

Musiktherapie im Spannungsfeld zwischen funktioneller Therapie und Psychotherapie

S. Jochims

DRK-Therapiezentrum Middelburg

Zusammenfassung

Anhand der Ergebnisse einer Forschungsstudie, die sich mit der Evaluation der Musiktherapie in deutschen Neurorehabilitationskliniken befasst, wird diskutiert, wo der zukünftige Standort der Musiktherapie in diesem Arbeitsgebiet liegen könnte. Nach einem Überblick über amerikanische und europäische Musiktherapiekonzepte für die Neurologie, die sich mit Störungsfeldern im physischen, sensorischen, kommunikativen, kognitiven, sozialen wie emotionalen Bereich befassen, wird der Versuch unternommen, musiktherapeutische Ziele, Indikationen und Techniken in einer Zusammenschau funktioneller sowie psychotherapeutischer Behandlungsansätze zusammenzubringen. Wenn die Verbesserung der Lebensqualität des Patienten als gemeinsames Ziel gesehen wird, dann mag eine Behandlung, die nur einen Aspekt der normalerweise gleichzeitig gestörten Bereiche berücksichtigt, u. U. seine Bedürfnisse verfehlen. Damit der Patient, und nicht ein starres Konzept wirklich im Mittelpunkt steht, scheint es notwendig, dass sich die therapeutischen Interventionen flexibel an seine wechselnden Bedürfnisse angleichen.

Nach kurzen Fallvignetten, die Techniken zur emotionalen Krankheitsverarbeitung erläutern, werden ethische Fragen bei der Begleitung Schwerst-Betroffener aufgeworfen. Am Ende wird die Frage diskutiert, wie eine Verbindung von funktioneller Übungsbehandlung mit psychotherapeutischer Begleitung möglich sein kann. Hier kommt insbesondere der Therapeutenhaltung bei psychodynamischen Therapiemethoden, unter die auch die Musiktherapie subsumiert wird, Bedeutung zu.

Schlüsselwörter: Musiktherapie, Neurorehabilitation, Bewegungstraining, kognitive Stimulation

Music therapy between functional therapy and psychotherapy

S. Jochims

Abstract

Based on the results of a study which evaluated the integration of music therapy in German neurorehabilitation centers, it will be discussed where the future position of music therapy within neurorehabilitation could be. After a short overview of American and European music therapy concepts within this field which are concentrating on physical, sensory, cognitive, communicative, social and emotional aspects, it will be attempted to give a synopsis of functional and psychotherapeutic goals, indications and techniques. If the improvement of the patient's quality of life is to be seen as a common goal, the treatment of only one aspect of the normally simultaneously damaged aspects might miss the patient's needs. Only if therapeutic interventions are adapting flexibly to the changing needs of the patient, he and not a conceptual framework is actually in the centre of concern.

After short case reports demonstrating different techniques for emotional coping with disease, some ethical questions will be approached. At the end the question, how functional training can be combined with psychotherapeutic treatment, will be discussed. The therapeutic attitude of psychodynamic psychotherapy-methods, under which music therapy is subsumed, will be of utmost importance.

Key words: music therapy, neurorehabilitation, sensorimotor training, cognitive stimulation

Neurol Rehabil 2003; 9 (Suppl 1): S21-S29

Musiktherapie im multidisziplinären medizinischen Team

Ein Musiktherapeut mit der Identität eines Psychotherapeuten mag in der medizinisch orientierten Neurorehabilitation Standortprobleme haben. Denn sein Augenmerk liegt eher auf Emotion, Kommunikation sowie musikalischer und/oder außermusikalischer Beziehungsarbeit. Dagegen stellt das somatisch-medizinisch ausgerichtete

Personal stärker den Körper und seine Funktion in den Mittelpunkt. Überspitzt gesagt, fokussiert die medizinische Sichtweise vorrangig auf Körperfunktionen und betrachtet die Psyche eher als einen Störfaktor im Behandlungsablauf. Infolgedessen werden auch gerne Körpersymptome auf einer physischen Ebene interpretiert, obwohl sie nicht selten psychologischen Ursprungs sind. Andererseits tendieren Musiktherapeuten mit der psychotherapeutischen Schwerpunktsetzung dazu, den Wert und die Abhängigkeit

der Lebensqualität von einem funktionierenden Körper zu unterschätzen, gegebenenfalls sogar gering zu achten, denkt man z. B. an den Begriff der Somatisation, der eine tendenziell abwertende Interpretation von Körpersymptomen beinhalten kann. Psychotherapeuten übersehen gerne, dass es motorische Kanäle sind, deren Funktionsfähigkeit die Voraussetzung bilden für Mimik, Gestik, Augenkontakt oder auch stimmlichen Ausdruck. So konstatiert *Damasio* in seinem Buch »Ich fühle, also bin ich« über die zwangsläufige Körperbezogenheit des Fühlens: »Die vorliegenden Forschungsergebnisse lassen darauf schließen, dass die meisten Gefühle wahrscheinlich auf alle Quellen zurückgreifen – Veränderungen im Bewegungsapparat, in den Viszera und im inneren Milieu« ([3], S. 346).

Bewegungsfähigkeit zu fördern, heißt darum u. a. auch, die Grundlage für emotionalen Ausdruck sowie für Kommunikation zu schaffen. Eine Bewegungsstörung zieht jedoch nicht nur eine emotionale Störung nach sich, sondern wirkt sich auch auf Sprache, Kognition, sozial-kommunikative Fähigkeiten, sensorische Wahrnehmung, das Ausmaß von Bewusstheit sowie die Nahrungsaufnahme aus. Bewegungsfähigkeit ist somit eine basale Grundlage für die Teilhabe am Leben. Lebensqualität basiert ganz entschieden auch auf Bewegungsfähigkeit. Wie aus einer Studie, in der Vorstellungen von Musiktherapeuten über mögliche Indikationskriterien für Musiktherapie in der Neurorehabilitation mit den Vorstellungen von Chefärzten verglichen wurden, ersichtlich ist, sehen Musiktherapeuten ihre Ziele in Coping, emotionaler Stabilisation, Interaktion und der Regulierung autonomer Dysfunktionen ([14], S. 1499ff). Hingegen sehen sie die Behandlung kognitiver, motorischer oder sensorischer Funktionsdefizite nicht als ihr Ziel. Chefärzte dagegen sehen gerade auch in diesen Bereichen die Wichtigkeit musiktherapeutischer Behandlung, ohne dass sie von den emotional-interaktiven Indikationen Abstand nehmen wollen. Da immerhin bereits 29% aller Neurorehabilitationskliniken in Deutschland Musiktherapie integriert haben ([14], S. 1492), die Zielvorstellungen von Musiktherapeuten und Ärzten jedoch auffällig stark voneinander abweichen, gibt es Handlungsbedarf. Denn Musiktherapie wird von ärztlicher Seite offenkundig als ein verbindendes Glied zwischen medizinischen und psychologischen Behandlungsansätzen gesehen. Wichtig scheint mir, hervorzuheben, dass der Behandlungsansatz auf emotionaler Ebene aus der Sichtweise der Medizin nicht in Frage gestellt wird. Es steht wohl eher der Hinweis auf eine Erweiterung des musiktherapeutischen Indikationskataloges im Raum.

