Arts-based research. In: Wheeler, B.; Murphy, K. (Eds.): *Music therapy research*. 3rd edition. Dallas, TX: Barcelona.
- Westbrook, A. (2002): *Hip Hoptionary: The dictionary of hip hop terminology*. New York: Harlem Moon.

Dr. Michael Viega  
Assistant Professor of Music Therapy at SUNY, New Paltz  
New York, 12561  
E-Mail: viegam@newpaltz.edu



**Emerging Adulthood: (perfekte) Darstellung vs. (qualvolle) Stille.  
Erfahrungen aus der musiktherapeutischen Arbeit  
mit jungen Erwachsenen**

**Emerging Adulthood: (Perfect) Representation  
vs. (Agonizing) Silence.  
Experiences from Music Therapy with Young Adults**

Katrin Drazek-Kappus, Köln

*Die Zeit des Übergangs in das Erwachsenenalter bringt für eine Vielzahl junger Menschen einen enormen Leidensdruck mit sich. Dieser Druck äußert sich nach den Erfahrungen der Autorin im musiktherapeutischen Setting in zwei entgegengesetzten Qualitäten, wie einer möglichst perfekten Darstellung des eigenen Selbst oder einer qualvollen Stille.*

*Der vorliegende Beitrag berichtet aus der musiktherapeutischen Tätigkeit mit jungen Erwachsenen in teilstationärer Behandlung, die sich in der neu eingeführten, als eigenständig postulierten Entwicklungsphase „Emerging Adulthood“ befinden. Gemeinsamkeiten in der Vorgeschichte der Patienten werden einleitend skizziert und soziologische Merkmale dieser Entwicklungsphase von Menschen im Alter zwischen ungefähr zwanzig und dreißig Jahren beschrieben.*

*For many young people, the transitional period leading to adulthood is associated with a tremendous amount of psychological stress. In the author's view, this stress is expressed within the music therapy setting in two opposing qualities, as a close to perfect self-representation or as an agonizing silence.*

*The following article reports music therapy work with young adults in partial hospital treatment who find themselves in the newly introduced and uniquely identified developmental phase of emerging adulthood. Similarities in patients' medical histories are first outlined and the sociological characteristics of persons in this developmental phase, between about twenty and thirty years of age, are described.*

In der tagesklinischen Tätigkeit mit psychisch erkrankten Menschen lässt sich in den letzten Jahren eine steigende Prävalenz eines krisenhaften Erlebens bei jungen Erwachsenen im Alter zwischen Anfang zwanzig und Mitte dreißig beobachten, die relativ unabhängig von diagnostischen Kategorien generationenspezifisch zu

sein scheint. Die Patienten<sup>1</sup> erleben häufig einen subjektiv sehr belastenden Druck im Alltag, der wahrscheinlich auf eine ausgeprägte Ambivalenz zwischen dem Streben nach Autonomie und dem Wunsch nach Nähe und Gebundenheit zurückzuführen ist. Die Unfähigkeit, beides integrieren zu können, wird zum Dilemma: Denn dem Wunsch nach Nähe und Gebundenheit steht die Angst vor emotionaler Abhängigkeit und damit der Beschränkung der eigenen Freiheit gegenüber. Hieraus entstehen Druck und Unsicherheiten, die sich bei den jungen Patienten sowohl in der Entwicklung der eigenen Identität, in der Alltagsgestaltung und den partnerschaftlichen Beziehungen als auch in der beruflichen Situierung wiederfinden.

Die jungen Menschen weisen neben einem großen Streben nach Unabhängigkeit einen hohen Leistungsanspruch in ihrem Beruf auf. Viele von ihnen haben einen oder mehrere Studiengänge (oder Ausbildungen) sowie Weiterbildungen begonnen oder gar abgeschlossen. Auffällig dabei ist, dass die beruflichen Ausrichtungen in sich oft konträr sind. Doch ist keiner der Patienten (sozialanamnestisch in unserer Einrichtung erhoben) bereits im Berufsleben angekommen und kann seinen Lebensunterhalt selbst finanzieren. Bei allen besteht eine finanzielle Abhängigkeit, meist von den Eltern. Zum verstärkten Insuffizienz- und Überforderungserleben kommt es nicht selten, wenn die Eltern ihren Kindern mitteilen, dass sie diesen nicht weiteren Unterhalt zahlen werden.

Es sei angemerkt, dass alle Patienten, auf die in dem vorliegenden Beitrag Bezug genommen wird und aus welchem sich die therapeutischen Beobachtungen und Erfahrungen der Autorin aus den letzten Jahre stützen, ausschließlich aus gut situierten Elternhäusern kommen. Alle wurden von den Eltern über viele Jahre materiell und finanziell gut unterstützt.

Exemplarisch:

Fr. X, 29 Jahre alt. Sie studierte BWL mit Abschluss des Bachelors in einer Großstadt im Ausland, studierte im Anschluss ebendort Sprachen mit Abschluss, absolvierte eine Ausbildung zum Fitnesscoach. Sie gibt als Trainerin nun manchmal Kurse. Im letzten Jahr begann sie ein Medizinstudium in Hamburg, was sie nach einem Semester aufgrund gesundheitlicher Probleme abbrach. Derzeit überlegt Fr. X., ob sie wieder zurück in ihre Heimatstadt zieht und sich dort selbstständig macht. Dass sie arbeitslos ist, macht ihr sehr zu schaffen, vor allem da sie dadurch nichts über sich zu berichten habe.

Die beruflichen Neuorientierungen gehen bei vielen Patienten mit Wechseln des Wohn- und Lebensorts einher. Sie ziehen in andere Wohnungen, Städte oder Länder. Die ständigen Veränderungen haben Einfluss auf die partnerschaftlichen Beziehungen der jungen Menschen. Hier fällt bei allen Patienten ein großer Wunsch nach einer festen Beziehung auf, doch können Partner nur selten als unterstützend

---

1 Wenn in der vorliegenden Arbeit von Patienten die Rede ist, wird für die Lesbarkeit die männliche Form verwendet. Gemeint sind dabei stets beide Geschlechter.

und hilfreich erlebt werden. Oft besteht die Angst vor emotionaler Abhängigkeit. Dies spiegelt sich wider in konflikthafter, instabiler Beziehungen, die vielfach von kurzer Dauer sind. Eine Trennung oder Rückzug erfolgen nicht selten nach wenigen Wochen. Doch Trennungen scheinen vorrangig ein Stand-by-Modus zu sein, Kontakte werden in Smartphones oder auf Online-Portalen nur selten gelöscht.

Von kurzer Dauer sind bei den jungen Patienten auch die Alltagsbeschäftigungen. Nachmittage im Anschluss an den tagesklinischen Tag werden häufig bis in die späten Abendstunden ausgefüllt. Dabei fällt einerseits ein schneller Wechsel der Tätigkeiten auf und andererseits werden diese vorrangig als ein Tun an sich mit dem Druck, aktiv sein zu müssen, weniger als ein Nachgehen eigener Interessen oder gar Hobbies beschrieben. Nichts zu tun, wird verhindert und damit begründet, dass einem die Möglichkeit genommen wird, etwas über den Abend berichten zu können. Dass Müdigkeit am Morgen unter anderem eine Folge der zahlreichen Abendbeschäftigungen sein kann, sehen die Patienten weniger.

Den jungen Menschen, die ihr Handeln aufgrund ihrer Intelligenz gut wahrnehmen und beschreiben können, ist es nur schwer möglich, mit diesen Belastungen progressiv umzugehen. Sie erleben sich selbst als inkompetent und sind unsicher in Bezug auf die eigenen Bedürfnisse sowie die eigene Identität. Passend zu diesen Beobachtungen äußern sie das Gefühl, weder erwachsen noch jugendlich zu sein.

## **Emerging Adulthood – Merkmale der neuen eigenständigen Entwicklungsphase**

„Emerging adulthood merits scholarly attention as a distinct period of the life course in industrialized societies. It is in many respects the age of possibilities, a period in which many different potential futures remain possible and personal freedom and exploration are higher for most people than at any other time“ (Arnett 2000, 479).

Dass sich junge Menschen im Alter zwischen zwanzig und Anfang dreißig weder erwachsen noch adoleszent fühlen, ist einigen Soziologen und Psychologen zufolge eine Auswirkung, welche der sozioökonomische Wandel der letzten Jahre auf die soziale Lebensweise der Individuen mit sich bringt. Die Entwicklungspsychologin Seiffge-Krenke (2012) weist darauf hin, dass gegenwärtig die Generationengrenzen unklarer werden und sich folglich die gesamten Lebensphasen ineinander verschieben. Hiervon sind vor allem die jüngeren Altersgruppen betroffen.

Der amerikanische Entwicklungspsychologe Arnett stellte anhand seiner Forschungen der letzten 20 Jahre fest, dass, durch soziokulturelle Strömungen begünstigt, sich die Phase des Erwachsenwerdens drastisch ausdehnt (Arnett 2014). Das habe weitreichende Auswirkungen auf die Entwicklung der jungen Menschen, festzustellen sei dies anhand des Phänomens der Prokrastination: Durch die längeren Ausbildungszeiten wird die Übernahme von erwachsenen Verpflichtungen im

Arbeits- und auch Familienleben nach hinten verschoben. Heirat oder Familiengründung findet deutlich später statt.

Arnett zufolge befinden sich junge Menschen im Alter zwischen 18 und 30 Jahren in einer Phase des „Dazwischen sein“. Auf diese treffen weder Merkmale des Erwachsenenalters noch der Adoleszenz ganz zu. Nach zahlreichen Untersuchungen bei dieser Altersgruppe gab er diesem „Zwischenstadium“ den Namen „Emerging Adulthood“. Die neu eingeführte und als eigenständig postulierte Entwicklungsphase bezeichnet nach ihm die Zeit zwischen dem Jugendalter und dem jungen Erwachsenenalter und etablierte sich nicht nur in den USA, sondern in nahezu allen westlichen Industrienationen (Arnett 2014). Seither erhält die Annahme einer solchen Phase multidisziplinäre Aufmerksamkeit, wie bspw. anhand der Gründung der SSEA abzulesen.<sup>2</sup> Auch in Deutschland gibt es in den letzten Jahren Forschungen, die sich mit der neuen Entwicklungsphase beschäftigen. Einen Überblick zu Untersuchungen im deutschsprachigen Raum, die sich auf demographische Angaben der jungen Menschen sowie deren Bindungsverhalten gegenüber Eltern beziehen, gibt Seiffge-Krenke (2015) in einem entsprechenden Fachartikel.

### *Hauptfaktoren der Emerging Adulthood*

Arnett sieht für die Phase der Emerging Adulthood fünf Merkmale als charakteristisch, welche er in vorwiegend nationalen Studien belegen konnte: Identity explorations, Instability, Self-focus, Feeling in-between, Possibilities/optimism (Arnett 2014, 15). Sie werden folgend skizziert. Das erste genannte Charakteristikum, die Ausdehnung der Identität, sei das Zentralste.

Für die meisten jungen Menschen bis zum Alter von 30 sei es fraglich und offen, wer sie sind und wer sie sein wollen. Die Zeit zur Erkundung und Auseinandersetzung mit der eigenen Identität intensiviert sich und dehnt sich hinsichtlich Fragen aus, welche die Lebensgestaltung betreffen. Zurückzuführen sei dies wesentlich auf die zahlreichen Möglichkeiten, welche den jungen Menschen zur Verfügung stehen, unter anderem durch die rasante mediale Entwicklung, mit deren zahlreichen Online-Portalen, sowie ein Mehr an Zeit, um Antworten auf Fragen zu erhalten, welche die eigene Identität und Vorstellung vom eigenen Leben betreffen. In punkto Arbeit gehen eingeschlagene Bildungswege mit dem Abwägen eigener Fähigkeiten sowie den Chancen für den Arbeitsmarkt einher. Das Risiko Arbeitslosigkeit wird abgewogen. Sennett (2000) spricht auch von Flexibilität und Anpassungsfähigkeit als Kennzeichen der Arbeitsstrukturen und deren Folgen für das Individuum. Typisch für die jungen Menschen sei der häufige Wechsel von Arbeits- und Ausbildungsstellen und damit verbunden der des Wohnorts, nicht selten einhergehend mit dem des Partners. Weder in der häuslichen noch beruflichen Situation ist daher Stabilität vorhanden, vielmehr sei ein flexibles Verhalten

<sup>2</sup> SSEA steht für die „Society for the Study of Emerging Adulthood“. Die Gesellschaft weist mittlerweile mehr als 400 Mitglieder auf und auf deren Homepage sind zahlreiche Informationen und Publikationen zu dieser Entwicklungsphase zu finden.

charakteristisch. Die Neuorientierungen ermöglichen dabei einerseits zahlreiche Erfahrungen des Ausprobierens, sind jedoch andererseits häufig mit Enttäuschungen und Scheitern verbunden. Im Umgang mit diesen Erfahrungen sieht Arnett eine weitere Eigenschaft der „emerging adults“, deren Optimismus. Dieser zeigt sich in der Hoffnung, den richtigen Job zu finden, in dem sie zudem gut entlohnt werden, sowie im Finden des „perfekten“ Partners.

Nach Arnett (2014) bedingt die Fülle an Möglichkeiten, dass Lebensentwürfe und Ideale von jungen Menschen in fast spielerischer Art (und doch mit ‚dramatischen‘ Folgen) geändert werden können, da sie bereits die Freiheit hatten, vieles ausprobieren und erfahren zu können und noch nicht mit der Verpflichtung konfrontiert sind, die mit dem Erwachsenenalter einhergehen. Kenntnisse über das Selbst, über Stärken und Schwächen werden (scheinbar) gewonnen. Sehr typisch sei daher für alle „emerging adults“ die intensive Selbstfokussierung und die damit verbundene Beschäftigung mit Fragen, die dienlich sein können, um eigenständig sowie eigenverantwortlich im Leben zurecht zu kommen. Die Selbstfokussierung wird durch Online-Portale und Medien unterstützt. Hierbei spielt auch die finanzielle Unterstützung seitens der Eltern eine entscheidende Rolle. Junge Menschen übernehmen durch diese Unterstützung weniger und erst viel später Verantwortung für ihr eigenes Leben, erhalten hingegen mehr Freiheiten. Daraus resultiert, dass sich viele von Ihnen weder als erwachsen noch als jugendlich erleben.

Seiffge-Krenkes Studien zufolge treffen die Merkmale Arnetts im deutschsprachigen Raum vorwiegend auf Studierende zu (Seiffge-Krenke 2015), was sich in meiner therapeutischen Arbeit mit der hiesigen Patientengruppe ebenso beobachten lässt.

**Überwältigende Gefühle: Überforderungserleben in Bezug auf den Umgang mit der sozialen Realität.**

In der klinischen Tätigkeit mit jungen Menschen scheint stets ein Teil dieser sozialen Realität durch. Die Kehrseite der vermeintlichen Freiheit und diverser Möglichkeiten, welche den jungen Menschen zur Verfügung stehen, wird deutlicher. Sie fühlen sich häufig hoffnungslos überfordert mit einer sozialen Realität, die emotional verunsichert und wenig Sicherheit bietet. Nach Seiffge-Krenke (2012) leiden junge Menschen nicht selten an einem Überfluss an Wahlmöglichkeiten, wodurch innere Orientierungslosigkeit entsteht. Bauman (1999) zufolge lässt ein Mehr an Wahlmöglichkeiten einen Freiheitsspielraum entstehen, der zugleich mit Individualisierungsdruck einhergeht und eben die Unsicherheit erhöht. Hinzu kommt laut Seiffge-Krenke (2012) die Angst vor Arbeitslosigkeit, die junge Menschen veranlasst, sich möglichst umfassend zu bilden und hohe berufliche Ansprüche an sich selbst zu stellen.

„Natürlich ist es ein Zugewinn an Freiheit, wenn man die Möglichkeit hat, durch eine längere Schulausbildung, eine entsprechende Berufsausbildung, ein Studium, ein Aufbaustudium usw. möglichst unterschiedliche berufliche Bereiche zu explorieren, aber dies tut man auch nicht ganz freiwillig, sondern es ist u. a. aus dem Wunsch geboren,

sich möglichst hoch und umfassend zu qualifizieren, um in jedem Fall vor Arbeitslosigkeit geschützt zu sein – eine Sorge, die insbesondere junge Menschen in südeuropäischen Ländern mit hoher Arbeitslosigkeit haben“ (Seiffge-Krenke, 2012, 13f.).

In meiner therapeutischen Arbeit fällt zunehmend auf, dass sich kognitiv gebildete junge Erwachsene, die sich verbal versiert auszudrücken verstehen und ihr Handeln gut beschreiben können, eine massive emotionale Unreife zu haben scheinen und sich dadurch schwertun, eigenverantwortlich zu leben. Im musiktherapeutischen Setting äußert sich diese gefühlsmäßige Verunsicherung, nach Beobachtungen der letzten Jahre, vorwiegend in zwei gegensätzlichen Qualitäten: Einerseits in der möglichst perfekten Darstellung des Selbst – für welche die Rückmeldung durch andere eingefordert wird und bedeutender scheint als das selbst Erlebte – und andererseits in einer qualvollen Stille – in der Überforderungsgefühle, Ängste und erlebte Unzulänglichkeit des Spielens dominieren.

Die Musiktherapie findet in unserer Tagesklinik für Erwachsenen sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting à maximal fünf Patienten statt. Die Patienten werden in zwei festen Gruppen der Musik- und der Kunsttherapie zugeordnet und erhalten beide Angebote zwei Mal pro Woche à 90 Minuten. Die Gruppen sind altersheterogen. Eine Gruppe, in welcher sich ausschließlich junge Patienten im Stadium des Emerging Adulthood befinden, gibt es in unserer Klinik bislang nicht. Parallel dazu haben einige Patienten Musiktherapie auch im Einzelsetting (Dyade).

#### *(Perfekte) Darstellung als AusDruck*

In der Arbeit mit „emerging adults“ ließen sich Stunden ausmachen, die vor Aktivismus sprühten. Dabei war einerseits festzustellen, dass Patienten eine Stunde im Hinblick auf verschiedenste Parameter detailliert vorplanten, so dass in der Musiktherapie das Resultat des zuvor Überlegten repräsentiert wurde. In der anschließenden Betrachtung des musikalischen Geschehens konnte beobachtet werden, dass zum einen für die Patienten die musikalische Analyse im Vordergrund stand. Ein hoher Leistungsanspruch wurde dabei deutlich, die Wahl des Instrumentariums und des zuvor Gespielten wurde mit dem Fokus auf Optimierung und Effizienz unter Berücksichtigung der Parameter Tempo, Dynamik sowie Sound hinterfragt. Die Betrachtung des eigenen Spiels, welches immer auch auf vermeintliche Fehler konzentriert war, geschah vorrangig selbstfokussiert und weniger interaktionell. Patienten beschrieben ihr eigenes Spiel, bezogen die Mitpatienten hierin wenig ein.

Zum anderen wurde die Selbstdarstellung durch Musik fokussiert, dabei war es den jungen Menschen sehr wichtig, etwas zu lernen und dies den anderen zu zeigen. Hier schien es bedeutend, schnell Erfolge in der Handhabung des Instrumentariums zu verzeichnen, und sich Empfehlungen meinerseits einzuholen. Nicht selten beschäftigten sich Patienten zuhause oder in den Pausen theoretisch mit dem Spiel eines Instruments weiter. Im Vordergrund stand ein enormer Leistungsanspruch, weniger das in der Stunde Erlebte.

Auch war es den Patienten wichtig, wie sie während ihres Spiels wirkten, hierfür forderten alle Patienten ein Feedback von ihren Mitpatienten ein. Dieses wurde

detailliert hinterfragt und auf Alltägliches und Sinnhaftes bezogen und es schien wesentlicher zu sein als das eigene Erleben.

Ähnliches Verhalten konnte in Stunden, in denen das Hören von Musik im Mittelpunkt stand, beobachtet werden. Patienten brachten Musikstücke mit in die Stunde, die Auswahl wurde geplant und konnte gut verbal begründet sowie detailliert erläutert werden. Hierbei ließ sich feststellen, dass ein Feedback der Gruppe sehr bedeutend war im Hinblick darauf, ob das mitgebrachte Stück Gefallen fand oder nicht. Musikstücke wurden weniger im Hier und Jetzt assoziiert. Hierdurch entstand der Eindruck, dass sich der Patient vorrangig präsentierte. Es war wenig möglich, dass etwas spontan entstehen könnte.

Sowohl in aktiven als auch in Stunden, in welchem das Hören von Musik im Mittelpunkt stand, war ein Resultat des leistungsorientierten Vorgehens, dass der von den Patienten erlebte Druck zunahm. Dies war meist anhand von körperlichen Symptomen, wie Ver- oder Anspannung bis hin zu Schmerzen, zu erkennen.

### *Fallvignette*

Hr. X., 27 Jahre alt, wollte eigentlich Philosophie studieren, entschied sich jedoch für Jura, die spätere Arbeitsplatzsicherung war für diese Wahl ausschlaggebend. Das Studium brach er nach zwei Semestern ab, es folgte für ein Semester des Studiums des Ingenieurwesens. Beide Studiengänge fanden in verschiedenen Städten statt. Derzeit befindet sich Hr. X. auf der Suche nach etwas Neuem, vielleicht Soziologie oder doch im Bereich der Medienbranche. Eigentlich interessieren ihn ebenso Musikwissenschaften, die Hauptsache ist, nicht nichts zu tun.

Bisweilen saß Hr. X. in den MT- Gruppen, die aktiv gestaltet wurden, auf dem Cajon, mit den Fingern berührte der Patient das Instrument jedoch nicht. Seine Haltung war Stunde über Stunde ähnlich, der Kopf immer gesenkt, der Blick auf den Boden gerichtet. In der Gruppe sprach der Patient anfänglich kaum. In der Dyade war es ihm möglich zu benennen, dass ihm viele Fragen durch den Kopf gingen. „Was denken die anderen über mein Spiel? Komme ich gut an? Ist mein Rhythmus cool genug?“

Die Angst vor der Bewertung seines Spiels durch die Gruppe war so groß, dass er nicht in der Lage war, sich selbst musikalisch einzubringen. Erst nach einigen Stunden, Hr. X. war immer anwesend, begann der Patient mit dem Spiel auf dem Cajon. Es erklang ein virtuoses Spiel, die Kopie eines Musikstücks, welches einem Teil der Gruppe vertraut war. Er erntete viel positives Feedback seitens der Gruppe. Im Anschluss wirkte der Patient erschöpft. Er teilte der Gruppe mit, dass er den Rhythmus seit Tagen in sich hatte.

In einer späteren Stunde, in welcher ich Hr. X. in der Dyade sah, war es ihm bedeutend, sein Spiel näher zu betrachten. In dieser Stunde wurde deutlich, dass der Patient alles bis aufs kleinste Detail geplant und seit langer Zeit zu Hause geübt hatte. Er wollte seinem „musikalischen Schweigen“ ein Ende bereiten, da der damit einhergehende Druck so groß war und ihn quälte. Er stellte in der letzten Stunde,

in welcher er das Cajon spielte jedoch fest, dass er einerseits „gutes“ Feedback für sein Spiel erhielt, der Druck, welchen er sich Tage vorher gemacht hatte, jedoch ebenso quälte und seinen Gemütszustand dominierte.

### *Qualvolle Stille als AusDruck*

Dem Aktionismus entgegengesetzt ließen sich wiederum Stunden ausmachen, in denen seitens der jungen Menschen Stille den Raum erfüllte. In aktiven Gruppenstunden mit freien Improvisationen konnten dabei zwei Arten dieses Ausdrucks festgestellt werden. Zum einen gab es Stunden, in welchen junge Patienten das Instrumentarium zur Bearbeitung des subjektiv empfundenen Leidens auswählten, jedoch „in der Begegnung“ in der gesamten Stunde verstummten. Instrumente wurden betrachtet, teils lautlos berührt oder wieder zurückgestellt.

Demgegenüber standen Stunden, in welchen sich die Begegnung mit sich selbst darin äußerte, dass die Patienten keine Instrumente auswählten, stattdessen stumm auf dem Stuhl verharrten. Einige Patienten senkten während des Sitzens den Kopf, andere schauten ins Leere oder schlossen die Augen und warteten. Diese Haltungen gingen oft mit körperlichen Begleiterscheinungen, wie Anspannungen und Verkrampfungen (meist der Hände, Arme, Schultern) oder sichtbarer motorischer Unruhe einher. In beiden Arten dominierte Stille.

Das Sitzen auf dem Stuhl und die musikalische Passivität wurden von den jungen Menschen meist negativ konnotiert und die eigens erzeugte Stille immer auch als Belastung erlebt. Einige Patienten konnten dies in der Dyade äußern, anderen war es möglich in der verbalen Reflexion, welche sich an die Improvisation anschließt, ihre selbst empfundene Unzulänglichkeit des Spielens und vermeintliche Passivität zu betrachten und dies der Gruppe mitzuteilen. All jene Patienten benannten die Schwierigkeit, (überhaupt) eine Entscheidung zu treffen, die sich durch das Nichtwählen eines Instruments zeigte. Diejenigen, die ein Instrument wählten, äußerten die Unsicherheit, ob die Wahl ihres Instruments die richtige gewesen sei. Einher gingen diese Fragen mit weiteren, die sich auf Unsicherheiten im Kontext der eigenen Identität sowie auf Interaktionen bezogen. Alle Patienten erlebten solche Gruppensituationen als anstrengend, verbalisierten das Spüren eines Erschöpfungszustands sowie innerer Anspannung.

### *Fallvignette*

Die Patienten erschienen in regem verbalen Austausch über das zuvor eingenommene Mittagessen zur Musiktherapie. Nach einiger Zeit wurde es ruhiger und die Gruppe entschied, mit einer freien Improvisation die Stunde zu starten. Die Patienten begannen nach und nach zu spielen. Instrumente und Positionen im Raum wurden gewechselt, Dynamiken gesteigert, es wurde rhythmischer. Fr. X., 29 Jahre alt, blieb, wie auch in den letzten Stunden, auf ihrem Stuhl sitzen und beobachtete das Geschehen der anderen. Nach einer Zeit schienen die Patienten im Hier und Jetzt angekommen zu sein, es entstanden nonverbale Interaktionen. Fr. X. schloss

die Augen, ihre Hände begannen sich zu verkrampfen, ihr Körper wirkte angespannt. Sie öffnete ihre Augen. Nonverbale Angebote der Kontaktaufnahme seitens der Gruppe, es gab zahlreiche, sowohl musikalischer als auch mimischer Art, wurden von ihr nicht beantwortet. Mimisch signalisierte mir die Patientin nach ca. 25 Minuten, dass Sie die Gruppe verlassen werde. Ich nickte ihr bejahend zu. Von der Stoppregel machte die Patientin Fr. X. noch nicht Gebrauch. Für die Musiktherapie gilt während des gesamten Behandlungszeitraums für jeden Patienten und für die Musiktherapeutin die „Stopp-Regel“. Sie wird den Patienten im Vorgespräch erläutert und in den Gruppen wiederholt. Die Regel gibt den Patienten die Möglichkeit „stopp“ zu sagen und soll u.a. einen Schutz vor Überforderung und Überreizung bieten.

Fr. X. war es in einer späteren Stunde möglich, ihre als aversiv empfundenen Gefühle mit der Gruppe verbal zu kommunizieren: „Ich konnte mich nicht entscheiden, die Auswahl ist so groß (...) es wurde mir dann alles zu viel und zu durcheinander, (...) ich wusste nicht wie und wo ich mich hätte einbringen sollen. Am einfachsten erschien es mir die Augen zu schließen, doch dann spüre ich in mir einen starken Druck, und dann muss ich weg“.

## Abschließende Bemerkungen

Die beiden Welten, mit welchen sich die jungen Menschen nicht identifizieren können, die der Jugendlichen und die der Erwachsenen, bilden sich im Setting der Musiktherapie besonders deutlich ab. Als Ausdruck der von den Patienten erlebten Inkompetenz kristallisierten sich zum einen die qualvolle Stille und zum anderen die möglichst perfekte Darstellung des Selbst als immer wiederkehrende Muster heraus.

Die „emerging adults“ versuchen sich einerseits (perfekt) darzustellen, stets einhergehend mit einem sehr hohen Leistungsanspruch an ihr Tun. Doch sind die jungen Menschen überhaupt reif genug zu präsentieren, wer sie sind? Trotz guter kognitiver Kompetenzen haben sie eine massive emotionale Unreife, welche sich in Unsicherheit und Ängsten äußert. Eine mögliche Antwort auf diese Frage könnte die Auffälligkeit sein, dass den jungen Menschen im Anschluss an das zuvor Dargestellte die eingeforderte Rückmeldung durch Andere sehr bedeutend und wesentlicher ist als das eigens Erlebte. Seitens der Patienten wird vieles wahrgenommen, kann jedoch nicht reflektiert werden. Das Erlebte scheint ungefestigt, die kognitiven Fähigkeiten scheinen durch narzisstische Abwehrstrategien und Pseudoautonomie geprägt zu sein. Um diese Verhaltensweise näher zu verstehen, wurde nach empathisch-spiegelnden Interventionen in Gesprächen mit den Patienten deutlicher, dass im therapeutischen Setting immer auch ein Teil der sozialen Realität durchscheint und Einfluss auf Intrapyschisches nimmt. Denn wie bereits erwähnt, werden Tätigkeiten vorrangig als ein Tun an sich mit dem Druck, aktiv sein zu müssen, um etwas über sich berichten zu können und nicht als dem Nachge-

hen eigener Interessen beschrieben. Für die Patienten wird es als selbstverständlich erachtet, sich im Alltag Rückmeldungen für eigene Aktivitäten sowie Handeln einzuholen, vorrangig geschieht dies in Online-Portalen und nicht vis-à-vis.

Schneider beschreibt eindrücklich, beziehend auf Türcke (2002), dass für viele Menschen die „mediale Präsenz realer wird als die körperliche“ (Schneider 2009, 65). Durch Online-Portale wie Facebook und Instagram kommt es zu Verschiebungen der Wahrnehmung. Viele junge Menschen stellen sich in diesen Portalen dar und nehmen Andere ausschließlich im medialen Bild (Online) wahr. Auch Bauman (2009) untersuchte dieses Phänomen und benennt, dass vor allem junge Menschen ein Talent besitzen, sich auf ihren Online-Portalen darzustellen. Nach ihm werden zunehmend von jungen Menschen gegenwärtig Bezugsobjekte von der realen Welt (Offline) in die Online-Welt verschoben.

Findet das Wahrgenommenwerden des Subjekts jedoch vorwiegend Online statt, so dass es zur Realität der jungen Menschen wird, impliziert dies eine Verschiebung im Erleben des Seins. Sich nicht Online zu vermarkten oder zu präsentieren heißt demnach, nicht zu sein. Nach Türcke (zitiert nach Schneider 2009) hieße dies, dass Identität gegenwärtig „primär durch ein in sich unbestimmtes, nach außen gerichtetes *Tun* charakterisiert (...)“ (Schneider 2009, 65) ist.

Berücksichtigt man diese Gedanken und bezieht sie auf die Auffälligkeiten der jungen Patienten im musiktherapeutischen Setting, so wird nachvollziehbar, warum das *Tun* zum Überforderungserleben wird: Die nach außen gerichtete, möglichst perfekte Darstellung, spiegelt und verstärkt den damit einhergehenden Druck. Die Erlebnisfähigkeit sowie das eigenverantwortliche und selbstfürsorgliche Handeln bedürfen einer Nachreifung. Die jungen Menschen sind somit auf Hilfe und Unterstützung angewiesen, wenn es um das Wahrnehmen und Spüren ihrer eigenen Gefühle und Empfindungen geht. Dies bildet sich auch in der anderen Qualität ab – in der Stille werden ebenso Unsicherheiten spürbar. Einerseits wird die direkte Konfrontation mit dem Gegenüber auch nach Angeboten der Kontaktaufnahme vermieden. Wie sich in nachfolgenden Gesprächen häufig zeigt, geht die Unfähigkeit des Spielens einher mit Ängsten in Bezug auf das Wahrgenommenwerden durch Andere und des mangelnden Selbstwerterlebens. Fragen und Vorstellungen über Bewertungen sind zahlreich und dominieren die Patienten. Auch herrscht ein Überforderungserleben in Bezug auf die Angst, eine schlechte (Instrumenten-) Wahl zu treffen. In beiden Fällen wird ein körperlich empfundener Leidensdruck spürbar. Bei den Patienten wird hier der Mangel an Eigenverantwortlichkeit und ungefestigter Identitätsbildung deutlich. Die entstehende Stille kann als Abwehr der Unsicherheit und Ängste verstanden werden.

In (freien) Improvisationen und Stunden, in denen das Hören von mitgebrachter Musik im Mittelpunkt steht, scheint es bedeutend, den Fokus der therapeutischen Unterstützung darauf zu legen, dass die jungen Patienten dem Selbst (ver-)trauen und es dürfen, nichts können müssen sowie etwas stehen lassen dürfen. Dies impli-

ziert, dass Stunden nicht vorgeplant werden brauchen, sondern dass das Erlebte im Hier und Jetzt Berechtigung erhält.

Die Auseinandersetzung mit Stille kann ein Parameter in der Arbeit mit „emerging adults“ sein, um Identität und Autonomie zu fördern. Denn Stille kommt im Alltag der jungen Patienten nur selten vor. Nichts zu tun heißt für die meisten, nichts über sich berichten zu können. Zu erleben, dass Stille nicht Stillstand oder Langeweile bedeutet, sondern dass sie „die Möglichkeit aller Klänge (ist) (...) wenn wir uns darauf einlassen trauen“ (Klar 2012, 170) eröffnet Chancen, sich zu erkennen und sich wahrzunehmen. Hierbei erscheint es günstig und kann im positiven Sinne therapeutisch genutzt werden, dass die jungen Menschen einen enormen Anspruch an sich haben und Optimismus an den Tag legen. Auch wenn die Stille von ihnen immer als quälend wahrgenommen wird, erscheinen die Patienten, nach meinen Erfahrungen, auch zur nächsten Musiktherapiestunde und bleiben dadurch in Kontakt. Hierdurch entsteht die Möglichkeit, das Erleben der eigenen Stille zu teilen, sich mit diesem Zustand weiter auseinander zu setzen, Stille (aus-)zuhalten, anzunehmen und zwischen ihren unterschiedlichen Qualitäten lernen zu differenzieren.

## Literatur

- Arnett, J. (2000): *Emerging Adulthood. A Theory of Development From the Late Teens through the Twenties*. Online: [http://www.jeffreyarnett.com/ARNETT\\_Emerging\\_Adulthood\\_theory.pdf](http://www.jeffreyarnett.com/ARNETT_Emerging_Adulthood_theory.pdf). (Zugriff: 21.11.2016).
- Arnett, J. (2014): *Emerging Adulthood: The Winding Road from the Late Teens Through the Twenties*. 2nd Edition. Oxford: University Press.
- Bauman, Z. (1999): *Unbehagen in der Postmoderne*. Hamburg: Hamburger Edition.
- Bauman, Z. (2009): *Anmerkungen zum Kulturbegriff Freuds. Oder: Was ist bloß aus dem Realitätsprinzip geworden?* In: Münch, K.; Munz, D.; Springer, A. (Hg.): *Die Fähigkeit, allein zu sein. Zwischen psychoanalytischem Ideal und gesellschaftlicher Realität*. Gießen: Psychosozial, S. 15–33
- Klar, S. (2012): *Wir hören nur mit dem Herzen gut. Hören und Wahrnehmen in Korrespondenz mit der Natur*. In: *Jahrbuch Musiktherapie. Music Therapy Annual*. Band 8. Wiesbaden: Reichert Verlag, S. 157–176.
- Seiffge-Krenke, I. (2012): *Therapieziel Identität. Veränderte Beziehungen, Krankheitsbilder und Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Seiffge-Krenke, I. (2015): *Emerging Adulthood: Forschungsbefunde zu objektiven Markern, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsrisiken*. In: *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 63 (3), S. 165–173. Bern: Hans Huber Hogrefe AG.
- Sennett, R. (2000): *Der flexible Mensch. die Kultur des neuen Kapitalismus*. Berlin: Siedler.

