

Musiktherapie in der neurologischen Frührehabilitation

Konzept und Fallbeispiel

C. Schönebaum, S. Bamborschke

Abteilung Neurologie der Brandenburgklinik Wandlitz, Bernau-Waldsiedlung

Zusammenfassung

Die Musiktherapie stellt in der neurologischen Frührehabilitation eine wichtige Erweiterung des therapeutischen Spektrums dar. Anders als bei den übrigen, mehr funktionell und leistungsbezogenen Therapien findet bei der Musiktherapie eine Hinwendung zu den Emotionen des Patienten statt. Diese können sowohl passiv angesprochen werden als auch vom Patienten aktiv durch Lautäußerungen oder mittels einfacher Instrumente dem Therapeuten mitgeteilt werden. Auf diese Weise wird das Erleben von Kommunikation und zwischenmenschlicher Beziehung auch für sprachlich stark eingeschränkte Menschen möglich. Anhand eines Fallberichtes wird demonstriert, wie ein Patient mit hypoxischem Hirnschaden trotz erheblicher funktioneller Einschränkungen über die Musik als nonverbales Kommunikationsmittel eine Brücke zur Umwelt und eine Möglichkeit zu seinem persönlichen Ausdruck finden konnte.

Schlüsselwörter: Musiktherapie, neurologische Frührehabilitation, Apallisches Syndrom, hypoxischer Hirnschaden

Music therapy in early neurological rehabilitation – concept and case report

C. Schönebaum, S. Bamborschke

Abstract

Music therapy is a valuable tool in early neurological rehabilitation additional to other therapeutic methods. In contrast to functional training and other achievement-orientated therapeutic approaches music therapy is mainly directed towards the emotions of the patient. The patient may be addressed passively or may express his feelings using his voice or simple instruments. In that way the experience of communication and human relationship may be possible even in patients with severe brain damage who lost the ability of speech and language comprehension. In a case with diffuse hypoxic brain damage, we demonstrate how music therapy enabled the patient to find a nonverbal way of communication and to express his feelings.

Key words: music therapy, early neurological rehabilitation, hypoxic brain damage, vegetative state

Neurol Rehabil 2003; 9 (Suppl 1): S13-S17

Einleitung

Musiktherapie ist mittlerweile im Bereich der Neurologie keine Seltenheit mehr. Immer mehr Kliniken, vor allem Rehabilitationseinrichtungen, bieten Musiktherapie als festen Bestandteil des Therapiekonzepts an. Allerdings ist kaum bekannt, wie Musiktherapie eingesetzt wird, welche Ziele sie verfolgt und was sie erreichen kann. Gerne wird sie als »Wohlfühltherapie« betrachtet, bei der die Patienten etwas Nettes erleben können und mit schöner Musik beschallt werden. Dass in der Musiktherapie weitaus mehr geschieht und mehr dahinter steckt, als nur den Patienten etwas Gutes zu tun, soll in dieser Arbeit veranschaulicht werden. Am Beispiel der Brandenburg Klinik, wo Musiktherapie v. a. in der Frührehabilitation eingesetzt wird, soll deutlich gemacht werden, wie das Potential, das Musik mit sich bringt, therapeutisch eingesetzt werden kann. Die Musiktherapie nutzt ihre Möglichkeiten in Bezug auf Kontaktaufnahme, Beziehungsgestaltung und Kommunikationsaufbau und stellt neben den anderen funktionell

geprägten Therapien eine wichtige Erweiterung der therapeutischen Begleitung der Patienten dar. In der Annahme, dass seelisches Wohlbefinden die Voraussetzung für die volle Entfaltung des Rehabilitationspotentials darstellt, bietet die Musiktherapie den geeigneten Rahmen für die Hinwendung zu den Emotionen des Patienten und seinen kommunikativen Fähigkeiten. Gerade bei neurologischen Patienten sind diese Fähigkeiten häufig stark eingeschränkt. Doch die Kommunikation ist für das »Menschsein« außerordentlich wichtig. Sich auszudrücken, mitzuteilen und mit anderen auszutauschen ist der Kern des menschlichen Zusammenlebens in der Gesellschaft. Neben der Sprache ist Musik »ein zweites menschspezifisches innerartliches lautliches Kommunikationssystem, das soziale Bindung herstellt und Emotionen erzeugt« [1]. Die Musiktherapie kann hier auf einer nonverbalen Ebene dieses Erleben von Kommunikation und zwischenmenschlicher Beziehung auch für sprachlich eingeschränkte Menschen ermöglichen. Anhand einer Falldarstellung soll verdeutlicht werden, wie nonverbale Kommunikation über Musik aufgebaut werden

kann und ein Mensch eine Möglichkeit zu seinem persönlichen Ausdruck, trotz erheblicher funktioneller Einschränkungen, finden kann.