Musiktherapiekonzepte in der Neurorehabilitation

Der strittige Punkt im Vergleich beider Sichtweisen ist die Einbeziehung funktioneller Defizite in musiktherapeutische Behandlungstechniken. Hier bietet Amerika, das eine längere Tradition bezüglich der Anwendung von Musiktherapie in der Neurorehabilitation hat, eine nachdenkenswerteste Variante: *M. Thaut* [19] nennt sein Konzept

»Neurologische Musiktherapie« und definiert im einzelnen: »Die neurologische Musiktherapie beinhaltet sensorisches Training, Sprech- und Sprachtraining sowie kognitives Training.

- Die neurologische Musiktherapie ist definiert als therapeutische Anwendung von Musik für kognitive, sensorische und motorische Dysfunktionen, die von neurologischen Erkrankungen des Nervensystems herrühren.
- Neurologische Musiktherapie basiert auf einem neurowissenschaftlichen Modell der Musikwahrnehmung und -produktion sowie des Einflusses von Musik auf funktionale Änderungen in außermusikalischen Hirn- und Verhaltensfunktionen.
- Die Behandlungstechniken in neurologischer Musiktherapie basieren auf Forschungsergebnissen und sind auf funktionelle Behandlungsziele ausgerichtet. Die Wiederherstellung funktioneller einschließlich sensorischer und kognitiver Fähigkeiten steht im Mittelpunkt dieses Konzeptes. Kommunikative, soziale und emotionale Aspekte sind bewusst ausgeschlossen.

C. Tomaino [20, 21] stellt in ihrem Konzept die kognitive Stimulation, die Aspekte der Aufmerksamkeit, des Erinnerungsvermögens sowie die Verbindung zum »Selbst« einschließt, in den Mittelpunkt. »Es gibt eine starke Verbindung zwischen dem Hörsystem und dem limbischen System. Die biologische Verbindung macht es Klängen möglich, ziemlich schnell zu den Hirnregionen vorzudringen, die mit Langzeitgedächtnis sowie Emotion in Verbindung gebracht werden. Weil die Verarbeitung auf einem subkortikalen Level geschieht, ist es möglich, dass einige Informationen trotz der Verletzung höherer kortikaler Regionen verarbeitet werden. Das ist klinisch nachgewiesen durch starke emotionale Reaktionen auf vertraute Musik... Vertraute Lieder werden zu einem Instrument, um an scheinbar verlorene Anteile der Persönlichkeit durch Herstellung einer Verbindung zum »Selbst« heranzukommen« ([20], S. 2). Als Indikation für Musiktherapie nennt *Tomaino*: »Erinnerungsdefizite, Depression, Gangprobleme, Feinmotorikprobleme, Agitation/aggressives Verhalten, akuter oder chronischer Schmerz, eingeschränkte Aufmerksamkeitsspanne, eingeschränkte stimmliche Ausdrucksfähigkeit, expressive Aphasie, schlechte Motivation, eingeschränkte Muskelkraft« ([20], S. 1). Ihr Konzept listet kognitive, emotionale, funktionale sowie kommunikative Probleme auf. Es fehlen sensorische Aspekte, d. h. alle Störungen im Wahrnehmungsbereich wie auch Körperschemastörungen.

D. Berger [1] hingegen hebt nachdrücklich die sensorische Integration innerhalb eines Wahrnehmungstrainings, das zur Verhaltensänderung führen sollte, hervor. Sie konzentriert sich in ihrem Konzept auf sensorische Probleme, während Stimmungs- und Gefühlsprobleme nur als Nebeneffekt angesehen werden. Die amerikanische Musiktherapie ist, bezogen auf die Neurorehabilitation, somit weitestgehend funktionell ausgerichtet. Die europäischen Konzepte hingegen setzen andere Schwerpunkte.

So richtet die Nordorff-Robbins-Schule ihr Augenmerk auf die Stimulation von Kommunikation mit dem Ziel von Kontakt und (musikalischer) Beziehung [7, 8]. Überlegungen hinsichtlich sensorischer Wahrnehmung sowie kognitiver Stimulation werden bei *D. Gustorff* einbezogen, sind aber nicht Hauptziel musiktherapeutischer Intervention, sondern eher Nebeneffekte. Die englische Musiktherapeutin *W. Magee*, speziell mit Huntington-Patienten befasst, beschreibt als Ziel ebenfalls das Angebot alternativer Ausdrucksmöglichkeit sowie die Stimulation von Kommunikationsfähigkeiten [2]. Beide bedienen sich der Technik frei improvisierter Musik, die dem Patienten in seiner momentanen Situation am ehesten entgegenkommt. Ein Erinnerungsdefizit jedoch wird durch frei improvisierte Musik nicht wachgerufen, ein kognitives Defizit somit nicht behandelt.