Schneider, G. (2009): Die erregte Gesellschaft. Veränderungen in der postmodernen Identität? In: Münch, K.; Munz, D.; Springer, A. (Hg.): Die Fähigkeit, allein zu sein. Zwischen psychoanalytischem Ideal und gesellschaftlicher Realität. Gießen: Psychosozial, S. 51–70.

Katrin Drazek-Kappus  
Tagesklinik am Friesenplatz  
Friesenstraße 72–74  
50670 Köln  
E-Mail: k.drazek-kappus@tagesklinik-friesenplatz.de

#### Hinweis

Auch im Themenheft der MU fokussiert ein Artikel das Phänomen der Stille: *Jos De Backer, Katrien Foubert und Jan Van Camp* beschreiben konstruktive Aspekte des Phänomens innerhalb der *Modalitäten von Übergängen in einem musiktherapeutischen Kontext*.

# Übergänge zwischen Formen körperlicher Berührung in der Musiktherapie

## Transitions Between Forms of Touch in Music Therapy

Hanna Skrzypek, Braunau am Inn

*In diesem Artikel werden Übergänge zwischen Formen des Körperkontakts, welche von der Autorin in der ‚Körper-Bewegungs-Musik-Partitur für Musiktherapie‘ spezifiziert und klassifiziert wurden, vorgestellt. In einer Fallvignette wird ein Patient mit einer Schizophrenieerkrankung vorgestellt. Dabei steht die Symptomatik der Schizophrenie mit ihrem körperlichen Ausdruck im Fokus. Anhand von drei Szenen aus der musiktherapeutischen Behandlung werden Übergänge zwischen Formen körperlicher Berührung beschrieben.*

*In this article, transitions between functions of touch, as specified and classified by the author in the Body Movement Music Score for music therapy, are presented.*

*In a case vignette, a patient with schizophrenia is presented. The focus is on the symptoms of schizophrenia with its physical expression. On the basis of three scenes from the music therapy treatment, transitions between forms of physical contact are described.*

„Wo Berührung geschieht, entsteht Bewusstsein!“ (Stolze 1992, 106)

Körperkontakt und Berührung sind in der Musiktherapie insbesondere mit heranwachsenden und erwachsenen Patienten noch unerforschte Themen, weil sie meist mit Sexualität assoziiert werden. Die Angst vor dem Berühren des Patienten durch den Musiktherapeuten und dem körperlichen Kontakt mit dem Patienten ist groß. Dabei gibt es verschiedene Formen und Funktionen des Körperkontakts sowie Übergänge zwischen ihnen und dem musikalischen Ausdruck der Patienten. Berührungen betreffen nicht nur den Tastsinn (taktil und haptisch), sie werden in allen Sinnesmodalitäten (multisensorisch) wahrgenommen und gehen ineinander über (McGlone et al. 2007, 173).

Körperkontakt, insbesondere das Berühren, hat wichtige, oft lebenserhaltende und gesundheitsfördernde Funktionen. Beispielsweise stärkt Streicheln die Abwehrkräfte und das emotionale Gleichgewicht sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen. Sanfte Berührungen begünstigen die Bildung der körpereigenen Glückshormone wie z. B. des Oxytocins und senken das Stresshormon Kortisol (Mertens 2005, 5). Außerdem ermöglicht Körperkontakt durch das Empfinden der

Körpergrenzen die Wahrnehmung körperlicher Kohärenz und Kontinuität. Langfristig ist das eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung der eigenen Identität, denn über die Empfindung der eigenen Körpergrenzen kann das Kind sich als eigene Person („*das bin ich*“) und den anderen als getrennt von sich erleben („*das bist du*“) (Ayres 1998, 38f.). Vielleicht, aber dies können wir natürlich nur ahnen, beginnt diese Entwicklung schon mit der Erfahrung der eigenen Körpergrenzen im Mutterleib. Indem pränatale Berührungskontakte dem Kind erste Erfahrungen mit seiner Körperoberfläche ermöglichen, ist das der rudimentäre Beginn der Selbstwahrnehmung – eine der wichtigsten psychischen Fähigkeiten des Menschen (Ayres 1998, 38f.).

Körperkontakt durch Berührung ermöglicht und beeinflusst die Entstehung und Entwicklung von emotionalen Bindungen. In der intrapersonalen Beziehung dienen sie der Exploration des eigenen Körpers und der Entwicklung des Körper selbstgefühls. Tasten, Fühlen und Berühren stellen eine Verbindung zu sich selbst und zum anderen Menschen her. Das befähigt uns, die eigene Körpergrenze zu spüren und zwischen Selbst und Anderen zu unterscheiden. Die Berührung vermittelt uns das Wissen von Form, Struktur und Tiefe. Die Menschen fühlen und empfinden durch die Tastkörperchen ihrer Haut (Hüther & Krens 2012, 69ff.; Leathers et al. 2009, 139; Montagu 2015, 267ff.).

## Definition Körperkontakt

*„Körperkontakt bezeichnet die aktive oder passive Berührung des eigenen oder fremden Körpers. Der Körperkontakt findet durch Berührungen statt, die Intensität und Art des Körperkontaktes kann in verschiedener Weise stattfinden.“* (Argyle 2005, 267)

Der Körperkontakt ist die ursprünglichste Form der sozialen Kommunikation in interpersonalen Beziehungen und kann auf vielfältige Weise herbeigeführt werden: berühren, streicheln, klapsen, schlagen, kneifen, schütteln, küssen, festhalten, führen, lecken, umarmen, einhaken, auflegen, treten, kratzen oder kitzeln (Argyle 2005, 267f.).

Der Tastsinn entwickelt sich beim Fötus zuerst (Hüther & Krens 2012, 69ff.). Der Fötus reagiert schon im Alter von acht Wochen und zu diesem Zeitpunkt etwa 2,5 Zentimeter groß, wenn er an den Lippen berührt wird. Im Laufe der Zeit weitet sich die Berührungsempfindlichkeit immer mehr aus: In der 14. Schwangerschaftswoche werden Berührungen am ganzen Körper, außer am Rücken und der Schädeldecke wahrgenommen. Die Empfindsamkeit entwickelt sich zuerst in den Körperbereichen, die später besonders sensibel sind, wie Lippen, Gesicht und Genitalien (Mertens 2005, 5; Hüther & Krens 2012, 69ff.; Montagu 2015, 7).

Durch Berührungen liefert die Haut dem Gehirn Informationen über die Oberfläche des eigenen Körpers. Körperkontakt stimuliert Rezeptoren, die auf Berührung, Druck, Temperatur und Schmerz reagieren. So entsteht eine Art innere Landkarte der Körperoberfläche. Ein großer Teil des Gehirns ist permanent mit

dem Empfangen, Verarbeiten und Interpretieren solcher Informationen beschäftigt (Leathers et al. 2009, 139ff.; Hüther & Krens 2012, 69ff.).

Der Tastsinn hat eine besondere Bedeutung für die Entwicklung des Menschen. Die Haut ist ein sehr großflächiges Sinnesorgan, das kontinuierlich Informationen über die Umgebung liefert. Damit ist die Haut das Organ, das den Körper für Empfindungen sensibilisiert. Diese Empfindungen werden im Organismus hinsichtlich ihrer Qualität bewertet und mit entsprechendem Verhalten beantwortet. Die Bewertungskategorien beschränken sich zunächst wahrscheinlich auf angenehm oder unangenehm, implizieren aber dennoch eine gewisse rudimentäre psychische Aktivität. Körperliches Empfinden und seelisches Fühlen bauen also aufeinander auf und werden miteinander verknüpft: Denn das, was wir empfinden, hat Einfluss darauf, was und wie wir uns fühlen (Argyle 2005, 267; McGlone 2007, 173; Leathers et al. 2009, 139ff.; Hüther & Krens 2012, 69ff.; Fulkerson 2014).

In der Musiktherapie gibt es eine besondere Variante der Berührung: Die Berührung durch den Klang. Die Klangberührung geschieht durch die Schallwellen, die von einem gespielten Musikinstrument durch die Luft die Haut berühren (Alvin 1988, 115).

Gertrud Katja Loos spezifiziert noch weitere Berührungsformen:

„Tausend Variationen von Berührungen sind möglich: Berühren ohne zu berühren, emotionales Berühren durch Stimme und Augen, Massieren als Übergang zum Berühren, schließlich die Haut-an-Haut-Berührung. Die Haut ist Hülle und Grenze des Körpers und das ursprünglichste Kontaktorgan zur Außenwelt. Haut ist der Stoff, aus dem Zärtlichkeit gemacht ist.“ (Loos 1996, 186)

## Definition Körper-Bewegungs-Musik-Partitur

Die **Körper-Bewegungs-Musik-Partitur** ist ein von mir im Rahmen eines Dissertationsprojekts neu entwickeltes und evaluiertes *musiktherapeutisches Modell* zur Analyse von

- Körpereigenschaften,
- Bewegung,
- Spielarten von Musikinstrumenten
- entstehender Improvisations-Musik sowie zur Beschreibung von
- Körperverhalten und Körperausdruck,
- Bewegungsverhalten und Bewegungsausdruck,
- Spielverhalten und
- Musikausdruck (Skrzypek 2017).

Das Ziel bei der Entwicklung der ‚Körper-Bewegung-Musik-Partitur‘ war es, ein Modell zu entwickeln, das über ein entsprechendes Vokabular verfügt, um das körperliche Verhalten und den körperlichen Ausdruck, das Bewegungsverhalten und

den Bewegungsausdruck, das Spielverhalten und den musikalischen Ausdruck der Patienten *zu beschreiben*, ohne ihn zu deuten und zu interpretieren. Die Hintergrundfolie bildete dabei eine phänomenologische Sichtweise, wie sie Max van Manen definiert:

„Phenomenology differs from almost every other social and human science in that it attempts to gain insightful descriptions of the way we experience the world prereflectively, largely without taxonomizing classifying, codifying, or abstracting it. So phenomenology does not offer us the possibility of effective theory with which we can now explain and/or control the world; rather, it offers us the possibility of plausible insights that bring us in more contact with the world.“ (van Manen 2014, 66)

Die Körper-Bewegungs-Musik-Partitur besteht aus vier Parts:

1. Körperpart
2. Bewegungspart
3. Spielartenpart
4. Musikpart

Die innerhalb der Dissertation im Körper-Part beschriebenen Formen und Funktionen des Körperkontakts – samt ihrer Übergangsphänomene (Skrzypek 2017) – werden nun im Folgenden vorgestellt.

## Formen und Funktionen des Körperkontakts in der Musiktherapie

### *Musizieren, Spielen, Singen*

Beim Musizieren, Spielen oder Singen kann zwischen zwei Arten von Körperkontakt unterschieden werden. Es kann der Kontakt zum eigenen Körper hergestellt werden wie z. B. bei Bodypercussion oder durch Spielen eines Musikinstruments. Die andere Art des Körperkontakts entsteht z. B. beim Szenischen Spiel als Intervention oder beim Singen mit anderen Mitpatienten oder dem Musiktherapeuten.

### *Tanzen*

Der Körperkontakt findet beim Tanzen (z. B. Kreistanz, Tanz- oder Bewegungs-improvisation) in der Hand- oder Schulterfassung statt.

### *Vermeidung*

Der Körperkontakt wird körperlich gemieden. Der Patient wünscht keinen Körperkontakt, kann dies aber verbal nicht artikulieren. Das zeigt sich in der Bewegung des Sich-Windens.

### *Ambivalenz*

Der Kontakt wird gewünscht und dennoch nicht zugelassen, das zeigt sich in einer Bewegung, die hin und her oder vor und zurück verläuft.

*Ablehnung*

Der körperliche Kontakt wird verbal und/oder körperlich deutlich von Patienten abgelehnt. Er distanziert sich körperlich, nimmt Abstand oder wendet sich ab.

*Passives Zulassen*

Der körperliche Kontakt in Form einer Berührung z. B. das Hand auflegen oder halten wird zugelassen und passiv ausgehalten.

*Bedürfnis, Wunsch, Initiation*

Der Körperkontakt wird gewünscht und gesucht. Das Bedürfnis nach der körperlichen Berührung wird verbal artikuliert und/oder gestisch initiiert.

*Explorative Selbstberührung*

Der Körperkontakt bezieht sich auf die eigene Person und dient der Exploration des eigenen Körpers.

*Berührung des Anderen*

Der Patient sucht durch Berührung den Körperkontakt zum Therapeuten.

*Autoaggressive, autodestruktive Selbstberührung*

Der Patient verhält sich autoaggressiv und autodestruktiv. Er fügt dem eigenen Körper durch Berührung Schaden zu, indem er sich kratzt, schlägt, ritzt oder sich an den Haaren reißt.

*Kommunikative, interaktive Berührung*

Die Berührung hat eine kommunikativ-interaktive Funktion, sie wird durch Hand geben oder Umarmen bei Begrüßung und Abschied sowie bei Ritualen, wie z. B. Wünschen und Gratulieren, zelebriert.

*Aggressive und possessive Berührung*

Diese Berührungsfunktionen hängen mit der Entladung von Affekten oder der Demonstration von Macht zusammen. Sie können gewalttätige Formen annehmen, z. B. können auf diese Art in der Musiktherapie Musikinstrumente zerstört werden oder der Musiktherapeut und/oder die Mitpatienten angegriffen werden.

*Körperlich unterstützende Berührung*

Die körperlich unterstützende Funktion der Berührung kann geschehen, wenn dem Patienten Hilfe beim Aufstehen oder das Einhaken beim Gehen angeboten wird.

*Emotional unterstützende Berührungsfunktion*

Der emotional unterstützenden Berührung gebührt besondere Beachtung. Diese Art von Berührung und Körperkontakt ist für die Patienten oft von existenzieller Bedeutung, jedoch soll diese nur von geschulten und (selbst)erfahrenen Therapeuten durchgeführt werden. Die sanfte Berührung wie Streicheln der Hand oder beider Hände, Hand halten und Umarmen kann Wärme vermitteln, Trost, Geborgenheit, Sicherheit spenden, Unterstützung bieten, Halt geben und beruhigen.

## Übergänge zwischen körperlichen Berührungsformen – drei Szenen aus der Musiktherapie mit einem schizophrenen Patienten

### *Symptomatik der Schizophrenie*

In der Fachliteratur einiger Autoren wird die Schizophrenie durch *drei* Haupt-Symptomkomplexe gekennzeichnet (Benedetti 1975; Scharfetter 1995; Vetter 1998; Exner & Lincoln 2012):

- *Positivsymptomatik*: visuelle und akustische Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Unfähigkeit zu unterscheiden, was real und was unreal ist,
- *Negativsymptomatik*: Apathie, Anhedonie, Katatonie, Unfähigkeit einen adäquaten emotionalen und emotional-körperlichen Ausdruck zu finden, Ziellosigkeit im Verhalten und Handeln, Isolation, fehlende soziale Kontakte und emotionale Beziehungen,
- *kognitive Defizite*: Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Störung im Kreieren von logischen Denkvorgängen (Benedetti 1975; Scharfetter 1995; Vetter 1998; Exner & Lincoln 2012; Frith & Johnstone 2003).

Röhricht beschreibt folgende Störungen des Körpererlebens in der Schizophrenie (Röhricht 1998, 13):

1. *Störungen im neurophysiologischen Teilbereich des Körpererlebens* (Körperwahrnehmung):
  - Coenästhesien (abnorme Leibgefühle),
  - Körper-/Leibhalluzinationen,
  - Störungen der Schmerz Wahrnehmung (Hypo- und Analgesien, Hyperalgesien)
  - Störungen der Körpergrößenwahrnehmung (Körperschemastörungen).
2. *Störungen im psychologisch-phänomenologischen Teilbereich des Körpererlebens*:
  - a) Den Körper betreffende Kognitionen/Denkstörungen:
    - Körperbildstörungen (abnorme Gedanken und Einstellungen zum Körper),
    - körperbezogener Wahn.
  - b) Den Körper betreffende emotional-affektive Störungen:
    - Störungen der Körper-Kathexis (mangelnde Zufriedenheit mit dem Körper, insuffiziente Körperbesetzung),
    - körperbezogene Ängste (z. B. Dysmorphophobie, – Körperbildstörung, Körperschemastörung), wahnhafte Hypochondrie.
3. *Störungen des Erlebens der leiblichen Integrität (Kognition und Wahrnehmung)*:
  - somatopsychisches Depersonalisationssyndrom,
  - Autoskopie (Mehrfachsehen der eigenen Gestalt),

- Out-of-body-experiences (das Gefühl, nicht in eigenem Körper zu sein),
  - Ich-Verdoppelung (leibhaftiges Insichhaben des anderen, der gedanklich und körperlich intern wahrgenommen wird),
  - Syndrom der multiplen Persönlichkeit.
4. *Störungen im Ausdrucks- und Bewegungsverhalten*
- a) Autoaggressive Fehlhandlungen (Selbstverletzung und Selbstverstümmelung),
  - b) Psychomotorische Störungen:
    - motorische Unruhe, Lokomotion, tic-artige Bewegungsmuster,
    - motorische Stereotypien und Automatismen,
    - mimische und gestische Manierismen,
    - katatone Symptomatik mit Parakinesen (Erstarrung und gestörte Bewegungskoordination), Kataplexie (kurzzeitiges Muskelversagen), Flexibilitas cerea (wächserne Biegsamkeit), Autismus.

In der Musiktherapie wurden das Musikerleben, das Musizieren sowie die Beziehungsformen und Interaktionsmuster von schizophrenen Patienten von Susanne Metzner (1999), Jos de Backer (2004) und Sylvia Kunkel (2008) beschrieben.

#### *Der Patient*

Ich lernte Herrn C. in der Ambulanz zur stationären Behandlung einer psychiatrischen Klinik kennen, nachdem er im Straßenverkehr aufgefallen war, weil er mit seinem Auto in Schlangenlinien gefahren war. Zu diesem Zeitpunkt war der Patient 40 Jahre alt. Herr C. konnte mir keine Antworten auf meine Fragen im Erstgespräch geben. Im weiteren Verlauf der musiktherapeutischen Behandlung bildete er Neologismen, was die verbale Kommunikation zwischen uns erschwerte und bisweilen unverständlich machte. Die Mutter des Patienten gab an, dass Herr C. im Alter von 25 Jahren zum ersten Mal an einer Psychose gelitten habe. Inzwischen war er mehrmals in stationärer Behandlung gewesen. Rückfälle entstünden immer dann, wenn Herr C. das Neuroleptikum abgesetzt habe. Die Mutter des Patienten berichtete von einer Zunahme der Haltungstereotypien in den vergangenen drei Jahren. Vor dem Ausbruch der Erkrankung habe der Patient gerne gemalt und Fußball gespielt.

Herr C. sei als viertes von insgesamt sechs Kindern mit den Eltern auf einem Bauernhof aufgewachsen. Der Vater sei im Alter von 39 Jahren durch Ertrinken verstorben, wobei der Verdacht besteht, dass es sich dabei um einen Suizid gehandelt haben könnte. Herr C. habe zuerst das Gymnasium besucht und dann an einer Handelsakademie seinen Abschluss gemacht. Anschließend habe er 5 Jahre im Büro einer Spedition gearbeitet. Zum Zeitpunkt der Aufnahme lebte Herr C. alleinstehend auf dem Bauernhof in einer Mehrgenerationenfamilie zusammen mit seiner Mutter, seinem älteren Bruder und dessen Familie sowie mit seiner jüngeren Schwester und deren Sohn.

Die Mutter des Patienten betonte, dass alle Geschwister von Herrn C. die Schule erfolgreich und mit Abitur abgeschlossen haben, dass aber im Jahr 1990 – nachdem der Hof an den ältesten Sohn der Familie übergeben worden sei – drei ihrer Kinder psychisch erkrankt seien (Psychosen und Depressionen). Die jüngere Schwester von Herrn C. leide auch an einer Schizophrenie und einer der älteren Brüder erlebe immer wieder psychotische Episoden.

Bevor Herr C. in die Ambulanz unserer Klinik kam, hatte er paranoide Ideen, verweigerte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, verursachte einen Autounfall und zog sich gänzlich aus dem sozialen Leben zurück. Vor dem stationären Aufenthalt war er lange ängstlich, zurückgezogen, verschlossen und über mehrere Monate untätig. Er lag im Bett und sprach auch nicht mit seinen Familienmitgliedern.

Als ich Herrn C. kennenlernte, war seine Kontaktfähigkeit deutlich eingeschränkt. Er wirkte verlangsamt, in der Grundstimmung subdepressiv, abwesend, zurückgezogen, nachdenklich, ängstlich und schüchtern. Seine Affekte wirkten erloschen, in der Mimik reagierte er skeptisch oder mit Grimassieren und Manierismen, er rümpfte die Nase oder runzelte die Stirn. Er machte kaum gestische Äußerungen und wenn er welche machte, wollte er gestisch die Musik zum Stillstand bringen. Er war im Antrieb deutlich herabgesetzt.

Während der zweiten Musiktherapie-Sitzung blieb er über ein Metallröhrenspiel über einen Zeitraum von 20 Minuten im Körper erstarrt. Er litt unter katonen Symptomen und Haltungstereotypen, zeitweise war er psychomotorisch auffällig, wobei er das Xylophon auf einem Bein stehend und balancierend, spielte. Sein Körper schien fragmentiert und nicht kohärent zu sein, sein Kopf fiel nach vorne als wäre er vom Nacken abgetrennt, er schob seinen Kiefer vor und Augenbrauen nach oben. Seine musikalische Ausdrucksfähigkeit war fast nicht vorhanden.

Herr C. nahm an insgesamt 33 ambulanten Einzel-Sitzungen teil, acht Mal erlaubte er mir, die Musiktherapie-Stunden zu videographieren. Nach dem Beenden der Einzel-Musiktherapie wechselte er in die ambulante Musiktherapie-Gruppe und setzte die Teilnahme an der Musiktherapie in einer Gruppe mit fünf anderen chronisch schizophrenen Patienten fort.

## **Eine Fallvignette**

Die Erstellung des Körperparts und des Bewegungsparts in der Körper-Bewegungs-Musik-Partitur macht eine möglichst exakte Beschreibung der Körpereigenschaften und der Bewegungsanalyse notwendig. Die Definitionen und die fachlichen Begriffe, die in ersten Linie der Beschreibung der Phänomene, welche sich im Körper und in der Bewegung des Patienten abzeichnen und erstmalig in der Musiktherapie verwendet wurden, habe ich in meiner Dissertationsschrift ausführlich erklärt (Skrzypek 2017b, in Vorbereitung).

Diese Beschreibung wird im Folgenden zur Verfügung gestellt: Die Kurzprotokolle stammen aus einem Prozessverlauf über 13 Monate. Bereits durch die Nebeneinanderstellung der 1., der 10. und der 21. Stunde wird eine zunehmende Flexibilisierung mit vielen Nuancen von Übergangsphänomen im körperlichen Aspekt deutlich. Zwischen der ersten und zweiten Szene liegen vier Monate und zwischen der zweiten und dritten beträgt der zeitliche Abstand sechs Monate.

### *Szene 1: Berührungslosigkeit. Sitzung 1 der Einzel-Musiktherapie*

#### *Körperausdruck/Bewegungen*

Herr C. sitzt auf einem Stuhl am Tisch gegenüber der Musiktherapeutin vor dem Metallophon.

Seine Spiel-Körperhaltung erfordert das Heben der Arme und ist für das Metallophon-Spiel ungewöhnlich, jedoch vom Patienten selbst gewählt. Sein Körper ist vertikal ausgerichtet. Der Rumpf und die oberen Extremitäten sind an der Spiel-Bewegung beteiligt. Der Übergang in der Bewegung des Rumpfes und der Extremitäten ist blockiert. Die Form des Rumpfes ist mit hoher Intensität in der Muskelkontraktion und in der geraden, linearen Form fixiert. Die Beugung der Extremitäten ist in der Muskelkontraktion fixiert. Die Muskeln sind mit hoher Intensität kontrahiert. Die motorischen Impulse sind mit hoher Intensität blockiert und fixiert.

Es hat den Anschein, dass Herr C. von eigenen hohen Affekten überflutet werden könnte und aufgrund dessen blockiert er den Ausdruck seines Affektes im eigenen Körper. Die blockierte Affektivität ist in der hohen Anspannung der Muskulatur und des Kiefers sichtbar. Die Bewegung hat eine niedrige Intensität beim Einsatz der Kraft.

Der Übergang zwischen der Bewegung, die *mit* der Schwerkraft kooperiert und der Bewegung, die sich *gegen* die Schwerkraft richtet, ist fragmentiert. Die Bewegung der Körperteile richtet sich zur Körperachse hin, einwärts. Der Patient führt die Arme zum Oberkörper und zeigt damit die Tendenz zum Schrumpfen, in diesem Fall zum Verschmälern. Der Patient tendiert dazu, den Raum zu vermeiden. Der Körper des Patienten wirkt inkohärent. Der Körper und die Mimik des Patienten drücken eine hohe innerliche Anspannung aus.

Die Bewegung verläuft auffallend symmetrisch, bi-direktional, indirekt und ungerichtet, langsam, unterbrochen und fragmentiert. Es gibt wenig Differenziertheit und es zeigen sich Defizite, die die Form der Bewegung betreffen. Die Bewegung wird weder gleichmäßig geführt noch kommen Rotationen vor. Die ballistische Form fehlt gänzlich, auch die Vibration, das Zittern (Freude, Angst oder Unruhe) sind in der Bewegung nicht sichtbar.

#### *Instrumente/musikalischer Ausdruck*

Die Aufmerksamkeit und der Blick des Patienten und der Musiktherapeutin sind auf das Musikinstrument (Metallophon) gerichtet. Der Patient blickt immer wieder zur Therapeutin, sein Blick zeigt eine rückversichernde Qualität. Herr C. schlägt

das Metallophon mit den Schlägeln an. Insgesamt spielt er drei Töne, die ein rhythmisch-melodisches Motiv bilden. Die ersten zwei Töne werden repetiert. Das Motiv klingt einfach, bescheiden, schüchtern, unbestimmt und unsicher, ängstlich, unterdrückt sowie zurückhaltend. Der Rhythmus ist einfach. Im ganzen Verlauf des Spielens fallen viele Pausen auf. Die Töne sind portato in einem gemäßigten Tempo und einer mittelleisen Dynamik artikuliert. Das melodische Motiv ist tonal.

Mit der musikalischen Geste des Dirigierens – Herr C. hält die Schlägel in den Händen – macht der Patient der Musiktherapeutin deutlich, dass er das Spiel beenden will und sie das Spiel übernehmen soll.

In dieser Szene gibt es keine vokale Äußerung seitens des Patienten und es finden kein Körperkontakt und keine Berührung statt.

*Szene 2: Explorative Selbstberührung und Berührung des Anderen. Sitzung 10 der Einzel-Musiktherapie*

*Körperausdruck/Bewegungen*

Der Patient. sitzt auf einem Stuhl am Tisch diagonal gegenüber der Musiktherapeutin. Der Abstand zwischen dem Patienten und der Musiktherapeutin hat die Dimension der persönlichen Distanz (die persönliche Distanz ist der Abstand von 45–75 cm zwischen zwei Menschen; Trautmann-Voigt & Voigt 2009, 21).

Sein Oberkörper ist vertikal ausgerichtet. Die Körperbewegung findet in der mittleren und zum Teil in der weiten Kinesphäre im Oberkörper statt (als Kinesphäre wird der persönliche dreidimensionale Bewegungsraum des Menschen bezeichnet, der mit normal ausgestreckten Armen und Beinen ohne Veränderung des Standorts erreicht werden kann. Sie beschreibt den persönlichen Raum, den der Mensch mitnimmt, wo immer er sich bewegt).

Die Muskeln des Rumpfes sind mit hoher Intensität kontrahiert, der Rumpf ist in seiner linearen, geraden Form fixiert. Sichtbar ist die hohe innere Anspannung des Patienten. Der Patient zeigt die Tendenz den Raum einzunehmen, indem er die Arme ausbreitet. Körperspaltungen bestehen zwischen vorne und hinten sowie oben und unten.

Es besteht ein fragmentierter Übergang zwischen *Schrumpfen* (der Körper zieht sich zusammen) und *Wachsen* (der Körper breitet sich aus). Im Formfluss zeigt sich ein *Verlängern* nach oben im Strecken des Halses und Hochziehen der Augenbrauen. Der Übergang zwischen dem Fluss und der Hemmung motorischer Impulse ist fragmentiert. Der Übergang zwischen dem Einsatz des Körpergewichts und der eigenen Kraft in der Bewegungsausführung ist ebenfalls fragmentiert. Die Bewegung der Extremitäten richtet sich gegen die Schwerkraft. Die Bewegungen in den Extremitäten sind mit hoher Intensität der Muskel-Kontraktion fragmentiert, unterbrochen in der Beugung und erzeugen runde Formen. Die Streckung der Extremitäten von der Körperachse weg, auswärts ist weit ausgedehnt.

Die Übergänge zwischen der Bewegung hin zur Körperachse und weg von der Körperachse, zwischen Beugung und Streckung in den Armen und die Bewegungen zwischen Rumpf und Extremitäten sind fragmentiert.

Fragmentierte (abrupte, nicht zusammenhängende) Übergänge kommen auch beim Wechseln zwischen der runden und geraden Körperform und zwischen symmetrischen und asymmetrischen Bewegungen vor.

Der Blick des Patienten hat eine ruhige beobachtende und rückversichernde Qualität und folgt eigenen Handlungen und Bewegungen.

Es fällt auf, dass die progressive, ballistische (kämpferische, expansive) Bewegung fehlt. Der Übergang zwischen der bi-direktionalen und in einer Richtung strebenden Bewegung sowie einer wenig und weit ausgedehnten Bewegung ist fragmentiert. Die Bewegungen sind langsam. Der Übergang zwischen der fragmentierten und unterbrochenen und gleichmäßig geführten Bewegung ist fragmentiert, genauso wie der Übergang zwischen der Wiederholung und Variation in der Bewegung. Die Bewegung ist wenig differenziert direkt und gerichtet.

Die Aufmerksamkeit ist auf das eigene Tun und auf die Musiktherapeutin fokussiert und konzentriert.

### *Instrumente/musikalischer Ausdruck*

In dieser Szene spielt Herr C. kein Musikinstrument, er drückt sich körperlich und vokal aus.

Die Musiktherapeutin singt ein improvisiertes Körper-Lückelied. Ein Körperlied ist ein Lied, das den Patienten verhelfen kann, ihr eigenes Körperschema beim Singen zu erfahren. Ein Lückelied entsteht, wenn die Musiktherapeutin Pausen macht, in denen der Patient seinen eigenen Text singen kann.

Herr C. äußert sich sprechgesänglich, dialogisch. Das sprechgesängliche melodische, tonale Motiv verläuft im gemäßigten, moderaten Tempo, in mittelleiser Dynamik. Die Töne des Motivs werden repetiert. Der Rhythmus ist einfach. Die Pausen dominieren den vokalen Ausdruck des Patienten. Der Klang ist einfach, bescheiden, schüchtern, unbestimmt und unsicher.

Herr C. lässt Körperkontakt passiv zu und äußert den Wunsch und das Bedürfnis nach Berührung. Er exploriert seine eigenen Finger, indem er diese einzeln selbstberührt. Während dieser Selbstexploration der eigenen Finger berührt auch die Musiktherapeutin zuerst ihre eigenen Finger und dann die Finger des Patienten, während sie das improvisierte Körper-Lückelied singt und im Lied das Tun sprechgesänglich kommentiert: „Das sind Frau S.s Finger und das sind Herr C.s Finger: der Daumen, der Zeigefinger, der Dritte, der Vierte und der Kleine“.

Während des Singens lässt Herr C. die Berührung der Musiktherapeutin zu. Am Ende der Szene berührt Herr C. aus eigener Initiative die Handinnenflächen der Musiktherapeutin.

### *Szene 3: Körperkontakt/Berührung. Sitzung 21 der Einzel-Musiktherapie*

#### *Körperausdruck/Bewegungen*

In dieser Szene drückt sich der Patient vokal und instrumental aus. Er sitzt auf einem Stuhl am Tisch gegenüber der Musiktherapeutin und führt seine Bewegungen entlang der vertikalen Körperachse aus. Der Abstand zwischen dem Patienten

und der Musiktherapeutin hat die Dimension der persönlichen Distanz. Herr C. zeigt die Tendenz, den Raum einzunehmen. Im Körper des Patienten ist eine Körperpaltung zwischen oben und unten erkennbar. Der Formfluss hat beide Tendenzen: sowohl das Schrumpfen als auch das Wachsen. Im bipolaren Formfluss in der horizontalen Dimension zeigt der Patient die Tendenz zum Wachsen und zum Verbreitern. Im unipolaren Formfluss in der sagittalen Dimension höhlt er seinen Brustkorb nach hinten aus. (Die sagittale Körperebene (Bender 2014, 119) teilt den Körper in eine rechte und eine linke Seite. *Sagittal bedeutet* wörtlich: in Pfeilrichtung. Körperbildlich bedeutet das: rechts oder links von der Körpermitte liegend, wenn man sich die seitlich ausgestreckten Arme als Pfeile vorstellt.) Ein Aushöhlen nach hinten ist in diesem Fall die typische Reaktion auf einen Schreck (eine zu laute vokale Äußerung der Musiktherapeutin), der von vorne kommt.

Die Richtungsbewegungen erfolgen seitwärts, aufwärts und vorwärts. Der Rumpf ist mit hoher Intensität kontrahiert. Es gibt fließende Übergänge zwischen der Entspannung und der Kontraktion der Muskeln, dem Fluss und der Hemmung motorischer Impulse, zwischen der Bewegung, die der Schwerkraft folgt und der Bewegung, die sich gegen die Schwerkraft richtet, zwischen Bewegungen, die zur und weg von der Körperachse führen, zwischen dem Rumpf und den Extremitäten, zwischen symmetrischen und asymmetrischen Bewegungen, zwischen wenig und weit ausgedehnten Bewegungen, zwischen schnellen und langsamen Bewegungen, zwischen Übergängen und Fixierung sowie zwischen Wiederholung und Variation in der Bewegung. Zum ersten Mal treten rotierende Bewegungen in den Extremitäten auf.

Die Übergänge zwischen der Beugung und Streckung, zwischen wellenförmigen, zitterigen, vibrierenden und ballistischen, progressiven Bewegungen und zwischen bi-direktionalen und in eine Richtung strebenden Bewegungen sind fragmentiert.

Der Patient nutzt das eigene Körpergewicht und setzt die eigene Kraft ein, um die Bewegungen auszuführen, mit dem Einsatz niedriger und hoher Intensität. Der Körper befindet sich in der vertikalen Lage. Die Bewegung ist differenziert, direkt und gerichtet. Die Aufmerksamkeit ist auf die Musikinstrumente, auf das eigene Tun sowie auf die Musiktherapeutin fokussiert und konzentriert. Es findet ein regelmäßiger Blickaustausch statt.

### *Instrumente/musikalischer Ausdruck*

In dieser Szene wählt der Patient zuerst die Cabasa aus. Er möchte diese aber nicht spielen und leitet gestisch einen Instrumententausch mit der Therapeutin ein und spielt deren Caxixi. Der Patient schüttelt, rasselt und scheppert die Caxixi mit beiden Händen. Zum Schluss wechselt der Patient das Instrument und schüttelt kurz die Rührtrommel.