Konzept und Methodik

Musiktherapie als Teil des Therapiekonzepts in der neurologischen Frührehabilitation

Auf unserer Station für neurologische Frührehabilitation (Phase B nach den BAR Richtlinien) [7] werden überwiegend Patienten mit Z.n. Schlaganfall (ischämischer Hirninfarkt, Hirnmassenblutung, Subarachnoidalblutung), aber auch mit Z.n. Schädelhirntrauma und hypoxischem Hirnschaden betreut. Ein Teil der Patienten ist zu Beginn der Rehabilitation im Wachkoma. Neben medizinischer Versorgung beinhaltet das Therapiekonzept Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie, Gestaltungstherapie und Musiktherapie.

Die Station für neurologische Frührehabilitation wird von einer Musiktherapeutin (C.S.) betreut. Es finden ausschließlich Einzeltherapien statt: Je nach Mobilität des Patienten im Musiktherapieraum oder – falls eine Mobilisation in den Rollstuhl nicht möglich ist – am Bett des Patienten. In der Regel erhält jeder Patient zwei- bis dreimal pro Woche Musiktherapie, in manchen Fällen auch fünfmal, wenn eine entsprechende Indikation existiert. Die Dauer der Therapieeinheiten wird individuell an die Belastbarkeit des Patienten angepasst und beträgt zehn bis dreißig Minuten. Die Therapiesitzungen werden schriftlich dokumentiert, indem der Verlauf und besondere Phänomene der jeweiligen Sitzung festgehalten werden. Teilweise werden die Sitzungen auch per Videoaufnahme dokumentiert.

Indikation

Musiktherapie ist im neurologischen Bereich indiziert bei [2]:

- Bewusstseinsstörungen (Koma, Wachkoma)
- Antriebsstörung
- Reaktiver Depression
- Eingeschränkter Kommunikationsmöglichkeiten (Aphasie)
- Eingeschränkter Ausdrucksmöglichkeiten
- Eingeschränkter emotionaler Schwingungsfähigkeit
- Fehlender Therapiemotivation (non-compliance)
- Sozialem Rückzug
- Wahrnehmungsstörungen
- Emotionaler Instabilität

Kontraindikationen sind nicht bekannt. Die Indikationsstellung folgt in der Regel nach dem Erstkontakt mit dem Patienten durch die Musiktherapeutin in Zusammenarbeit mit dem Arzt. In Anlehnung an die Indikationsstellung werden unterschiedliche Mittel in der Musiktherapie eingesetzt.

Musiktherapeutische Mittel

Die musiktherapeutische Arbeit in der neurologischen Frührehabilitation beinhaltet sowohl aktive als auch rezeptive Angebote. Den Kern aktiver Angebote bildet die musikalische Improvisation. Hier kann der Patient auf einem Musikinstrument seiner Wahl zu seinem individuellen Ausdruck gelangen. In der Brandenburg Klinik stehen den Patienten verschiedene Instrumente zur Verfügung, sofern der Patient motorisch in der Lage ist, selbst ein Instrument zu spielen. Die Musikinstrumente sind alle leicht zu handhaben und somit leicht zum Klingeln zu bringen. Es werden also keine musikalischen Fähigkeiten vorausgesetzt. Vorhanden sind beispielsweise einige kleine Rhythmusinstrumente, ein Schlagzeug, Marimbaphon, Metallophon, Keyboard, Glockenspiel, Regenmacher, Ocean Drum, Schlitztrommel und eine kleine Harfe. Die Musikinstrumente unterscheiden sich in Form, Material und Klang und bieten dadurch verschiedenste Ausdrucksmöglichkeiten. Darüber hinaus wird das Instrument eingesetzt, welches jedem Menschen zu eigen ist: die Stimme. Überwiegend wird diese in Form von gemeinsamen Singen von Liedern eingesetzt. Insbesondere bei aphasischen Patienten kann dies besonders wirkungsvoll sein. Es ist ein bekanntes Phänomen, dass ein Teil der aphasischen Patienten beim Singen bekannter Lieder problemlos Worte artikulieren kann. Dies stellt für jene Patienten eine äußerst positive und entlastende Erfahrung dar.