Gilbertson und *Ischebeck* aus Deutschland beziehen Kommunikationsprobleme, Probleme der Bewegungskoordination, kognitive Probleme, Körperschemastörungen sowie Probleme der sozialen Integration mit ein. Affektive sowie emotionale Probleme werden jedoch nicht aufgelistet [6]. In meinen früheren Arbeiten habe ich als Hauptziele emotionale Aspekte chronischer Erkrankung sowie die Rekonstruktion der Funktion des »Selbst« definiert. »Hirnläsion beeinträchtigt das Organ, das zur Krankheitsverarbeitung notwendig ist. Mit einem präverbalen Medium, das auf der konkreten Handlungsebene bleibt, ist es möglich, das intakte Innenleben eines Hirngeschädigten zu erreichen. Dadurch eröffnet sich auch bei eingeschränkter kognitiver Leistung die Chance zur emotionalen Krankheitsverarbeitung« ([9], S. 161). »Zur gelungenen Sozialisation gehört die tolerierte, nicht angstbesetzte Erfahrung zweier voneinander getrennter Individuen, wodurch sich eigene Identität und innere Autonomie herausbilden können. Aus der intrapsychischen Wahrnehmung des »ich bin« wird interpsychisches Aufeinander-bezogen-Sein ... Trennung von Ich und Du wäre ... der nächste Schritt der Reifung. In einer musikalischen Beziehung kann das symbolisch durch unterschiedliche Klänge von Therapeut und Klient sowie durch wechselseitige Spielmuster vollzogen werden. Die Symbiose, musikalisch durch ineinander verschwimmende, nicht abgegrenzte Klänge symbolisiert, sollte behutsam aufgelöst werden und durch dialogische Strukturen in ein Erleben zweier voneinander getrennter Personen hineinführen« ([9], S. 148). Hier fehlen alle funktionellen Überlegungen.

Fazit: Die in Europa bevorzugte musiktherapeutische Tradition in neurologischer Rehabilitation setzt stark auf kommunikative sowie emotionale Indikationskriterien, vernachlässigt jedoch weitgehend Aspekte einer funktionellen Defizitbehandlung. In diesem Rahmen muss auch der Aspekt des Transfers von Behandlungsergebnissen aus der Musiktherapie auf alltagsrelevante Situationen diskutiert werden. Es darf m. E. nicht das einzige Ziel sein, dass Patienten innerhalb der Musiktherapie besser kommunizieren können. Das fördert u. a. zu sehr die Abhängigkeit und ist darum schon in Frage zu stellen. Die Resultate aus

dieser Profession müssen im Normalfall auf die Gesamtsituation des Patienten übertragbar sein. Nur so ist z. B. auch eine Kostenübernahme zu rechtfertigen. Immerhin geben 70% der Krankenhäuser, die Musiktherapie nicht integriert haben, ein Interesse an Musiktherapie an, beklagen jedoch fehlende Finanzierungsmöglichkeiten ([14], S. 1495). Das sollte zu denken geben.

Der Patient im Mittelpunkt

Wird nach nur einem Konzept gearbeitet, bleibt m. E. die Frage offen, ob man damit jemals den Bedürfnissen des Patienten tatsächlich gerecht werden kann. Sein höchstes Ziel kann eigentlich ausschließlich die Verbesserung von Lebensqualität sein. Wenn er sich aber an ein vorgegebenes, nur einen Aspekt seiner vielfältigen Störungen berücksichtigendes Konzept anpassen muss, ist die Gefahr gegeben, dass an seinen eigentlichen Bedürfnissen vorbeibehandelt wird. Steht jedoch das Bedürfnis nach verbesserter Lebensqualität im Mittelpunkt, dann hätte sich unsere Identität als funktional, kognitiv, emotional oder kommunikativ ausgerichteter Musiktherapeut diesen Bedürfnissen unterzuordnen. Natürlich leidet eine gelähmte Person seelisch, weil sie sich nicht bewegen kann. Aber helfe ich ihr nicht u. U. mehr durch das Angebot aktiven Spielens, das Bewegungstraining und sensorische Integration einschließt? Jeder Aspekt ist bei unseren Patienten stets gleichzeitig mit anderen gestört, hat aber eine Zeit, in der er für den Patienten im Vordergrund steht. Die Signale des Patienten aufzufangen und sie in den Gesamtzusammenhang seiner ganz persönlichen Situation zu stellen, das erfordert vom Behandlungsteam Flexibilität, damit nicht der Patient sich an Behandlungsziele angleichen muss, sondern wir unsere Behandlungsziele an den Bedürfnissen des Patienten ausrichten. Der psychotherapeutische Blickwinkel, der Bewegungsstimulation wie auch Bewegungs- oder Wahrnehmungstraining für weniger wichtig erachtet, muss überdacht werden. Ebenso muss aber auch der rein naturwissenschaftliche Standpunkt, der kommunikative, emotionale, kognitive wie auch soziale Aspekte für nebensächlich hält, überdacht werden. Nur, wenn wir alle Aspekte auf gleicher Ebene akzeptieren lernen und zu behandeln imstande sind, werden wir dem Patienten mit seinem Wunsch nach mehr Lebensqualität gerecht. Viele Patienten erreichen nie das Stadium, in dem emotionale Krankheitsverarbeitung möglich ist. Sollten sie deshalb nicht im Interesse von Musiktherapeuten mit psychotherapeutischer Identität stehen, also von ihnen auch nicht behandelt werden? Wenn man den Blickwinkel, aber nicht das Medium ändert, ist Musik ein phantastisches und äußerst hilfreiches Medium, um z. B. Bewegung in Gang zu setzen oder zu koordinieren, wie *M. Thaut* es beschreibt [18]. Aktiv gespielte Musik oder Händeklatschen zu Musik kann ein lustvoller Weg sein, um bei Apraxie intentionale Handbewegungen zu lernen, wie *C. Elefant* in ihrem bewegenden Video über Musiktherapie bei Rett-Syndrom aufzeigte [5]. Der entscheidende Punkt für den Behandler

Indikation für Musiktherapie
Emotion
Spannungszustände emotionale Instabilität Antriebsstörung Amimik eingeschränkte emotionale Schwingungsfähigkeit reaktive Depression mangelnde Krankheitseinsicht mangelndes Selbstvertrauen drohender Hospitalismus Fixierung auf Schmerzen fehlende Therapiemotivation
Kommunikation
eingeschränkte Ausdrucksfähigkeit (u. a. Aphasie) gestörte Dialogfähigkeit (u. a. Sprechapraxie) gestörte mimische Ausdrucksfähigkeit (u. a. Gesichtsapraxie) funktionelle Stimmstörung (Dysarthrophonie)
Soziale Kompetenz
Störung visueller Objektwahrnehmung gestörtes Interaktionsverhalten sozialer Rückzug antisoziales Verhalten drohender Hospitalismus maligne Regression psychotische Dekompensation
Bewegungsfunktion
Bewegungslosigkeit Störung der Bewegungskoordination verminderte Muskelkraft spontanmotorische Hyperaktivität Apraxie eingeschränkte visuelle Beweglichkeit Gesichtsapraxie (buccofaciale A.) Sprechapraxie eingeschränkte Stimmfunktionen
Wahrnehmung
auditive Wahrnehmungsverarbeitungsstörung Körperschemastörung Störung des somatosensorischen Bewusstseins sensorische Unterstimulierung sensorische Überstimulierung (Gereiztheit, Aggressivität)
Kognition
Bewusstseinsstörung Körperschemastörung Neglect eingeschränkte Aufmerksamkeitsspanne Orientierungsstörung zur Person, zur Zeit, zur Situation mangelnde Krankheitseinsicht Handlungsstörung