Im instrumentalen Spiel des Patienten oszilliert der Rhythmus zwischen Arrhythmizität und Bildung von rhythmischen Motiven. Der Übergang zwischen

ihnen ist fragmentiert. Der Rhythmus ist einfach. Der Rhythmusverlauf wird von lang andauernden und spannungsvollen Pausen dominiert.

Das Metrum ist zeitweise unregelmäßig und wechselhaft und zeitweise geht das Metrum durch die freie Improvisation metrisch und pulsierend durch. Die Übergänge zwischen den metrischen Potenzialen sind abrupt. Der Klang der instrumentalen Äußerung wechselt zwischen ängstlich, zittrig, zurückhaltend, kämpferisch, impulsiv und lebendig, vital. Der Übergang zwischen den Klangqualitäten ängstlich, zittrig, unterdrückt, zurückhaltend und impulsiv, aggressiv, explosiv, kämpferisch ist fragmentiert. Das Tempo verändert sich, es wechselt zwischen rasch, lebhaft und sehr schnell. Die Artikulation ist staccato. Die Phrasen beginnen mit einer Akzentuierung, betont oder abrupt. In der Formgestaltung sind rhythmische Motive im Rahmen einer freien Improvisation erkennbar. Das dynamische Spektrum erstreckt sich zwischen mittelleise, mittellaut und sehr laut. Es gibt plötzliche Wechsel zwischen sehr laut und mittellaut.

In der vokalen Äußerung des Patienten ist ein melodisches Thema erkennbar, das rhythmische Motive enthält. Der Rhythmus ist einfach. Die Melodie wird aus Tonsprüngen, Tonschritten, Konsonanzen und Tonrepetitionen gebildet. Der Ambitus ist mittel. Der Verlauf der melodischen Linie besteht aus einer Aufwärtsbewegung/Frage und einer Abwärtsbewegung/Antwort. Die Übergänge zwischen melodischen Sprüngen und Schritten, zwischen der melodischen Frage und Antwort sowie zwischen der Tonrepetition und dem Ambitus verlaufen fließend.

Der Klang ist manchmal einfach, bescheiden und schüchtern und manchmal lebendig und vital. Dynamisch wird die Melodie anfänglich lauter und zum Schluss leiser, agogisch betrachtet werden die ersten zwei Töne schneller, die letzten drei Töne langsamer. Die Übergänge zwischen lauter und leiser werdend sowie zwischen schneller und langsamer werdend sind fließend. Die Artikulation ist staccato und legato. Der Übergang zwischen staccato und legato ist fließend. Die Phrase verläuft ebenfalls fließend.

Die vokale Äußerung ist tonal und in Dur. Sie hat die Form einer freien Improvisation.

Kurzfristig zeigt der Patient einen aggressiven Impuls, indem er die Hand, in der er die Caxixi hält, hochhebt und zum Schlag ausholt. Die Therapeutin streckt dem Patienten die Hand entgegen, der Patient transformiert seinen Affekt und nimmt das Angebot der Therapeutin an, somit wird die Fortsetzung des gemeinsamen Spiels möglich und das Bedürfnis nach Körperkontakt sichtbar. Der Patient berührt die Therapeutin an der Handinnenfläche.

## Übergänge. Zusammenfassung

In den drei Szenen aus der Einzel-Musiktherapie wurden fragmentierte, blockierte und fließende Übergangsformen im sichtbaren körperlichen Verhalten, im sichtba-

ren körperlichen Ausdruck, in der sichtbaren Bewegung sowie im hörbaren musikalischen Ausdruck des Patienten beschrieben.

In den Übergängen zwischen den Formen der Berührung und des Körperkontaktes gab es folgende Beobachtungen:

Szene 1: Hier finden weder Körperkontakt noch Berührung statt.

Szene 2: Hier findet ein Übergang von der explorativen Selbstberührung des Patienten (er berührt seine eigenen Finger und exploriert diese) bis zur Berührung der Musiktherapeutin (er berührt die Musiktherapeutin an deren Handinnenflächen beider Hände) statt.

Szene 3: Der Patient traut sich, die ihm entgegengestreckte Hand der Musiktherapeutin zu berühren.

Aus der Berührungslosigkeit des Patienten konnte sich im Laufe der Musiktherapie eine Entwicklung hin zu Körperkontakt mit der Musiktherapeutin entwickeln.

Im Rahmen dieses Artikels konnte nur ein sehr kleiner Ausschnitt einer Arbeit zur Verfügung gestellt werden, die die Komplexität musiktherapeutischer Behandlung mit all ihren Übergangsphänomenen in der Körper-Bewegungs-Musik-Partitur zu erfassen versucht. Interessierte Leser seien verwiesen auf die Dissertationsschrift, die als eine E-Publikation auf der Internetseite der Universität Augsburg unter dem Titel „Körper, Bewegung und Musik als Partitur für künstlerische Psychotherapien“ erscheinen wird.

## Literatur

Alvin, J. (1988): Musik für das behinderte Kind. Stuttgart: Fischer.

Argyle, M. (2005): Körpersprache und Kommunikation. Paderborn: Junfermann.

Ayres, A. J. (2002): Bausteine der kindlichen Entwicklung: Die Bedeutung der Integration der Sinne für die Entwicklung des Kindes. Berlin: Springer.

Backer, Jos De (2004): Music and Psychosis. The transition from sensorial play to musical form by psychotic patients in a music therapy process. <http://vbn.aau.dk/files/198875649/Backer2004.pdf>.

Bender, S. (2014): Die psychophysische Bedeutung der Bewegung. Ein Handbuch der Laban Bewegungsanalyse und des Kesternberg Movement Profiles. Berlin: Logos Verlag.

Benedetti, G. (1975): Ausgewählte Aufsätze zur Schizophrenielehre. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Exner, C.; Lincoln, T. (2012): Neuropsychologie schizophrener Störungen. Göttingen: Hogrefe.

Fulkerson, M. (2014): The first Sense. A philosophical Study of Human Touch. Cambridge: The MIT Press.

- Frith, Ch. D.; Johnstone, E. C. (2003): Schizophrenia. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Huber, G. (2005): Psychiatrie: Lehrbuch für Studium und Weiterbildung. Stuttgart: Schattauer.
- Hüther, G.; Krens, I. (2012): Das Geheimnis der ersten neun Monate: Unsere frühesten Prägungen. Weinheim/Basel: Beltz.
- Kunkel, S. (2008): „Jenseits von Jedem?“ Grundverhältnisse, Beziehungsformen und Interaktionsmuster im musiktherapeutischen Erstkontakt mit schizophrenen Patienten. [http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2009/3954/pdf/Dissertation\\_Kunkel\\_Teil\\_1.pdf](http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2009/3954/pdf/Dissertation_Kunkel_Teil_1.pdf).
- Leathers, D. G.; Trzcińska, M.; Nęcki, Z. (2007): Komunikacja niewerbalna. Zasady i zastosowania. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Loos, G. K. (1996): Körperwahrnehmung. In: Decker-Voigt, H.-H.; Knill, P. J.; Weymann, E. (Hg.): Lexikon Musiktherapie. Göttingen: Hogrefe, S. 183–186.
- McGlone, F.; Vallbo, A. B.; Olausson, H.; Loken, L.; Wessberg, J. (2007): Discriminative Touch and Emotional Touch. In: Canadian Journal of Experimental Psychology. 61 (3), 173–183. Canadian Psychological Association. Doi: 10.1037/cjep2007019.
- Metzner, S. (1999): Tabu und Turbulenz. Musiktherapie mit psychiatrischen Patienten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mertens, M. (2005): Der erste Sinn. In: Tagesspiegel 2005, 08.08.2005, S. 5.
- Montagu, A. (2015): Körperkontakt. Die Bedeutung der Haut für die Entwicklung des Menschen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Röhricht, F.; Priebe, S. (1998): Körpererleben in der Schizophrenie. Göttingen: Hogrefe.
- Scharfetter, Ch. (1995): Schizophrene Menschen. Diagnostik; Psychopathologie; Forschungsansätze. Weinheim: Beltz, PsychologieVerlagsUnion.
- Skrzypek, H. A. (2017a): Body Movement Music Score – Introduction of a newly developed model for the analysis and description of body qualities, movement and music in music therapy. Health Psychology Report 5 (2). doi: 10.5114/hpr.2017.64628.
- Skrzypek, H. (2017b, in Vorbereitung): *Körper, Bewegung und Musik als Partitur für künstlerische Psychotherapien*. E-Publikation, Universität Augsburg.
- Stolze, H. (1992): Der Körper in der Psychotherapie. In: Buchheim, P.; Cierpka, M.; Seifert, T.; Bergmann, M. S. (Hg.): Der Körper in der Psychotherapie. Berlin/Heidelberg/New York: Springer, S. 106–108.
- Trautmann-Voigt, S.; Voigt, B. (2009): Grammatik der Körpersprache. Körpersignale in Psychotherapie und Coaching entschlüsseln und nutzen. Mit 18 Tabellen. Stuttgart [u.a.]: Schattauer.
- van Manen, M. (2014): Phenomenology of Practice. Meaning-Giving Methods in Phenomenological Research and Writing. Walnut Cree, California: Left Coast Press.

Vetter, B. (1998): Psychiatrie. Ein systematisches Lehrbuch für Heil-, Sozial- und Pflegeberufe. Ulm/Stuttgart/Jena/Lübeck: G. Fischer.

Dr. phil. Hanna Skrzypek  
Nizefeldweg 21  
5280 Braunau am Inn  
Österreich  
hanna.skrzypek@icloud.com

#### Hinweis

*Sabine Koch und Thomas Bergmann* beschreiben im MU Themenheft *Übergänge und gemeinsame Grundlagen von Musik und Bewegung*. Sie stellen den Körperbezug in der Musiktherapie vor dem Hintergrund von Bewegungsrhythmen und menschlicher Resonanzfähigkeit heraus.

Mikroanalytisches Arbeiten als musiktherapeutische Forschungsmethodik wird im Themenheft MU sowohl bei *Thomas Wosch* in seinem Artikel *Übergänge im Interaktionsverhalten in der musiktherapeutischen Improvisation und vom präverbalen zu verbalen Ausdruck* als auch bei *Julia Trostmann* und *Susanne Metzner* im Artikel *Ko-Kreative Momente und Transition* beschrieben.

# Der Seelenkomponist. Guided Imagery and Music (GIM): Eine Fallvignette

## The Self-Composer. Guided Imagery and Music (GIM): A Case Vignette

Isabelle Frohne-Hagemann, Berlin

*Der Beitrag vermittelt anhand einer Fallvignette einen Einblick in das therapeutische Potenzial der Methode Guided Imagery and Music (GIM). Imaginative Musikreisen zu bestimmten Musikzusammenstellungen sowie die anschließend gemalten Resonanzbilder des Klienten veranschaulichen die Entwicklungsschritte, die zu Übergängen, Überschreitungen und Überschreibungen alter Muster führen können. Eine besondere Rolle spielen in dieser Vignette die imaginierten inneren Gefährten des Klienten.*

*This paper presents a case vignette providing insight into the therapeutic potential of the Guided Imagery and Music (GIM) method. Music and imagery journeys to specific programs of recorded music as well as the client's subsequent mandala drawings illustrate developmental and mentalization processes which can lead to transition, transference and surpassing of old patterns. The imaginary inner travel companion is of particular importance in this vignette.*

### Einleitung

GIM ist eine in den USA in den 1970er Jahren von Helen Bonny begründete rezeptive Musiktherapieform (Bruscia & Grocke 2002), die auch im deutschsprachigen Raum seit den 1990er Jahren immer bekannter geworden ist (Frohne-Hagemann 2004, 2008, 2014 a, b; Geiger 2004; Geiger und Maack 2010). Hier werden Zusammenstellungen (meist) klassischer Musikstücke zu bestimmten existentiellen Themen indikationsspezifisch eingesetzt, um dem Klienten<sup>1</sup> Entwicklungs- und Reifungsprozesse zu ermöglichen. Diese Musikprogramme sind besonders gut geeignet, psychologische *Entwicklungen* erfahrbar zu machen. Sie tragen z.B. Titel wie Grieving, Loss, Consoling, Searching, Transitions usw. Diese Überschriften sind grundsätzlich allerdings eher als Optionen gedacht. In einer GIM-Sitzung können sich Themen auch in andere Richtungen entwickeln. Eine an sich angenehm

---

<sup>1</sup> Im Folgenden wird aus Gründen besserer Lesbarkeit nur die männliche Form verwendet. Die weibliche ist jedoch immer mitzudenken.

stützende Musik kann durchaus große Trauer auslösen, weil sie vielleicht bewusst macht, was der Klient bisher nicht erfahren hatte.

Der Aufbau von GIM-Musikprogrammen nach Helen Bonny folgt im Prinzip der Sonatenhauptsatzform (Frohne-Hagemann 1997; Booth 2005/2006), die ja auch ein Entwicklungsmuster von Mythen, Märchen und vieler Drehbücher ist:

*Introduktion eines Themas/Motivs* (das erste Musikstück),  
*Durchführung und Verarbeitung von Motiven* (2. und ggf. 3. Musikstück),  
*Integration* (3. und 4. Musikstück) und  
*Coda* (letztes Musikstück).

Die Sonatenhauptsatzform ähnelt auch dem „tetradischen System“ therapeutischer Prozesse und hermeneutischer Suchbewegungen im therapeutischen Prozess (Petzold 1988, 81; Frohne-Hagemann 2001, 61) mit

*Initialphase,*  
*Aktionsphase,*  
*Integrationsphase und*  
*Neuroorientierung.*

Entsprechend begegnet der Klient beim Hören seinen psychologischen Motiven und Themen. Die Musikfolgen können alte interiorisierte Erfahrungen, Muster und Gewohnheiten aktivieren, wobei die Durchführung der musikalischen Themen und Motive Empfindungen, Atmosphären, Stimmungen und Gefühlsqualitäten auslöst, Bilder und Szenen auftauchen lässt, Raum für neue Erfahrungen und Erkenntnisse öffnet und Impulse für die Gestaltung der eigenen Geschichten setzt. Wie in der Sonatenhauptsatzform entwickelt der Klient seine Themen weiter, erlebt neben Haupt- und Nebenthemen Verwicklungen, Ängstigendes, aber auch Überraschendes und Ermutigendes. Auf diese Weise arbeitet er sich durch psychodynamisches und existentiell bedeutsames Material und bekommt die Chance, das Erlebte zu einem sinnstiftenden Narrativ zu gestalten.

Der Klient kann daher durchaus als *Komponist seiner eigenen psychologischen Themen und Persönlichkeitsentwicklungen* verstanden werden, wenn er sich mit seinem Thema oder seinem Anliegen auf die Musik einlässt. Beispiele für solche Foci sind: *aus der Einsamkeit herausfinden wollen, Selbstvertrauen entwickeln, Geborgenheit erleben, eine Entscheidung fällen, etwas Neues erkunden*. Der Klient, von dem hier die Rede sein wird, ist in dieser Hinsicht ein *Seelenkomponist*, daher auch der Titel dieses Beitrags.

Eine GIM-Reise ist ein Prozess, bei welchem der Klient über die musikevozierten Imaginationen<sup>2</sup> in die „Archive seines Leibes“ (Petzold 1993, 290f) „reist“<sup>3</sup>. Hier wurden positive und negative interpersonale und intermentale Lebenserfahrungen

2 Imaginationen werden in GIM als Oberbegriff für innere Bilder, Empfindungen, Gefühle, Anmutungen, Körpersensationen, Gedanken, Szenen etc. verstanden.

3 Daher wird der Klient/Patient „Traveller“ genannt.

nicht nur internalisiert, sondern im Sinne Vygotskij's (1969, 1972) „interiorisiert“. „Interiorisierung geschieht, wenn ich über die bloße Internalisierung hinausgehend das durch die Eltern erlebte Trösten mir selbst gegenüber anwende wie einem anderen gegenüber und mich dadurch selbst zu trösten vermag. Interiorisierte gute Stimmungen klingen dann im positiven Selbstzuspruch als Selbstermutigung auf, genauso wie erlebte ‚negative Attributionen durch Interiorisierungen‘ als negative Selbstattributionen“ (Petzold 2016, 14). Interiorisierungen prägen in höchstem Maße unseren Umgang mit anderen und uns selbst. In der Therapie geht es dann darum, diese Selbstattributionen durch eine mentalisierende Begleitung des Therapeuten (in GIM spricht man von einem ‚Guide‘) während und nach dem Musikhören zu beeinflussen.

Aus dem Leibarchiv aufsteigend können die interiorisierten „inneren Ausrichtungen“ (Petzold 2016, 14) in den imaginierten Bildern, Szenen, Verhaltensweisen und Gefühlen des „Reisenden“ wiedererlebt und somit verändert werden. Der GIM-Traveller reist in einem leicht veränderten Bewusstseinszustand durch ‚dunklere‘ wie ‚hellerer‘ Bereiche des Bewusstseins<sup>4</sup>. Die dunkleren Bereiche werden vegetativ, kinästhetisch, affektiv und atmosphärisch erlebt und sind noch wenig reflektierbar. Manchmal erlebt der Klient z. B. etwas Schweres, sein Körper scheint sich zu verändern oder er sieht nur Formen und Farben. Doch je bewusster (‚hellerer‘) das Erleben wird, desto mehr zeigen sich die interiorisierten inneren Ausrichtungen in der GIM-Reise in Bildern, Symbolen, Metaphern, Szenen und Geschichten.

Bewusstwerdungsprozesse vollziehen sich also in Übergängen zwischen verschiedenen Bewusstseinsfeldern. Was in Bottom-Up-Prozessen auftaucht, will jedoch mentalisiert werden, soll Sprache finden und Sinn erfahren. Der ja noch in den dunklen Archiven des Leibes wartende „wilde Sinn“ (Merleau-Ponty 1964/1986, 203) erschließt sich nämlich erst nach und nach. Er braucht intermentalen Austausch und Resonanz. Erst durch die *verbale Begleitung* der Imaginationen durch den Therapeuten während des Hörens und Erlebens gewinnt er im Verlaufe des Hörerlebnisses allmählich Kontur, Form, Inhalt, Bedeutung und Sprache. Der Therapeut fragt nach, ermutigt den Reisenden zu empfinden, zu erforschen, zu erleben und Gefühle zu durchleben. Er macht dem Reisenden bedeutsame Wahrnehmungen bewusster, indem er sie markiert betont: „Ah, Sie stehen vor einer *Höhle*?“, oder wenn der Klient Angst empfindet, dessen Gefühl spiegelt: „Die Höhle macht Angst?“ und weiter nachfragt: „Was ängstigt Sie so sehr?“

Erst in der *Interaktion* mit dem Therapeuten, mit der Musik und den eigenen Imaginationen können also die interiorisierten emotional-sozialen Ausrichtungen mentalisiert werden (Frohne-Hagemann 2015). Sprache entwickelt sich durch sprachlich benanntes gemeinsames Handeln. Erfahrungen werden *intersubjektiv* „interiorisiert“ (Vygotskij 1969, Werani 2011), Sinn wird nur in einer gemeinsamen, durch Kultur und Sozialisation vermittelten Sprache erfahren (Petzold 2016)

4 Ich beziehe mich hier auf das Modell des „Komplexen Bewußtseins“ der Integrative Therapie (Petzold, 1993/2003).

und auch hinterfragbar. Dies schließt auch das Erleben von Musik ein, die es ermöglicht, dass Emotionen, Gefühle und innere Bilder geteilt werden können. Deswegen ist der *Dialog* zwischen Guide und Traveller *während* des Hörens in Bezug auf die gehörte Musik und auf die Imaginationen sowie im Nachgespräch über das anschließend gemalte Resonanzbild und die Imaginationen unabdingbar, um Sinn und Bedeutung zu finden.

Wir sprechen bei GIM auch nicht zufällig von Musik-*Reisen*, denn eine Reise findet wie Musik in der Zeit statt. Auch eine GIM-Musikreise fußt auf dem Erleben und Er-fahren von Zeiträumen und Übergängen: dem Prozess vom Anfang bis Ende, von Vergangenen ins Gegenwärtige und Zukünftige, vom Unbewussten ins Bewusste. Durch das Wahrgenommen werden durch einen Anderen (und sich auch von der Musik verstanden fühlen) führt der Prozess weiter von der Eigenwahrnehmung hin zur Wahrnehmung des eigenen Selbst mit fremden Augen, von Orientierungslosigkeit zur Sicherheit, von der Abhängigkeit zur Autonomie, von alten Mustern zu neuen Möglichkeiten. Das Er-fahren von Übergängen *in der Zeit* ist die Grundlage eines jeden Sinn-*Findungsprozesses*. Man versteht ein Lied nicht, wenn man es nicht von Anfang bis Ende singt. Dazu braucht es Geduld. Ein „wilder Sinn“ (Merleau-Ponty) verwandelt sich aber durch die begleitete Er-fahrung quasi von selbst zum Sinn, der „Sinn macht“.

## Eine Fallvignette

Eine GIM-Therapie dem Leser verständlich zu machen, bedarf differenzierter Beschreibungen: Abgesehen von anamnestischen und indikationsspezifischen Fragen zur Persönlichkeit, zur psychischen Struktur und zur gegenwärtigen biopsychosozialen Situation des Patienten müssen viele Aspekte untersucht werden: z. B.

- die Musikauswahl durch den Therapeuten hinsichtlich Diagnostik und Indikation (Grocke & Wigram 2007),
- das Imaginationspotenzial der ausgewählten Musik (Bonde 1997),
- die Imaginationen des Klienten im Zusammenhang mit der musikalischen Strukturanalyse (Grocke 2007),
- die Art des Guidings<sup>5</sup> (Frohne-Hagemann 2014b),
- Übertragungen des Klienten auf die Musik, auf die Imaginationen und auf den Therapeuten sowie dessen Gegenübertragungen (Bruscia 1998),
- die symbolische Bedeutung der Imaginationen des Klienten (Bonde 2000),

---

<sup>5</sup> Guiding betrifft den Dialog, d. h. die Fragen des „Guides“ (Therapeuten) während des Musikhörens und wie er die mitgeteilten Imaginationen und Gefühle des Klienten (Traveller) begleitet.

- die Verbindung zwischen Musikerleben und anschließendem gemalten Resonanzbild<sup>6</sup> (Bush 1992, Booth 2005–2006).

Im begrenzten Rahmen dieses Beitrags ist dies alles nicht möglich, so dass ich mich auf die Entwicklung der musikstimulierten Imaginationen beschränke, die mein Klient in seinen Musikreisen zu Narrativen „komponierte“ und in seinen Resonanzbildern veranschaulichte. Diese können jedoch die kleinen Entwicklungsschritte nachvollziehbar machen, die zu Übergängen von unbewusstem bis zu klarbewusstem Erleben und zu Transitionen bzw. Reifungsschritten innerhalb seiner Persönlichkeit führten.

### *Herr K.*

Herr K. ein 50jähriger Berliner, zart gebaut, jünger aussehend, mit sympathisch warmen braunen Augen, offen, aber auch angepasst und zu höflich wirkend, befand sich noch in Nachsorge in einer Suchtberatungsstelle und sollte psychotherapeutisch ambulant weiter behandelt werden. Er lehnte jedoch eine rein verbale Psychotherapie ab, da ihm Biographie-Arbeit zu „verkopft“ schien und weil er spürte, dass er sich emotional nur über einen kreativen Ansatz entwickeln würde. Als er von einem Mitarbeiter der Beratungsstelle von GIM hörte und ich wiederum von diesem hörte, dass Herr K. kein Junkie sei (dann wäre GIM eher kontraindiziert gewesen), vereinbarten wir ein Erstgespräch.

### *Herr K.: Anamnese in Stichworten*

Wenig Erinnerung an die Kindheit, krebskranke Mutter, mit acht Jahren plötzlicher Tod der 12 Jahre älteren geliebten Schwester; mit neun Jahren Tod der Mutter; mit elf Jahren Tod der gleichaltrigen krebskranken Tochter der neuen Lebensgefährtin des Vaters; Vater, selbst als Pflegekind aufgewachsen, konnte ihn emotional nicht auffangen; ständige Maßregelungen des pubertierenden Jungen durch die nächste Lebensgefährtin des Vaters; ein Umzug nach Bayern, Mobbing in der Schule als „Saupreiß“, daher Rückumzug nach Berlin. Beginn intensiven Drogenkonsums; kurz nach seiner ersten Liebesnacht tödlicher Unfall der Geliebten.

Beruflich: Unter 400 Bewerbern für ein Studium als Bühnenbildner kam er in die engste Runde, musste aber absagen, weil er sich dem Vater zuliebe bereits für eine andere Lehre (Buchbinder) verpflichtet hatte. Später Studium zum Wirtschaftsingenieur; Drogenexzesse, wilde Partys, dennoch Abschluss des Studiums mit preisgekrönter Diplomarbeit.

6 In GIM „Mandalas“ (Sanskritwort für ‚Kreis‘) genannt. Auf einem DIN A 4 Blatt wird ein Kreis eingezeichnet als Einladung, sich beim Malen zu zentrieren. Dieser Kreis kann vom Klienten jedoch auch ignoriert werden.

Später: häufiger Wechsel zwischen Selbständigkeit, Anstellungen und Arbeitslosigkeit, Trennung von langjähriger, um einiges jüngerer Lebensgefährtin nach 11 Jahren, weil er dachte, dass das „das Beste“ ist, was er für sie noch tun könne, da er – zunehmend Drogen konsumierend – sich sexuell und emotional sukzessiv immer mehr entzog, ohne dies selbst zu verstehen. Blasenkrebskrankung und während der OP Tod der Stiefmutter.

Seitdem gänzlicher Verzicht auf Drogen (außer Zigaretten), in Nachsorge in der Suchteinrichtung, dabei arbeitslos, mittellos.

Was mich bei Herrn K. besonders anrührte war, dass er bei all den frühen und späteren Verlusten in seiner Not keine tröstende Resonanz erfahren hatte. Wo keine Resonanz ist, da bleibt die Seele sprachlos, kann sich selbst nicht erkennen, streift verloren und ratlos durch die Welt auf der Suche nach etwas, das sie nicht interiorisieren konnte. Die Arbeit mit klassischer Musik weckte aber in mir die Hoffnung, dass verbal begleitete GIM-Musikreisen ihm einerseits Unterstützung und Trost geben und ihn andererseits auch auf Neues neugierig machen und so einen Weg aus seiner abhängigen Struktur heraus in mehr Autonomie ermöglichen könnten.

Er brauchte ein Gegenüber, das ihn auch in der Sprachlosigkeit emotional verstand. Im Gegensatz zur üblichen rezeptiven<sup>7</sup> Musiktherapie schien mir, dass er die verbale Begleitung *während* des Hörens besonders brauchen würde, um seine innere Welt besser erweitern, erkunden und mentalisieren zu können.

Wie man sich vorstellen kann, beginnt man eine GIM-Therapie nicht sofort mit langen, womöglich sogar den Klienten emotional schon herausfordernden und daher am Anfang kontraindizierten GIM-Musikprogrammen, sondern (auch aus diagnostischen Gründen) mit kurzen Musikimaginationen (MI) im Sitzen oder mit modifiziertem GIM<sup>8</sup> und wenn – weil gewünscht – doch im Liegen, dann höchstens mit GIM-Programmen, die einen sehr supportiven Charakter<sup>9</sup> haben. Über einen Gesamtzeitraum von ca. 50 Sitzungen fanden bei Herrn K. immer wieder Sitzungen auch ohne Musik statt, entweder um die Nachwirkung vorangegangener GIM-Reisen zu reflektieren oder weil anstehende Bewerbungen, Krebs-Untersuchungen etc. besprochen werden wollten.

Im Folgenden werde ich mich vor allem auf die GIM-Reisen beziehen, die emotionale Übergänge nachzeichnen.

7 Hier wird während des Musikerlebens nicht gesprochen.

8 MI: Hier wird ohne Dialog mit einzelnen Musikstücken gearbeitet. Modifiziertes GIM: Hier findet während der Musikhörphase ein verbaler Dialog statt, allerdings ist die Gesamtdauer deutlich kürzer als bei GIM.

9 Das schließt nicht aus, dass auch supportive Musikstücke emotional herausfordern können.

### *Die GIM-Therapie*

Die ersten Therapiesitzungen mit kurzen Musikimaginationen und anschließend gemalten Resonanzbildern (z. B. einen langen Weg darstellend) zeigen, dass Herr K. erstens ahnt, viel Zeit für seinen Weg zu brauchen, zweitens, wie wichtig es ihm ist, sich zugehörig und gebraucht zu fühlen und drittens, dass es auch um Selbstfürsorge (Self-Care) gehen muss. GIM-Reisen, die in die Tiefe gehen, sind hier aus den genannten Gründen noch nicht indiziert. Außerdem muss er sich wegen seiner Krebserkrankung noch einer Nach-OP unterziehen und es steht noch ein wichtiges Bewerbungsgespräch an, das wir im Rollenspiel üben.

Aber nachdem beides sehr erfolgreich verläuft und es ihn entlastet, in der Hinsicht gesund zu sein und nach längerer Arbeitslosigkeit wieder Arbeit zu haben, ist die Zeit reif, dass seine Einsamkeit, Trostlosigkeit und Schuldgefühle zum Thema werden können. Herr K. sagt, er habe zwar Freunde, fühle sich aber dennoch allein. Er verdiene es wohl nicht, glücklich zu sein. Hier zeigt sich seine innere Ausrichtung, die dadurch geprägt ist, dass er wenig Trost in seinem Leben erfahren hat und damit gleichzeitig interiorisiert hat, sich auch nicht selbst trösten und aus der Einsamkeit befreien zu können. Um seine inneren Ressourcen zu aktivieren und mit sich selbst in Beziehung zu kommen, erwähne ich, dass es vielleicht hilfreich wäre, wenn er zunächst sich selbst zum *inneren Gefährten*<sup>10</sup> werden könne und frage, ob er eigentlich in der Kindheit Stofftiere oder andere, unsichtbare Freunde gehabt habe. Ihm fällt sein Stofftier, ein heißgeliebter zotteliger Orang Utan ein, der größer als er selbst war. Der Gedanke, dass ihm vielleicht auch jetzt hilfreiche innere Gefährten zur Seite stehen könnten, macht ihn neugierig.

Um ihn das erforschen zu lassen biete ich ihm zwei sehr ruhige, langsame Musikstücke für eine modifizierte GIM-Reise an:

1. Pärt: Spiegel im Spiegel für Klavier und Cello (10:43 Min.).
2. Madredeus: O Mar (5:35 Min.).

### *Die erste GIM-Musikreise*

Nach der Induktion zur inneren Sammlung und Vorbereitung auf die Reise in die innere Welt frage ich ihn, ob er die Musik einladen möge, ihm zu helfen, einen inneren Gefährten zu finden.

1. *Pärt*: Herr K. imaginiert ein kleines, altes und verwinkeltes Fachwerkhäus an der Ostsee. Ein Bär schleicht herum, ist aber nicht an Herrn K. interessiert. Er entfernt sich immer weiter vom Haus und hält am Strand nach etwas Ess-

---

10 Innere Gefährten sind nicht nur mentale Repräsentanzen eines individuell erlebten Selbst, sondern auch eines „generalized other“ (Mead 1962), der Vorstellungen der Erwartungen anderer repräsentiert, wie man sein soll oder nicht sein darf. Solche Vorstellungen werden interiorisiert, neurozerebral verankert und bestimmen unsere Beziehung zu uns selbst (vgl. Petzold 2016).

barem Ausschau. Ich frage beiläufig: „auch ein Einzelgänger?“ Herr K. bejaht überrascht, wodurch es ihm dämmert, dass der Bär wohl etwas mit ihm zu tun hat. Was möchte Herr K. nun, frage ich? Er inspiziert das Haus: kleine Räume, niedrige Decken deuten auf das Alter des Hauses, da „die Menschen früher ja wesentlich kleiner gewesen sind“. Auch das Bett im Schlafzimmer sei zu kurz (*symbolisch wunderbar verschlüsselt: ein Link zu seiner Kindheit*).

2. *Madredeus*: Herr K. bekommt Hunger und findet zu seiner Überraschung alles, was er braucht, um eine Suppe zu kochen (*es ist also alles da, um versorgt zu sein*). Er schaut nach dem Bären, der, als Herr K. ihn mehrmals ruft, auch mit einem Fisch kommt, den er „ähnlich wie ein Hund“ auf dem Boden ablegt, so dass Herr K. ihn problemlos nehmen und nun eine Fischsuppe mit Kartoffeln, Möhren und Zwiebeln kochen kann. Der Bär suhlt sich mit dem Rücken auf dem Rasen des Grundstücks. Als die Suppe fertig und genug abgekühlt ist, dass sich beide „nicht die Schnauzen verbrennen“, genießen sie schweigend und doch verbunden in aller Ruhe ihre Suppe und knabbern den Fisch von den Gräten. Dann legt sich der Bär an der Seite zur Ruhe und auch Herr K. geht ins Haus, um sich in dem kurzen Bett schlafen zu legen.

In dieser Reise gehen zwei Einzelgänger eine respektvolle Verbindung ein. Beide sorgen gemeinsam für Nahrung und genießen schweigend eine Zweisamkeit (*als hätte Herr K. seinen Organ Utan, sein ebenfalls namenloses Alter Ego wiedergefunden*). In seinem Resonanzbild im Anschluss an die Musikreise nimmt der Bär den ganzen Raum ein. Wie er denn sei, frage ich im Nachgespräch. Er sei größer als Herr K. (*wie der Orang Utan!!!*), zwar ein Einzelgänger und zurückhaltend, aber eigentlich eher ein gemütlicher Typ, so wie Balu, der Bär aus dem Dschungelbuch. Man dürfe ihn aber auch nicht ärgern. Ansonsten versuche er aber immer Ärger zu vermeiden und „Sachen wegzuschlafen“.



*Resonanzbild Nr. 1  
„Der Bär“*

Ich stelle mir vor, wie Herr K. sich nach den schlimmen Verlusten in seiner Kindheit emotional in den Winterschlaf zurückgezogen und so seinen Kummer weggeschlafen hatte: ein Verhalten, das sicher zu seinem Drogenkonsum beigetragen hatte, das er aber auch heute noch lebt, wenn er Konflikten aus dem Weg geht. Es

ist jedoch noch zu früh, diesen Bezug herzustellen. Ich bin froh, dass er als der sich anästhetisierende „Bär“ immerhin emotional nicht ganz abgestürzt ist, sondern überlebt hat<sup>11</sup>.

Entwicklung vollzieht sich in „polaren, einander bedingenden Wechselbewegungen“ (Frohne 1981). Eins bedingt das andere und in Bezug auf Entwicklungsprozesse bildet der Gegenpol den Übergang zu neuen Erkenntnissen. Gleich in der nächsten Sitzung, auch einer GIM-Sitzung, zeigt sich ein gegensätzlicher Selbstanteil. Herr K. meint nämlich, er habe wohl auch einen Dämon in sich: Seit der letzten Sitzung, als es möglich war, dass er und der Bär sich auch schweigend verstanden, sei er auf sich und seine Ex-Freundin wütend. Er habe ja seine Zurückhaltung ihr gegenüber *damals* einfach nicht erklären *können*, weil er sich selbst nicht verstand. Aber *jetzt*, wo er doch Annäherung und Klarheit *suche*, sie aber nichts mehr von ihm wissen will, sei er plötzlich wütend auf sie und sich selbst.