Für die rezeptiven Angebote werden entweder Musikkonserven oder die erwähnten Musikinstrumente, in diesem Fall von der Musiktherapeutin gespielt bzw. gesungen, verwendet. In der Regel dienen die rezeptiven Angebote der Entspannung oder dem Kontaktaufbau zu apallischen Patienten.

Aufbau von Kontakt und Kommunikationsfähigkeit durch Musiktherapie

Der Aufbau von Kontakt, die Gestaltung von Beziehung und die Entwicklung von Kommunikation sind die wichtigsten Grundbedingungen für eine therapeutische Entwicklung und die erfolgreiche Rehabilitation neurologischer Patienten. Hierfür kann das Medium Musik optimal eingesetzt werden [10].

Da Musik erfahrungsabhängig, d. h. subjektiv – und daher sehr unterschiedlich – wahrgenommen und zerebral verarbeitet wird, ist es kaum messbar, wie Musik auf den Menschen wirkt. Auch gibt es, anders als bei der Sprache, kein umschriebenes »Musikzentrum« im Gehirn. Unterschiedliche Aspekte des komplexen Phänomens »Musik« (z. B. Melodiestructur, Zeitstruktur, vertikale harmonische Struktur und dynamische Struktur) werden in zahlreichen unterschiedlich lokalisierten neuronalen Netzwerken verarbeitet. Dabei werden analytisch ausgerichtete Aufgaben (z. B. Melodieerkennung durch Intervalldiskrimination) mehr linkshirnig und gestalthaft ausgerichtete Aufgaben (z. B. Melodieerkennung durch Konturen) mehr rechts-

hirnig ausgeführt [9]. Über das limbische System spricht Musik unmittelbar die Emotionen des Menschen an. Als angenehm empfundene Musik aktiviert dopaminerge »Belohnungsrezeptoren« des Nucleus accumbens im linksseitigen ventralen Striatum, Areale im linksseitigen dorsomedialen Mittelhirn, im rechten orbitofrontalen Cortex und in der Inselrinde beidseits. Dies geschieht in gleicher Weise wie beim genussvollen Verzehr von Schokolade, bei Blickkontakt mit einer attraktiven Person oder bei der Einnahme von Rauschmitteln wie Kokain. Außerdem werden Hirnareale aktiviert, die für Aufmerksamkeit (anteriorer Gyrus cinguli) und für Bewegungskontrolle (supplementär motorische Region und Kleinhirn) zuständig sind. Gleichzeitig werden beidseitig die Amygdalae gehemmt, die bei Angst eine erhöhte Aktivität aufweisen und der ventromediale präfrontale Cortex, der bei unangenehmen Erfahrungen aktiviert wird [3,8]. Darüber hinaus kann Musik über Metrum und Rhythmus sowohl aktivierend als auch beruhigend auf die tonisierenden Strukturen im Hirnstamm einwirken [10].

Auf die Patienten der neurologischen Frührehabilitation übertragen bedeutet dies, dass über Musik auch bei fehlender sprachlicher Kommunikationsfähigkeit unmittelbar die emotionale Ebene des Patienten angesprochen werden kann, was in einem Stadium der erschütterten Gefühlslage und meist zahlreichen funktionellen Ausfällen von wesentlicher Bedeutung ist [4, 5].

Es gibt keine standardisierten Vorgehensweisen in der Musiktherapie. Aus diesem Grunde verläuft jede Therapie anders. Im folgenden sollen die wesentlichen Aspekte, welche innerhalb der meisten Therapien von zentraler Bedeutung sind, herausgearbeitet werden. Schwere neurologische Erkrankungen, wie sie die Patienten der neurologischen Frührehabilitation haben, bringen massive Verunsicherung und in vielen Fällen Identitätsverlust mit sich. Eine emotionale Verarbeitung der Erkrankung hat in der Regel noch nicht stattgefunden. Viele Patienten ziehen sich in Isolation und/oder Depression zurück, manche äußern aggressive Triebdurchbrüche.