Tab. 1: Indikation für Musiktherapie

ist, die komplexe aktuelle Bedürftigkeit des Patienten im Gewande der Gestörtheit wahrzunehmen und auf sie zu reagieren. Als Beispiel mag eine sehr augenfällige Situation dienen: Dem Patienten, der gute Bewegungsfähigkeiten besitzt, der gleichzeitig aber vollständig desorientiert ist,

Ziele der Musiktherapie
Emotion
Misstrauensabbau Entspannung emotionale Stabilisierung Förderung emotionaler Ausdrucksfähigkeit emotionale Krankheitsverarbeitung Steigerung des Selbstwertgefühls Entdeckung neuer Lebensqualitäten Verhinderung von Hospitalismus Ablenkung von Schmerzsymptomatik Verbesserung der Selbstwahrnehmung im interpersonellen Raum
Kommunikation
Förderung von Wachheit Kommunikationsanbahnung Dialogaufbau (imitieren, initiieren, wechselseitiges Handeln) Förderung mimischer Ausdrucksfähigkeit Förderung von Stimm- und Sprechinsatz Entwicklung von präverbaler zu verbaler Ausdrucksfähigkeit
Soziale Kompetenz
Objekt Konstanz (u.a. Hand-Augen-Koordination) Regressionsabbau Resonanzfähigkeit interpersonelle Wahrnehmungserweiterung interpersonelle Handlungsfähigkeit Realitätsanbindung Verhinderung von Hospitalismus Abbau antisozialen (aggressiven) Verhaltens
Bewegungsfunktion
Bewegungsstimulation Bewegungskoordination Kraftaufbau Atemkoordination Förderung gezielter Bewegungshandlungen von Arm, Hand, Finger, Bein, Fuß, Gesicht, Hals, Zunge Förderung visueller Bewegung Tonusregulierung
Wahrnehmung
Verbesserung auditiver Wahrnehmungsverarbeitung Förderung somatosensorischen Bewusstseins sensorische Integration taktiler, akustischer, visueller und vestibulärer Reize sensorische Stimulation Stilleerfahrung
Kognition
Förderung von Wachheit Erinnerungsaufbau Entwicklung von Bewusstheit des Selbst Verbesserung auditiver Aufmerksamkeit Verbesserung der Konzentration Orientierungsaufbau zur Zeit, Person, Situation Verbesserung auditiver Strukturierung Verbesserung somatosensorischen Bewusstseins Anbahnung komplexer Handlungen Verbesserung der Krankheitseinsicht

Tab. 2: Ziele der Musiktherapie

ist nicht mit einem weiteren Bewegungstraining mit dem Ziel des selbstständigen Laufens gedient. Durch seine Desorientiertheit ist er in der Gefahr, Treppen herunterzufallen,