#### *Zweite GIM-Musikreise (ohne Resonanzbild)*

Damit dieser wütende Dämon Raum bekommen kann, beschließen wir eine weitere modifizierte GIM-Reise (im Sitzen, um nicht zu regredieren), für die ich folgende Musik auswähle: Carl Nielsen: 5. Sinfonie, op. 50, 1. Satz (9:41 Min.).

Diese Musik beginnt sehr harmonisch und lieblich, wird jedoch zunehmend durch ein störendes Motiv in ein wahres Schlachtgetöse verwandelt. Es geht in dieser modifizierten GIM-Reise nicht um ein Ausagieren blinder dämonischer Wut, sondern darum, dass Wut als Affekt im Sinne von Kraft reguliert und integriert werden kann.

Herr K. imaginiert zunächst die am Anfang noch schöne Zeit mit seiner Ex-Freundin und erlebt dann zunehmend seine Frustration, nicht kommunizieren zu können. Vier Minuten vor Musikende gelingt es ihm jedoch, sich mit der mittlerweile sehr aggressiven Musik zu verbinden und (ermutigt von mir) einmal laut, (aber nur ganz kurz, denn er müsse ja *cool* bleiben), seinen Ärger herauszufluchen.

Im Nachgespräch besprechen wir sein „Cool bleiben müssen“, denn der Dämon hatte sich ja nur ganz kurz artikulieren dürfen. Herr K. verhält sich ihm gegenüber wie der Bär, ohne dass dieser hier allerdings erwähnt wird: „Cool sein“ heißt für Herrn K., negative Emotionen zu unterdrücken und Konflikten besser aus dem Weg zu gehen, um das Gegenüber nicht zu verletzen. In seinem „Cool sein“ *müssen* versteckt sich nicht nur die Befürchtung, geliebte Menschen vermeintlich deswegen zu verlieren oder schon verloren zu haben (z.B. seine Mutter), weil er

---

11 Tiere kommen in GIM-Reisen häufig vor. In den mythologischen Erzählungen der Menschheit taucht z. B. der Bär oft als Beschützer oder als Vermittler zwischen Himmel und Erde auf, er ist mit dem Tod vertraut, denn er weiß, ihn auch zu überleben. Er kann jedoch auch angreifen, wenn Uneingeweihte die Grenzen zu spirituellen Bereichen verletzen (vgl. Ronnberg & Martin, o. J., 272).

nicht lieb genug oder wegen eigener Bedürfnisse und Ansprüche anderen Menschen möglicherweise lästig war. Hinter seinem „Cool sein“ verbirgt sich auch die dahinterliegende Erfahrung, dass ihm eh niemand zuhört. Dies hat Herr K. leiblich als innere Ausrichtung interiorisiert, woraus folgt, dass er sich auch sich selbst gegenüber entsprechend verhält, indem er verstummt (und wie der Bär lieber alles *wegschläft*). Aufgrund der fehlenden positiven Resonanzen fehlt die Erfahrung, dass ein klärendes Gespräch möglich ist. Dies wiederum macht verständlich, dass die ursprüngliche Bedeutung von Coolness<sup>12</sup>, nämlich in gefährlichen Situationen ruhig zu bleiben und emotional eskalierende Situationen zu deeskalieren, *um dann* vernünftig miteinander reden zu können, von Herrn K. nicht in letzterem Teil erfahren werden konnte. „Cool sein“ bedeutet für Herrn K. nicht *Gelassenheit*, sondern *Unterdrückung* oder *Vermeidung* von Gefühlen, was letztlich zur Sprachlosigkeit und zur Trennung führte.

Wir bleiben beim Dämon. Ich bitte Herrn K., sich zuhause Gedanken und Notizen über den Dämon zu machen und ihm auch einen Namen<sup>13</sup> zu geben. Der Dämon erhält den Namen *Surgur* und verwandelt sich daraufhin auf wundersame Weise in einen modernen (heutzutage harmlosen) Drachen, der wie „Grisu“<sup>14</sup> aussieht: hellgrün mit Puscheln an den Ohren, aber viel größer, mit „Zwölfpack“, also stark ausgeprägter Brustmuskulatur, breiter Schnauze, großen Nasenlöchern, kleinen Flügeln und langem Schwanz<sup>15</sup>.

Zu Herrn K. s Überraschung wäre Surgur gar nicht so böse wie gedacht, sondern ein „friedliches Kerlchen, das nur gerne seinen sowieso schon vorhandenen Drang zur Unvernunft zu befeuern weiß“. Surgur sei ein „Draufgänger“, schere sich nicht darum, was andere Leute von ihm dächten und hielten, er könne sogar Feuer spucken und sei nicht dafür verantwortlich, was Herrn K. in seinen negativen Gedanken befeure, da es gar nicht seinem Naturell entspreche. Er sei eher eine „Kraft“, die Herrn K. viel mehr stärken könnte<sup>16</sup>.

Das ist eine ganz neue Sichtweise: Herr K. hat einen Selbsteil gefunden, der offenbar anderen (noch) nicht gefallen oder Rücksicht nehmen muss, weil er

12 Vgl. Dinerstein, J. (2017).

13 Die Namensgebung dient der Personalisierung, so dass der Andere persönlicher und damit ansprechbarer wird.

14 Vgl. Online: [https://de.wikipedia.org/wiki/Grisu,\\_der\\_kleine\\_Drache](https://de.wikipedia.org/wiki/Grisu,_der_kleine_Drache). (Zugriff: 10.08.2017).

15 Es war ihm nicht bewusst: Grisu wollte Feuerwehrmann werden, was ihm verwehrt wurde. Herr K. wollte Bühnenbildner werden, musste aber seinem Vater zuliebe darauf verzichten und wurde Ingenieur.

16 Der Drache repräsentiert jedoch auch sozial unerwünschte Züge, die zum Schatten werden. Dazu sagt C. G. Jung (1950) aber, dass der Schatten nicht nur aus moralisch-verwerflichen Tendenzen besteht, sondern auch gute Qualitäten hat und dass das Böse im Schatten oft erst dadurch entsteht, dass diese guten Qualitäten verdreht oder missdeutet werden.

(noch) auf eine kindlich-unbekümmerte Weise nur die eigenen Bedürfnisse und Interessen ausleben will. Herr K. hat jetzt zwei Anteile gefunden, die ziemlich gegensätzlicher Natur sind: der eine will seine Ruhe haben, sich zurückziehen und von schlimmen Dingen nichts wissen, dieser verdrängt alles. Der andere stürmt heraus, übertritt Grenzen und Regeln und macht, was er will, beides zum Teil extrem. Wo ist die Mitte? (Entweder lebte Herr K. einsam und isoliert oder nahm Drogen und verausgabte sich auf wilden Partys).

### *Dritte GIM-Musikreise*

Die beiden neuen Gefährten des Herrn K. werden so präsent, dass der Drache und der Bär in der nächsten GIM-Reise mit von der Partie sind. Ausgangspunkt ist Herrn K.s Metapher über seine emotionale Situation: „Ich schippere in einer Nusschale auf dem Ozean“. Diese Metapher hatte einen Bezug zu Herrn K.s Ex-Lebensgefährtin, die ihm den Spitznamen „Weltmeerbär“ gegeben hatte.

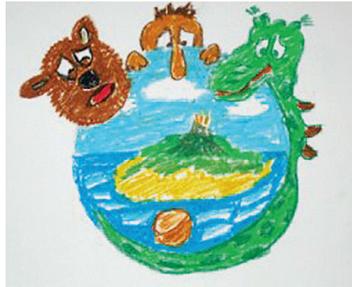
Für diese Reise wähle ich folgende Musikstücke<sup>17</sup>

1. Pierné: Konzertstück für Harfe, op. 39 (14:40 Min.).
  2. Rachmaninow: Symphony Nr. 2, e-moll, op. 27 (Adagio) (12:47 Min.).
  3. Respighi – Fountains of Rome, Villa Giulia at Dawn (4:30 Min.).
  4. Respighi – Fountains of Rome, Villa Medici at Sunset (5:45 Min.).
1. *Pierné*: Herr K. schippert mit Surgur und dem Bären in einer Nusschale auf dem unendlichen (aber ruhigen) Ozean. Die beiden Gefährten versuchen aus Spaß, die Nusschale ins Wanken zu bringen und werden immer wilder. Herr K. ist nicht begeistert und ruft sie zur Ordnung. Man landet auf einer Insel mit Robinson Crusoe Strand. Surgur ist der Unternehmungslustige und will gleich in den Wald. Herr K. will für Sicherheit sorgen und zuerst das Boot festmachen.
  2. *Rachmaninow*: Die menschenleere Insel wird erkundet. Tiere (Affen, Schildkröten) wundern sich über die drei Besucher („komische Wesen“). Surgur besteigt einen aktiven Vulkan und springt sogar hinein. Dass seine oberste Hautschicht etwas angekokelt wird, sei gar nicht schlimm. Herr K. vertraue ihm ganz: „der weiß, was er sich zumuten kann“. Eine Biene sticht den Bären in die Nase. Er sucht Honig, die Bienen geben ihm erstaunlicherweise einen Topf voll Honig, von dem er den anderen etwas abgibt. In einer Gegend, wo überdimensional hohe Pilze wachsen, fühlt Herr K. sich plötzlich so klein wie Alice im Wunderland und würde da nicht gern allein durchgehen.
  3. und 4. *Respighi*: Es wird noch vieles auf der sehr vielseitigen, lebendigen Insel erforscht. Der Bär trifft z.B. einen Pandabären, der ihn lehrt, was man aus Bambus machen kann. Jeder der Drei kann aber tun und lassen, was er will. Jeder hat seinen Raum, aber man hält zusammen und hilft einander. Zum Schluss beschließen sie, noch drei Tage zu bleiben und genießen den Ausblick aufs Meer.

<sup>17</sup> GIM-Programm „Relationships“, designed von Helen Bonny.

Begleitet von seinen Gefährten reist Herr K. mutterseelenallein auf dem Weltmeer zu einer einsamen Insel und erforscht wie ein Robinson Crusoe ein Neuland. Surgur ist der neugierige, furchtlose und unverletzbar Entdecker, der Bär derjenige, der Nahrung findet, jetzt gewissermaßen auch geweckt wird (Bienenstich) und bereit ist, vom anders gearteten Artgenossen Pandabären etwas zu lernen. Überraschend ist, anders als sonst erlebt zu werden (*die Affen erinnern Herrn K. im Nachgespräch an seine Chefs*), jedoch ist auch befremdlich, sich zwischen den riesigen Pilzen<sup>18</sup> zu befinden. Die Erfahrungen sind vielseitig.

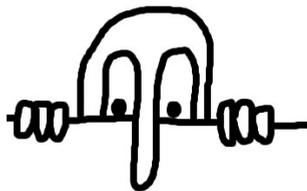
Das Resonanzbild betont allerdings mehr den unendlichen Ozean, die Nusschale und die Insel. Die drei Gefährten scheinen alles zu halten.



Resonanzbild Nr. 2  
„Die Insel“

Herr K. in der Mitte wirkt auf mich wie ein junger Mann, der sich noch nicht ganz zeigen mag, aber schon mal über die Mauer schaut. Herrn K. fällt dazu seine Sehnsucht ein, Altes einfach mal loslassen zu können, um sich auf unbekanntes Neues einzulassen. Allerdings traue er sich das aber noch nicht zu.

Mir fällt die Ähnlichkeit mit dem berühmten Graffito „Kilroy was here“ auf und ich spreche Herrn K. darauf an. Er kennt den Slogan, weiß aber nichts über die Bedeutung<sup>19</sup> und ich vertiefe das auch nicht weiter. Ich erinnere mich aber an die Forschungen des großen Psychologen Norbert Bischof, der in diesem Graffito das „Zeichen des Tricksters mit phallischer Anspielung“ erkennt (Bischof 1998, 488).



Grafik Nr. 1 Kilroy was here

<sup>18</sup> Die riesigen Pilze können auch als Phallussymbole gedeutet werden.

<sup>19</sup> Der 1939 auf Schiffen und in militärischen Häfen in den USA gezeichnete Slogan *Kilroy was here* wurde laut Wikipedia bei US-amerikanischen Truppen zum Super-GI, d.h. für den Mann, der *immer schon vorher genau dort gewesen war, wo die Truppen hin gesandt wurden*.

Laut Bischof weist dieser Trickster<sup>20</sup> Merkmale dreier Reifungsphasen auf, die Freud als Entwicklungsalter der Latenzperiode bezeichnete.

„1. Phase: *Infantile Abhängigkeit*: Jammer über den Verlust der Mutter, ungezogenes Austesten der elterlichen Toleranz.

2. Phase: *Erhöhte Unternehmungslust* (ziellose Wanderschaft, hemmungslose Neugier, Drang, alles auszuprobieren ...), *Unzureichende Persönlichkeitsintegration* (schillerner Charakter, Abspaltung des Genitalbereichs), *Soziale Inkompetenz* (...), *Mißverhältnis von Ratio und Erfahrung* (...).

3. Phase: *Emotionale Reifung* (genitale Integration....), und *Wandlung zum Wohltäter*“....“

(Bischof, 1998, 489)

Im Sinne Bischofs zeigen sich interessanterweise in dieser dritten Musikreise die *Trickster-Merkmale* sogar *aller drei Reifungsphasen*: Herr K. schippert „mutterseelenallein“ in einer Nusschale im unendlichen Meer und landet dann auch noch auf einer menschenleeren Insel (Phase 1). Es scheint, als ob er gemäß dem Kilroy-Slogan *schon vorher genau dort gewesen war, wo jetzt die Reise hinging (dort nämlich, wo keine Menschen, sondern die Einsamkeit ist)*. Man muss sich wie Robinson Crusoe eben allein durchschlagen und zurechtfinden. Es scheint, dass er unbewusst den vom Bären „weggeschlafenen“ Kummer durch diese Reise wieder aktiviert.

Gleichzeitig klingt im Imaginationsmotiv der Nusschale, die von den Gefährten „aus Spaß“ ins Wanken gebracht wird, mit dem „Austesten der elterlichen Toleranz“ eine Über-Ich-Thematik an, die übrigens in der fünften Reise wieder auftauchen wird. Herr K. weist damit *Trickster-Merkmale der 2. Reifungsphase* auf. Noch delegiert er das draufgängerische, neugierige und furchtlose Verhalten an den Drachen Surgur, weil er selbst sich noch nicht traut. Surgur ist jedoch ebenfalls unreif, emotional auch immun: es sei ja nicht schlimm, dass seine oberste Hautschicht etwas angekokelt wird. Dass die Gefährten jedoch zusammenhalten und einander helfen, weist auch auf Merkmale der die 3. *Reifungsphase* hin.

Ich finde Bischofs Forschungsergebnisse nachvollziehbar. Obwohl Herr K. den Kilroy-Slogan weder bewusst gemalt hatte noch den Hintergrund dieses Zeichens kannte, kommen die drei entwicklungspsychologischen Reifungsphasen in derselben GIM-Reise deutlich zum Ausdruck. Dies zeigt, dass unser Unbewusstes innere Veränderungsprozesse offenbar schon lange vorbereitet, bevor die Zusammenhänge in einem Bottom-Up-Prozess bewusstseinsklarer werden. Die Zukunft wird schon antizipiert. Veränderungsprozesse scheinen aber wohl eher erst dann in Gang zu kommen, wenn ein Reiz oder der Anstoß von außen kommt, in diesem Fall eben durch die Musik und durch den Dialog mit der Therapeutin.

<sup>20</sup> Vgl. zum Begriff des Tricksters: Online: <https://de.wikipedia.org/wiki/Trickster> (Zugriff: 19.06.2017).

Das Thema des Kummers („Tricksterphase 1“) ist offenbar noch virulenter als das Neuland, denn die GIM-Reise wirkt so nach, dass Herr K. über die Woche immer mehr Zugang zu seinen traurigen Gefühlen bekommt. Gerade die spannenden neuen Erfahrungen mit den Gefährten lassen ihn nämlich seine Verluste, seine Einsamkeit, die Traurigkeit und Verlorenheit in seinem Leben deutlicher spüren. Auch hier wird die Entwicklung vorangetrieben durch den verdrängten Gegenpol. In der folgenden Sitzung (ohne Musik) will Herr K. von dieser Verlorenheit erzählen und zum ersten Mal kann er weinen und seinen ganzen Schmerz mit der Therapeutin teilen.

Nach dieser emotional wichtigen und sehr berührenden Sitzung ist Herr K. wie verwandelt, er fühlt sich befreiter, so als hätte er sich aus seiner alten Wirklichkeit in eine neue Wirklichkeitsdimension begeben.

#### *Vierte GIM-Musikreise*

Um dieser Wendung Raum zu geben, wähle ich aus dem GIM-Programm „Transitions“<sup>21</sup> folgende Musikstücke, die geeignet sind, Übergänge und Veränderungen zu thematisieren.

1. Strauß: Ein Heldenleben, op. 40 (Ausschnitt aus „des Helden Weltflucht und Vollendung“) (6:00 Min.).
  2. Brahms: Sinfonie Nr. 3, F-Dur, op. 90 (Poco Allegretto) (20:04 Min.).
  3. Beethoven: Sinfonie Nr. 9, d-moll, op. 127 (Adagio molto) (12:27 Min.).
1. *Strauß*: Herr K. durchwandert Berlin mit dem (für Andere nicht sichtbaren) Bären und dem Drachen, geht über den Flohmarkt an der Uni vorbei und erzählt seinen Gefährten von der Zeit, wo er Kunst studieren wollte.
  2. *Brahms*: Die Gefährten wollen davon nichts hören, sondern suchen Vergnügen und wollen unter Menschen sein. Surgur guckt hübschen Frauen nach, der Bär trinkt Tee mit Honig. Man ist durch den schönen Tag wie euphorisiert.
  3. *Beethoven*: Surgur will Neues ausprobieren und auch Herr K. lässt sich anstecken. Er genießt es, wie ein Kind zu spielen, Papierdrachen steigen und fliegen zu lassen und auch selbst in Gestalt von Surgur zu fliegen: „die Leute wundern sich, weil sie Surgur nicht sehen können und nur mich sehen, wie ich mit den Kindern Drachen steigen lasse“. Zuhause angekommen, genießen alle drei den Abend auf dem Balkon mit herrlichem Blick auf die Stadt. Wie eine Familie nach dem Tagesausflug: Der Bär trinkt seinen Tee mit viel Honig und Surgur erzählt begeistert von seinen Flugkünsten.

---

<sup>21</sup> GIM-Programm „Transitions“, designed von Helen Bonny.



Resonanzbild Nr. 3  
„Die lebendige Stadt, in der ich lebe“

Man erkennt die drei Gefährten von hinten, auf dem Balkon sitzend, wie sie die Stadt betrachten. Herr K. in der Mitte ist jetzt viel größer geworden. Im Gegensatz zur letzten Reise, wo er seine menschenleere Insel erforschte, entdeckt Herr K. jetzt die kindliche Freude, wieder zu spielen (eine bis dahin brachgelegene Ressource), gleichzeitig aber auch das Leben erwachsener Menschen teilen zu können. Auch befindet er sich nicht auf einer imaginierten Insel, sondern ganz konkret dort, wo er lebt: in Berlin.

Mittlerweile hat Herr K. 21 Sitzungen (und 7 MI bzw. GIM-Reisen) gehabt. Die beiden Gefährten haben ihm wichtige Selbstanteile bewusst gemacht. Das ermöglicht nun neue Schritte in konfliktreichere emotionale Gefilde.

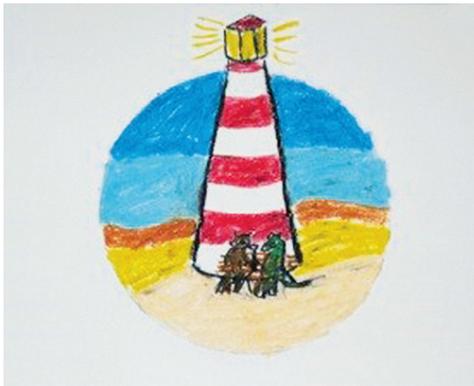
#### *Fünfte GIM-Musikreise*

Die fünfte hier beschriebene GIM-Reise soll helfen, eine anstehende emotional bedeutsame Entscheidung zu fällen. Herr K. will mit den Gefährten Möglichkeiten und Wege zur inneren Klarheit finden. Ich wähle folgende Musikstücke<sup>22</sup> aus, die fast zwingen (besonders Messiaen) sich im emotionalen Hier und Jetzt für innere Belange Zeit zu nehmen:

1. Bartok: Hungarian Sketches, Sz. 97: An evening in the village (2:50 Min.).
  2. Corigliano: Voyage for flute and string Orchestra (8:12 Min.).
  3. Messiaen: Turangalila-Symphonie: VI Garden of love's sleep (10:30 Min.).
  4. Tavener: The Repentant Thief: First Lament (2:15 Min.).
  5. Pärt: Da pacem Domine (5:42 Min.).
1. *Bartok*: Herr K. imaginiert eine Küste mit Dünen. Er sieht einen Leuchtturm, vor dem Surgur und der Bär auf einer Bank auf ihn warten. Surgur freut sich auf ihn, während der Bär Winterschlaf halten möchte.

<sup>22</sup> GIM-Programm „Present Moments“, designed von Ellen Thomasen.

2. *Corigliano*: Herr K. drängt auf Diskussion der Angelegenheit. Der Bär meint, man solle über die Sache schlafen, sie regle sich dann von allein. Surgur meint, er kenne das Problem so nicht und Herr K. solle sich mit Details doch nicht so einen Kopf machen. Auch die Musik sagt zuerst, alles würde gut.
3. *Messiaen*: jetzt findet Herr K., dass die Musik „quengelt und die Harmonie stört“ (*die langsame und hypnotisch statische Musik bremst tatsächlich ein Bedürfnis, schnell Eindeutigkeit zu finden*). Herr K. wird immer unruhiger. Obwohl er „im Kopf“ weiß, dass es kein Richtig oder Falsch gibt, drängt er auf eine Entscheidung. Bär und Drache haben aber keine Lust zu diskutieren. Der Bär schenkt Tee ein und meint es reiche, sich eine Bäarin zum Kuschneln zu suchen. Herr K. beklagt, dass Surgur ein Aktivist sei, der aber nie die Konsequenzen bedenke.
4. *Tavener*: Herr K. beneidet beide zwar, weil sie sich „ihrem Naturell entsprechend verhalten“, doch selbst quält er sich weiter, weil er ja schließlich Verantwortung trägt („ich muss ja arbeiten, die beiden aber nicht“).
5. *Pärt*: Der Bär hat keine Energie mehr, er müsse jetzt schlafen, die Musik sagt: bleib ruhig, alles wird gut. Herr K. erlebt eine höhere Macht, die ihm Sicherheit gibt und ihn ermutigt: Vertrau Dir! Er kann sich jetzt erlauben, das Gefühl zu erleben und einfach *da zu sein*.



*Resonanzbild Nr. 4  
„Da Sein“*

Das *Da Sein* wird auch der Titel des Resonanzbildes. Man sieht Herrn K. ganz klein zwischen dem Drachen und dem Bär, was wohl auch seine Hilflosigkeit ausdrückt, gegen den Widerstand der Gefährten selbst eine Entscheidung zu fällen. Die Auseinandersetzung mit den konfliktunfähigen bzw. -vermeidenden inneren Selbstanteilen gelingt noch nicht. Er ist noch nicht Herr im Haus. Die alten interio-rierten inneren Ausrichtungen beherrschen ihn noch.

Im Nachgespräch bitte ich ihn deshalb, sich einmal mit dem Leuchtturm zu identifizieren, den ich dann interviewe. In dieser Rolle und erst jetzt erlebt er, dass er doch den Überblick hat und dass er derjenige ist, der wegweisend ist und die Gefahren am besten kennt. Er stellt überrascht fest, dass der Leuchtturm der Anteil

in ihm ist, der ihm Sicherheit vermittelt<sup>23</sup>, eine innere Autorität. Der Leuchtturm taucht zwar gleich zu Beginn der ersten Musik auf. Als „höhere“ Macht erlebt er ihn jedoch bewusst erst in der letzten Musik. Man kann ihn als Repräsentanz seines geistig-spirituellen Bewusstseins, aber durchaus auch als Symbol für eine deutlich aufgerichtete Männlichkeit sehen.

### *Sechste GIM-Musikreise*

Das Gefühl, von einer höheren Macht beschützt zu sein und dadurch auch mehr Selbstvertrauen haben bzw. sich autonomer fühlen zu dürfen, wird präsenter. Thema ist jetzt sein Stress am Arbeitsplatz, weil er keine klaren Aufgaben bekäme und nicht wage, den Chef damit zu konfrontieren. Ich habe dennoch das Gefühl, dass Herr K. sich seinen Konflikten stellen kann und wage es, ein mehr herausforderndes GIM-Musikprogramm<sup>24</sup> zusammen zu stellen.

Als geeignete Musik wählte ich

1. Haydn: Cellokonzert in C-Dur (Adagio) (9:39 Min.).
2. Vaughan Williams: In the Fen Country (14:40 Min.).
3. Prokofieff: Montagues und Capulets (aus Romeo und Julia), (6:15 Min.).
4. Glasunov: Kleines Adagio aus Die vier Jahreszeiten (Der Herbst) (3:34 Min.).

Diesmal hat Herr K. keine Bilder, sondern bewegt sich ganz in Konfliktsituationen.

1. *Haydn*: Herr K. fühlt sich – nicht unangenehm – auf dem Liegesessel wie festgeklebt. Die Musik ist friedlich und lädt ein, sich der Leichtigkeit hinzugeben, aber das Cello sei manchmal aufgeregt. Es gäbe eine Auseinandersetzung mit „irgendeiner Thematik“.
2. *Vaughan Williams*: Das Cello soll beruhigt werden, will sich aber nicht beruhigen. Ein Instrument will die Aufgeregtheit rausnehmen, aber das Cello hört nicht auf, über eine Thematik kommunizieren zu wollen. Auch die anderen wollen die Art und Weise nicht, wie das geschieht. Dann umarmen sich alle. Ich frage, ob das Thema denn inhaltlich jetzt angehört worden sei. Herr K. stellt fest, dass es gerade schon wieder hin und her geht, was ihn sehr irritiert.
3. *Prokofieff*: Jetzt scheint sich einer sogar wie ein Diktator in den Mittelpunkt zu stellen und fordert etwas aggressiv und bombastisch, so dass „man“ sich ganz klein fühlt. Herr K. fühlt sich bedrängt.
4. *Glasunov*: Herr K. erlebt die Diskussion etwas harmonischer, fürchtet aber, dass das Bedrohliche gleich wieder losgeht, doch schließlich scheinen sich alle zu versöhnen. Immerhin sei jeder zu Wort gekommen.

<sup>23</sup> Dieses Erleben steht im Gegensatz zum Erleben, das die riesigen Pilze in der zweiten GIM-Reise auslösten.

<sup>24</sup> GIM-Programm „Bewältigung“, designed von der Autorin.



Resonanzbild Nr. 5  
„Gesamtkomposition“

Im Nachgespräch erklärt Herr K. sein Resonanzbild und sein Erleben folgendermaßen: Das Ganze sei eine Gesamtkomposition. Die äußeren grün- und orange-farbenen Ringe stünden für Rhythmus, der Halt geben soll; gelb, rot und braun ergäben die Harmonie, das innere Ocker sei die Melodie, die Note das Solo. In der Reise hätte die Melodie aber andauernd als Solo „gequengelt“ und dem Rhythmus wäre es nicht gelungen, sie zu beruhigen.

Ich frage nach, warum die Melodie unbedingt beruhigt werden sollte. Herr K. erklärt wieder, dass „quengeln“ uncool sei. Es gehe doch darum, sich „angemessen“ zu verhalten. Man könne sich doch nicht so wie ein Politiker bombastisch in den Mittelpunkt stellen und wilde Reden schwingen! Hier geht es also wieder um *Coolness*. Nicht das Solo, sondern die anderen wollen von den Gefühlen nichts wissen!

Als Intervention drehe ich die Perspektive deshalb um: Ob er sich vorstellen könne, dass die Melodie vielleicht gerade *deswegen* so aufgeregt und aggressiver wird, *weil* sie nicht gehört wird? (Das negativ geladene Wort „quengeln“ soll eine andere Bedeutung bekommen.) Was wäre, frage ich, wenn das Solo Herr K. bzw. der traurige Junge von früher wäre? Und hätte sich der Junge nicht getröstet gefühlt, wenn man ihm einfühlsamer zugehört hätte? Und was gibt einem denn Halt? Wenn Rhythmus Halt geben soll, dann doch nicht, indem er die Melodie beschwichtigt, sondern sie trägt! Der Bezug zu Herrn K.s Kindheit wird deutlich. Ihn verstehen und auffangen, das konnten die Erwachsenen damals nicht. Herr K. musste sich in seiner Kindheit selbst beruhigen. Diese Erkenntnis tut weh: Er wurde in seinem Kummer nicht getröstet und interiorisierte die Rolle der Großen, die sich im Ruhigstellen oder Beschwichtigen erschöpfte, weil er anderes nicht kenne gelernt hatte.

Diese GIM-Reise und die emotionale Erkenntnis im Nachgespräch ist für Herrn K. sehr anstrengend. Heute selbst so zu sein, wie die Großen früher, diese Erkenntnis ist erschreckend und das Umdenken und Überschreiten der alten Vorstellung braucht Zeit zum Verdauen. Ich frage mich, ob ich ihn überfordert habe, da er verunsichert ist und sich vergewissern muss, dass ich noch auf seiner Seite bin. Er äußert die Befürchtung, dass ich ihn vielleicht nicht für kreativ genug halten könnte, weil er ja in der letzten Sitzung ja gar keine Bilder so wie sonst mit Surgur und dem

Bären gehabt habe. Er merkt allerdings gleich selbst, wie er sich dabei von meiner Meinung abhängig macht und eigentlich nur seine Ängste und unsere Beziehung ansprechen will. Er zeigt damit, dass er sich seiner Verlustangst stellt.

Ich wertschätze seinen Mut, sich emotional mitzuteilen, gehört werden zu wollen und sich unserer Beziehung zu versichern und ich zeige mein Verständnis für seine Verunsicherung. Indem er seinen Konflikt mit mir klären will, hat er ein altes Muster überschritten, nämlich: Verlustängste zu verdrängen und Ängste „wegzuschlafen“.

Meine positive Resonanz macht es möglich, dass ein wichtiges erstes Therapieziel erreicht ist und er beginnen kann, negative Beziehungserfahrungen zu überschreiben. So werden seine Beziehungserfahrungen wieder zum Thema.

Die nächste kurze GIM-Reise mit drei Musikstücken<sup>25</sup> thematisiert seine Sehnsucht nach einer guten Beziehung.

1. Fauré: Pavane op 50 (5:22 Min.).
2. Mendelssohn: 3. Sinfonie (Scherzo assai vivace) (4:35 Min.).
3. Beethoven: Violinkonzert D-Dur, op 61 (Larghetto) (10:01 Min).

„Sehnsucht“ ist auch der Titel seines Resonanzbildes.



*Resonanzbild Nr. 6  
„Sehnsucht“*

Eine GIM-Reise nach Venedig steht für den Traum, Altes loszulassen, sich offen für Neues zu machen, aber ohne den Trubel mit den Touristen. Herr K. sucht Kontakt zu „normalen“ Menschen und trifft auf einem versteckten venezianischen Marktplatz Leute, die ihren Alltag mit einfachen Tätigkeiten füllen und mit denen man sich ohne ständige Beziehungskonflikte problemlos austauschen kann. Mir scheint, dass er die Mitte (Normalität) zwischen Abhängigkeit und Autonomie ersehnt. Er nimmt sich vor, jetzt in dieser Hinsicht tatsächlich aktiv zu werden.

<sup>25</sup> GIM-Programm „Ressourcen finden“, designed von Anna Röcker.

### Siebte GIM-Musikreise

Entsprechend geht es in der *siebten GIM-Reise* um den Wunsch nach „Energetisierung“ und auch darum, den Bären aufzuwecken. Ich wähle ein eher körperbezogenes Musikprogramm<sup>26</sup>

1. Schostakowitsch: Streichquartett Nr. 3 op. 73 F-Dur (Allegretto) (6:49 Min.).
2. Schostakowitsch: Streichquartett Nr. 8 op. 110 c-moll (Allegretto) (4:02 Min.).
3. Nielsen: Sinfonie Nr. 5 op. 50 (Andante un poco tranquillo) (Auszug) (4:28 Min.).
4. Vierne: Carillon de Westminster (Andante un poco tranquillo) (7:33 Min.).
5. Beethoven: Klavierkonzert Nr. 3 c-moll op. 37 (Largo) (9:58 Min.).
6. Prokofieff: Sinfonie Nr. 3 op. 44 (Larghetto) (4:10 Min.).

Die Reise beginnt mit dem Gefühl, in dem Film „Modern Times“ in Takt und Rhythmus der Zahnräder gefangen zu sein. Es gelingt Herrn K. aber, seinen eigenen Rhythmus und sein eigenes Tempo zu finden und wegzufiegen. Während der Sinfonie von Nielsen befinden sich Herr K. und der Bär auf einem herausfordernden Weg durch einen Wald. Der Bär geht voran, die wackeligen Wege sind durch Seile gesichert. Die beiden fragen sich etwas ratlos, woher sie eigentlich kommen, wohin sie gehen und wie sie wieder zurückkommen können. Herr K. wird ein Vogelmensch und fliegt über Schluchten, Krater und schneebedeckte Berge, wo er sich alles in Ruhe von oben anschauen kann. Dabei genießt er die Thermik. Der Bär bleibt unten. Dann landet Herr K. auf einer idyllisch gelegenen Alm und trifft dort auch den Bären und Surgur. Beide haben keine Lust mehr auf Faxen. Alle genießen die ruhige Stimmung und Landschaft.



Resonanzbild Nr. 7  
„Dahingleiten“

Das wichtigste Erleben in dieser Reise besteht darin, dass Herr K. wie ein Vogel fliegen, sich von der Luft tragen lassen und dabei die Thermik in Abhängigkeit von den Winden selber steuern kann. Dies ist ein großer Übergang: zwar von der Luft

<sup>26</sup> GIM-Programm „Body Tape“, designed von Helen Bonny.

und den Winden abhängig zu sein, dabei jedoch die Kontrolle behalten zu können, d. h. die Spannung zwischen Abhängigkeit und Autonomie auf eine sehr befriedigende und realistische Weise auflösen zu können. Auch auf der Erde können Surgur und der Bär jetzt „ohne Flausen tun, was zu tun ist“.

Die folgende Musikreise ist kein vollständiges GIM-Programm, sondern eine Musikimagination zu den beiden folgenden Stücken:

1. Desplat: Cornelia (aus dem Album: Girl with a Pearl Earring. Music from the Motion Picture Soundtrack) (1:46 Min.).
2. Glass: The Kiss (aus dem Album: The Hours. Music from the Motion Picture Soundtrack) (4:12 Min.).

Auch dieses Mal fliegt Herr K., aber nun als Blatt, das im Winde auf und ab getragen wird. Es wird aber auch getrieben: durch eine Röhre und eine Höhle und schließlich in das Häuschen aus der ersten GIM-Reise hinein und durch das gegenüberliegende Fenster wieder hinaus. Das Resonanzbild heißt „Blatt im Winde“.



*Resonanzbild Nr. 8  
„Blatt im Winde“*

Es ist, als ob Herr K. noch einmal die Therapie im Zeitraffer erinnert. Als *Blatt* fühlte er sich getragen, aber auch abhängig, denn er konnte sich (affektiv) weder steuern noch konnte er bestimmen, wohin er wollte. Er musste durch Dunkelheit und Enge hindurch und konnte das Häuschen der kleinen Leute (seiner Kindheit) zwar aufsuchen, es jetzt aber auch wieder verlassen.