Genau hier setzt die Musiktherapie an: Über rezeptive Angebote in Form von sanften Klängen (beispielsweise auf einer kleinen Harfe) oder durch das Singen von Kinder- und Wiegenliedern soll dem Patienten ein sicherer Rahmen vermittelt werden. Insbesondere die Lieder fördern Regression und stellen eine Verknüpfung an die frühe Kindheit des Patienten her. Auf diese Weise kann das verlorengegangene Vertrauen und ein Gefühl von Sicherheit wieder aufgebaut werden. Innerhalb dieses geschützten Rahmens wird es dem Patienten erleichtert, auf den ihm angebotenen Kontakt zu reagieren. Es folgt ein Übergang vom Zuhören zum aktiven Musizieren, d.h. es wird nun gemeinsam gesungen oder musiziert. In der musikalischen Improvisation kann der Patient auf einer nonverbalen und emotional leicht zugänglichen Ebene zu seinem eigenen Ausdruck finden, unterstützt durch das begleitende Spiel bzw. Singen der Musiktherapeutin.

Ist ein Kontakt auf musikalischer Ebene hergestellt, lässt sich die musikalische Improvisation als nonverbales Kommunikationsmittel nutzen. Musik besitzt Analogien zur Sprache und lässt sich deshalb beispielsweise ideal für Dialoge einsetzen. Besonders für jene Patienten, die sich sprachlich nur eingeschränkt oder gar nicht ausdrücken können, stellt dies eine erhebliche Entlastung dar. Auf musikalischer Ebene werden die eigenen Äußerungen von der Therapeutin gehört, in gewisser Weise verstanden und beantwortet. Da beide dasselbe Medium als Ausdrucksmittel benutzen, ist diese nonverbale Kommunikation möglich. Darüber hinaus können Emotionen ausgedrückt werden und finden in der Musiktherapie einen Ort, wo sie thematisiert werden dürfen – ganz gleich ob Trauer, Aggression oder Freude. Erleichtert wird der emotionale Ausdruck durch den spielerischen Aspekt des Musizierens [4]. Gefühle und Bedürfnisse des Menschen sowie das Erleben zwischenmenschlicher Beziehung unabhängig von Sprache stehen in der Musiktherapie im Vordergrund. Dies stellt einen wichtigen Ausgleich zu den anderen funktionellen und leistungsorientierten Therapien, die in der Frührehabilitation angeboten werden, dar. Diese Therapien nehmen zweifelsohne eine zentrale Rolle innerhalb der Rehabilitation ein und sind sehr wichtig. Doch durch ihren Übungscharakter und die Konzentration auf die Defizite des Patienten kommen die seelischen Aspekte und Ressourcen zu kurz [6]. Für viele Patienten ist die Musiktherapie deshalb der einzige Ort, wo sie erleben, dass sie etwas können: z. B. ein Instrument zum Klingen bringen, sich an Liedtexte erinnern, sich ausdrücken und verständlich machen, selbst Entscheidungen treffen und musikalische Parameter vorgeben u. v. m. Dies fördert Unabhängigkeit und stärkt das Selbstwertgefühl. In einer Zeit der Fremdbestimmung, wo Ohnmachtsgefühle vorherrschen, kann sich dies positiv auf das seelische Befinden des Patienten auswirken.

Einen wesentlichen Aspekt in der Musiktherapie stellt die Trauerarbeit dar. Durch das unmittelbare Ansprechen von Gefühlen über Musik werden häufig Gefühle von Trauer erweckt. Innerhalb der Krankheitsverarbeitung stellt das Zulassen und Erleben dieser Gefühle einen wesentlichen Ausgangspunkt dar. Erst wenn Abschied vom alten Leben genommen werden konnte und diese Trauer durchlebt werden konnte, lässt sich zukunftsorientiert der Weg in ein neues »normales« Leben finden.

Funktionelles Training

Sekundär lässt sich in der Musiktherapie auch ein funktionelles Training durchführen. Dies steht bei der hier dargestellten Herangehensweise zwar nicht im Vordergrund, da es durch andere Therapien ausreichend umgesetzt wird, doch lassen sich motorische Fähigkeiten durch die Aktivität beim Musizieren sozusagen »nebenbei« trainieren. Viele Patienten nehmen inmitten lustvollen Musizierens den Schlegel in die betroffene Hand und versuchen, mit dieser weiterzuspielen. Zudem können Wahrnehmungsstörungen über das Musizieren geübt werden. Insbesondere

Patienten mit Neglect gelingt es oft leichter, mit Hilfe der sich in der »ausgeklammerten« Seite befindenden Musik oder dem Instrument, die Wahrnehmung in diesen Bereich zu lenken.