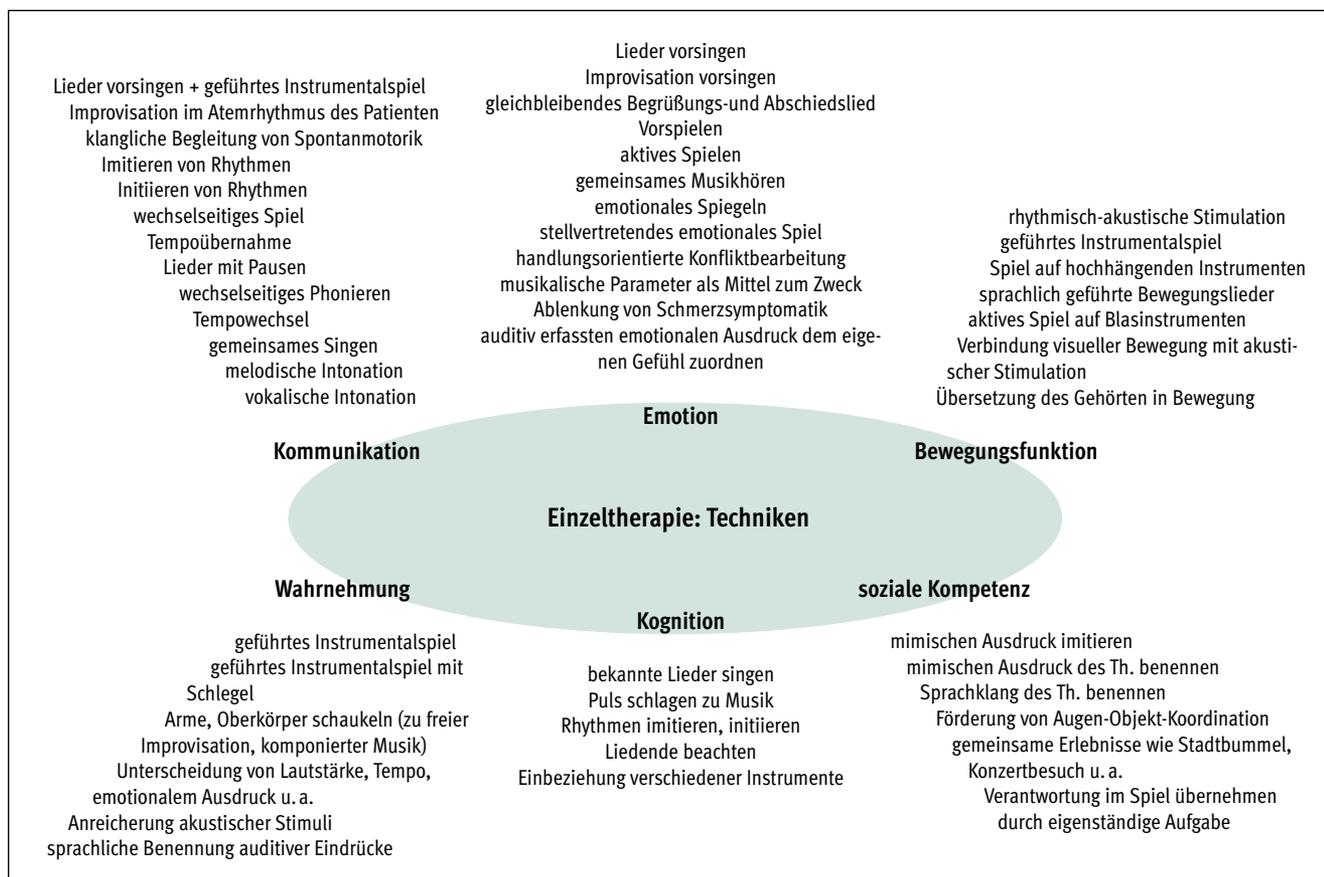


Abb. 1: Techniken der Einzeltherapie

auf die Straße zu laufen etc. Das kann eine Überweisung in die Psychiatrie nach sich ziehen, ein im Grunde völlig falscher Ort, der ihn nur unnötig psychisch destabilisieren würde. Krankengymnasten neigen dazu, weiterhin an ihrem funktionalen Trainingskonzept festzuhalten, anstatt dem Orientierungstraining, der Realitätswahrnehmung oder auch dem gemeinsamen Tun den Vorrang zu geben. Was nützt dem Patienten die Lauffähigkeit, wenn er doch fixiert werden muss oder gar in der Psychiatrie landet? Seine Lebensqualität wird dadurch um nichts verbessert. Ein anderes Beispiel: Ressourcen- oder Defizit-Orientierung ist ebenso ein Konzept. Ich selber beginne gerne mit einer Bewegungsressource. Das kann dem Patienten das Feedback geben von »Ich töne, also bin ich«, was zum Identitätsaufbau beitragen würde. Auf der Ebene der Körperwahrnehmung kann es ihm die Rückmeldung geben »Ich habe eine Hand ... dies ist meine Hand«. Drittens mag sein Selbstvertrauen gestärkt werden durch die Rückmeldung »Ich kann etwas«. Verharre ich jedoch zu lange ausschließlich auf der Bewegungsressource, mag ich sein Bedürfnis nach Wiedererlangung eines vollständigen Körperschemabildes vernachlässigen. Umgekehrt sind diejenigen, die ausschließlich defizitorientiert arbeiten, in der Gefahr, den Patienten zu demoralisieren, was am Ende zu einem manifesten Rückzugsverhalten führen kann [9]. Auch hier tut sich die Frage auf, ob wir flexibel, aber auch ausgebildet genug sind, um unsere Interventionen an

die Bedürfnisse des Patienten anzupassen. Das hieße für Musiktherapeuten, von der erlebnisorientierten Therapie, die zu manchen Zeiten außerordentlich angebracht ist, zur übungszentrierten Therapie, die zu anderen Zeiten notwendig ist, wechseln zu können.

Zusammenschau verschiedener musiktherapeutischer Konzepte

Will man allen gestörten Bereichen eines Hirnverletzten als Musiktherapeut gerecht werden, so müssen wir m.E. die bereits vorhandenen, aber bislang sich voneinander abgrenzenden Konzepte funktioneller bzw. psychotherapeutisch-kommunikativer Behandlungsansätze zusammenbringen. Dieses wird in den folgenden Zusammenstellungen von Indikationen (Tab. 1), Zielen (Tab. 2) und Techniken (Abb. 1) als Zusammenschau versucht.

Techniken zur emotionalen Krankheitsverarbeitung – Fallbeispiele

Bei der Durchsicht früherer Fallvignetten wird schnell deutlich, dass als Grundvoraussetzung zur klassischen Technik der freien Improvisation für die Arbeit an der Krankheitsverarbeitung eine mindestens einseitige Bewegungsfähigkeit einschließlich einer ungestörten willentlichen Bewegungssteuerung auf Seiten des Patienten unab-

dingbar ist. Solche Patienten aber habe ich in den letzten sieben Jahren kaum noch behandelt, denn die Störungsbilder der Patienten werden durch die verbesserte Notfallversorgung immer schwerer und komplexer. So begleite ich sehr häufig Menschen mit einem recht klaren Kopf, aber fast vollständig erloschener Bewegungsfähigkeit. Für sie müssen andere Techniken als das aktive Spiel für die anstehende Krankheitsverarbeitung gefunden werden.

Stellvertretender emotionaler Ausdruck

Herr M., ein 32-jähriger Einkaufsleiter, verlobt und kurz vor der Heirat, erlitt als Folge der Embolisation eines Angiomes eine temporoparietale Blutung links. Er kam nach 4monatiger Aufenthaltsdauer in einem Neurorehabilitationszentrum zu uns mit der Beurteilung nicht konstant sicherer Kontaktierbarkeit. Ausschließlich den linken Arm könne er auf Grund sehr hoher Tonusverhältnisse minimal bewegen. In meiner ersten Stunde hielt ich Herrn M. eine sehr leicht in Schwingung zu versetzende Handtrommel hin, drückte ihm einen hart klingenden Schlegel in die ohnehin sehr eng verschränkten Finger und begann ein, Beatles-Lied zu singen. Ich sah, wie er versuchte, mit minimalen Bewegungen metrisch mitzuschlagen, was ihm – abgesehen von der Unhörbarkeit seines Tuns – gut gelang. Auch stoppte er seine Bewegungen mit dem Liedende. Ich ahnte, wie sehr er kognitiv bei der Sache war, ohne es zeigen zu können. Er schien gefangen in seinem Körper. Als ich ihm meine Einschätzung mitteilte, sah ich Tränen aus den Augenwinkeln fließen. Er hatte seine Situation, wie er mir über ein Jahr später erzählen konnte, voll erkannt, auch die Einschätzung der unsicheren Kontaktierbarkeit. Da hatte er sich praktisch aufgegeben, denn der Verlobten, die über Schreibversuche berichtete, wurde nicht geglaubt. Meine Arbeit mit Herrn M. konzentrierte sich nach dieser Anfangssequenz auf zwei Aspekte: die Bewegungsstimulation sowie die Krankheitsverarbeitung. Die Bewegungsstimulation stand dabei durchaus im Vordergrund, während die Krankheitsverarbeitung nur dann in den Mittelpunkt rückte, wenn er entsprechende Signale gab. Durch stellvertretenden emotionalen Ausdruck im Spiel versuchte ich, seine ihm beherrschenden Gefühle, die leider auf Grund der sehr hohen Tonusverhältnisse auch kaum mimisch abzulesen waren, in improvisierte Musik zu fassen, wobei er durch Kopfschütteln oder Kopfnicken – beide Gesten konnte er nach einiger Übung andeutungsweise ausführen – die Stimmigkeit angab. Einzig Tränen waren ihm als Ausdrucksmittel geblieben, alles andere musste ich stellvertretend in Klänge fassen.