Herr K. hat eine große Entwicklung gemacht und nach fast 50 Sitzungen meint er selbst, er sei jetzt soweit, dass er Strategien gefunden habe, nicht mehr in ein Loch zu fallen. Auch habe er sich emotional nun ganz von der Ex-Freundin gelöst und sich frisch verliebt. Er sei überrascht und verwundert, dass es plötzlich „so einfach war, jemanden kennenzulernen“, der sich auch für ihn interessiert. Ich habe den Eindruck, dass Herr K. sehr viel erreicht hat und spreche die Möglichkeit an, ein Therapieende anzupeilen. Dies scheint auch für Herrn K. realistisch zu sein.

### *Letzte GIM-Musikreise*

So bereiten wir uns gemeinsam auf den Abschied vor. In den folgenden Abschiedssitzungen findet noch eine letzte GIM Reise zu folgender Musik<sup>27</sup> statt:

1. Alwyn: Concerto grosso Nr. 1 B-Dur (Siciliano) (4:19 Min.).
2. Barber: Konzert für Klavier und Orchester op. 38 (Canzone moderato) (7:58 Min.).
3. Bach: Sonate Nr. 4 für Violine und Harfe in C-Dur BWV 1017 (Siciliano). Transkript von Stokowski (2:49 Min.).
4. Elgar: Dream Children op. 42 Nr. 1 (Andante) (3:04 Min.).
5. Elgar: Dream Children op. 42 Nr. 2 (Allegretto piacevole) (3:31 Min.).
6. Bach: Klavierkonzert E-Dur BWV 1053 (Siciliano) (5:58 Min.).
7. Alwyn: Sinfonietta for Strings Nr. 2 (Adagio molto calmato) (6:11 Min.).
8. Parry: Lady Radnor's Suite in F-Dur (Slow Minuet) (2:49 Min.).

Herr K. fliegt wieder als Vogel, sieht aber von oben keine Menschen und Tiere, weshalb er lieber landet. Er möchte gefunden werden, aber die anderen Vögel scheinen zu 80% ausgestorben zu sein (*all seine Verlusterfahrungen*). So fliegt er in ein Dorf, wo die Menschen ein Dorffest feiern und ihn willkommen heißen. Von Surgur übernimmt er die Unbefangenheit mitzutanzten, aber nicht dessen hyperaktive Art und vom Bären übernimmt er die ruhige Art, ohne sich isolieren zu müssen. Die Anteile kommen zur Integration.

Das Resonanzbild zeigt entsprechend eine ausgewogene Struktur<sup>28</sup>, in der alles seinen angemessenen Platz findet und Herr K. im Zentrum mit den Menschen auf dem Dorfplatz seinen Weg zu sich selbst feiert.



*Resonanzbild Nr. 9  
„Dorffest im Frühling“*

<sup>27</sup> GIM-Programm „Nostalgia“, designed von Kenneth Bruscia.

<sup>28</sup> Rote Blumen rechts, Lavendel links, Büsche oben links, ein See oben rechts und das Ährenfeld unten. Häuser um den Dorfplatz, tanzende Menschen auf dem Platz und Herr K. mit seinen verschiedenen Selbstanteilen im Zentrum.

## Schlussbemerkung

GIM ist eine Methode, die der Neuorientierung der Persönlichkeit dient. In den beschriebenen GIM-Reisen fand Herr K. innere Gefährten, die ihn mit wichtigen Selbstanteilen bekannt machten, deren Interiorisierungen und Implikate für seine Entwicklung dadurch bewusster wurden: der sich selbst versorgende Bär, der lernen muss, Konflikten nicht aus dem Weg zu gehen; der Drache, der Herrn K. Mut macht, draufgängerisch und unbefangene Kindheit und Pubertät nachzuholen; auch der mannhafte Leuchtturm, der Sicherheit gibt und die Stadt, die Lebendigkeit und Zugehörigkeit verspricht. Das waren gute Voraussetzungen dafür, im weiteren Therapieverlauf den Gefühlen der Einsamkeit, der Verlorenheit, Schuldgefühlen und Bedürfnissen nach Resonanz Raum geben zu können. Ebenso war er genügend vorbereitet, auf der Suche nach einer (neuen) „Gesamtkomposition“ Beziehung zu wagen und sich mit den vermeintlichen Erwartungen anderer bzw. seinen negativen Interiorisierungen auseinanderzusetzen.

Die Beschreibung des Therapieverlaufs konnte hier nur in aller Kürze skizziert werden. Das Potenzial der Musikreisen, innerpsychische Entwicklungen und Übergänge zwischen alten und neuen, zwischen verdrängten und bewussteren Lebensmustern zu finden, wurde in diesen Skizzierungen dennoch nachvollziehbar.

Welche Entwicklungen und Übergänge wurden in dieser GIM-Therapie möglich?

- Herr K. konnte sich selbst zum Gefährten werden, indem er die verschiedenen Selbstanteile so in sich integrierte, dass er der „Herr im Haus“ wurde und die Anteile nun nutzen kann, wie er sie nutzen möchte und wie er sie braucht.
- Er kann sich tragen lassen und dabei „die Thermik“ zum Steuern selbst nutzen.
- Er kann für sich selbst sorgen, nicht, weil er sonst nicht überleben würde, sondern weil er es genießen kann, sich Gutes zu tun (self-care).
- Er hat erreicht, negative Interiorisierungen zu erkennen und aufzulösen und Ängsten und Konflikten im Kontakt mit anderen Menschen oder Autoritäten nicht mehr ausweichen zu müssen.
- Er hat sich verliebt und freut sich über eine neue Art Beziehung.

Ich danke Herrn K. für seine große Bereitschaft, den Lesern einen Einblick in seine bisherigen Entwicklungsschritte erlauben zu haben. Über diese sei hier seine persönliche Einschätzung über die Anfangsphase angefügt:

*„Es war für mich damals verblüffend, dass diese Musikreisen mir einen Zugriff auf meine Gefühle ermöglichten und mir wichtige Erkenntnisse über mich und meine Beziehungen vermittelten. Es hat mir auch sehr geholfen, dass ich meine Kreativität wieder entdeckte und damit auch ganz neue Sichtweisen auf mich selbst.“*

## Literatur

- Bischof, N. (1998): *Das Kraftfeld der Mythen. Signale aus der Zeit, in der wir die Welt erschaffen haben*. München/Zürich: Piper Verlag.
- Bonde, L. O. (1997): Music Analysis and Image Potentials in Classical Music. *Nordic Journal of Music Therapy* 7 (2), 121–128.
- Bonde, L. O. (2000): Metaphor and Narrative in Guided Imagery and Music. *Journal of the Association for Music and Imagery* (7), 59–76.
- Booth, J. M. (2005–2006): Music, Drawing, and Narrative: An Adaptation of the Bonny Method of Guided Imagery and Music. *Journal of the Association for Music and Imagery* (19), 55–74.
- Bruscia, K.; Grocke, D. (Hg.) (2002): *Guided Imagery and Music. The Bonny Method and Beyond*. Gilsum NH: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. (Hg.) (1998): *The Dynamics of Music Psychotherapy*, Gilsum: Barcelona Publishers, 17–93.
- Bush, C. (1992): Dreams, Mandalas, and Music Imagery: Therapeutic Uses in a Case Study. *Journal of the Association for Music and Imagery* (1), 33–42.
- Dinerstein, J. (2017): *The Origins of Cool in Postwar America*, University of Chicago Press.
- Frohne, I. (1981): *Das Rhythmische Prinzip. Grundlagen, Formen und Realisationsbeispiele in Therapie und Pädagogik*. Lilienthal/Bremen: Eres Verlag.
- Frohne-Hagemann, I. (1997): *Die heilende Beziehung als therapeutisches Medium und ihre musiktherapeutische Gestaltung*. In: Müller, L.; Petzold, H. G. (Hg.): *Musiktherapie in der klinischen Arbeit. Integrative Modelle und Methoden*. Stuttgart: G. Fischer Verlag, 9–22.
- Frohne-Hagemann, I. (2001): *Zur Arbeit mit Traum und Imagination als musiktherapeutische Technik der Integrativen Musiktherapie*. In: Storz, D.; Oberegelsbacher, D. (Hg.): *Wiener Beiträge zur Musiktherapie*. Bd. 3: Theorie und Klinische Praxis. Wien: Ed. Praesens.
- Frohne-Hagemann, I. (2008): Schuld und Schuldfähigkeit als therapeutische Themen in Guided Imagery and Music (GIM). In: *Jahrbuch Musiktherapie – Annual Music Therapy*. Bd. 4. Wiesbaden: Reichert Verlag, 33–68.
- Frohne-Hagemann, I. (2004): *Rezeptive Musiktherapie aus der Sicht der Integrativen Musiktherapie*. In: Frohne-Hagemann, I. (Hg.): *Rezeptive Musiktherapie – Theorie und Praxis*. Wiesbaden: Reichert Verlag, 307–340.
- Frohne-Hagemann, I. (2014a): *Guided Imagery and Music im Wandel der Gesellschaft*. In: Frohne-Hagemann (Hg.): *Guided Imagery and Music – Konzepte und klinische Anwendungen*. Wiesbaden: Reichert Verlag, 13–34.
- Frohne-Hagemann, I. (2014b): *Definitionen und Anwendungen: Guided Imagery and Music (GIM), modifiziertes GIM und musikimaginative Methoden (MI)*. In: Frohne-Hagemann, I. (Hg.): *Guided Imagery and Music – Konzepte und klinische Anwendungen*. Wiesbaden: Reichert Verlag, 85–113.

- Frohne-Hagemann, I. (2015): A Mentalization-Based Approach to Guided Imagery and Music. In: Grocke, D.; Moe, T. (Hg.): *Guided Imagery and Music (GIM) and Music Imagery Methods for Individual and Group Therapy*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 169–178.
- Geiger, E.; Maack, C. (2010): *Lehrbuch Guided Imagery and Music (GIM)*. Wiesbaden: Reichert Verlag.
- Grocke, D. (2007): *A Structural Model of Music Analysis, Microanalysis in Music Therapy*, Research Publications 1. London und Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 149–161.
- Grocke, D.; Wigram, T. (2007): Selecting Music for Receptive Methods in Music Therapy. In: *Receptive Methods in Music Therapy. Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers, 45–60
- Jung, C. G. (1950): *Aion. Beiträge zur Symbolik des Selbst*. GW Band 9/2: §423.
- Mead, G. H. (1962): *Mind, Self, and Society*. University of Chicago Press.
- Merleau-Ponty, M. (1964): *Le visible et l'invisible*. Paris: Gallimard. [Deutsche Ausgabe (1986): *Das Sichtbare und das Unsichtbare*. München: Fink.]
- Petzold, H. G. (1988): *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie*. Band I. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Petzold, H. G. (1993/2003): *Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie*. Bd. 1. Klinische Philosophie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G. (2003): „Komplexes Bewusstsein“ als Bewusstseinspektrum – ein psychotherapeutisch-beuristisches Modell in der Integrativen Therapie. In: Petzold, H. G.: *Integrative Therapie, Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie II/1*. Paderborn: Junfermann, 241–320
- Petzold, H. G. (2016): Kulturtheoretische und neuropsychologische Überlegungen zu Fundamentalismusproblemen, Migration und prekärer Identitätsbildung in „unruhigen Zeiten“ am Beispiel dysfunktionaler neurozerebraler Habitualisierung durch Burka, Niqab, Genital Mutilation. *Polyloge (21) 2016 FPI-Publikationen*. Online: <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/21-2016-petzold-h-g-2016q-kulturtheoretische-und-neuropsychologische-ueberlegungen-zu.html> (Zugriff: 09.07.2017).
- Ronnberg, A.; Martin, K. (Hg.) (o. J.): *Das Buch der Symbole. Betrachtungen zu archetypischen Bildern*. Archive for Research in Archetypal Symbolism (ARAS), Köln: Taschen Verlag.
- Werani, A. (2011): *Inneres Sprechen – Ergebnisse einer Indiziensuche*. Berlin: Lehmanns Media.
- Wikipedia: *Kilroy was here*. Online: [www.wikipedia.org/wiki/Kilroy\\_was\\_here](http://www.wikipedia.org/wiki/Kilroy_was_here) (Zugriff: 20.12.2016).
- Wikipedia: *Der kleine Drache Grisù*. Online: [www.wikipedia.org/wiki/Grisù,\\_der\\_kleine\\_Drache](http://www.wikipedia.org/wiki/Grisu,_der_kleine_Drache) (Zugriff: 20.12.2016).

Vygotskij, L. S. (1969): Denken und Sprechen. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.

Vygotskij, L. S. (1931/1992): Geschichte der höheren psychischen Funktionen. Münster/  
Hamburg: Lit. Verlag.

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1–9: Resonanzbilder der GIM – Therapie, mit freundlicher Genehmigung des Patienten Herr K.

Grafik 1: unter Freier Lizenz Wikimedia Commons: [https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/6/63/Kilroy%2C\\_Zeichnung-PR.pn](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/6/63/Kilroy%2C_Zeichnung-PR.pn) (Zugriff: 10.10.2017).

Prof. Dr. Isabelle Frohne-Hagemann  
Forststraße 50  
12163 Berlin  
E-Mail: [info@frohne-hagemann.de](mailto:info@frohne-hagemann.de)

## **Eine Atmosphäre voller Übergänge. Musiktherapie im palliativen Kontext**

### **An Atmosphere Full of Transitions. Music Therapy in Palliative Context**

Gustav von Blanckenburg, Münster

*Das Tätigkeitsfeld der Palliativmedizin wird häufig auf den Übergang vom Leben zum Tod reduziert. Diese Beschreibung ist jedoch nicht hinreichend. Palliativ betreute Patienten befinden sich in einer sehr komplexen Lebensphase, die geprägt ist von verschiedensten Übergängen. Die Musiktherapie stellt hier mit ihrer menschlichen Haltung und der Vielfalt ihrer Wirkweisen eine wichtige Berufsdisziplin in der Begleitung Betroffener dar. Dieser Artikel gibt einen Überblick über die Palliativmedizin sowie die Situation des Patienten und beschreibt darüber hinaus Setting, therapeutische Haltungen, Methoden und Wirkweisen der Musiktherapie. Geradezu wortwörtlich ‚palliativ‘, also im ursprünglichen Sinne der Wortbedeutung ummantelnd, wirkt dabei das atmosphärische Fürspiel, ein Phänomen, das anhand des vom Autoren geprägten Begriffs der ‚Musikalischen Blase‘ tiefergehend dargestellt wird.*

*Palliative care is often reduced solely to the transition from life to death. This, however, is not an adequate description. Palliative patients find themselves in a highly complex stage of life, characterized by diverse transitions. With its deeply humane approach and wide range of means, music therapy may be seen as an important profession in supporting patients during this phase of life. This article presents an overview of palliative care with consideration of the patient's situation and furthermore describes the setting, therapeutic approaches, methods and mechanisms of music therapy. In contemplation of the origin of the word „palliative“, meaning „to cloak“, in-depth observation of atmospheric therapeutic playing is given. This literally „palliative“ phenomenon is presented on the basis of the author's coined term, the „Musical Bubble“.*

Beim Thema ‚Übergänge‘ mit Blick auf Musiktherapie mag einem schnell der palliative Kontext in den Sinn kommen, da hier Menschen auf ihrem letzten Lebensweg im Übergang vom Leben zum Tod begleitet werden. Landläufig wird die Palliativmedizin häufig mit Sterbebegleitung gleichgesetzt und somit auf nur eines ihrer vielfältigen Arbeitsfelder reduziert. In dieser jungen medizinischen Fachdisziplin werden Menschen mit fortschreitender, unheilbarer Erkrankung versorgt, wobei

der Schwerpunkt der medizinischen Interventionen auf Symptomlinderung bei Erhalt größtmöglicher Lebensqualität für den Patienten liegt. Der Zeitraum der palliativmedizinischen Behandlung kann dabei zwischen Diagnosestellung und Versterben zeitlich individuell stark variieren. Es können wenige Tage, jedoch auch mehrere Jahre sein, die dem palliativ erkrankten Patienten<sup>1</sup> zur Verfügung stehen.

Der ‚Übergang‘ wird im Duden ([www.duden.de/rechtschreibung/uebergang](http://www.duden.de/rechtschreibung/uebergang)) u. a.

- (1) als ein Überqueren oder Hinübergehen, bzw. als eine Stelle, um dies zu tun,
- (2) als ein Wechsel zu etwas anderem oder in ein anderes Stadium und
- (3) als eine Übergangszeit definiert.

Ein Mensch in palliativer Lebenssituation, dem mit dem Sterbevorgang eine Art Hinübergehen oder ein grundlegender Wechsel in ein anderes Stadium bevorsteht, erlebt zunächst ein sehr hohes Maß an solchen Übergängen auf verschiedensten Ebenen. Es kommt neben den körperlich zunehmenden Einschränkungen auch zu tiefgreifenden sozialen, psychischen und spirituellen Veränderungen. Diese für den Patienten sehr herausfordernde und häufig belastende Zeit der Übergänge gilt es im palliativen Kontext angemessen zu begleiten. Hierfür stellt die Musiktherapie mit ihrer individuell und menschlich in hohem Maße zugewandten Haltung und der Vielfalt ihrer Wirkweisen eine wertvolle und wichtige Herangehensweise dar, die ebenfalls geprägt ist von Übergängen verschiedenster Art. Dabei stellt, wie aufgezeigt werden wird, insbesondere die Methode des atmosphärischen Fürspiels mit der ‚Musikalischen Blase‘ ein Übergangsphänomen der besonderen Art dar, da es eine geradezu wortwörtlich palliative, sprich ‚ummantelnde‘ Wirkung zu erzeugen vermag.

## Palliativmedizin – Eine Einordnung

Mit der Palliativmedizin weitet sich seit Ende der 1960er-Jahre in der westlichen Welt eine medizinische Disziplin aus, die konträr zur sonst vorherrschenden kurativen Medizin arbeitet. Steht in der kurativen Behandlung einer lebensbedrohlichen Erkrankung noch ausschließlich die Heilung der Erkrankung bzw. Lebenserhaltung und -verlängerung mit teils sehr belastenden medizinischen Eingriffen im Vordergrund, akzeptiert die Palliativmedizin das Sterben als normalen Prozess und legt den Fokus darauf, Lebensqualität, Lebenszufriedenheit und weitest mögliche Funktionsfähigkeit des Patienten zu erhalten.

Die WHO definiert:

„Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung des Leidens mittels frühzeitiger Er-

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit nur die männliche Schreibweise verwendet. Hiermit sollen jedoch alle Geschlechter angesprochen werden.

kennung und korrekter Beurteilung sowie der Behandlung von Schmerzen und anderen Beschwerden körperlicher, psychologischer und spiritueller Art.“ (WHO 2002).

Dafür arbeitet die Palliativmedizin mit einem „*High-person, low-technology*“-Ansatz (Bausewein et al. 2004, 4) in einem interdisziplinären Team, das explizit neben Ärzten und Pflegekräften u. a. auch Sozialarbeiter, Physiotherapeuten, Psychologen, Seelsorger und Künstlerische Therapeuten einbezieht.

Inzwischen ist eine palliativmedizinische Betreuung am Lebensende glücklicherweise zunehmend gesetzlich verankert, zuletzt im Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG) vom 05.11.2015 ([www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/hospiz-und-palliativversorgung/hpg.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/hospiz-und-palliativversorgung/hpg.html)). Dies hat in den letzten Jahrzehnten für eine erhebliche Zunahme von Angeboten für unheilbar kranke Menschen gesorgt. Neben Palliativstationen gibt es vermehrt auch entsprechende Dienste, die innerhalb der Kliniken schwerkranke Patienten auf anderen Stationen betreuen sowie sogenannte SAPV-Teams (Spezialisierte Ambulante Palliativ Versorgung), die die Betroffenen im vertrauten häuslichen Umfeld versorgen. Hierbei geht es meist neben der ganzheitlichen medizinischen Versorgung auch um die organisatorische und juristische Unterstützung, zum Beispiel bei behindertengerechter Ausstattung des Zuhauses oder dem Verfassen von Patientenverfügungen. Für die letzte Lebensphase (bei einer voraussichtlichen Lebenserwartung von weniger als sechs Monaten) kommen ambulante Hospizdienste und stationäre Hospize hinzu, die einen weniger medizinischen Fokus haben, sondern vielmehr die spirituelle, psychosoziale und seelische Begleitung in den Vordergrund rücken (vgl. Bausewein et al. 2004, 15ff.).

Das Leitlinienprogramm Onkologie (2015, 175) legt in seiner S3-Leitlinie das Angebot einer palliativmedizinischen Behandlung für den Zeitpunkt der Feststellung der Nicht-Heilbarkeit fest und versucht so einen fließenden Übergang zwischen kurativer und palliativer Behandlung zu gewährleisten. Immer mehr Stimmen befürworten zudem eine frühzeitige Anbindung an die Palliativmedizin kurz nach der Diagnosestellung einer lebensbedrohlichen Erkrankung (vgl. Gottschling 2016, 81). In der Realität gestaltet sich der Übergang von kurativer zu palliativer Betreuung allerdings nach wie vor sehr schwierig. Immer noch verstehen viele klinische Abteilungen Palliativmedizin nur als Sterbebegleitung und behandeln den Patienten daher bis kurz vor dem Tod ausschließlich kurativ.

Neben dem Betroffenen selbst sind auch deren Angehörige ausdrücklich als Zielgruppe festgelegt. Sind sie durch die psychosoziale Begleitung besser in der Lage, den Patienten zu unterstützen und zu versorgen, können sie unmittelbar zur Verbesserung seiner Lebensqualität beitragen. Dabei gilt: Die Behandlung erfolgt unter unbedingter Berücksichtigung des Patientenwillens, denn „*Lebensqualität ist, was immer der Patient beziehungsweise die Familie als Lebensqualität definiert*“ (a.a.O., 78). Dies schließt ein, dass die palliative Betreuung nicht mit dem Tod des Patienten endet, sondern bei Bedarf eine Begleitung der Angehörigen in der Trauerphase und deren erforderliche Neuorientierung einschließt.

Hier lässt sich erkennen, dass Palliativmedizin und ganz besonders auch die Hospizbewegung über medizinische Interventionen im ausschließlichen Sinne hinausgeht. Sie stößt eine gesellschaftliche Bewegung an, die auf einen unbelasteteren, offeneren und liebevolleren Umgang mit dem Thema Tod hinwirkt. Dabei steht nicht der Tod im Fokus, sondern vielmehr das Leben bei hoher Qualität bis zum letzten Augenblick. Dies findet seinen Niederschlag in dem Satz über das Ziel der Hospizarbeit und Palliativmedizin, der Cicely Saunders, der Begründerin der Hospizbewegung zugeschrieben wird: *„Nicht dem Leben mehr Tage hinzufügen, sondern den Tagen mehr Leben geben“* (vgl. auch Pott 2015, 4).

## Vom Leben zum Tod – viele kleine Übergänge

Sich mit dem Übergang vom Leben zum Tod auseinanderzusetzen, wirkt auf viele Menschen existentiell bedrohlich. Dies erscheint oft als belastetes, hoch angstbesetztes und häufig tabuisiertes Thema. Vermutlich aus diesem Grunde entwickeln nicht wenige Menschen ein verzerrtes Bild der letzten Lebensphase. Bekanntermaßen endet das Leben mit dem Tod. Davor jedoch befindet sich der schwerkranke Mensch in einem hochkomplexen Prozess, der von vielfältigen Veränderungen, Wechseln und Übergängen gekennzeichnet ist.

Den Beginn des besagten Lebensabschnitts kennzeichnet die Diagnosestellung der schweren Erkrankung. Zwar geht diese nur selten mit dem Beginn der palliativmedizinischen Behandlung einher, jedoch fängt zu diesem Zeitpunkt für den Patienten erkennbar ein neuer Lebensabschnitt an. In dieser Phase zeigt sich anfangs meist eine schwere Lebenskrise, in der erst nach und nach die Potenziale und neuen Lebensqualitäten deutlich werden, die Lebendigkeit bis zum Tod hin ermöglichen. Baumann & Bünemann (2009, 21) schreiben: *„Unheilbare Erkrankungen können als Lebenskrisen und gleichzeitig als Entwicklungschancen am Ende des Lebens betrachtet werden.“*

Zunächst ändert sich der Lebensmittelpunkt der Betroffenen. Nicht mehr Beruf oder Familie stehen im Vordergrund, sondern die Erkrankung. Häufig ist ein örtlicher Wechsel vom bekannten Zuhause in ein unvertrautes klinisches Umfeld notwendig. Träume und Pläne für die Zukunft müssen in Frage gestellt werden. Der Lebensplan lässt sich plötzlich insgesamt nicht mehr langfristig entwerfen. Vielmehr nimmt jetzt die kurzfristige, symptomgeleitete Planung zunehmend Raum ein. Damit einhergehend verändern sich familiäre Rollen: Die unabhängige und versorgende Mutter findet sich zum Beispiel in einer Abhängigkeitssituation wieder, die für sie selbst und ihre Familie sehr ungewohnt und belastend sein kann.

Hinzu kommt die existentielle und unausweichliche Bedrohung, die auf dem Betroffenen lastet: *„Der nahe liegende Impuls, in Anbetracht der Bedrohung zu fliehen, kann nicht ausgeführt werden, denn es ist unmöglich, sich vor sich selbst in Sicherheit zu bringen“* (a.a.O., 22). Zu akzeptieren, dass man dem eigenen Körper nicht mehr vertrauen kann, ist ein langer, schmerzhafter Prozess, der ein vorhan-

denes Grundvertrauen zunächst in seinen Fundamenten erschüttert. Intensive Gefühle von Schutzlosigkeit und Ausgeliefertsein schaffen sich Raum. Der Klinikaufenthalt und die invasiven Behandlungen verstärken diese emotionale Gestimmtheit häufig zusätzlich. Auf spiritueller Ebene werden Werte in Frage gestellt, es wird mit dem Glauben gerungen. Emotionen schwanken zwischen Verdrängung, Wut, Hoffnung, Trauer und Akzeptanz (vgl. Kübler-Ross 1983), beeinflusst auch hier durch Erfolge und Rückschläge in der Behandlung. Die Mitteilung und Erkenntnis der Unheilbarkeit der eigenen Erkrankung erfordert vom Patienten die Auseinandersetzung mit seiner eigenen Endlichkeit. Der Blick auf das eigene Leben rückt die Gegenwart und Vergangenheit mehr in den Fokus, lässt die Zukunft dahinter zurücktreten. Das eigene Leben wird reflektiert und eine Bilanz gezogen. Noch oder nicht zu erfüllende Wünsche sowie Bedauern über im Leben Geleistetes oder Verpasstes drängen in den Vordergrund.

Zunehmend bekommt der Patient seine Erkrankung auch körperlich zu spüren. Haben die invasiven Therapien der Krankenhauswelt schon das eigene Selbstempfinden durcheinandergebracht, zeigt sich die Erkrankung nun auch in Schwäche, Schmerz, Atemnot oder Veränderungen im äußeren Erscheinungsbild. Der Betroffene wird zunehmend weniger mobil, kann seine Extremitäten eingeschränkter benutzen, ist auf den Rollstuhl angewiesen oder wird bettlägerig. Dies hat darüber hinaus eine zunehmende Abhängigkeit zur Folge. Je nach Erkrankung können epileptische Anfälle, Sprachbeeinträchtigungen, Wesensveränderungen oder Desorientierung als zusätzliche Belastung vom Patienten zu bewältigen sein.

Je näher der Tod rückt, desto weniger aktiv nimmt der Betroffene am sozialen Leben teil. Es kommt zu einer zunehmenden Isolation, bedingt unter anderem durch Schwierigkeiten in der Kommunikation. Häufig müssen Themen wie Patientenverfügungen oder der Nachlass des Betroffenen besprochen werden, wobei es aber aufgrund möglicherweise vorhandener Tabuisierungen des Themas Tod zu Spannungen zwischen Patienten und Angehörigen kommen kann. All die erlebten Veränderungen zuvor als sicher geglaubter Bedingungen des Lebensumfelds und des eigenen Körpers lösen in hohem Maße Ängste aus, die kaum in Worten beschrieben werden können und häufig die gesamte Kommunikation und so auch die Verarbeitung dieser Ängste erschweren. Der Erkrankte selbst oder seine Angehörigen erleben eine Art Sprachlosigkeit angesichts der überwältigenden Situation, in der sie sich befinden. Diese Schwierigkeiten verhindern zudem häufig eine Berücksichtigung der sich verändernden Grundbedürfnisse des Patienten. Im Verlauf treten für diesen die Bedürfnisse nach Nahrungsaufnahme und wechselseitige Kommunikation zunehmend zurück und zum Beispiel solche nach Spiritualität, Anteilnahme und Trost vermehrt in den Vordergrund.

Schlussendlich nimmt in der nun eintretenden eigentlichen Sterbephase die Vigilanz stetig ab. Der Patient ist nur noch in einzelnen Momenten ansprechbar und pendelt teils schon zwischen den Welten hin und her. Wenn er noch wach ist, kann er von Angehörigen und Freunden Abschied nehmen, manchmal jedoch kämpft der Betroffene bis zum Schluss und kann sein Sterben kaum zulassen. Unter pallia-

tivmedizinischer Betreuung wird der Patient mit behutsamer Morphingabe sediert, um terminale Schmerzen, Todesangst und Atemnot zu lindern und ein friedliches Einschlafen zu erleichtern. Mit dem Tod des Betroffenen geht für die Angehörigen eine lange Phase intensiver Fürsorge und Abschiednehmens zu Ende. Diese geht über in eine Phase des Trauerns und einer erneuten Verlagerung des Lebensmittelpunkts. Es gilt nun, den Fokus wieder auf sich selbst zu richten.

Aus dem Leben in den Tod zu gehen, zeigt sich als essentieller Übergang, den jeder Mensch am Ende seines Lebens erlebt. Es ist ein Zeitraum, in dem der Betroffene notwendigerweise etliche kleine und größere Wechsel und Übergänge auf verschiedenen Ebenen ganz individuell durchlebt.

## Die Musiktherapeutische Begleitung

In dieser Lebensphase professionell begleitet zu werden, stellt eine wertvolle Unterstützung dar, um den Übergang gut meistern zu können. Ein Angebot, das hier vielfältige Wirkungen zeigen kann, ist die Musiktherapie. Doch wie funktioniert sie?

So wie die Palliativmedizin interveniert die auf diesem Teilgebiet fungierende Musiktherapie ebenfalls auf den vier Ebenen physisch, psychisch, sozial und spirituell. Dabei ist für Musiktherapie (auch) in diesem Feld typisch, dass sich die Wirkweisen nicht klar voneinander abgrenzen lassen, bzw. die Übergänge fließend sind. Dies erschwert die Quantifizierung der Wirkweisen und damit auch die medizinisch-wissenschaftliche Rechtfertigung dieser Therapieform. Inzwischen gibt es wissenschaftliche Studien, die eine signifikante Erhöhung des Wohlbefindens durch Musiktherapie aufzeigen (vgl. Warth et al. 2015). Für Studien, die eine signifikante Wirkung auf einzelne Symptome beschreiben können, herrscht jedoch weiterhin großer Forschungsbedarf.

Auch im Setting der Musiktherapie zeigen sich herausfordernde Gegebenheiten, die Patienten und Therapeuten nur selten einen klar abgegrenzten Rahmen gewährleisten können und dem Therapeuten viele Kompetenzen und spezifische Grundhaltungen abverlangen.

## Das Setting – Übergänge fließend, Abgrenzung unmöglich?

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten in der Onkologie/Hämatologie, Palliativversorgung und Hospizarbeit (2014, 7) schreibt in ihrem Berufsbild: „*Das übliche psychotherapeutische Setting mit zeitlicher und räumlicher Abgrenzung ist nur bedingt oder gar nicht möglich. Ein Sicherheit bietender Rahmen lässt sich unter den gegebenen Bedingungen häufig nicht herstellen*“. Das Setting der Musiktherapie zeigt auf fast allen Ebenen große Unbeständigkeiten, mit denen es adäquat umzugehen gilt:

- **Ort:** Unter anderem aufgrund der eingeschränkten Mobilität des Patienten findet die Musiktherapie meist in dessen Zimmer statt. Je nach individueller Befindlichkeit kann sich der Patient an einen Tisch setzen oder im Bett liegend die Musiktherapie erfahren. Besonders in Kliniken ist die Atmosphäre hier ungeschützt und eben sehr ‚technisch klinisch‘. Es stehen medizinische Geräte im Raum und viele Hintergrundgeräusche sind zu hören. Jederzeit kann jemand in den Raum kommen, was sich auch durch Anbringen eines Schilds an der Tür und offene Kommunikation gegenüber den anderen Berufsgruppen nur teilweise unterbinden lässt. Häufig sind Zimmernachbarn anwesend. Da nur in seltenen Fällen ein Therapieraum verfügbar ist, hilft in extremen Situationen nur das Ausweichen auf den Flur an eine möglichst geschützte Stelle. Hat der Patient, wie gelegentlich der Fall, zudem einen multiresistenten Keim, kann das Zimmer lediglich mit Kittel, Mundschutz, Handschuhen und desinfizierbaren Instrumenten betreten werden.
- **Zeit:** Die zeitliche Planung der Sitzungen muss sehr flexibel gehandhabt werden. Priorität haben einerseits medizinische und pflegerische Maßnahmen, andererseits die schwankende Verfassung der Patienten. So kann ein vorher vereinbarter Termin zum Beispiel aufgrund eines spontan notwendigen medizinischen Eingriffs ausfallen. Es kann sein, dass der Patient zum vereinbarten Zeitpunkt schläft oder ruhebedürftig ist. Die Länge der Sitzungen hängt ebenso von vielfältigen Einflüssen ab. An erster Stelle stehen die Bedürfnisse des Patienten. Manch ein Patient schläft nach zehn Minuten Musiktherapie entspannt ein, ein anderer wiederum hat so viel Freude oder Redebedarf, dass die Sitzung nach über einer Stunde noch immer kein Ende findet. Die Länge der Sitzungen schwankt dabei typischerweise zwischen fünf Minuten und zwei Stunden (vgl. Heinze 2005, 155 und Mangold & Oerter 1999, 351). „*Eine Mischung von Terminplanung und Spontanbesuchen, bzw. einer kurzfristigen Ankündigung des Besuchs scheint daher [...] ein sinnvolles Mittel zu sein*“ (Blanckenburg 2016, 27). Auch die Gesamtlänge der Betreuung ist sehr unterschiedlich und wiederholt geprägt durch plötzliche Abbrüche, da der Patient verlegt, entlassen oder verstorben ist. So variiert die Gesamtdauer der Behandlungen zwischen einem Besuch und mehreren Monaten oder auch immer wiederkehrend über mehrere Jahre.
- **Einzel- und Gruppensetting:** Grundsätzlich findet die musiktherapeutische Arbeit in der Palliativmedizin eben aufgrund der eingeschränkten Mobilität, vielfältigen Erkrankungsarten und individuellen Zuständen der Betroffenen meist im Einzelsetting statt. Doch auch dies gilt nur mit Einschränkungen. Häufig sind im Zimmer des Patienten Zimmernachbarn oder Pflegekräfte, die vom Patienten einbezogen werden oder ihre Berücksichtigung aktiv einfordern. Auch nehmen immer wieder Angehörige, die explizit in der Palliativmedizin mitbetreut werden, an der Musiktherapie teil. So bilden sich zwar ‚Mini-Gruppentherapien‘, jedoch steht auch hier immer der Patient im Zentrum. Häufig werden von Seiten der Angehörigen oder der Pflege konträr zu den

Anliegen des Patienten lautende Aufträge an den Therapeuten herangetragen, zum Beispiel die körperliche und emotionale Aktivierung, obwohl der Patient selbst gerne zur Musik entspannen möchte. In solchen Situationen sensibel zu reagieren und die aktuellen Bedürfnisse des Patienten nicht aus den Augen zu verlieren, zeigt sich hier als große Herausforderung.