Anhand einer Falldarstellung soll nun illustriert werden, wie mit Hilfe von Musik Kontakt zu einem schwer betroffenen Patienten hergestellt und Kommunikation aufgebaut werden konnte.

Falldarstellung

Herr L., ein 35jähriger Patient, hatte infolge eines akuten Vorderwandinfarkts mit Kreislaufstillstand einen hypoxischem Hirnschaden erlitten. Er kam im apallischen Syndrom mit zusätzlicher Dysphagie und Tetraparese in die neurologische Frührehabilitation der Brandenburg Klinik. Die Musiktherapie begann knapp fünf Monate nach dem Akutereignis. Herr L. erhielt fünfmal pro Woche Musiktherapie, insgesamt 37 Einheiten zu je 20 Minuten. Meist lag er während der Therapie im Bett, gelegentlich saß Herr L. im Rollstuhl.

In der 1. Therapiesitzung zeigte sich Herr L. äußerst unruhig: Sein Atem ging stoßartig und unregelmäßig, sein rechter Arm bewegte sich ununterbrochen in einer stereotypen Greifbewegung zum Kopf. Er wirkte aufgeregt und ängstlich, was sich auf die ausgeprägte Wahrnehmungsstörung zurückführen lässt. Herr L. stellte von Beginn an wiederholt kurzzeitigen Blickkontakt her. Er fixierte die kleine Harfe, welche die Therapeutin für ihn spielte, und streckte einmal kurz die Hand nach dem Instrument aus. Verbale Aufforderungen befolgte er nicht.

Dieser erste Eindruck setzte sich in den folgenden Therapieeinheiten fort. Im Vordergrund stand die Unruhe von Herrn L., die sich mit Musik offenbar nicht beeinflussen ließ. Die Therapeutin probierte Verschiedenes aus, um ihn zu beruhigen und darauffolgend einen Zugang zu ihm zu finden. Schließlich stellte sich heraus, dass er durch Entspannungsmusik im Snoezelen-Raum zu beruhigen war. Er konnte hier bei gedämpften Licht auf dem Wasserbett liegen und der Musik lauschen, was ihn nach kurzer Zeit ruhig werden ließ, so dass er schließlich einschlief. Außerhalb des Snoezelens blieb er weiterhin sehr unruhig. Neben diesen Snoezelen-Einheiten lief die Musiktherapie am Bett weiter. Im Zusammenhang mit einer veränderten Medikation wurde der Zugang über Musik zu Herrn L. schließlich erleichtert. Herr L. wurde insgesamt ruhiger und es kristallisierte sich heraus, dass er auf Stimmimprovisationen positiv reagierte. Hierbei sang die Therapeutin im Atemrhythmus des Patienten und stellte Körperkontakt über das Halten seiner Hand her. Indem der Atemrhythmus als individuelle Äußerung gesehen wird, kann durch dessen Aufgreifen in die Musik Nähe hergestellt werden. Wiederholt wurden nun vereinzelt stimmliche Laute von Herrn L., sowie lautes Zähneknirschen hörbar. Darüber hinaus stellte Herr L. langanhaltenden Blickkontakt zur Therapeutin her und konnte dieser beim Verlassen des Raumes mit seinem Blick folgen.

Ab der elften Therapieeinheit wurden seine stimmlichen Äußerungen in Form von Summen häufiger. Herr L. war zugewandter und schien dem Gesang der Therapeutin aufmerksam zu lauschen. Das Summen bestand meist aus einer Tonleitersequenz von zwei bis fünf Tönen, begleitend zum Gesang. Teilweise summte er denselben Ton wie die Therapeutin. Diese Äußerungen interpretierten wir als Mitsingen.

Im weiteren Verlauf der Therapie wurden die Phasen des Mitsingens länger und häufiger. Herr L. hielt während des Singens Blickkontakt zur Therapeutin, seine stereotypen Bewegungen des Arms ließen erheblich nach. Die meiste Zeit war er motorisch völlig ruhig. Mehrmals griff er nach der Hand der Therapeutin und führte sie in verschiedene Richtungen, wobei er seine Handlung mit den Augen verfolgte. Ab der 16. Therapieeinheit begann er die verbale Begrüßung und Verabschiedung der Musiktherapeutin mit Summen zu erwidern. Dieses Verhalten zeigte er von da an auch bei anderen Therapeuten, Angehörigen und dem Pflegepersonal. Damit war eine Brücke zur Außenwelt geschaffen.