Üblicherweise singe ich dazu, frei improvisierend oder in Liedform, und bediene mich der Ich-Form, um den persönlichen Bezug zu verdeutlichen.

Emotionales Spiegeln

Eine andere Technik, um bei zu eingeschränkter intentionaler Bewegungsfähigkeit der Extremitäten Aspekte noch nicht bewältigter Anpassung an chronische Behinderung zu fokussieren, ist das emotionale Spiegeln des zu beobachtenden körperlichen oder mimischen Ausdrucks.

Herr B., ein junger, arbeitsloser Mann von Mitte zwanzig, der nach einem Ertrinkungsunfall alle vier Extremitäten nicht sinnvoll einsetzen und sich auch nicht sprachlich artikulieren konnte,

nutzte seine Fähigkeit zum Schreien ausgiebig und nervte damit die gesamte Umgebung. Im Kontext der Musiktherapie, wo er die uneingeschränkte Erlaubnis zum Schreien bekam, blieb er jedoch still. Krankheitsverarbeitung mit seinen ihm bewusst zugänglichen Ausdrucksmöglichkeiten blieb darum im Bereich des nicht Möglichen. Herr B. hatte aber auch die Angewohnheit, sich im Sitz wie ein Flitzebogen zu spannen, so dass er immer weiter aus dem Stuhl rutschte. Der Macht meines eigentlichen Behandlungsansatzes durch sein Verhalten beraubt, fing ich an, diese »Streckspasmen« klanglich und gesänglich mit unterlegten Worten wie »ja, ich wehre mich gegen das, was geschehen ist ... ich will nicht im Rollstuhl bleiben ... warum tut ihr mir das an? ...« zu begleiten. Meine Musik war dabei aufs Äußerste gespannt, durchsetzt mit Tritonus, kleinen Sekunden und großen Septimen ohne konsonante Auflösung. Eine Musik, die für das Ohr absolut unerträglich ist, die man zum Schweigen bringen würde, wenn man sie denn abstellen könnte. Er konnte sie aber nicht abstellen, es sei denn durch sein eigenes Verhalten. Und dieses Wunder geschah tatsächlich: durch Ausprobieren von Ursache und Wirkung fing er an zu verstehen, dass er diese spannungsgeladene Musik abstellen konnte, indem er seine Spannung aufgab. Sobald er anfing, entspannt zu sitzen, bekam er fröhlich-entspannte Musik zu hören. Fing sein Strecken wieder an, ertönte die grässlich das Ohr kränkende Musik mitsamt den zur emotionalen Situation passenden Sätzen. In diesen singend eingeflochtenen Sätzen wurden verschiedene ihn berührende Aspekte der chronischen Behinderung angesprochen: der Macht-/Ohnmachtskonflikt, zu spüren in der Interaktion auf der Station oder mit mir, der Abhängigkeits-/Autonomiekonflikt (d. h. Selbstbestimmung versus Fremdbestimmung), zu spüren ebenfalls in der Interaktion, die Kränkung, körperlich ein Krüppel zu sein, als intrapsychischer Konflikt, der Rachewunsch an allen Gesunden als Folge der dauerhaften Behinderung, wiederum zu spüren in der interpersonellen Handlung.

Emotionales Spiegeln des mimischen Ausdrucks und stimmlichen Klanges ist besonders dann sinnvoll, wenn Krankheitseinsicht fehlt, wie das bei den sogenannten Rechtshirnern der Fall ist.

Dr. L., ein etwa 75-jähriger Arzt, konnte zwar seine rechte Seite uneingeschränkt bewegen, hätte sich also problemlos über aktives Improvisieren mit der Krankheitsverarbeitung beschäftigen können, aber er sah sich weder als krank noch als bewegungseingeschränkt, sondern beschimpfte uns, das Personal, aber auch seine Frau, dass wir ihn für krank erklärten, um selber gut dazustehen, dass wir ihn ohne jegliche Berechtigung einsperren würden. Sein Gesicht war bei diesen Tiraden stets wutentbrannt, seine Stimme harsch, z. T. sich überschlagend. Seine Wortwahl war persönlich kränkend, wobei er stets die Schwächen seines Gegenübers gezielt ausnutzte. Das führte so weit, dass seine Frau, mit der er über fünfzig Jahre verheiratet war, dieser Entwertung nicht mehr standhalten konnte und für längere Zeit ihre Besuche einstellen musste. Über kognitive Wege war es nicht möglich, sein destruktives Verhalten zu ändern. Darum versuchte ich es mit dem emotionalen Spiegeln, spielte harte, dissonante Musik, unterlegte sie singend-sprachlich mit meinen Wahrnehmungen der Mimik und des Sprachduktus, unterlegte sie aber auch mit Sätzen, die die Kränkungsaggression ansprachen. Ich stellte Trommeln und Schlegel in erreichbare Nähe, und natürlich schlug er irgendwann hart auf die Trommel und schrie dazu: »Das ist nicht wahr!« Nun stand endlich die Aggression auch für ihn erlebbar im Raum. Die

eine Hälfte der Zeit musste er sich notgedrungen diese harsche, dissonante Musik samt den für ihn höchst unangenehmen Worten anhören, die andere Hälfte der Zeit improvisierte ich für ihn traurige Musik. Das fand er noch viel schlimmer, denn das Gefühl des Traurigseins verabscheute er. Auch bei trauriger Musik flocht ich singend die emotionalen Aspekte der Kränkung ein. Lange hat er sich gegen Tränen gewehrt, aber als sie dann endlich flossen, hat er für seine Verhältnisse erstaunliche Einsicht gewonnen, wurde weich und liebenswert und entschuldigte sich für sein, wie er es nannte, »teuflisches« Verhalten mir, aber auch seiner Frau gegenüber. Von da an behandelte er auch seine Neglect-Seite besser, übte intensiver in den trainingsorientierten Therapien mit und nervte das Personal deutlich weniger. Er war es als Arzt gewohnt zu befehlen und konnte es nur schwer ertragen, dass er sich jetzt von anderen etwas sagen lassen musste.