In selteneren Fällen scheint es auch Gruppenangebote zu geben, dann jedoch eher für selbstständig mobile Patienten in früheren Erkrankungsstadien. Als Fokus stellt sich dabei vorrangig heraus, den Kontakt zu anderen, ebenfalls Betroffenen zu gestalten und so eine soziale Stütze aufzubauen.

- **Ziel/Auftrag:** Wie bereits erkennbar wurde, gilt es, zwischen den Wünschen verschiedener Auftraggeber (Patient, Angehörige, Personal) sorgsam die aktuellen Bedürfnisse des Patienten heraus zu filtern. Das oberste Ziel besteht in der Erhaltung und Erhöhung der Lebensqualität des Patienten. An vom Patienten formulierten langfristigen Therapiezielen kann teils über mehrere Sitzungen gearbeitet werden. Häufig passiert es aber, dass diese zurückgestellt werden müssen. In der aktuellen Verfassung des Patienten rücken dann andere Bedürfnisse, wie zum Beispiel die akute Schmerzlinderung in den Vordergrund. Auch hier ist also ein hohes Maß an Spontaneität und Flexibilität des Therapeuten gefordert.

## Herausforderungen für den Therapeuten

Überhaupt scheinen gewisse Voraussetzungen dem Musiktherapeuten sehr hilfreich zu sein, um in diesem Berufsfeld angemessen arbeiten zu können:

Wie bereits erwähnt, sind Spontaneität und Flexibilität des Therapeuten von zentraler Bedeutung. Auf allen Ebenen werden diese immer wieder beansprucht, sei es bei der schwierigen Terminplanung, plötzlichen Unterbrechungen der Sitzungen oder einem jäh verstorbenen oder entlassenen Patienten. Insbesondere aber fordert der Kontakt mit palliativen Patienten diese Eigenschaften ein. Auch hier ist nur sehr wenig im Voraus planbar. Je nach aktueller Verfassung des Patienten treten Absprachen oder Vorhaben aus der letzten Sitzung plötzlich in den Hintergrund, verlangen ein schnelles Umdenken des Therapeuten und ein breites Repertoire an Angeboten, auf das jederzeit zurückgegriffen werden kann.

Um in dieser Unplanbarkeit und Unberechenbarkeit der musiktherapeutischen Arbeit dem Patienten dennoch eine adäquate Unterstützung anbieten zu können, ist die innere Haltung des Therapeuten von grundlegender Bedeutung. Baumann (2014, 35) schreibt: *„durch die Haltung wirkt die Vielfalt der Bausteine, die wir anwenden können. Die Haltung ist das Herz unseres Handelns“*. Dazu gehört zunächst die *„Aufsuchende Haltung“* (Baumann & Bünemann 2009, 120), mit der dem Patienten zu Beginn der Sitzung in seinem aktuellen Zustand ganz offen begegnet werden kann. Dies beinhaltet auch, seine aktuelle Lage in der Gegenübertragung oder im eigenen ‚Bauchgefühl‘ zu erspüren, wenn dieser sie

selbst nicht beschreiben kann. Ein weiterer Begriff, den Baumann & Bünemann diesbezüglich prägen ist der der „*Absichtsvollen Absichtslosigkeit*“, der bedeutet „*dass wir nicht demgegenüber gleichgültig sind, was geschieht (absichtsvoll), uns dennoch nicht von selbst gesteckten Zielen leiten lassen*“ (ebd.). Für eine gelingende therapeutische Beziehung ist es zudem sowohl für den Therapeuten als auch für den Patienten hilfreich, wenn es gelingt, fragmentarisch zu arbeiten. Das heißt, jede Sitzung ist in sich geschlossen zu gestalten, indem aufkommenden bedeutsamen Themen direkt gefolgt wird und diese nicht auf später aufgeschoben werden. So kann, auch falls es zu einem spontanen Abbruch der Sitzung kommt, aktuell Thematisiertes abgeschlossen sein. In der nächsten Sitzung stehen dann wieder die aktuellen Bedürfnisse im Vordergrund. Letztlich ist es sowohl für den Patienten als auch für den Therapeuten wichtig, den Abschied jedes Mal bewusst zu erleben, gleichzeitig aber offen für ein Wiedersehen zu bleiben. Dieser Spagat erfordert vom Therapeuten ein hohes Maß an Sensibilität, Flexibilität und Präsenz für den Augenblick.

Nicht nur für den Patienten, sondern auch für den Therapeuten beinhaltet die musiktherapeutische Arbeit im palliativen Kontext immer wieder eine Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit und erweist sich dadurch emotional als sehr beanspruchend. Der Therapeut sollte sich seiner eigenen Geschichte und seines eigenen Umgangs mit dem Thema Tod bewusst sein, um so etwaige Tabuisierungen im Gespräch mit Patienten als seine eigenen oder die des Patienten wahrnehmen und damit umgehen zu können. Eine Verarbeitung der persönlichen Geschichte ist zudem wichtig, um sich im Falle des Todes eines Patienten nicht zu stark zu identifizieren. So kann der Therapeut mit den Patienten zwar eine professionelle, aber trotzdem immer wieder auch persönliche Beziehung eingehen. Dies ist zur Wahrung von Authentizität in der Beziehung zum Patienten unumgänglich. Gottschling (2016, 91) spricht diesbezüglich von „*Professioneller Nähe*“. Das bedeutet, dass der Tod eines Patienten auch dem Therapeuten sehr nahegehen kann. Für einen solchen Fall erweisen sich sowohl unterstützende Angebote im Team als auch persönliche Rituale als hilfreich zur Psychohygiene und zum Umgang mit Belastungen. Möglicherweise erscheinen Berichte über das Arbeiten im palliativen Kontext für Außenstehende aus diesem Grund abschreckend oder fremd. Aus der Innenperspektive eines musiktherapeutisch Tätigen zeigt sich die berufliche Tätigkeit jedoch gerade durch die Tiefe der Beziehungen als sehr erfüllend. Viele professionelle Helfer arbeiten mit ‚viel Herz‘ in diesem Bereich der Medizin, da in wenigen anderen Arbeitsbereichen ein so persönlicher und intimer Beziehungsraum entsteht wie im palliativmedizinischen Kontext.

## Methoden und Wirkweisen der Musiktherapie

Im Vergleich zu anderen beteiligten Berufsgruppen scheint es manchmal so, als sei die Musiktherapie ein besonders ‚simples‘ Angebot, um Zugang zum Patienten zu

finden. Mit einfachen Mitteln (Musik und persönliche Zuwendung) kann viel erreicht werden. Dies erweckt offensichtlich mitunter den Anschein, Musiktherapie als ‚Wohlfühlangebot‘ zu betiteln. Für Laien ist oft nicht erkennbar, auf wie vielen verschiedenen Ebenen dieser therapeutische Ansatz tatsächlich wirken kann. Hierbei ist eine Kategorisierung der Wirkweisen (u. a. die vier Säulen der Palliativmedizin: sozial, psychisch, physisch und spirituell) künstlicher Natur. Die Übergänge sind meist fließend und nur schwer abgrenzbar.

Wie in den meisten Bereichen der Musiktherapie zeigt sich auch in der Palliativmedizin die kommunikative oder soziale Ebene als eine wesentliche. In der Musik kann Kommunikation auch ohne verbale Sprache ermöglicht werden. Dies ist gerade für Menschen essentiell, die aus körperlichen, geistigen oder kulturellen Gründen nur eingeschränkt verbal in Kontakt gehen können. Doch nicht nur solche Patienten, sondern auch Menschen mit verbal adäquater Ausdrucksfähigkeit profitieren sehr von dieser Ebene der Musiktherapie. Hat der Patient beispielsweise das Bedürfnis, von seinen Angehörigen tabuisierte Emotionen auszudrücken, kann die gemeinsame Improvisation als ‚Pufferzone Musik‘ genutzt werden. Hier können angst-, scham- oder schmerzbesetzte Themen Ausdruck finden, ohne die Grenzen des Gegenübers zu verletzen. Auch die Auswahl eines bestimmten Liedes, das gemeinsam gehört oder gesungen wird, kann eine Botschaft indirekt vermitteln und so für den Betroffenen und das gesamte soziale System sehr entlastend wirken. Für manche Patienten kann es zudem sehr hilfreich sein, Inhalte, die sie gern ausdrücken möchten, aber nicht sagen können, in einem selbstgeschriebenen Situations-, Abschieds- oder Dankeslied künstlerisch-ästhetisch mitzuteilen. Mit einer Aufnahme eines solchen Liedes kann etwas Bleibendes hinterlassen werden, was für viele Patienten einen trostspendenden und sinnstiftenden Aspekt am Ende des Lebens enthält.

Passiert es, dass sich die Gespräche zwischen dem Patienten und den Angehörigen meist nur um die Erkrankung drehen, im Prozess andere Gesprächsthemen verloren gehen und sich die Interaktion zunehmend auf das rein Organisatorische beschränkt, kann die Musiktherapie der Beziehung wieder eine gewisse Gemeinsamkeit und Herzlichkeit zurückgeben. Dafür reicht manchmal allein schon die Frage „Hören Sie gerne Musik?“, die beim Patienten oder im Kreis der Familie viele gemeinsame Erinnerungen und Erlebnisse auszulösen vermag und die auch über den Besuch des Therapeuten hinaus diskutiert werden. Werden die dabei aufkommenden Lieder in der Musiktherapie gemeinsam gesungen, kommt es häufig zu einer sehr ausgelassenen Stimmung. Erleichterung über solch ein gemeinsames positives Erlebnis wird schnell spürbar. Das Singen verbindet die Familie oder Freunde auch emotional wieder miteinander. Diese Qualität stellt sich häufig als ein Erlebnis dar, welches das ganze soziale System des Patienten als sehr stärkend empfindet. Zudem schafft das Singen oder Hören bekannter Lieder auch eine Neu-Verknüpfung oder Kommunikation von Gegenwart und Vergangenheit, was dem Patienten eine Art Lebensrückschau ermöglicht und ihm das Gefühl geben kann,

ein Teil der Welt (gewesen) zu sein. Heinze (2005, 46) bringt es auf den Punkt: „*Lieder sind Begleiter beim Abschied und bilden doch eine Brücke zum Leben und auch zur Lebensfreude*“. Indirekt können die hier beobachtbaren Mechanismen auch dem Isolationsabbau zwischen Patienten und anderen Berufsgruppen dienen. Dies geschieht schon allein dadurch, dass die Musik beim Patienten Prozesse in Gang bringt, die dieser dann zum Beispiel mit den Pflegekräften teilt.

So zeigt sich: Musik und Musiktherapie ermöglichen Kommunikation auf einer ganz basalen Ebene. Somit kann ein Übergang zwischen zwei vorher nicht verbundenen oder auseinandergedrifteten Elementen hergestellt werden, was dem Betroffenen gestattet, sich wieder als Ganzes zu erleben.

Auch auf der körperlich-sinnlichen Ebene kann es darum gehen, verlorene Verknüpfungen wiederherzustellen. Hier kommt der Stimme als „*schwingende Verbindung zwischen Innen- und Außenraum*“ (Heinze 2002, 30) eine wichtige Bedeutung zu, indem sie die wechselseitige Beeinflussung von Körper und Geist unterstützt. Mit gezielten Atem-, Stimm- und Gesangsübungen wird der Atem vertieft. Durch Klangreisen, GIM<sup>2</sup> oder Relaxationsübungen können Unruhezustände oder Schlaflosigkeit gelindert werden. Die auf diese Weise erfolgende Entspannung oder Ablenkung kann auch zur Schmerzminderung beitragen. Wichtig in diesem Bereich ist zudem die sensorische Anregung, gerade bei Patienten mit Lähmungserscheinungen zum Beispiel durch einen wachsenden Hirntumor oder Erkrankungen des Nervensystems. Durch das Auflegen stark vibrierender Instrumente, wie Klangschalen oder Tambura, kann ein anderer Zugang zum kranken und bedrohlichen Körper gefunden und so neu erfahren werden. Bei neurologischen Erkrankungen oder begleitend auftretenden Dysarthrien und Aphasien kann Musiktherapie durch Singen und Rhythmisierung auch der Sprachanbahnung dienen und kleine Erfolgserlebnisse vermitteln. Besonders im späteren Verlauf der Erkrankung, wenn es vermehrt zu Vigilanzminderung und Desorientierung kommt, wirkt die Musik durch ihren Rhythmus, sowie zum Beispiel in jahreszeitlichen Liedern strukturierend und orientierend. Besondere Situationen geschehen dadurch häufig kurz vor dem Sterben, wenn Angehörige bei einem nicht mehr ansprechbar scheinenden Patienten merken, wie dieser nochmal ein wenig wacher wird und auf die Anwesenden reagiert.

In Bezug auf die spirituelle Ebene, die am Lebensende bei vielen Menschen ein essentiell wichtiges Grundbedürfnis darstellt, fällt eine Abgrenzung der Musiktherapie von der Seelsorge teilweise schwer. Es empfiehlt sich für den Musiktherapeuten, verschiedene spirituelle und religiöse Lieder im Repertoire zu haben, da solche Lieder immer wieder gewünscht werden. Im christlichen Bereich ist beispielsweise

das Lied „Von guten Mächten“<sup>3</sup> ein häufig gewünschtes Lied. Es wird durch seine Geschichte besonders, durch seinen hoffnungsvollen Text und die tragende Melodie von vielen Patienten als sehr stärkend erlebt. Häufig kommt es nach dem Singen eines solchen Liedes zu sehr tiefgehenden Gesprächen, in denen Glaube, Hoffnungen und Sinnfragen thematisiert werden: „Was habe ich getan, dass ich so gestraft werde?“, „Was passiert mit mir, wenn ich sterbe?“, „Wozu bin ich hier?“ oder Gedanken, wie „Ich bereue, einiges in meinem Leben (nicht) getan zu haben.“ kommen auf und sollten vom Therapeuten offen und ohne zu urteilen aufgenommen werden. In solchen Gesprächen zeigen sich zugrundeliegende Mechanismen der Krankheitsverarbeitung des Patienten, die offenzulegen ihm sehr schwer fallen kann. Die persönliche Spiritualität ist für viele Menschen ein extrem sensibles und intimes Thema, das nur mit den wenigsten Menschen geteilt wird. Hier kann die lebensgeschichtliche Erinnerungsarbeit dem Patienten helfen, den eigenen Lebensweg neu zu verstehen und in das bewusstwerdende Welt- und Sinnbild einzuordnen. Die Musik vermag dabei mit dem Auslösen von Emotionen und Erinnerungen durch für den Patienten bedeutsame Lieder eine verbale Bearbeitung einleiten.

Die Reflexion des eigenen Lebens ist auch auf der psychischen Ebene zentral. Das durch die Musik ausgelöste Erinnern früherer Erlebnisse und der Anteile, die den betroffenen Menschen vor der Erkrankung ausgemacht haben, unterstützen den Patienten dabei, seine Identität wiederzufinden. Es wird eine Brücke geschaffen zwischen dem Betroffenen in seiner jetzigen Situation und seinem gelebten Leben bzw. seinem Geworden-Sein. In Phasen tiefer Depression, Verdrängung und Isolation können die kurzen Sequenzen der Musiktherapie auf diese Weise erstaunlich große Wirkungen vollbringen. Ein den Patienten belastendes Gedankenkreisen kann durchbrochen und Inseln der Lebensfreude und des Genusses geschaffen werden. Dies hilft dem Patienten, neue Kraft zu schöpfen, um mit der Erkrankung umzugehen und Ängste zu vermindern. Erstaunlicherweise zeigt sich gerade bei der Arbeit mit bekannten Liedern, wie nah Freude und Trauer miteinander verbunden sind. Sehr oft passiert es, dass schon beim ersten Erklingen eines Liedes oder im Verlauf Tränen fließen, die aber meist eine spannungslösende, erleichternde Qualität haben und im Medium Musik Raum finden können. Darauf folgt häufig ein intensives Gespräch oder eine Phase ausgelassener Lebensfreude.

In einer gemeinsamen Improvisation kann der Patient schöpferisch und kreativ tätig werden. Dabei erfährt er ein hohes Maß an Selbstwirksamkeit, das während eines längeren Klinikaufenthalts oftmals verloren geht oder stark eingeschränkt erscheint. Auch Patienten mit verminderten Bewegungsmöglichkeiten können dies durch das Entlocken von Klängen an bestimmten Instrumenten, wie zum Beispiel der Ocean Drum durch kleinste Bewegungen erfahren. Auf der psy-

3 Der evangelische Theologe und NS-Widerstandskämpfer Dietrich Bonhoeffer verfasste den Text 1944 während seiner Gestapo-Haft in Todesahnung. 1945 wurde er im Konzentrationslager Flossenbürg hingerichtet ([www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)).

chischen Ebene spielt die Musik als Ausdrucksmittel zudem wieder eine wichtige Rolle. Sie bietet die Möglichkeit, in geschütztem Rahmen die angesichts der lebensbedrohlichen Erkrankung überwältigenden, verbal schwer fassbaren Emotionen frei auszudrücken und so die Krankheitsverarbeitung zu unterstützen. Der Therapeut übernimmt hierbei die Rolle, Emotionen zu halten und empathisch zu spiegeln. So können sie transformiert und als erträglich erlebbar vom Patienten angenommen werden. Dieser Vorgang wird in therapeutischen Kontexten als ‚Containment‘ (vgl. Bion 1962) bezeichnet. Improvisationen gehen dann meist Hand in Hand mit einem Gespräch, in dem das Gespielte reflektiert und wieder in Worte übersetzt werden kann. Auch anders herum kann die Improvisation Raum geben, das Gesprochene nachklingen zu lassen.

Tatsächlich kommt es in der palliativmedizinischen Musiktherapie seltener als in anderen Bereichen zu gemeinsamen Improvisationen, da dem Patienten hierfür, insbesondere im späteren Verlauf der Erkrankung, oft die Kraft fehlt oder andere Bedürfnisse im Vordergrund stehen. Unter anderem aus diesem Grunde findet das Fürspiel des Therapeuten für den Patienten sehr häufig seine Anwendung. Auch hier kann der Therapeut die aktuelle Stimmung des Patienten aufnehmen und ausdrücken und ihm so ein schutzgebendes Gefühl von Verstanden- und Gehaltenwerden vermitteln. Bei diesem Geschehen spielt die Atmosphäre eine zentrale Rolle. Sie erweist sich bei genauerem Hinblick als ein Phänomen, das Übergänge der besonderen Art aufzeigt. Um das atmosphärische Geschehen im musiktherapeutischen Fürspiel eingehend zu analysieren, wird ihm an dieser Stelle ein vertiefender Teil gewidmet.

## **Das atmosphärische Fürspiel – Ein zutiefst palliatives Übergangsphänomen**

Die intensive Wahrnehmung und Veränderung der Atmosphäre stellt ein Alleinstellungsmerkmal der musiktherapeutischen Disziplin im palliativen Kontext dar. Keinem anderen Angebot gelingt es, auf einer so basalen emotionalen Ebene zu wirken und dem Patienten ohne seine aktive Mitarbeit solch offensichtlich heilsame Momente zu ermöglichen. Sitzungen wie die folgende sind in der musiktherapeutischen Arbeit im palliativen Kontext häufiger zu erleben:

*Frau A. (80) geht es heute nicht gut. Nachdem sie die ersten beiden Sitzungen aktiv mitgesungen hatte und in hohem Maße mit Erinnerungen und positiven Emotionen in Kontakt gekommen war, klagt sie heute in Folge ihrer Bestrahlung über große Erschöpfung und Müdigkeit. Sie wolle keine Musik machen. Sie wirkt sehr klein und zerbrechlich. Ich schlage ihr vor, für sie an verschiedenen Instrumenten zu improvisieren, sie dürfe dazu gerne die Augen schließen und sich ganz auf die Musik einlassen. Das Angebot nimmt sie dankend an, macht es sich gemütlich im Bett und schließt die Augen. Gemeinsam atmen wir tief durch. Ich synchronisiere meinen Atem mit ihrem, um mich auf ihre Stimmung und die Atmosphäre*

*im Raum einzulassen. Ich wähle die Kantele. Ich erinnere mich daran, dass Frau A. diese in der Erstsitzung neugierig ausprobiert hatte. Die Kantele vermag mit ihrer pentatonischen Stimmung und nachklingenden Saitenklängen eine harmonische Weite auszulösen. Dies scheint mir in diesem Moment sehr stimmig. Im Spiel fokussiere ich meine Aufmerksamkeit auf Frau A., blicke sie an und lasse mich von meiner Intuition leiten. Die Stimmung ist vertieft, andächtig, regelrecht verträumt, vor allem verspüre ich den starken Wunsch, Frau A. Frieden zu ermöglichen. Der Gesichtsausdruck Frau A.'s verändert sich, wirkt entspannter und weniger belastet. Ich selbst verliere im Fürspiel das Zeitgefühl, bemerke dies erstaunt, nachdem ein Geräusch vor der Tür mich aufgeschreckt hat. Langsam bringe ich das Spiel zu einem Ende. Frau A. hält die Augen weiter geschlossen, öffnet sie erst nach langer Zeit mit einem langen Seufzen. Ich habe das Gefühl, sie kommt aus weiter Ferne und braucht lange, um wieder ins Hier und Jetzt zurückzukommen. Gemeinsam lassen wir die Atmosphäre in der Stille weiterklingen, bis mich Frau A. mit einem vertrauensvollen Lächeln und einem „Das war schön!“ entlässt.*

## Eine definitorische Annäherung

Nach einem atmosphärischen Fürspiel fällt es Patienten oft schwer, das Erlebte sprachlich auszudrücken. Werden sie gefragt, wie es ihnen mit der Musik ergangen sei, ringen sie oft um Worte. Häufig bleiben sie bei Beschreibungen wie „Ich war in der Musik“ oder „Ich habe nichts gedacht, war einfach weg“ hängen. Es scheint verbal nur schwer greifbar zu sein, was hier passiert. Was also ist Atmosphäre?

Das Wort ‚Atmosphäre‘ kommt aus dem Griechischen und bedeutet so viel wie ‚Dunstkreis‘, von *atmos*: ‚Dunst, Dampf‘ und *sphaira*: ‚Kugel‘ (vgl. Weymann 2005, 238). Etymologisch meint es etwas uns Umgebendes oder auch Umhüllendes. Dabei gibt es einerseits das Phänomen der physikalischen Atmosphäre unserer Erde, die sich in unserem Erleben zum Beispiel durch Wetterschwankungen auch körperlich bemerkbar machen kann. Andererseits gibt es die von uns seelisch erlebte, die sich eher durch die Stimmung im Raum kennzeichnet. Zwischen beiden benannten Typen lassen sich zahlreiche Analogien finden. Dies zeigt sich in beschreibenden Aussagen, die auf beide angewandt werden können, wie zum Beispiel: „Hier herrscht ja dicke Luft!“ Doch wie spüren wir so etwas? Das Wort ‚Dunst‘ deutet schon auf eine gewisse Diffusität hin, der schwer eine Schärfe zu geben ist. Auf diese Eigenheit weist auch Sonntag (2016, 107) hin: „*Definitionen, die sich im Wesentlichen durch Abgeschlossenheit, Bestimmtheit, Deutlichkeit und Festlegung auszeichnen, widersprechen der Erfahrung von Atmosphären.*“

Eine Atmosphäre scheint sich oft auf einen in gewisser Hinsicht abgeschlossenen Raum zu begrenzen, sei es, indem wir durch eine Tür treten oder uns lediglich zu einer Gruppe von Menschen bewegen. Wir merken schnell, welche spezifische Stimmung im Raum herrscht. Weymann (2005, 239) betitelt dies als „*Raum-Wahrnehmung*“, die sich nur schwer an einzelnen Faktoren festmachen lässt. Er be-

schreibt das Atmosphärische als „*etwas, das die Dinge ausstrahlen, von dem wir zugleich spürend ergriffen werden*“ (ebd.). Es scheint, als erspürten wir unsere Umgebung mit allen Sinnen. Neben an sich leblosen Dingen im Raum, die dennoch ihre eigene Wirkung entfalten und Gestimmtheiten prägen, tragen zum Beispiel auch auditive Umgebung, Mimik, Gestik, Körperhaltung oder Aktivität der anwesenden Menschen erheblich hierzu bei. Das heißt also, wir nehmen allein durch unsere Anwesenheit im Raum eine Stimmung wahr und prägen sie gleichzeitig permanent mit – eine wechselseitige Interaktion. Deuter (2005, 223) formuliert: „*Sich in einer Umgebung zu befinden und darin die eigene Befindlichkeit zu spüren, ist ein Merkmal der Atmosphäre*“. An dieser Stelle wird ihr eigentlich faszinierendes und für die Musiktherapie so wichtiges Merkmal deutlich: Es scheint sich hierbei um einen Übergang zwischen Subjekt und Objekt oder Innen- und Außenwelt zu handeln, der sich unmittelbar wechselseitig beeinflusst. Der Philosoph Gernot Böhme (1995, 22f.), der sich grundlegend und prägend mit dieser Thematik befasst, beschreibt Atmosphären daher als „*Beziehung von Umgebungsqualitäten und menschlichem Befinden ... Dieses Und, dieses zwischen beidem, dasjenige, wodurch Umgebungsqualitäten und Befinden aufeinander bezogen sind, das sind die Atmosphären*.“ Sie sind also in sich schon unverkennbar ein Übergangsphänomen.

## **Musik – der Stoff, aus dem Atmosphäre besteht?**

Die Gleichzeitigkeit von Außen und Innen oder von Objekt und Subjekt gibt uns Menschen die Möglichkeit, unser Inneres gezielt durch eine Veränderung des Äußeren zu beeinflussen. Ein bekanntes Beispiel solcher Versuche ist das Aufräumen des Zimmers, das angeblich helfen soll, die eigenen Gedanken zu sortieren. Für die Musiktherapie wesentlich wichtiger ist aber, dass Klänge oder Musik zu den wenigen Phänomenen gehören, die unmittelbar atmosphärisch auf uns wirken, da sie der Atmosphäre sehr ähnliche Eigenschaften haben: Sie sind flüchtig, diffus, ähnlich einem Dunst nur schwer fassbar und auch sie sind ein Zwischenphänomen zwischen Innen und Außen. Sonntag (2016, 170) behauptet sogar, Musik sei „*quasi der Stoff selbst, aus dem Atmosphäre besteht*.“

Musik ist diesbezüglich bislang erst wenig analysiert und beschrieben worden. Sie wird in der westlichen Kultur gemeinhin als etwas Strukturiertes und Gegliedertes betrachtet, als etwas, das abläuft oder Geschichten erzählt. In solchen Beschreibungen finden sich aber vor allem zeitliche Aspekte und Analysen wieder, die nach Ansicht von Böhme (vgl. 2005, 309f.) nicht das ganze Phänomen Musik ergreifen. Seiner Auffassung nach fehlt darin die räumliche Dimension von Musik. Klänge scheinen immer mit einer gewissen Ortlosigkeit verbunden zu sein – es lässt sich zwar eine Quelle ausmachen, aber sie bewegen sich im Raum, entfalten sich und verflüchtigen sich wieder – dennoch geht etwas Räumliches mit ihnen einher, denn durch ihre Anwesenheit schaffen sie einen eigenen Klang-Raum, in dem wir als Zuhörende eine geänderte Stimmung wahrnehmen. Auch Deuter (2005, 223)

beschreibt, die Klangquelle könne „*noch so weit entfernt sein, wenn sie das Ohr erreicht, befinden wir uns mit ihr in einer gemeinsamen Umgebung.*“ Böhme (2005, 310) prägt daher als Analyse der atmosphärischen Wirkweise der Musik zusätzlich zum Begriff ‚Zeitkunst‘ den Begriff der ‚Raumkunst‘.

In diesem Raum, den die Musik nun erschafft, findet der Übergang von Subjekt und Objekt, von Innen und Außen statt. Er ermöglicht, „*dass der Mensch durch sein leibliches Spüren in den Raum gewissermaßen auslangt, und der leibliche Raum, der sich durch dieses Außer-sich-Sein, das Draußen-Sein, konstituiert, ... durch Musik modifiziert*“ wird (a.a.O., 311). Diese Wirkung der Musik als atmosphärisch modifizierendes Medium macht sich die Musiktherapie gezielt zunutze. Hierbei muss sie aber berücksichtigen, dass die jeweiligen Vorerfahrungen des Patienten für ein ganz individuelles Erleben der Klänge und Musik sorgen. So kann beispielsweise der Klang von läutenden Glocken einen Menschen an die frühere Geborgenheit des sonntäglichen Kirchgangs erinnern, einen anderen jedoch eher an den strengen elterlichen Zwang zu bestimmten christlichen Verhaltensweisen.

## Der fehlende Schutzraum in der klinischen Atmosphäre

Um die Wirkweise des musiktherapeutischen Fürspiels zu erläutern, ist es hilfreich, sich noch einmal zu vergegenwärtigen, in welcher Atmosphäre sich ein Patient in palliativer Situation befindet: Dieser Mensch erlebt die größte körperliche Krise seines Lebens. Sie geht vorwiegend auch mit einer tiefen seelischen Krise einher, die zu überwinden viel Zeit und Kraft kostet. Das heißt, der Patient ist meist auf körperlicher und seelischer Ebene sehr geschwächt und vulnerabel. Gerade der Aufenthalt in einer Klinik mit ihrer sterilen Stimmung und der Abhängigkeit von medizinischen Geräten, häufig verbunden mit körperlichen Eingriffen, konfrontiert den Patienten permanent mit seiner Erkrankung. Hierbei kann auch das äußere Umfeld selten den in dieser Situation dringend notwendigen Schutzraum bieten, da immer wieder die Tür zum Patientenzimmer aufgeht und kurze Eingriffe, pflegerische Maßnahmen oder ärztlich-therapeutische Rückfragen nötig sind. Auch oder ganz besonders in der klinischen Umgebung manifestieren sich also die Schutzlosigkeit und das Ausgeliefertsein des Patienten. Das Schlimme hierbei ist, dass noch nicht einmal der eigene Körper einen Schutzraum bieten kann. Grund dafür ist zum einen, dass die Bedrohung ja im Körper selbst liegt, zum anderen, dass dieser zudem immer wieder durch Eingriffe verletzt wird. Infolgedessen scheinen viele Patienten zu einer erhöhten Wachsamkeit und Anspannung zu neigen, was sich in Schlaf-, Ruhelosigkeit und Erschöpfung äußert.

In einer solchen Situation kann es allein schon sehr heilsam sein, wenn der Patient für einen Moment die Verantwortung für den eigenen Schutz abgeben und im Beisein eines anderen fürsorglichen Menschen verweilen kann, ohne dafür eine ‚Gegenleistung‘ in Form von körperlicher Aktivität oder verbalem Kontakt erbringen zu müssen. Sonntag (2016, 187) betitelt dies als ‚Therapeutische Atmosphäre‘.

re‘ und definiert sie als „*Kategorie basalen Wohlempfindens: ein resonanzgebender Raum, der ermöglicht, sich ohne Handlungs- und emotionalen Druck in spürbarer Anwesenheit anderer wohlzufühlen.*“ In seiner Veröffentlichung beleuchtet er dieses Phänomen ausführlich. Therapeutische Atmosphären können natürlich in allen psychosozialen und therapeutischen Kontexten, wie der Psychotherapie oder Seelsorge entstehen. Die Musiktherapie nutzt jedoch als eine von wenigen Disziplinen mit der Musik ein Medium, das über die zwischenmenschlichen Kommunikationsmittel wie Stimme, Mimik und Gestik hinaus die Atmosphäre ganz unmittelbar beeinflussen kann. In palliativen Kontexten stellt sie mit ihrem Angebot des atmosphärischen Fürspiels eine einzigartige Möglichkeit des heilsamen Verweilens zur Verfügung, die sich als ‚Musikalische Blase‘ manifestieren kann.

### Das atmosphärische Fürspiel als ‚Musikalische Blase‘

Die ‚Musikalische Blase‘ ist ein Begriff, der an dieser Stelle genauer umrissen werden soll. An anderer Stelle beschrieb ich (Blanckenburg, 2016, 57f.):

*„Die Musik konnte einen Teil der Klinik-Geräusche überblenden oder in die Musik integrieren und schuf so eine Art schützende Blase, die ich als ‚Musikalische Blase‘ benennen möchte. Diese gab dem Patienten kurzzeitig die Möglichkeit, die klinische Umgebung und damit auch die Beschäftigung mit seiner Erkrankung, auszublenden. Die Stimmung in dieser Phase der musiktherapeutischen Sitzung erlebte ich meist als umhüllend, andächtig und verträumt, gleichzeitig aber – wie eine Seifenblase – als sehr zerbrechlich.“*

Die Bezeichnung ‚Musikalische Blase‘ hängt mit dem Erscheinungsbild des Phänomens zusammen. Besonders charakteristisch ist sowohl für eine (Seifen-)Blase als auch für die Atmosphäre des musiktherapeutischen Fürspiels ihre Sensibilität und Zerbrechlichkeit, die einen sehr behutsamen Umgang erfordert. Was aber geschieht hier? Zunächst werden die lauschenden Menschen von der Musik des therapeutischen Fürspiels umhüllt und erleben so einen von außen weitgehend abgegrenzten Raum. Hierbei ist bemerkenswert, dass eben jene Beschreibung des ‚Umhüllenden‘ oder anders gesagt des ‚Ummantelnden‘ außergewöhnlich gut zur Palliativmedizin passt, da das Wort ‚palliare‘ ebendies bedeutet. Dies ist eine zentrale Eigenschaft der ‚Musikalischen Blase‘, die dem Patienten einen Schutzraum bieten kann, der sonst in der klinischen Atmosphäre oft nicht vorhanden ist – die Musik wirkt so als Raumkunst. Obwohl der Patient sich rein körperlich noch in derselben klinischen Umgebung befindet, erlebt er subjektiv und damit seelisch eine tiefgreifende Veränderung seiner Umgebung. Dies führt dazu, dass der Patient für kurze Zeit die Klinik und damit verbunden auch seine Erkrankung ausblenden kann. Oft sind dies die ersten Momente seit Beginn des Klinikaufenthalts, in denen das gelingt.

Die Zerbrechlichkeit der Blase erweist sich jedoch eher an ihrem Ende: *„In atmosphärisch geladenen Räumen kann ein einziger Ton, ein einziges Wort dem Geschehen eine Wende geben“* (Hegi 2005, 296). Passiert dies zum Beispiel, wenn

das Telefon des Zimmernachbarn klingelt oder die Tür geöffnet wird, dann öffnet der Patient meist die Augen und wirkt, je nach Tiefe der vorherigen Atmosphäre, leicht desorientiert. Er braucht einen Moment, um sich wieder an die Umgebung anzupassen. In manchen Situationen geschieht dies auch ohne erkennbare Störung. Der Patient scheint damit das Ende der Atmosphäre zu signalisieren. Deuter (2005, 229) beschreibt solche Momente als ein Herausfinden aus der Umhüllung durch „eine wiedergefundene intensivere Selbstwahrnehmung“. Dies kann bedeuten, dass der Patient sich – ähnlich wie in einem Traum – bewusst wird, dass er sich mit der Musik in einem Schwebезustand befindet und sich so von diesem unmittelbaren Erleben wieder distanzieren kann. Kommt es jedoch nicht zu einem solch plötzlichen Ende und die Musik verklingt nach einer Weile, dann wird häufig ein langsames Auflösen oder Entschweben der ‚Musikalischen Blase‘ erlebbar. Manchmal ist der Patient während der Musik eingeschlafen. Meist jedoch dauert es noch eine Weile, bis er zaghaft und vorsichtig die Augen öffnet. Er schaut den Therapeuten vertieft und dankbar lächelnd an, atmet tief durch, um sich dann neu auf die aktuelle klinische Atmosphäre einzustellen. Die Blase wird zunehmend kleiner, schwingt aber noch lange nach.