Aufbauend auf das Mitsingen von Herrn L. konnte dialogisches Singen erarbeitet werden. Die Musiktherapeutin begann in ihren Gesang Pausen einzufügen, worauf Herr L. in diese Pausen hinein sang. Aus dem Summen wurde das Singen von Silben wie »njang«, »meao« und »na«. Ab der 20. Therapieeinheit konnte zuverlässig jedesmal über das Singen Kontakt hergestellt werden und nonverbal kommuniziert werden. Teilweise flüsterte Herr L. Silben (keine verständlichen Worte), und die Therapeutin und der Patient »unterhielten« sich flüsternderweise. Der Blickkontakt ließ sich im weiteren Verlauf nicht mehr über lange Zeit halten, auf musikalischer Ebene ging der Kontakt zu Herrn L. jedoch nicht verloren. Die Stereotypen wurden in diesem Zeitraum wieder häufiger, er konnte diese allerdings unterbrechen. Wiederholt griff er konzentriert und unter großer körperlicher Anstrengung nach dem Gesicht der Therapeutin.

Da keine weiteren Fortschritte mehr zu beobachten waren, wurde Herr L. nach der 37. Sitzung in eine Pflegeeinrichtung verlegt. Eine Nachuntersuchung ein Jahr nach Verlegung ergab, dass der Patient nach wie vor über das Singen Kontakt zu seiner Umwelt herstellen kann.

Ergebnisse

Anhand dieses Beispiels lässt sich verdeutlichen, wie musikalischer Ausdruck zum Mittel für Kontaktaufnahme und Kommunikation werden kann. In diesem Fall war das Singen der einzige Weg, der Herrn L. hierfür zur Verfügung stand. Das Singen der Therapeutin als Reiz von außen veranlasste Herrn L. zu Reaktion in Form von ersten Lautäußerungen, was im allgemeinen der erste Schritt in Richtung Kommunikation ist. Aus der Lautäußerung ließ sich Dialogfähigkeit entwickeln und somit eine zur Sprache analoge Kommunikationsform. Zwar konnten keine konkreten Inhalte mitgeteilt werden. Doch konnte Herr L. durch die

Art, wie er sang, beispielsweise deutlich machen, ob er müde war oder ob er sich wohl fühlte. Er wurde als Person greifbarer, indem die wesentlichen Aspekte des Dialoges möglich wurden: sich mitteilen und aufeinander eingehen. Eine komplexe Anforderung, die zeigt, dass Herr L. mit der erworbenen Dialogfähigkeit das Stadium des reinen Wachkomas verlassen konnte. Besonders eindrucksvoll war die Tatsache, dass er diese stimmlichen Äußerungen auch außerhalb der Musiktherapie zeigte, also nicht an die Stimulation durch eine bestimmte Person oder Situation gebunden war.

Das Greifen nach dem Gesicht der Therapeutin ist schwieriger zu deuten als das Singen. Einerseits könnte diese Bewegung entsprechend seiner Neigung zu Stereotypie ebenfalls als solch eine automatisierte Handlung erachtet werden. Andererseits begann er damit erst nach dem Aufbau des musikalischen Dialoges, so dass wir das Greifen für zielgerichtet halten – er verfolgte seine Handlung auch mit dem Blick – und als Hinwendung zur Therapeutin, als Kontaktaufnahme über Berührung. Diese Deutung passt auch in das Bild, dass Herr L. seine Umgebung besser wahrzunehmen schien und sich insgesamt seiner Umwelt mehr zuwandte.