Handlungsorientierte Konfliktbearbeitung

Häufig zeigen sich Probleme der Krankheitsbewältigung eher im interpersonellen Bereich. Zugrunde liegen mag u. a. eine Angst- bzw. Misstrauenshaltung, gespeist zumeist aus Wahrnehmungsverzerrungen bzw. -verarbeitungsstörungen. Diese interpersonellen Probleme treten nach meiner Beobachtung eher bei Patienten mit einer Herz-Kreislauf-Erkrankung auf. Als Symptom zeigt sich ein »Gegenarbeiten« auf muskulärer Ebene, was dann häufig von Mitarbeitern in Worte gekleidet wird wie »er macht nicht mit, er wehrt sich etc.« Es entsteht dann der Eindruck, dass der Patient alles selber machen will und nicht zulassen kann, dass mit und an ihm etwas gemacht wird. Hirnorganisch Erkrankte müssen sich aber leider wieder wie ein Kind in Abhängigkeitsbeziehungen begeben und werden ihres Selbstbestimmungsrechtes beraubt. Ein sehr entscheidendes Thema in der Krankheitsbewältigung ist darum der Verlust der Autonomie, der sich für den kognitiv Eingeschränkten hauptsächlich in der direkten Handlung innerhalb einer Interaktion erleben lässt. Köhle beschreibt in seiner Arbeit über »Krankheitsverarbeitung und Psychotherapie nach Herzinfarkt« die Interaktionsprobleme folgendermaßen: »Entsprechend ihrer Neigung zu sozialer Anpassung wirken Infarktpatienten vordergründig zumeist kooperativ. Ihre latente Tendenz zur Auflehnung zeigt sich jedoch im Krankheitsverhalten: die Verleugnung der Krankheitsfolgen und die Auseinandersetzung mit der erzwungenen Passivität führen zu Übertretungen von Verhaltensregeln im Behandlungsverlauf. In der klinischen Beurteilung solcher übertriebener Selbstbehauptungstendenzen sollte immer die besondere Sensibilität von Infarktkranken für Autoritätskonflikte berücksichtigt werden. Hilfe anzunehmen ist im Erleben Infarktkranker oft eng assoziiert mit Abhängigkeit. Hilfsangebote können deshalb Abwehrvorgänge und Selbstbehauptungsimpulse mobilisieren. Infarktkranken müssen die Kontrolle über sich und ihre Umwelt halten, können die Führung nicht aus der Hand geben« ([12], S. 804). Über die Besonderheiten emotionaler Reaktionen bei reanimierten Infarktkranken schreibt Köhle: »Bei reanimierten Infarktpatienten

wurden intensive und langanhaltende Angstzustände und eine Einschränkung der Ich-Funktionen durch einseitige Inanspruchnahme von Abwehrmechanismen beobachtet. Da es vor oder während der Reanimationsmaßnahmen häufig zu einer zerebralen Hypoxämie kommt, treten diese reaktiven Angstzustände in der Regel kombiniert mit Durchgangssyndromen auf. Zahlreiche psychische Störungen – vor allem Unruhe, Angst, Interessen- und Aktivitätsverlust sowie Alpträume – sind bei reanimierten Infarktpatienten oft noch nach Monaten nachweisbar und behindern die Rehabilitation« ([12], S. 804). Eine Technik auf psychodynamischer Ebene bezogen auf Krankheitsverarbeitung ist darum die handlungsorientierte Konfliktbearbeitung, z. B. das Führen von Armen oder Beinen auf Instrumenten zu freier Improvisation mit unterlegtem Text. Die hinzugefügten Texte drehen sich um das Problem der Abhängigkeit, z. B.: »ICH führe Ihren Arm, ICH bestimme, welche Bewegung jetzt ihr Arm macht u. ä.« Jede Muskelanspannung, die ein Sich-Führen-Lassen behindert, wird zurückgemeldet mit einem Kommentar wie z. B. »jetzt wollen SIE bestimmen, Sie können aber nicht mehr selbst bestimmen, weil Sie sehr krank sind u. ä.«. Sinnvollerweise werden die Arme auf hart klingenden Trommeln geführt, so dass die vom Patienten abgewehrte, aber in der Interaktion handelnd kommunizierte Aggression durch den Klang des Instrumentes bereits im Raume steht und für ihn somit erlebbar wird. Im Zustand einer Depression oder auch bei depressiver Persönlichkeitsstruktur kann die Krankheitsverarbeitung an der vehementen Abwehr gegenüber Emotionen (z. B. Rationalisierung) scheitern. Da eine Reflexion über die Gründe der Abwehr nicht möglich ist, muss die therapeutische Intervention m. E. handlungsorientiert sein, vergleichbar dem Begriff des »Handlungsdialoges« aus der psychodynamischen Psychiatrie [13]. Diese Patienten werden mit allen Mitteln vor allem aggressiven Spielausdruck vermeiden.

So erging es mir auch mit Herrn T., einem Patienten mit einer Multisystematrophie und schon vor der Erkrankung manifestierten Depressionsattacken. Herr T. konnte zwar seine beiden Arme uneingeschränkt willentlich und fast uneingeschränkt von der Koordination her bewegen, jedoch blieb sein Spiel, egal auf welchem Instrument, im sehr leisen Bereich. Auf die Nachfrage, ob seine Situation, mit dieser Diagnose leben zu müssen, nicht unterschiedlichste Gefühle in ihm auslösen würde, antwortete er: »Nachdenklichkeit vielleicht, aber man kann ja nichts ändern«. Andererseits wertete er mich, als ich ihn z. B. auf Defizite im kognitiven Bereich als Folge der Erkrankung aufmerksam machen musste, massiv ab und stellte meine fachliche Kompetenz in Frage. Hinzu kamen sarkastische Äußerungen über das Pflegepersonal und die Krankengymnastin. Die diesen Äußerungen zugrundeliegenden eher destruktiven Gefühlsmomente waren ihm nicht zugänglich. Dagegen nannte er selber den mit der Krankheit einhergehenden Kontrollverlust als sein größtes Problem. Er sah diesen Kontrollverlust rein physisch, ich jedoch deutete diese selbst geäußerte Angst vor Kontrollverlust auch psychisch: Wut und Kontrollverlust liegen sehr nahe beieinander. In solchen Fällen greife ich sehr gerne zu den rein musikalischen