Oft beschreiben Patienten ihr Erleben nach einem solchen Fürspiel als ein „Fallenlassen in die Musik“. Dieses Fallenlassen, das auch im Einschlafen mancher Patienten erkennbar ist, signalisiert das Loslassen und Loslösen von der vorherigen Wachsamkeit und Kontrolle, durch die die erlebte Schutzlosigkeit kompensiert wurde. Für den Moment der Musik gelingt es dem Patienten, die Verantwortung für seinen Schutz an den Therapeuten abgeben zu können. Hierbei scheint bedeutungsvoll zu sein, dass ein ‚Fallenlassen‘ allein dann möglich ist, wenn auf ein ‚Auffangen‘ durch einen Anderen vertraut werden kann. Dies gelingt jedoch nur, wenn der Therapeut die nötige Wachsamkeit mitbringt. So reicht mitunter ein Abschweifen der Gedanken oder der Fokussierung des Therapeuten, um die schützende Atmosphäre für den Patienten spürbar zu wandeln. Um selbst wieder die Kontrolle zu übernehmen, reagiert er dann zum Beispiel durch das Öffnen der Augen.

In gewisser Art und Weise ist dieses Phänomen eine Form der Regression in frühere kindliche Zustände. In der Musik kann der sonst so schutzlose Patient Momente der Geborgenheit erleben. Dies sind Momente, in denen er vor seiner existentiellen Bedrohung durch die umhüllende Musik und die Wachsamkeit des Therapeuten geschützt ist, ein Erlebnis, das an die schützende Mutter des Kleinkindes oder gar das vorgeburtliche intrauterine Erleben erinnert. So werden auch hier Mechanismen des bereits genannten ‚Containments‘ sichtbar. Da der Patient durch seine Anwesenheit in der Atmosphäre diese entscheidend mitprägt, wird sein aktueller Zustand ohne verbale Interaktion auch für den Therapeuten spürbar. Mit der annehmenden inneren Haltung des Therapeuten und seinem Ausdruck der empfundenen Stimmung in der Musik werden die Emotionen musikalisch ‚benannt‘ und dem Patienten wird nonverbal Verständnis und Annahme seines inneren Zustands vermittelt. Vor allem die Benennung der den Patienten belastenden Emotionen wie Trauer, Wut und Trostlosigkeit ist hierbei zentral, da diese häufig nur vorbewusst

von ihm erlebt werden. Durch das Halten und Ausdrücken der Emotionen durch den Therapeuten wird diesen eine Bedeutung verliehen. Sie werden für den Patienten bewusster, leichter erträglich und integrierbar. Hierin zeigt sich die ‚Musikalische Blase‘ auch als ein Beziehungsraum. Ein anderes Erleben der regressiven, geschützten Umgebung kann sein, dass der Patient mit der fantasieanregenden und öffnenden Wirkung der Musik regelrecht aus seiner aktuellen Situation auszubrechen vermag. So schildern Patienten neben dem Fallenlassen mitunter, dass sie in Gedanken an anderen Orten waren – meist Orte, die mit der Natur oder wichtigen Menschen verbunden sind – was ästhetisch sehr anregend, vor allem aber eine große Quelle für Kraft zu sein scheint, von der in den folgenden Stunden und Tagen gezehrt werden kann.

Hierin wird die Wirkweise der Atmosphäre offenbar, die oben näher dargestellt wurde. Durch die Gleichzeitigkeit von Innen und Außen kann der Patient erleben, wie sein Innen modifiziert wird, indem er im Außen der ‚Musikalischen Blase‘ verweilt. Es gelingt dem Patienten, sich unabhängig von seiner Erkrankung als eigenständige Person wieder neu zu entdecken und Anteile des Selbst wiederzufinden, die unter der Belastung der Erkrankung verloren gegangen waren. In den Erlebnissen von Natur und Gemeinschaft kann der Patient sich zudem erinnern, dass er mit der Welt verbunden und ein Teil von ihr gewesen ist und bleibt (vgl. Sonntag 2016, 209). In gewisser Art und Weise wird mit der ‚Musikalischen Blase‘ so ein Übergang für den Patienten geschaffen. Dieses Aus-sich-heraustreten und Erleben einer der Klinik fernen Welt oder auch das Pendeln zwischen den Welten in der ‚Musikalischen Blase‘ ist eine Erfahrung von Transzendenz. Diese kann für manche Menschen eine sehr spirituelle Erkenntnis sein, auch, da es viele Parallelen zum Sterbevergang aufweist.

Was aber ist es, dass diese Gleichzeitigkeit von Selbst- und Welterfahrung auszulösen vermag? Hierfür scheint wichtig zu sein, dass die Atmosphäre eine Ausgewogenheit aus Halt und Offenheit beinhaltet und damit vermitteln kann (vgl. Deuter 2005, 228). Der Halt bzw. das Gehalten-Werden ist dabei sicherlich vorwiegend in der dem Patienten zugewandten und wachsamten Haltung des Therapeuten zu verorten, sowie in dem abgegrenzten Raum der ‚Musikalischen Blase‘. Auch in Bezug auf die Öffnung der Atmosphäre in die Weite spielt die innere Haltung des Therapeuten eine Rolle. Nach Deuter (2005, 230) entsteht eine solche Atmosphäre erst, wenn der Therapeut sich der Tendenz enthält, das Geschehen in der Musik voranzubringen, weiterzuentwickeln oder daraus Konsequenzen zu ziehen. Die Offenheit ist vorrangig und – das ist der entscheidende Unterschied zu anderen Therapieformen – wird durch die Musik oft sehr einfach ausgelöst. Sie wirkt von sich aus schon öffnend und anregend, lässt Raum, sich emotional und assoziativ frei zu bewegen. Insbesondere scheint eine weitgehend ereignislose Musik (vgl. Weyman 2005, 242) mit dem Dazwischen, dem Übergang zwischen den Tönen, die nötige Weite und Öffnung für die Atmosphäre zu schaffen. Letztendlich spielt sicherlich auch die Wahl der Musikinstrumente eine Rolle dabei, welche Tendenz eine ‚Musikalische Blase‘ entwickelt. Der Gesang des Therapeuten übernimmt

durch die häufig beschriebene Assoziation des Besungen-Werdens mit der früh-kindlichen Geborgenheit eher haltgebende Funktionen. Instrumente, wie Sansula, Kantele oder Tambura, die wenig emotional vorgeprägt sind, vermögen dagegen mit ihren harmonischen Klängen vielmehr die Weite auszulösen.

Insgesamt fällt auf, dass der Spielraum der ‚Musikalischen Blase‘ immer wieder zwischen zwei Polaritäten liegt. Sei es zwischen Innen und Außen, Halt und Offenheit oder von Selbst- und Welterfahrung oder sei es das faszinierende Phänomen, dass innerhalb des abgegrenzten Raumes der ‚Musikalischen Blase‘ eine intensive Freiheit erlebt werden kann. Interessanterweise handelt es sich hierbei nie um ein Entweder – Oder, sondern immer um ein gleichzeitiges Vorhandensein der Polaritäten. Darin manifestiert sich wiederum die Diffusität der Atmosphäre. Sie ist immer ein fließender Übergang zwischen verschiedenen Polaritäten. Durch diese Übergänge sowie mit seiner ummantelnden und umhüllenden Wirkung zeigt sich die Methode des atmosphärischen Fürspiels als ein zutiefst palliatives Phänomen, das die musiktherapeutische Begleitung der vielfältigen Übergänge in der letzten Lebensphase eines Menschen sehr bereichern kann.

## Ausklang

*Frau A. scheint bei meinem nächsten Besuch Vertrauen zu mir gefasst zu haben. Obwohl es ihr auch heute schlecht geht und sie sich sehr schwach fühlt, sucht sie das Gespräch mit mir. Sie erzählt, dass sie nicht mehr könne und gerne sterben möchte. Leider könne ihr Sohn das nicht verstehen und sage ihr immer, dass sie schon wieder auf die Beine kommen werde. Er mache Druck, dass sie sich in der Physiotherapie bemühen soll. Nachklingend zu unserem Gespräch singe ich improvisiert mit Gitarrenbegleitung für sie. Es entsteht eine Atmosphäre tiefer Geborgenheit. Aus einem Impuls heraus wandelt sich die Gitarrenmusik und ich spiele das Lied „Ich wünsch dir tiefen Frieden“, ein Lied, das ich aus tiefstem Herzen singen kann. Auch diesmal lässt sich Frau A. tief fallen und braucht sehr lange, um aus der Musik wieder ins Hier und Jetzt zurückzukehren. Mit einem leisen Lächeln erzählt sie, sie habe daran gedacht, mit ihrem Hund über eine Wiese zu spazieren.*

*Als ich Frau A. das nächste Mal aufsuche, hat sich ihr Zustand sehr verschlechtert, sie ist nicht ansprechbar und reagiert nicht erkennbar auf meine Anwesenheit. Ich spiele für sie verschiedene Lieder, die wir gemeinsam gesungen hatten. Nach einem freien Fürspiel halte ich ihre Hand und passe meinen Atem an ihren an, verweile mit ihr in der atmosphärisch geladenen Stille. In diese Atmosphäre hinein greift sie meine Hand. Ich bin sehr berührt von der Nähe und dem Vertrauen, die in dieser Geste spürbar werden. Zum Abschluss singe ich wieder „Ich wünsch dir tiefen Frieden“ und aus einem Impuls heraus das Lied „Der Mond ist aufgegangen“. In dieser von mir als sehr stimmig empfundenen Atmosphäre verabschiede ich mich und wünsche ihr, dass sie ihren Frieden finden kann. Später erfahre ich, dass Frau A. wenige Minuten nach meinem Besuch verstorben ist.*

## Literatur

- Baumann, M.; Bünemann, D. (2009): *Musiktherapie in Hospizarbeit und Palliative Care*. München/Basel: Reinhardt.
- Baumann, M. (2014): Begrüßung gleichzeitig mit Musik. In: Schenk, M.; Löhr, R. (Hg.): *Musiktherapie in der Palliativ- und Hospizarbeit. 21. Musiktherapie-Tagung am Freien Musikzentrum München e. V. (2.–3. März 2013)*. Wiesbaden: Reichert Verlag.
- Bausewein, C.; Roller, S.; Voltz, R. (Hg.) (2004): *Leitfaden Palliativmedizin*. 3. Auflage. München/Jena: Urban und Fischer (Klinikleitfaden).
- Bion, W. R. (1962): *Learning from Experience*. London:Tavistock.
- Blanckenburg, G. v. (2016): „Ein Farbleck im Klinikalltag“ – *Musiktherapie im palliativmedizinischen Dienst einer Universitätsklinik*. Münster.
- Böhme, G. (1995): *Atmosphäre. Essays zur neuen Ästhetik*. Frankfurt am Main.
- Böhme, G. (2005): „Die Musik modifiziert mein Gefühl, im Raum zu sein.“ Ein Gespräch mit Gernot Böhme. In: *Musiktherapeutische Umschau* 26 (3), S. 307–313.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten in der Onkologie/Hämatologie, Palliativversorgung und Hospizarbeit (2014): *Berufsbild der Musiktherapie in der Onkologie/Hämatologie; Palliativversorgung und Hospizarbeit mit Erwachsenen*. [http://www.musiktherapie.de/fileadmin/user\\_upload/medien/pdf/Berufsbild\\_MT\\_in\\_der\\_Onkologie.pdf](http://www.musiktherapie.de/fileadmin/user_upload/medien/pdf/Berufsbild_MT_in_der_Onkologie.pdf). (Zugriff: 29.05.2017).
- Deuter, M. (2005): Atmosphären – Wahrnehmungseinstellungen und Wirkungen in der musiktherapeutischen Behandlung. In: *Musiktherapeutische Umschau* 26 (3), S. 222–235
- Duden (2017): Aufruf am 11.08.2017 unter: [www.duden.de/rechtschreibung/uebergang](http://www.duden.de/rechtschreibung/uebergang)
- Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG) (2015). Online: [www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/hospiz-und-palliativversorgung/hpg.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/hospiz-und-palliativversorgung/hpg.html). (Zugriff: 29.05.2017).
- Gottschling, S.; Amend, L. (2016): *Leben bis zuletzt. Was wir für ein gutes Sterben tun können*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- Hegi, F. (2005): Das Klangraumgefühl. Essay über Atmosphäre. In: *Musiktherapeutische Umschau* 26 (3), S. 293–297.
- Heinze, S. (2002): „Wenn eine Melodie verklingt...“. Musiktherapie in der Sterbebegleitung. In: *Musiktherapeutische Umschau* 23 (1), S. 22–36.
- Heinze, S. (2005): Sterben in der Musiktherapie. In: Smetana, M.; Heinze, S.; Mössler, K. (Hg.): *Stille, Sterben, Erwachen. Musiktherapie im Grenzbereich menschlicher Existenz*. Wiener Beiträge zu Musiktherapie Band 7.
- Kübler-Ross, E. (1983): *On Death and Dying*. o. O.
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): *Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung*, Langversion 1.1, 2015, AWMF-Registernummer: 128/001OL. Online: <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Palliativmedizin.80.0.html> (Zugriff 29.05.2017).

- Mangold, I., Oerter, U. (1999): „...Du kannst ja nicht das Klavier mitnehmen.“. Zur besonderen Situation der Musiktherapie am Krankenbett. In: *Musiktherapeutische Umschau* 20 (4), S. 349–357.
- Pott, G. (2015): Sterbebegleitung in Deutschland. In: Pott, G.; Meijer, D. (Hg.) (2015): *Sterbebegleitung in Europa. Am Beispiel Deutschlands und der Niederlande, mit einem Exkurs zur intuitiven Ethik*. Stuttgart: Schattauer.
- Sonntag, J. (2016): *Demenz und Atmosphäre. Musiktherapie als ästhetische Arbeit*. 2. Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Warth, M.; Kessler, J.; Hillecke, T. K.; Bardenheuer, H. J. (2015): Musiktherapie in der Palliativmedizin. Eine randomisiert kontrollierte Studie zur Beurteilung entspannungsfördernder Effekte. In: *Deutsches Ärzteblatt* 112 (46), 788–794.
- Weymann, E. (2005): Atmosphäre – ein Grundbegriff für die Musiktherapie. In: *Musiktherapeutische Umschau* 26 (3), S. 236–249.
- WHO World Health Organization (2002): *WHO Definition of Palliative Care*. Online:[https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO\\_Definition\\_2002\\_Palliative\\_Care\\_englisch-deutsch.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf) (Zugriff 29.05.2017).

Gustav von Blanckenburg  
 Wörthstr. 2  
 48151 Münster  
 gustavvb@gmx.de  
 palliativmedizin.ukmuenster.de

#### Hinweis

Auch im Themenheft der MU berichten Autoren von ihrer Arbeit in den Übergangsbereichen an den Grenzen des Lebens. So stellt *Sabine Rave* einen *Essay über kunstbasierte Begleitung schwerkranker Menschen im Hospiz* zur Verfügung. *Sandrine Doepner*, *Frau X liegt im Sterben* und *Marie-Luise Zimmer*, *Weißt Du, wieviel Sternlein stehen?* geben mit kurzen Fallvignetten Einblick in Momente musiktherapeutischer Begleitung Schwerstkranker.

## Rezensionen

### **Cheryl Dileo (Hg.): Envisioning the Future of Music Therapy.**

Temple University, eBook, 2016, 161 Seiten. Online:

[http://www.temple.edu/boyer/documents/ENVISIONING\\_THE\\_FUTURE.pdf](http://www.temple.edu/boyer/documents/ENVISIONING_THE_FUTURE.pdf).

Dieses englischsprachige, gut lesbare, inhaltlich vielfältige und kostenlose elektronische Buch ist eine Zusammenfassung der Konferenzbeiträge vom 10. April 2015 im *Arts and Quality of Life Research Center* des ‚Boyer College of Music and Dance / Center for the Arts‘, Temple University (Philadelphia, Pennsylvania-USA). Diese Tagung fand mit internationalen Vertretern des *Consortium of Music Therapy Research Universities* statt. Ziel des Symposiums war es, das Nachdenken über die Zukunft der Musiktherapie anzuregen.

Folgende siebzehn Fakultätsmitglieder des Konsortiums haben als Professoren für Musiktherapie ihre Zukunftsperspektiven bezüglich der musiktherapeutischen Theorie, Praxis und Forschung in ihrem jeweiligen Fachgebiet vorgestellt:

- Dr. Jaakko Erkkilä (Universität Jyväskylä, Finnland): MT und Depressionen,
- Dr. Gro Trondalen (Norwegische Musikhochschule, Oslo): MT und Essstörungen,
- Dr. Niels Hannibal (Universität Aalborg, Dänemark): MT und Persönlichkeitsstörungen,
- Dr. Helen Odell-Miller (University of Melbourne, Australien): MT in Forensik und Strafjustiz,
- Dr. Claire Ghetti (Universität Bergen, Norwegen): MT mit Kindern und Jugendlichen,
- Dr. Cheryl Dileo (Temple University, USA): Medizinische Musiktherapie mit Erwachsenen,
- Dr. Wendy Magee (Temple University, USA): Neurorehabilitation/Einsatz von Technologie in der Musiktherapie,
- Dr. Hanne Mette Ridder (Universität Aalborg, Dänemark): MT und Demenz,
- Dr. Amelia Oldfield (University of Melbourne, Australien): MT und Autismus,
- Dr. Denise Grocke (University of Melbourne, Australien): The Bonny Method of Guided Imagery and Music (GIM),
- Dr. Jos De Backer, Dr. Kathrin Foubert (Leuven University College LUCA, Belgien): Klinische Improvisation,
- Dr. Felicity Baker (University of Melbourne, Australien): Songwriting,
- Dr. Even Ruud (Universität Oslo, Norwegen): Theorie der Musiktherapie,
- Dr. Jörg Fachner (Anglia-Ruskin Universität, Großbritannien): Musiktherapie und Neurowissenschaft,
- Dr. Karette Stensæth (Norwegische Musikhochschule, Oslo): Technologie in Musiktherapie.

Im Vorfeld der Tagung wurden alle Referenten gebeten, folgende Punkte für ihre Vorträge zu berücksichtigen:

1. Überblick über den aktuellen Stand des jeweiligen Fachgebiets mit besonderer Berücksichtigung der Forschung, der klinischen Arbeit und theoretischer Aspekte,
2. Einschätzung zu künftigen Erfordernissen, um Praxis, Forschung und Theorie innerhalb des jeweiligen spezifischen Gebiets einzuschätzen,
3. Abgabe konkreter Empfehlungen für die Zukunft.

Der Tagungs-Online-Band stellt daraus nun folgende sieben Zukunftsperspektiven für musiktherapeutisches Handeln vor:

1. Zukunft der Musiktherapie in Bezug auf psychische Gesundheit (*mental health*), Kapitel 2–6.
2. Zukunft der medizinischen Musiktherapie, Kapitel 7–10.
3. Zukunft der Musiktherapie bei Autismus-Spektrum-Störung, Kapitel 11.
4. Zukunft ausgewählter Methoden der Musiktherapie, Kapitel 12–14.
5. Zukunft musiktherapeutischer Theoriebildung, Kapitel 15.
6. Zukunft der Musiktherapie in der Neurowissenschaft, Kapitel 16.
7. Zukunft musiktherapeutischer Technologie, Kapitel 17.

In jedem Kapitel ist jeweils ein 20-minütiger Vortrag wiedergegeben, gerahmt wird dies von einer Einleitung und Reflexion, die von Cheryl Dileo als Herausgeberin der Sammlung gegeben wird.

Im Folgenden sollen die Kern-Kapitel des Buches kurz skizziert werden:

#### *Die Zukunft der Musiktherapie für Menschen mit Schizophrenie (Kap. 2)*

Inge Nygaard Pedersen (Dänemark) sieht zukünftige Musiktherapie ausgerichtet als Brücke zwischen psychodynamischen Erkenntnissen in der Pathologie der Erkrankung und Erkenntnissen der Salutogenese. Musiktherapeuten seien herausgefordert, in Abhängigkeit von der jeweiligen Phase der Erkrankung gleichermaßen ressourcenorientierte, wie auch psychodynamische Methoden und Arbeitsweisen zu implementieren. Die Autorin betont die Notwendigkeit einer musiktherapeutischen Ausbildung, die *beide* wichtigen Ansätze vollständig vermittelt. Pedersen unterstreicht fundiert ihre theoretischen Vorstellungen mit der Arbeit des dänischen Psychiaters Lars Thorgaard und dessen Einsichten in Beziehungsarbeit (*relational treatment*) (18). Thorgaard unterteilt den Genesungsprozess der an Psychose und Schizophrenie leidenden Personen in verschiedene Phasen. Je nach Abhängigkeit von diesen Phasen ist die musiktherapeutische Vorgehensweise entweder ressourcenorientiert (salutogenetisch) oder psychodynamisch geprägt.

#### *Die Zukunft der Musiktherapie für Menschen mit Depressionen (Kap. 3)*

Jaakko Erkkilä (Finnland) berichtet über die *Improvisational Integrative Music Therapy* (IIMT), ein Modell, das die länderspezifische Ausprägung der psycho-

dynamischen Theorie miteinbezieht. IMMT ist ein eklektischer (*eclectic*) Ansatz, d. h. er beinhaltet eine große theoretische Flexibilität. Improvisierte Musik wird in diesem Ansatz derzeit in Hinblick auf zwei verwendete Methoden untersucht: ein auf computergestützte Analyse basierender verhaltensorientierter Ansatz und ein bisher weniger erforschter Ansatz physiologischer Messmethoden (Herzfrequenzvariabilität). Ziel dieser Bestrebungen ist die Entwicklung einer neuen analytischen Sichtweise auf Improvisation, die so objektiv wie möglich sein sollte, um ein tieferes Verständnis bislang noch abstrakter Phänomene zu gewinnen. Beispielhaft für die musiktherapeutische Zukunft in Finnland sind die vielversprechenden Forschungskollaborationen mit anderen Universitäten aus Finnland, Dänemark, Belgien, UK und den USA im Bereich der Theoriebildung, Improvisationsanalyse und klinischer Leitlinien.

#### *Die Zukunft der Musiktherapie für Menschen mit Essstörungen (Kap. 4)*

Gro Trondalen (Norwegen) hebt die Ansicht hervor, dass Musiktherapie für Menschen mit Essstörungen eine „*life giving condition*“ sein könne und eine „schöpferische Gesundheitsressource“ darstelle (32). Musiktherapie fungiert in ihrem Ansatz als tragende Verbindung zwischen der Innen- und Außenwelt essgestörter Patienten. In diesem Zusammenhang plädiert Trondalen für die weitere Erforschung der Verbindung zwischen Musiktherapie und Mentalisierungsprozessen. Zusätzlich schlägt sie – wie viele andere Autoren – vor, die Wirksamkeit musiktherapeutischer Ansätze über eine Vielzahl an Forschungsparadigmen sowie rigorosen Studiendesigns besser zu erfassen und darin auch insbesondere die Wirkung kurz- und langfristiger Interventionen besser zu erforschen.

#### *Die Zukunft der Musiktherapie für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen (Kap. 5)*

Niels Hannibal (Dänemark) stellt das musiktherapeutische Interventionsmodell der *Mentalization Based Therapy (MBT)* vor, das in Dänemark, Deutschland und Großbritannien praktiziert wird. Das in Dänemark entwickelte MBT-Handbuch *Process-Oriented Music Therapy (PROMT)* regt an, zukünftig vermehrt musiktherapeutische Behandlungsanleitungen (*therapy manuals*) sowohl für klinische Praxis als auch für Forschungszwecke zu entwickeln.

#### *Die Zukunft der Musiktherapie in Forensik und Strafrecht (Kap. 6)*

Helen Odell-Miller (Großbritannien) berichtet hier über eine Patientengruppe als Population, für die bislang nur sehr wenige quantitative Forschungsdesigns entwickelt wurden. Aktuelle Literatur gebe es hauptsächlich in den USA, in China, Großbritannien, in den Niederlanden und in Norwegen. Odell-Miller befindet sich im Einklang mit anderen Experten, wenn sie schreibt, dass zukünftige Forschung sowohl qualitative als auch quantitative Studien inklusive Mixed-Methods Ansätze beinhalten sollten. Weitere und umfassendere Studien seien notwendig,

um auch kulturelle Unterschiede zwischen den jeweiligen Ursprungsländern zu berücksichtigen.

*Die Zukunft der medizinischen Musiktherapie für Kinder und Jugendliche (Kap. 7)*

Claire Ghetti (Norwegen) beschreibt die theoretisch-orientierte Forschung (*theory-based research*) in diesem Bereich. Dieser Ansatz ermöglicht sowohl eine nähere Betrachtung theoretisch fundierter Behandlungsmethoden als auch eine Überprüfung der „Mediatoren und Moderatoren“, die die Beziehung zwischen musiktherapeutischem Handeln und dessen Ergebnissen beeinflussen (66). Interdisziplinäre Zusammenarbeit sei notwendig. Als Beispiel nennt sie MANDARI (*Music and the Neuro-developmentally At-Risk Infant*), eine Initiative, die den internationalen Dialog über theoretische und methodische Grundlagen der Musiktherapie mit Neugeborenen fördert.

*Die Zukunft der medizinischen Musiktherapie für Erwachsene (Kap. 8)*

Cheryl Dileo (USA) stellt die Frage, ob die biopsychosoziale oder eine andere integrative Theorie die facettenreichen Wirkungen der Musiktherapie auf Patienten mit somatischen Erkrankungen am besten erklären könne. Die Entwicklung und Standardisierung musiktherapeutischer Assessments und deren Ergebnisse bleiben wichtige Ziele für weitere Fortschritte. Delio schlägt vor, die zukünftige Ausbildung medizinischer Musiktherapie auf einem höheren Bildungsniveau über Weiterbildung und klinische Erfahrung weiter zu fördern. Zudem fordert sie anerkannte Weiterbildungen in Musiktherapie für interessierte medizinische Fachkreise. Notwendig seien von Musiktherapeuten entwickelte und angebotene Ausbildungsprogramme für medizinische Fachkräfte, die Musik in ihre Praxis miteinbeziehen möchten sowie für Musiker, die sich in medizinische Einrichtungen einbringen möchten.

*Die Zukunft der Musiktherapie in der Neurorehabilitation (Kap. 9)*

Mit kritischem und kompetentem Blick beschreibt und rechtfertigt Wendy Magee (USA) die Bedeutung von Meta-Analysen und insbesondere der *Cochrane review* für Musiktherapie. Der *Cochrane review of music therapy with acquired brain injury* (Musiktherapie bei erworbenem Schädel-Hirn-Trauma) liefert einen Überblick über den musiktherapeutischen Forschungsstand mit überwiegend randomisierten, kontrollierten Studien (RCTs) bis 2010. Zur Zeit dieser Veröffentlichung von Wendy Magee war die Review noch im Zustand der Aktualisierung.

Anmerkung: Mittlerweile ist die aktualisierte *Cochrane review of music interventions for acquired brain injury* von Januar 2017 online verfügbar unter: [http://www.cochrane.org/CD006787/STROKE\\_music-interventions-acquired-brain-injury9](http://www.cochrane.org/CD006787/STROKE_music-interventions-acquired-brain-injury9).

*Die Zukunft der Musiktherapie für Menschen mit Demenz (Kap. 10)*

Hanne Mette Ochsner Ridder (Dänemark) hebt ebenfalls das biopsychosoziale Verständnis personenzentrierter und individueller Vorgehensweisen für Menschen mit Demenz hervor. Diesem insgesamt integrativen Ansatz steht der oft ein verhaltensorientierte Fokus entgegen, der auf Linderung krankheitsspezifischer Symptome wie z. B. Unruhe (*agitation*) fokussiert. Ein integrativer Ansatz sollte in Forschung, Theorie und Praxis vorangetrieben werden, lautet ihr Plädoyer.

*Die Zukunft der Musiktherapie für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung (Kap. 11)*

Amelia Oldfield (Großbritannien) stellt hier das Programm der sogenannten *Time A investigation* unter Leitung von Christian Gold am ‚Grieg Academy Music Therapy Research Centre‘ (GAMUT) in Norwegen vor. Diese RCT-Forschung wimmet sich der Wirksamkeit musiktherapeutischer Improvisation bei über 300 mit ASS diagnostizierten Kindern aus zehn weltweiten Standorten (USA, Australien, Brasilien, Korea, Israel, Norwegen, Österreich, Italien und zwei Standorten in England) und bildet voraussichtlich die bis jetzt größte nicht-medizinische RCT dieser Population.

Anmerkung: Seit der Veröffentlichung dieses Vortrags sind die Studienergebnisse online zu beziehen unter: doi:10.1001/jama.2017.9478.

*Die Zukunft der Methode GIM (The Bonny Method of Guided Imagery and Music) (Kap. 12)*

Denise Grocke (Australien) plädiert für die Weiterentwicklung neuer Formen der ursprünglichen Methode, um den komplexen Bedürfnissen der Klienten gerechter werden zu können. Eine Studie (multi-site, RCT) von Maack (2012) stelle einen wichtigen Beitrag zur GIM-Forschung dar. Mehr Wirksamkeitsstudien sowie auch qualitative Forschung seien zukünftig für unterschiedliche Krankheitsbilder notwendig. Von Vorteil sei hierbei, dass die weitverbreitete einheitliche Vorgehensweise in der Methode GIM weitere Studien mit hoher Beteiligung ermöglichen könne.

*Die Zukunft der musiktherapeutischen klinischen Improvisation (Kap. 13)*

Jos de Backer und Katrien Foubert (Belgien) beschreiben die beiden derzeitigen Hauptmethoden der Improvisationsanalyse: die manuelle Analyse und *computational analysis* (computergestützte Analyse). Computergestützte Analyse ist in der Lage, im Bereich der Erforschung der Musik und Emotionen eine umfassende und präzise Einschätzung zu liefern. Aussagekräftig seien beispielsweise Gesamttonhöhe, Gesamtdynamik oder die harmonische Komplexität. Zudem erwähnen Backer und Foubert hilfreiche neuentwickelte Instrumente (*tools*) für das Abrufen und Auswerten musikalischer Inhalte der klinischen Improvisation. Diese Bestrebun-

gen haben nach Auffassung der Autoren das Potenzial, qualitative Forschungsergebnisse zu validieren.

*Die Zukunft des Songwritings in Musiktherapie (Kap. 14)*

Felicity Baker (Australien) konstatiert erhebliche Forschungslücken in der Literatur zu diesem Thema. Notwendig seien gut konzipierte Studien zur Wirksamkeit des Songwritings bei unterschiedlichen Populationen.

*Die Zukunft der musiktherapeutischen Theorie (Kap. 15)*

Even Ruud (Norwegen) geht von der Annahme aus, dass die musiktherapeutische Theorie in Zukunft von einer Mischform (*hybrid*) unterschiedlicher Ansätze profitieren könnte. Ähnlich wie auch andere Autoren zuvor wirbt er für eine eklektische Haltung, die ein Crossover der Theorien und Konzepte verschiedener Modelle angestrebt. „In a world of globalization, we will have to accept how different cosmologies, musics and human cultures will form a diversity of cultures of interpretation when we try to make sense of musical health benefits“ (Ruud 136).

*Die Zukunft der Musiktherapie und Neurowissenschaft (Kap. 16)*

Jörg Fachner (Großbritannien) fordert die Notwendigkeit der Einbeziehung sogenannter Biomarker für Studien im Bereich der klinischen Musiktherapie: „Biomarker wie Neurotransmitter, Hormone, Zytokine, Lymphozyten, Vitalparameter und Immunglobuline, die als Indikatoren musikinduzierter Veränderung des psychoimmunologischen Status dienen, gelten aus musikpsychologischer Sicht als ein vielversprechendes Werkzeug zur Erforschung des Stressabbaus und Wohlbefindens“ (141, Übersetzung der Autorin).

Durch tragbare drahtlose EEG-Headsets kann die Gehirnaktivität vor, während und nach Musiktherapie erfasst werden. Zusätzlich betont Fachner die Bedeutung der *in-situ*-Forschung, sowie des *hyperscanning*. Hier kann der Nachweis von Hirn-zu-Hirn-Koppelungsfunktionen während sozialer Interaktionen wie z.B. bei Therapeut-Klient-Dyaden und Gruppen nachgewiesen werden.

*Die Zukunft der Technologie in der Musiktherapie (Kap. 17)*

Karett Stensaeth (Norwegen) und Wendy Magee (USA) unterstreichen ebenfalls die Bedeutung kollaborativer Praxismodelle. Dazu sollte besonders eine vermehrte Schulung in elektronischer Musiktechnologie gefördert werden. Magee ist davon überzeugt, dass intergenerationelle und interprofessionelle Zusammenarbeit die steigenden technologischen Anforderungen auch in der Fachdisziplin Musiktherapie bewältigen kann. Geradezu beispielhaft sei das norwegische RHYME-Projekt, eine interdisziplinäre Forschungskollaboration von Musiktherapeuten und Spezialisten unterschiedlicher technischer Fachgebiete. Die Autoren stellen die Ziele und Resultate dieses innovativen und umfassenden Modells vor.

### Zusammenfassung

Cheryl Dileos „Postlude“ ist eine Zusammenfassung, in der Ideen und Vorschläge von mehreren Autoren über die unterschiedlichen Schwerpunkte sowie kontrastierende Aspekte von Theorie, Praxis und Forschung hervorgehoben werden. Hilfreich könnte es sein, dieses Kapitel zu Anfang zu lesen, um einen allgemeinen Überblick über die wesentlichen Überlegungen und Anregungen zu gewinnen. Manche interessanten Ansichten und Anregungen, insbesondere der europäischen Experten, kommen hier allerdings nicht vor.

Die Beiträge dieser Online-Publikation geben Einblicke in den Ist-Zustand verschiedener musiktherapeutischer Disziplinen sowie anregende Empfehlungen zur zukünftigen Weiterentwicklung. Die dargestellten fundierten Aussagen und Empfehlungen dieses *Who's Who* im Bereich der Musiktherapie – unter denen leider keine deutschen Experten genannt sind – sind inhaltlich wie auch sprachlich gut nachvollziehbar. Hilfreich ist zudem das ausführliche Literaturverzeichnis der jeweiligen Autoren.

Alles in allem stellt sich hier ein sehr positiver Ausblick auf die Zukunft der internationalen Musiktherapie dar.

Mary Laqua

MM-Music Therapy Specialization (Colorado State University)

Musiktherapeutin (DMtG), Holzkirchen

E-Mail: [cmlaqua@gmail.com](mailto:cmlaqua@gmail.com)

### **Peter Waldmann: Der konservative Impuls. Wandel als Verlusterfahrung.**

Hamburger Edition, Hamburg 2017, 244 Seiten. ISBN 978-3-86854-307-0.