Diskussion

Eine Frage, die häufig an die Musiktherapie gestellt wird, lautet: Warum gerade Musiktherapie – was kann Musiktherapie, das andere Therapierichtungen nicht können? Therapieergebnisse innerhalb der Musiktherapie lassen sich schwer messen, so wie sich musikalische Vorgänge überhaupt schwer beschreiben und kaum verallgemeinern lassen. Bisher sind es überwiegend gut dokumentierte Einzelfalldarstellungen, aus denen abgeleitet wird, dass Musiktherapie Erfolge erzielen kann. U.E. ist auch das oben beschriebene Beispiel geeignet, einen Therapieerfolg zu verdeutlichen und die daran beteiligten musiktherapiespezifischen Aspekte herauszuarbeiten. Wesentlich ist zunächst die Tatsache, dass Musiktherapie auf einer präverbalen Ebene ansetzt, also dort, wo (noch) keine Sprache oder keine Sprache mehr ist. Da das Gehör ein Sinnesorgan ist, das sich nicht schließen lässt (wie z. B. Augen), ist Musik also ein Medium, das jeden Menschen, sofern er nicht taub ist, erreichen kann. In der neurologischen Rehabilitation lässt sich häufig über Musik ein Zugang zum Patienten schaffen, lange bevor dieser dann über Sprache erreicht werden kann. Dies ist für neurologische Patienten wichtig, da sich viele in einem Stadium der Verunsicherung und Orientierungslosigkeit, oft auch Angst, befinden. Infolgedessen verschließen sie sich jenen Reizen, die sie nicht verstehen und verarbeiten können (wie z. B. Sprache), da sie durch diese noch mehr verunsichert werden. Durch den emotionalen, regressionsfördernden Charakter der Musik und ihre Fähigkeit, über bestimmte Klänge Erinnerungen zu wecken, kann Sicherheit vermittelt werden. Wer etwas Angenehmes erlebt, sich in Regression begeben darf und sich dadurch wohlfühlt, kann notwendiges Vertrauen

zur Umwelt herstellen, um sich seiner Situation zu stellen und den Weg aus angstbesetzter Isolation zu finden. Die notwendige Brücke zur Außenwelt kann mittels Musik hergestellt werden.

U.E. ist im neurologischen Bereich, wo viele Patienten massive sprachliche Einschränkungen haben, die Musiktherapie von großer Bedeutung. Wie man am obigen Beispiel sehen konnte, vermag sie zu diesen Menschen Kontakt herzustellen, was auf anderem Wege nicht möglich ist. Gerade im Hinblick auf den stark funktionell geprägten Alltag in der Rehabilitationsklinik schließt die Musiktherapie eine Lücke durch die gezielte Hinwendung zum Patienten als fühlenden Menschen. Der Patient wird so, wie er ist, mit all seinen Defiziten, angenommen. Seine Psyche steht im Vordergrund und erfährt Zuwendung, so dass eine günstige Ausgangsbasis und Begleitung für die Erarbeitung funktioneller Fortschritte gegeben ist.

Literatur

1. Altenmüller E: Musikwahrnehmung und Amusien. In: Karnath HO und Thier P (Hrsg.): Neuropsychologie. Springer Verlag, Berlin 2003: 439
2. Arbeitskreis Musiktherapie in der Neurologischen Rehabilitation: Indikationskatalog Musiktherapie für erwachsene Patienten mit erworbenem Hirnschaden. Unveröffentlichtes Skript 2002
3. Blood AJ and Zatorre RJ: Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion. PNAS 2001; 98: 11818-11823
4. Glentzer U: Wo war ich denn nur stehengeblieben? Musiktherapie für Menschen nach einem Schädel-Hirn-Trauma. In: Fitzhum E, Oberschlegelsbacher D (Hrsg.): Wiener Beiträge zur Musiktherapie. Edition Präsenz, Wien 1997; Bd. 1: 123-137
5. Gustorff D: Musiktherapie als Orientierungshilfe bei bewußtseinsgestörten Patienten. Intensiv 1996; 4: 59-61
6. Jochims S: Emotionale Krankheitsverarbeitungsprozesse in der Frühphase erworbener zerebraler Läsionen. In: Fitzhum E, Oberschlegelsbacher D (Hrsg.): Wiener Beiträge zur Musiktherapie. Edition Präsenz, Wien 1997; Bd. 1: 138-165
7. Schupp W: Konzept einer zustands- und behinderungsangepaßten Behandlungs- und Rehabilitationskette in der neurologischen und neurochirurgischen Versorgung in Deutschland (»Phasenmodell«). Nervenarzt 1995; 66: 907-914
8. Spitzer M: Musik im Kopf. Schattauer, Stuttgart 2002: 379-399
9. Tramo MJ: Music of the hemispheres. Science 2001; 291: 54-56
10. Zieger A: Musik als Vermittlerin neuen Lebens. Zeitschrift für Heilpädagogik 1996; 8: 310-317

Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. med. Stephan Bamborschke
 Chefarzt der Abt. Neurologie
 Brandenburgklinik Wandlitz
 Brandenburgallee 1
 16321 Bernau (bei Berlin)
 E-mail: Bamborschke@Brandenburgklinik.de