Mit dem Umstand, dass Entwicklungen fast immer auch von rückwärts gerichteten Bewegungen begleitet werden, haben wir als MusiktherapeutInnen im klinischen Alltag auf unterschiedlichen Ebenen immer wieder zu tun. Auch, „dass dahinter [...] meist ein Ringen zwischen am Status quo festhaltenden und diesen in einer bestimmten Richtung verändernden Kräften [steht]“ (20), bekommen wir sowohl in therapeutischen Prozessen als auch in berufspolitischen Zusammenhängen miteinander leidvoll zu spüren. Und dass Wandel nie reibungslos verläuft, wie Waldmann weiterhin ausführt, ist ja nicht nur ein Umstand, der PatientInnen zu uns führt, sondern einer, den wir als TherapeutInnen, die Entwicklung ermöglichen möchten, immer mit bedenken müssen. Insofern ist dieses Buch, auch wenn es keineswegs von Musiktherapie oder auf den ersten Blick angrenzenden Themen handelt, ein für unsere Profession – und bezüglich des Themas dieses Jahrbuchs sowieso – direkt relevantes und äußerst anregendes.

Während „nach dem klassischen Modernisierungsmodell [...] Traditionselemente einer Gesellschaft schlicht einen Hemmschuh [bildeten], der die als positiv und begrüßenswert apostrophierte ‚Entwicklung‘ bremste“ (19), gesteht der Autor ihnen eine „schöpferische Potenz eigenen Rechts und Ranges“ (20) und damit eine höchst ambivalente Wirkung zu: „Denn je nach Zeitpunkt, Kontext und Kräfteverhältnis können Äußerungen und Triebkräfte des konservativen Impulses nicht nur die Entwicklungsdynamik bremsen, sondern dieser auch förderlich sein oder sogar zu einer ihrer wesentlichen Voraussetzungen werden“ (ebd.). Menschen, die täglich mit der Dynamik seelischen Geschehens beschäftigt sind, ist das durchaus vertraut – in den Sozialwissenschaften scheint es jedoch ein geradezu revolutionärer Gedanke zu sein: „Dass soziale Prozesse oder Mechanismen polyvalent sein können, das heißt je nach den Begleitumständen die eine oder auch die entgegengesetzte Wirkung entfalten können, ist bis heute ein Tabu in den Sozialwissenschaften“ (20). So verwundert es nicht, dass Waldmann seine „These von der ambivalenten Wirkung des konservativen Impulses“ eingangs anhand individueller Verlusterfahrungen und innerhalb dieses ersten Kapitels zunächst am Umgang mit Tod und Trauer sowie Exil und Diaspora untersucht – Themen, die ganz unmittelbar auch die (musik-)therapeutische Praxis berühren (vgl. z. B. den Artikel von Blankenburg in diesem Band).

Zuvor jedoch definiert der Autor den Begriff „konservativer Impuls“, bezieht sich auf „Anknüpfungspunkte und Vorläufer“ und legt differenziert Fragen und Hypothesen sowie den Aufbau der Untersuchung und Angaben zu Fallauswahl und Vorgehensweise dar.

Der Begriff „konservativ“ erfährt bei Waldmann „eine Ausweitung zu einer quasianthropologischen Grunddisposition: der teils bewussten, teils mehr intuitiven Verankerung des Denkens, Fühlens und Handelns in traditionellen Bahnen und Mustern“ (13), die Ausdruck finden in „sich abschirmenden Denkweisen und Praktiken“ (ebd.). Bemerkenswert ist die Aussage, dass letztere „nicht zwangsweise weit in die Geschichte der betreffenden Gesellschaft zurückreichende Wurzeln [haben müssen]“, sondern ebenso „das Resultat von Überlagerungsprozessen relativ aktuellen Ursprungs“ (ebd.) sein können – was in den folgenden Kapiteln eindrucksvoll dargelegt wird.

Der Begriff „Impuls“ birgt nach Waldmann ein „antirationales Moment und bezieht sich auf spontane, eher kurzfristige Reaktionen und Motivationen“ (ebd.), die nur bedingt einer rationalen Steuerung unterliegen, allerdings durchaus in kohärente Strategien münden können.

Insgesamt benutzt der Autor den Begriff „Konservativer Impuls“ als „sozialpsychologische Sammelkategorie“ (14), „um ein möglichst breites Feld konservativ motivierter und inspirierter Einstellungen, Mentalitäten und Praktiken zu erfassen“ (ebd.). Sie können sowohl individueller als auch kollektiver Natur sein und als emotionale Äußerungen oder ideologische Option auftreten.

Die Untersuchung bezieht sich auf Prozesse beschleunigten, einschneidenden Wandels, da hier am ehesten mit konservativen Reaktionen gerechnet werden

kann: Disruptiver Wandel, verbunden mit der Einbuße von Haltgebendem und Vertrautem, wird als schmerzhafter, bedrohlicher Angriff auf das Selbstwertgefühl erlebt und löst zumeist gegensätzliche Reaktionen aus. Dem Bemühen, der neuen Situation gerecht zu werden steht das verzweifelte Festhalten an der Vergangenheit gegenüber, das letztlich vergeblich, aber keineswegs sinnlos oder gar überflüssig ist: „Das Abarbeiten der Spannung zwischen diesen beiden Polen (...) ist eine Voraussetzung dafür, dass die Betroffenen in ihrer Entwicklung nicht stehen bleiben“ (16).

Die Kapitel, die sich auf Prozesse rapiden sozioökonomischen Wandels und politischer Umbrüche beziehen, sind ausnahmslos in der jüngsten Neuzeit angesiedelt und damit erfrischend aktuell.

Die empirische Recherche setzt bei den in **Kapitel 1** untersuchten „Individuelle[n] Verlusterfahrungen“ an, „um einen Maßstab für die Stärke des konservativen Impulses zu gewinnen“ (27). Diesem Vorgehen liegt die Annahme zugrunde, „dass beim Einzelnen in idealtypischer Schärfe jene Motivationskräfte auszumachen sind, die bei sozialen Kollektiven oft durch zusätzliche Einflussfaktoren verwischt werden“ (ebd.). Dieses Kapitel bietet mit seiner in den ersten beiden Unterkapiteln vorgenommenen Fokussierung auf individuelles Erleben und Umgehen mit Erfahrungen von Verlust und Trauer sowie im Rahmen von Exil und Diaspora die für therapeutisch Tätige wohl direktesten Anknüpfungspunkte an eigene relevante Themen und Fragestellungen. Waldmann arbeitet differenziert die Ambivalenz des Trauerprozesses heraus und verweist auf den mentalen Konflikt zwischen der Fixierung auf die Vergangenheit und der Weigerung, die neue Situation zu akzeptieren einerseits und dem Zwang, sich auf die neue Situation einstellen und der Zukunft zuwenden zu müssen andererseits. Mit den Folgen einseitiger Fixierungen haben wir im klinischen Kontext nur allzu oft zu tun. Der Autor verweist vor allem auf die „...Gefahr... einer größtmöglichen Verkürzung der Trauerspanne..., um sich möglichst rasch wieder ins soziale und berufliche Leben eingliedern zu können“ (43).

Eine Gefahr, die klinisch Tätigen durchaus konkret begegnet und bei einem Vergleich der letzten drei Ausgaben des DSM bzgl. der Angaben zu verlängerten Trauerreaktionen direkt ins Auge springt: Wurde im 1980 erschienenen DSM III erstmals zwischen „Normaler Trauer“ und Depression unterschieden und den Trauernden nach dem Verlust eines geliebten Menschen ein Jahr intensiven Trauerns (mit entsprechenden Ausdrucksformen wie Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, sozialer Rückzug und Schlafstörungen) zugestanden, waren es im 2000 veröffentlichten DSM IV nur noch zwei Monate. Im aktuell gültigen DSM V dagegen wurde die Unterscheidung zwischen „Trauer“ und „Depression“ ganz aufgegeben und die o. g. Reaktionen bereits nach *zwei Wochen* als Symptome einer Depression interpretiert – also die Diagnose einer schweren klinisch relevanten Störung gestellt – mit entsprechenden Folgen...

Auch der Abschnitt zu „Exil und Diaspora“ bietet zahlreiche Anregungen und Möglichkeiten differenzierteren Verstehens. Dabei konzentriert sich Wald-

mann vor allem auf „den Kontrast zwischen Exil und Diaspora, der Migranten im engeren Sinn und der Folgegenerationen; sowie auf die Bedeutung, die dem religiösen Erwachen, der Re-Islamisierung für die Migrantenkolonien zukam“ (61). Noch immer ist es keine gängige Erkenntnis, so Waldmann, „dass auch der freiwillige Aufbruch in die Fremde auf der Suche nach besseren Existenzbedingungen mit erheblichen psychischen Kosten, dem schmerzlichen Vermissten der verlassenen Heimat und dem Versuch ihrer Rekonstruktion im Ankunftsland, verbunden ist“ (257).

Im dritten Abschnitt des ersten Kapitels fokussiert der Autor noch einmal individuelle Verlusterfahrungen, nun anhand der Infragestellung der Geldwertillusion, konkret der Hyperinflation während der Weimarer Republik sowie in den 80er Jahren in Argentinien.

In einer *Zwischenbilanz* definiert Waldmann den „konservativen Impuls“ individuell als „in Emotionen und in tieferen Persönlichkeitsschichten verankerte[n] Werthaltungen“ (80), die eine Gegenreaktion zu erlittenen Verlusten darstellen und dem Drang entspringen, „zum Status quo ante zurückzukehren“ (ebd.). Als Kriterien für die Stärke des Impulses arbeitet Waldmann drei Kriterien heraus: Die Umkehrbarkeit oder Unumstößlichkeit des Wandels, die Freiwilligkeit oder Unfreiwilligkeit der ihm Unterworfenen und den Zeitfaktor. Statt zwischen „gesunden und pathologischen Reaktionen“ zu unterscheiden, plädiert der Autor dafür, ein Konzept des gelungenen oder misslungenen Identitätsmanagements einzuführen, das eher Zwischenlösungen und Kompromisse – und damit Übergänge – zulässt. (vgl. diesbezüglich auch die Ausführungen Tüpkers in diesem Band).

Im **2. Kapitel** bezieht sich Waldmann auf Entwicklungen in gesellschaftlichen Teilbereichen in Ländern, in denen es zur offenen Konfrontation „zwischen traditionsverhafteten Gruppen und Verbänden und einer auf Fortschritt und demokratische Partizipation pochenden politischen Bewegung kam“ (163). Er beschreibt Folgen und Umgehensweisen im Zusammenhang mit dem Verlust politischer Stabilität anhand der Französischen Revolution von 1789, Spaniens Versuchen eines Übergangs zur Republik im 19. und 20. Jahrhundert sowie anhand der Entwicklung des Iran im 20. Jahrhundert.

Die politische Sphäre, so die *Zwischenbilanz 2*, „bietet kein einheitliches Bild hinsichtlich des konservativen Impulses“ (162). Klar wird jedoch: „Im Idealfall kann gerade der unverrückbare, rigide Charakter diktatorischer Herrschaft gesellschaftliche und politische Reifungsprozesse auslösen, die unter einem stärker von Meinungsschwankungen abhängigen Parteiregime schwerlich denkbar wären“ (166). So kann gerade eine Diktatur dazu beitragen, die Bedingungen zu schaffen, um sich selbst überflüssig zu machen und kollektive Reifungsprozesse zu ermöglichen. Auch hier arbeitet der Autor drei bedingende Variablen heraus: den Zeitfaktor, die Diktatur und die politische Kultur.

Im **3. Kapitel** werden Wirkungsweisen des konservativen Impulses anhand verschiedener Gesellschaften in ihrer Gesamtheit untersucht: Gesellschaften, „die sich auf den Pfad beschleunigter nachholender Entwicklung begeben hatten (244) –

und, so das Resümee des Autors, „regelmäßig von ihrer Vergangenheit eingeholt werden“ (245). Anhand „Südkoreas Sprung zur industriellen Exportnation“ sowie anhand der jüngeren Entwicklungen in Argentinien und der Modernisierung im Baskenland beschreibt Waldmann eindrücklich die Unterschiede zwischen dem „äußerlichen“ Prozess der sozioökonomischen Entwicklung und seinem inneren Pendant, dem kollektiven Identitätsmanagement.

Das **4. Kapitel** fokussiert als Hauptergebnis der Untersuchung die durchgehende und Einzelnen, sozialen Gruppen und Gesellschaften gemeinsame „Tendenz, in Situationen beschleunigten Wandels zäh an der entschwindenden Vergangenheit festzuhalten“ (257). Die verschiedenen Formen und Wirkmechanismen dieses „konservativen Impulses“ dienen jedoch nicht immer und unbedingt einer konservativen Gesamtstrategie und beschränken sich bei weitem nicht nur auf die den Akteuren bewussten Verlustreaktionen. Weder der konkrete Handlungsimpuls noch die verschiedenen Formen der Verhaltenskontinuitäten müssen jeweils als solche registriert werden.

Neben drei bezeichnenden Reaktionen im Vorfeld einschneidender, scheinbar unabwendbarer Veränderungen beschreibt Waldmann im letzten Kapitel noch einmal differenziert die anhand seiner Untersuchung herausgearbeiteten Verhaltensmuster, in denen der konservative Impuls zum Ausdruck kommt. So beschreibt er z. B. – dem klinischen Alltag vieler MusiktherapeutInnen sehr nah – als *eine* Form, dem Wandel auszuweichen, die Verzögerungstaktiken angesichts drohender Todesfälle: „Die moderne Medizin bietet bei manchen Krankheiten die Möglichkeit, das Leben eines todgeweihten Patienten immer wieder, unter Umständen mehr als ihm selbst lieb ist, zu verlängern“ (269).

Insgesamt, so konstatiert Waldmann, kann man der Perspektive, die er „konservativer Impuls“ genannt hat, ein breites Relevanz- und Anwendungsfeld attestieren.

Bei dem vorliegenden Buch handelt es sich nicht gerade um „leichte“ Lektüre. Der Inhalt ist anspruchsvoll und herausfordernd. Und dennoch – oder gerade deshalb – regt es zur vertieften Auseinandersetzung und zum Weiterdenken an. Neben den konkreten dargelegten Inhalten ist dieses Buch auch ein wunderbares Beispiel der Ambivalenztoleranz für einen nicht wertenden, von wertschätzender Neugier geprägten Umgang mit Ambivalenz und Widerspruch.

Immer wieder gibt es Anknüpfungspunkte an Themen und Inhalte, die auch in therapeutischen Zusammenhängen relevant sind. Die Sprache ist wissenschaftlich klar und dennoch mitreißend und ausdrucksstark. Ein Buch zum Durchlesen, aber auch zum Herumstöbern, allen, die mit Wandel, Verlusterfahrungen und Übergängen zu tun haben – also eigentlich uns allen – bestens zu empfehlen!

Dr. Sylvia Kunkel  
Dipl.-Musiktherapeutin  
Universitätsklinikum Münster  
E-Mail: Mthkunkel@web.de



## Die Autoren

### **Rosemarie Tüpker, Prof. Dr. phil./D,**

geb. 1952, Dipl. Musiktherapeutin, Musikstudium an der Musikhochschule Köln, Studium der Musikwissenschaft, Psychologie und Philosophie an der Universität zu Köln. 1987 Promotion bei Prof. Dr. Jobst Fricke (Musikwissenschaft) und Prof. Dr. Wilhelm Salber (Psychologie). 2005 Habilitation bei Prof. Dr. Irmgard Merkt an der Universität Dortmund. 1983–90 als Musiktherapeutin an der Klinik für psychogene Erkrankungen in Zwesten. Seit 1990 Leitung des Diplom/Masterstudiums und seit 2005 des Promotionsstudiums Musiktherapie an der Uni Münster. 2007/08 Gastprofessur an der UdK Berlin, seit 2012 Professorin an der Uni Münster. Mitbegründerin: Institut für Musiktherapie und Morphologie, Gesellschaft für Psychologische Morphologie (Köln), Gesellschaft für Musikgeragogik (Münster). Seit 2010 Einzelmitglied im Landesmusikrat NRW.

### **Juliane Gerland, JProf., Dr. phil./D,**

geb. 1980, studierte klassische Gitarre, Fagott und Allgemeine Musikerziehung an der Hochschule für Musik und Tanz, Köln, Standort Wuppertal sowie Musiktherapie an der FH Heidelberg (Projekt zur empirischen Masterthesis in Kooperation mit der pädiatrischen Kinderonkologie/-hämatologie des Universitätsklinikums Heidelberg. Titel der Masterthesis: Einfluss musiktherapeutischer Interventionen auf die Lebensqualität onkologisch oder hämatologisch erkrankter Kinder und Jugendlicher). Von 2002 bis 2011 musikpädagogische Tätigkeit in Fächern der elementaren Musikpädagogik sowie Gitarre und Fagott. Von 2013 bis 2015 hatte sie Lehraufträge am Lehrstuhl für Musik in Rehabilitation und Pädagogik bei Behinderung an der Fakultät Rehabilitationswissenschaften der Technischen Universität Dortmund inne. Dort erfolgte auch die Promotion 2014 (Titel der Dissertationsschrift: Einflüsse von Musik auf die Selbst- und Fremdwahrnehmung). Seit Herbst 2015 ist sie Juniorprofessorin für Kulturelle Bildung & Inklusion an der Universität Siegen. Dort lehrt und forscht sie zu folgenden Themen: Inklusion in der Musikpädagogik, Wechselwirkungen künstlerischer und inklusiver Prozesse, subjektive Bedeutungszuschreibung inklusiver Musikpraxis.

### **Susann Kobus, Dr. paed./D,**

geb. 1985, Dr. paed. (Didaktik Musik, Psychologie, Erziehungswissenschaft), Musiktherapeutin (M.A.), NICU-Musiktherapeutin, Diplom-Musikpädagogin, BLIMBAM-Musikpädagogin („Instrumentalspiel für Menschen mit Behinderung an Musikschulen“), Peter Hess®-Klangmassagepraktikerin, Konzertpianistin. Musiktherapeutische Tätigkeit am Universitätsklinikum Essen, Arbeitsfelder: Neonatologie, Kinderklinik (Nephrologie und Gastroenterologie), Frauenklinik. Musikpädagogische Tätigkeit in Münster (Klavier und Musikalische Frühförderung). Weiterbildungen in „Kinderschutz in der Medizin“ (Universitätsklinikum

Ulm) und „Elementares Musizieren mit dreijährigen Kindern“ (Bundesakademie für kulturelle Bildung Wolfenbüttel). Aktives Mitglied im Fachkreis Musiktherapie Neonatologie (FMtN) und der Wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien.

**Katrin Drazek-Kappus, Dr. phil./D,**

Musiktherapeutin, seit mehr als 10 Jahren in Erwachsenenpsychiatrien tätig. Forschungsschwerpunkte/Interessensgebiete: sozialer Wandel und dessen Auswirkungen für das Individuum, Musikpräferenzen, Song Lyric Discussion, musikalische Wahrnehmung psychiatrischer Patienten.

**Michael Viega, Ph.D., LCAT, MT-BC/USA,**

is an assistant professor of music therapy at the State University of New York (SUNY), New Paltz, and a Fellow in the Association of Music and Imagery. He has published and presented on a wide range of topics such as Hip Hop and music therapy, arts-based research methodologies, therapeutic songwriting and adverse childhood experiences and adolescent development. He serves on the editorial board for the *Journal of Music Therapy*, *Music Therapy Perspectives* and *Voices: A World Forum for Music Therapy*. He is currently the president of the Mid-Atlantic Region of the American Music Therapy Association (MAR-AMTA). On a national level, he serves on the AMTA Assembly of Delegates.

**Hanna Skrzypek, Dr. phil./A,**

Promotion zum Thema „Körper, Bewegung und Musik als Partitur für künstlerische Therapien“ (Universität Augsburg), Diplom-Musiktherapeutin (UDK Berlin), Dipl.-Musikpädagogin, Hauptfach Rhythmik (Hochschule Stuttgart) Dipl.-Instrumentalmusikerin, Hauptfach Klavier (Staatl. Musikschule des II. Grades in Ostrow/Polen). Postgraduierten-Studium im Universitätslehrgang „Musik und Tanz in sozialer Arbeit und integrativer Pädagogik“, Orff-Institut, Universität Mozarteum Salzburg/Österreich. Bewegungsanalytikerin („EMOTORICS-Emotive Body Mind Movement Paradigm“), Yona Shahar-Levy, Jerusalem/Israel. „Integrativen Tanztherapie“ und „Integrativen Leibtherapie und thymopraktischen Körperarbeit“ (Weiterbildungen), EAG/FPI Hückeswagen, bei Prof. Dr. mult. Hilarion Petzold und Ilse Orth. „Prozessorientierten Aufstellungsarbeit“ bei Christiane Lier und Holger Lier (Weiterbildung, Zertifizierung), Odenwald Institut, Wald-Michelbach. „EBQ-Instrument und seine entwicklungspsychologischen Grundlagen“ (Weiterbildung, Zertifizierung) UDK Berlin, Prof. Dr. Karin Schumacher und Claudine Calvet. Forschungsaufenthalt im GAMUT – Grieg Academy Music Therapy Research Center, University of Bergen in Bergen/Norwegen. Seit 2004 als klinische Musiktherapeutin in der Klinik für Psychische Gesundheit (Psychiatrie) in Braunau am Inn (Österreich) tätig, 2014–2015 Lehrbeauftragte im Studiengang Musiktherapie an der Universität Augsburg, seit 2017 Lektorin im Lehrgang Musiktherapie an der Kunstuniversität Graz.

**Isabelle Frohne-Hagemann, Prof. Dr./D,**

Lehrmusiktherapeutin (DMtG), Integrative Musiktherapeutin, Ausbildungsleiterin der Weiterbildung in *Guided Imagery and Music* (GIM) und *Musikimaginativen Methoden* (MiMe) am *Institut für Musik, Imagination und Therapie, Berlin* (IMIT), Professorin für Rezeptive Musiktherapie und Guided Imagery and Music am Institut für Musiktherapie der Hochschule für Musik und Theater, Hamburg; K.J.-Psychotherapeutin und Supervisorin (FPI); Vice Chair der European Association for Music and Imagery, Ehrenmitglied der DMtG.

**Gustav von Blanckenburg, M.A. / D,**

B.A. (Sonderpädagogik, Zweitfach Musik) Universität Hannover (2013), M.A. Klinische Musiktherapie Universität Münster (2016), Thema der Abschlussarbeit „Ein Farbkleck im Klinikalltag“ – Musiktherapie im palliativmedizinischen Dienst einer Universitätsklinik. Seit Anfang 2016 im Palliativdienst des Universitätsklinikums Münster, parallel dazu Lehrtätigkeit in der Pflege-Fachweiterbildung Onkologie und Palliative Care an FH und Universität Münster. Zertifikat ‚Musiktherapie im palliativen Kontext‘ (2016), Zertifikat ‚Singleiter für Gesundheitseinrichtungen und Krankenhäuser‘ (2017).



## Sachwortregister

- Abgrenzungen 38, 55  
Adolescent Development 81  
Adverse Childhood Experiences 73, 76,  
86f., 90, 92, 184  
Arts-based Research 78, 92, 184  
Atmosphärisches Fürspiel 149f., 161f.,  
165, 168  
außerschulisch 39  
Berührung 107ff.  
Bewusstsein 31, 107, 125, 135, 139  
Containment 89, 11, 166  
Coolness 132, 140  
Eltern-Kind-Beziehung 56  
Entwicklungsförderung 61, 65  
Extrauterine Welt 49ff.  
Faith Development 73, 75, 80, 86, 88, 91  
Fallvignette 71, 101, 107, 114, 123, 126,  
170  
Fremde, Fremdheit 73, 75, 80f., 86, 88, 91  
Frühgeborenes 71, 101f., 107, 114, 123,  
126, 170  
Geborgenheit 25, 26, 34, 126, 180  
Gestalt 15ff.  
GIM-Musikprogramme 123, 124, 128  
Guided Imagery and Music (GIM) 15f.,  
18f., 20ff., 31, 112, 119  
Guiding 124  
Handlungsfelder 33, 34, 88, 92, 123, 146,  
147, 159, 171, 175, 185  
Handlungseinheit 16f., 18ff.  
Heilsames Verweilen 126  
Hirnentwicklung 51ff., 66  
Hospiz 151f., 154, 169f.  
Innere Gefährten 123, 129, 145  
Intensivmedizin 52, 59, 68, 70  
Interiorisierung 125, 145  
Intrauterine Welt 49ff., 66, 166  
Junges Erwachsenenalter 95, 98f.  
Känguruhen 59, 64  
Körper-Bewegung-Musik-Partitur 109  
Kulturelle Adoleszenz 25  
Lärmexposition 55, 71  
Leidensdruck 95, 104  
Mandala 31, 123, 127, 146  
Metamorphose 21, 24  
Metapher 26, 27, 125, 133  
Migration 15ff., 25f., 34, 45, 47, 147  
Minimal Handling 53  
Modulation 15, 29, 30, 34  
Morphologische Psychologie 15, 20  
Musikalische Blase 165  
musikalische Heilpädagogik 39  
musikevozierte Imaginationen 124  
Musikpädagogik 37, 39, 183  
Musiktherapie mit schizophrenen Pati-  
enten 112, 121  
Neonatologie 50ff., 57, 69, 183  
Normativität 42  
Optimal Handling 53, 69  
Outcome 52, 56, 73, 75, 89  
Pädiatrie 66  
Palliativmedizin 149ff.  
Prokrastination 16, 33, 97  
Raumkunst 164, 165  
Referenzrahmen Musiktherapie in der  
Neonatologie 57, 68  
Reframing 21  
rehabilitationspädagogisch 37  
Resonanzbilder 123, 127, 129, 148  
Rezeptive Musiktherapie 57, 123, 128,  
146, 185  
Schnittmengen 38  
Schutzraum 164f.  
Selbstdarstellung 100  
Sinn-Findungsprozess 126  
Sonatenhauptsatzform 29, 124  
Song Analysis 76  
Song of kin 61, 69  
Sterben 150, 153, 159, 169, 170  
Stille 95ff., 169  
Stressregulation 55, 64  
Stundenwelt 19  
Tentakel 17, 18, 26, 35  
Therapeutic Songwriting 73, 75ff., 81,  
86ff., 184  
Therapeutische Atmosphäre 165  
Tod 149ff.  
Trickster 134ff.  
Überreizung 58, 61f., 103  
Verwandlung 16, 22f., 24, 26, 28f., 31  
Zwischenstadium 98



## Personenregister

- Abdeyazdan, Z. 55, 66  
Abramson, L.Y. 90, 91  
Aita, M. 55, 66  
Alloy, L. 55, 66  
Als, H. et.al. 66  
Alvin, J. 109, 12  
Anda, R. F. 74, 75, 89, 90, 91  
Antonovsky, A. 23, 34, 43, 46  
Argyle, M. 108, 109, 120  
Arnett, J. 97ff., 105  
Ayres, A. J. 108, 120  
Barlow, K. 30, 33  
Bauman, Z. 99, 104f., 152, 156f., 169  
Baumgard, K. 38, 46  
Benedetti, G. 112, 120  
Biancuzzo, M. 65, 67  
Bieleninik, L. 67  
Bischof, N. 134f., 146  
Bissegger, M. 54, 57, 67  
Blanckenburg, G.v. 32, 149ff., 169, 185  
Bonde, L.O. 126, 146  
Booth, J.M. 124, 146  
Bösl, E. 43, 46  
Bruscia, K. 123, 126, 144, 146  
Buchner, T. 44, 46  
Burke, M. 56, 67  
Bush, C. 127, 146  
Caine, J. 56, 67  
Carlitscheck, J. C. 50, 67  
Cassidy, J. W. 56, 67  
Coleman, J. M. 56, 67  
Collins, S. K. 56, 67  
de Backer, J. 106, 113, 171, 175  
Dederich, M. 44, 46  
Dileo, C. 73, 77, 87, 90, 171f., 174, 177  
Dinerstein, J. 132, 146  
Drazek-Kappus, K. 95ff., 184  
Engel, G. L. 43, 46  
Exner, C.; Lincoln, T. 112, 120  
Fabrizi, L. 51, 52, 67  
Fehrenbach, L. 60, 67  
Fischer, C. B. 53, 54, 67, 71  
Fonagy, P. 24, 33  
Forinash, M. 78, 93  
Foulder-Hughes, L. A. 52, 67  
Fowler, J. 73f., 80f., 83f., 85f., 90  
Friedrich, H. J. 55, 68  
Frith, Ch. D. 112, 121  
Frohne, I. 146  
Frohne-Hagemann, I. 31, 33, 123, 124ff., 146f., 148, 185  
Fulkerson, M. 109, 120  
Geiger, E. 123, 147  
Gergely, G. 33  
Gerland, J. 37ff., 183  
Gloger-Tippelt, G. 54, 68  
Göppel, R. 39, 46  
Gosh, K. 41, 46  
Grocke, D. 70, 76, 79, 92, 123, 126, 146, 147, 171, 175  
Hamilton, J. L. 75, 90, 91  
Hamlat, E. 91  
Hanson-Abromeit, D. 57, 58, 68  
Hartling, L. 56, 68  
Hartogh, T. 42, 47  
Haslbeck, F. 51, 55ff., 66, 68  
Herting, E. 50, 68  
Hippel, N. 41, 47  
Hock, S. 53, 68  
Höcker, A. 16, 33  
Huber, G. 121  
Hüther, G. 108f., 121  
Jung, C.G. 132, 147  
Kaminski, J. 56, 68  
Keller, B. 21, 32, 34  
Kensche, M. 23, 34  
Kirov, U. 53, 69  
Kirschner, W. 50, 69  
Klar, S. 105  
Klären, C. 21, 34  
Klein, A. 43, 46  
Kobus, S. 32, 49ff., 69, 183  
Kok, M. 41, 47  
Krens, I. 108f., 121  
Kunkel, S. 113, 121, 181  
Laabs, F. 41, 47  
Lahav, A. 54, 69  
Laqua, M. 177  
Larkin, H. 74, 89, 91  
Lasky, R. E. 55, 69

- Laubach, V. 55, 69  
 Leathers, D. G. 108, 109, 121  
 Liesert, R. 24, 32, 34  
 Lincoln, T. 112, 120  
 Linderkamp, O. 52, 69  
 Loewy, J. 55, 61, 68, 69  
 Loken, L. 121  
 Loos, G. K. 109, 121  
 Maack, C. 123, 147, 175  
 Machleidt, W. 25f., 34  
 Mand, J. 38, 46  
 Martin, K. 131, 147  
 McGlone, F. 107, 109, 121  
 Mead, G. H. 129, 147  
 Mellor, D. J. 51, 69  
 Merkt, I. 39, 47  
 Merleau-Ponty, M. 125f., 147  
 Mertens, M. 107, 108, 121  
 Metzner, S. 113, 121, 122  
 Montagu, A. 108, 121  
 Nöcker-Ribaupierre, M. 41, 51, 54ff.,  
 60ff.  
 Nussberger, R. 50, 70  
 Obladen, M. 50, 53, 70  
 Olausson, H. 121  
 Ostermann, T. 38, 46  
 Papoušek, M. 56, 70  
 Pauls, H. 43, 47  
 Peters, H. 41, 47  
 Petzold, H.G. 124f., 129, 146f., 184  
 Pfahl, L. 44, 46  
 Pfefferle, U. 21, 34  
 Plitt, H. 24, 34  
 Pratt, R. R. 56, 67, 70  
 Priebe, S. 121  
 Rabsahl, S. 32, 34  
 Reuner, G. 52, 70  
 Rilke, R.M. 22, 34  
 Röhricht, F. 112, 121  
 Ronnberg, A. 131, 147  
 Rückert, F. 23, 34  
 Salber, W. 16, 20, 24, 34, 183  
 Sarimski, K. 53f., 70  
 Scharfetter, Ch. 112, 121  
 Schölmerich, A. 50, 70  
 Seiffge-Krenke, I. 97, 99f., 105  
 Sennett, Richard 98, 105  
 Shapero, B.G. 91  
 Shields, J. J. 74, 89, 91  
 Shoemark, H. 56, 57, 68, 70  
 Skewes McFerran, K. 41, 47  
 Skrzypek, H. 107ff., 121, 184  
 Sloterdijk, P. 28, 34  
 Standley, J. M. 56ff., 67, 70, 71  
 Stange, J.P. 90, 91  
 Stolze, H. 107, 121  
 Swathi, S. 55, 71  
 Thoma, R. 53ff., 71  
 Traue, B. 44, 46  
 Trzcińska, M. 121  
 Tüpker, R. 15ff., 40ff., 47, 180, 183  
 Vallbo, A. B. 121  
 Vetter, B. 112, 122  
 Viega, M. 73ff., 92, 93, 184  
 Vygotskij, L. S. 125, 147f  
 Waldenfels, B. 26, 34  
 Waldmann, P. 177ff., 180f.  
 Waldschmidt, A. 43f., 45f.  
 Weber, T. 30, 34  
 Wense, A. v., Bindt, C. 52f., 71  
 Werani, A. 125, 147  
 Wessberg, J. 121  
 Weyand, M. 41, 47  
 Whipple, J. 56, 71  
 Wickel, H.-H. 42, 47  
 Wigram, T. 90f., 126, 147  
 Wittenberg, J.-V. P. 54, 71  
 Wölfl, A. 41, 47  
 Zimmer, M.-L. 68, 70, 170



## forum zeitpunkt · zeitpunkt musik

### Förderung von Kindern und Jugendlichen durch musiktherapeutische Vorgehensweisen

Hg. von Hans Ulrich Schmidt  
und Tonius Timmermann

2017. 8°. 176 S., kart., 21 s/w-Abb.  
(978-3-95490-227-9)



Neben Resilienzförderung im Kindergarten, Förderung emotionaler Intelligenz und Achtsamkeit sowie Gewaltprävention in Schulen steht in mehreren Beiträgen das gesellschaftspolitisch höchst relevante Thema der Integration von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund und von den teilweise traumatisierten jugendlichen Flüchtlingen aus Kriegsgebieten im Fokus. Der Vorteil der Musiktherapie ist hier unter anderem, dass die Sprachbarrieren zwischen verschiedenen Herkunftskulturen und den Therapeuten durch vorwiegend nonverbale Vorgehensweisen weniger ins Gewicht fallen.

### Musiktherapie bei Kindern mit Autismus

Musik-, Bewegungs- und Sprachspiele zur Behandlung gestörter Sinnes- und Körperwahrnehmung (mit DVD zum EBQ-Instrument)

Von Karin Schumacher

2017. 8°. 168 S., kart., 3 s/w-Abb., inkl. DVD  
(978-3-95490-229-3)



Dieses Buch ist aus der Praxis und für die Praxis geschrieben. Tiefgreifend entwicklungsgestörte Kinder, die mit „Autismus“ diagnostiziert wurden, zeigen eine Kontaktstörung nicht nur zu anderen Menschen, sondern auch zu sich selbst. Interventionen, die ganz vom Körper des Kindes ausgehend entwickelt werden, helfen die Sinneseindrücke als Einheit zu verarbeiten und führen zum Erleben synchroner Momente. Neurobiologische Forschungsergebnisse weisen auf die Notwendigkeit, Interventionen zu entwickeln. Die am Fall des Kindes Max und mit weiteren Kindern beschriebenen Musik-, Bewegungs- und Sprachspiele zeigen, dass ohne die Aufforderung, etwas mit- oder nachmachen zu müssen, Emotionen als Motor jeglicher Entwicklung geweckt werden können. Körperliche, instrumentale sowie stimmlich-vorsprachliche Äußerungen als Voraussetzung für eine kommunikative Sprache werden evoziert und führen spielerisch zur zwischenmenschlichen Verständigung. Die beigefügte DVD zeigt, wie mit Hilfe der Skalen zur Einschätzung der Beziehungsqualität („EBQ“) die Entwicklung der Beziehungsfähigkeit anhand der Musiktherapie mit Max, einem 7-jährigen Kind, nachgewiesen werden kann.