Parametern meines Mediums und setze Lautstärke und Klangfarbe als Mittel zum Zweck ein. In diesem Fall bot ich Herrn T. das Spiel auf dem Drum-Set an, das ihm von der Bewegungskoordination her ausreichend Übungsmöglichkeiten bot. Ich selber spielte und sang dazu Schlagger der zwanziger Jahre, die er besonders liebte. Ich forderte ihn auf, das Drum-Set lautstärkemäßig in etwa so anzupspielen, wie er es von Pop-Gruppen kenne. Vom Rhythmus her hatte er die Aufgabe, den Puls, d. h. das Metrum zu spielen. Das wiederum war eine Übung zur gleichmäßigen Bewegungsabfolge. Über die Lautstärke aber versuchte ich, ihm zur lustbetonten Äußerung aggressiver Gefühle zu verhelfen. Innerhalb dieser vorgegebenen Struktur nun spielte er ohne Probleme laut, hart und scharf im Ton. Das ging soweit, dass ich mich am Klavier über längere Strecken nicht mehr hören konnte, da er extrem laut überdeckend spielte. Auf der Ebene musikalischer Parameter – ohne Nennung des dahinter stehenden Gefühls – konnte er mit seiner eigenen, abgewehrten Aggression besser in Verbindung kommen als über reflexive Techniken. Wir haben nie über Aggression gesprochen, sie war einfach hörbar anwesend. Er dagegen wollte immer alles be- und damit zerreden, aber nie fühlen. Kontinuierlich nahmen im Umgang mit mir die destruktiven Äußerungen ab, zum Schluss konnte er auch kränkende Hinweise von mir aushalten, ohne selbst kränkend werden zu müssen.

Zugrundeliegendes Menschenbild

Erweitert sich das primär psychotherapeutisch ausgerichtete Musiktherapiekonzept für die Rehabilitation neurologisch Erkrankter um die Dimension der Übungsbehandlung funktioneller, sensorischer und kognitiver Defizite, so muss erneut über das zugrundeliegende Menschenbild nachgedacht werden. Denn leistungsorientierte Therapietechniken, ob nun medizinischer oder psychotherapeutischer Ausrichtung, basieren auf einem eher mechanistischen Menschenbild. Erlebnisorientierte Methoden, humanistische sowie psychoanalytische Schulen betonen die Tiefendimension des Menschen. Ist diese gegenseitige scharfe Abgrenzung wirklich hilfreich im Dienste des Patienten? Will man ihm mit seinem angestrebten Ziel von mehr Lebensqualität Unterstützung bieten, so braucht man beide Sichtweisen. Wer sich entwickeln will, braucht Leistung als Ansporn, aber wer keine Leistung bringen kann, braucht dennoch Zuwendung, Liebe, Anteilnahme, das Gefühl des Angenommenseins. Die Neuro-Rehabilitation ist ein Arbeitsfeld, in dem deutlich wird, dass es bislang keine Perspektive eines konzeptuellen Menschenbildes für die Menschen gibt, die nicht fähig zur Veränderung sind, sei es auf funktionalem, emotionalem, kommunikativem oder auch interaktivem Gebiet. Wie empfinden und wie kommunizieren wir mit jemandem, der sich nicht weiterentwickelt? Akzeptieren wir ihn weiterhin als ein Teil unserer Gesellschaft, der ebenso ein Anrecht auf Zuwendung und Liebe hat wie jeder zur Leistung Fähige? Das deutsche Krankenkassensystem, das ausschließlich bei dokumentiertem Fortschritt zu zahlen bereit ist, spricht da eine ganz andere Sprache. In meinen Augen ist der Zahlungsstopp bei fehlendem deutlichen Therapiefortschritt ein Ausdruck des Nicht-Akzeptierens eines Menschen in seinem Sein. Aber auch wir Teammitglieder brauchen zumindest kleine Fort-

schritte bei unseren Klienten, um die Kraft zur Fortsetzung unserer Behandlung zu haben. In der Tat fällt man leicht in eine Depression, wenn man nie einen Erfolg seiner Bemühungen sieht. So mögen die berechtigten Bedürfnisse der Teammitglieder gelegentlich eine Offenheit und Akzeptanz gegenüber sich nicht weiterentwickelnden Patienten behindern. In unserem Krankenhaus z. B. wechseln jedes Halbjahr die Physio- und Ergotherapeuten die Station, d. h. sie verlassen die Langzeitstation, weil sie nicht länger den gleichbleibenden Zustand der Patienten ertragen können. Erfreulicherweise wird sehr offen mit diesem Problem umgegangen. Es zieht aber auch viele Schuldgefühle auf Seiten des Personals nach sich. Andere bleiben jahrelang bei den Patienten, aber verfallen in Depression, die nicht selten in unterschwellige Aggression gegenüber den Patienten umschlägt. In der Neuro-Reha ist darum die Gefahr groß, dass diejenigen, die z. B. im Zustand des Wach-Koma verharren, vergessen werden, keine Zuwendung mehr erhalten, kein Interesse erwecken. Diese Frage der Akzeptanz von Menschen, die nicht veränderungsfähig sind, taucht letztendlich überall, z. B. auch in der Psychiatrie, auf. Sie ist nicht ausschließlich eine Frage bei leistungsorientierter Behandlung, sondern ganz allgemein eine ethische Frage, die die Gesellschaft in ihrer Gesamtheit angeht [10, 11].

Diskussion

Die Klammer, die eine Verbindung zwischen leistungsorientierter, auf Verbesserung funktioneller Defizite zielende Übungsbehandlung und psychotherapeutischer Begleitung herstellt, ist die emotional tragfähige Beziehung zwischen Patient und Therapeut. Ein Therapeut, der halten und aushalten kann, der aber auch herausfordern oder fordern kann, der unterstützen, aber auch konfrontieren kann, der die Signale seines Klienten auffangen kann – D. Stern spricht von »affect attunement« [17] – wird im Moment der Begegnung entscheiden können, worauf der Fokus gelegt werden muss. Jeden Tag aufs Neue müssen die Ziele an die schnell wechselnden Bedürfnisse des Patienten in Bezug auf persönliches Wachstum und Verbesserung der Lebensqualität angeglichen werden. Wichtige Signale des Therapeuten an den Patienten mögen dabei sein: »ich mag Dich ... ich kann Dir Sicherheit geben ... so, wie Du bist, bist Du o.k. ... Du bist mir wichtig ... Du bist Teil dieser Welt und trägst darum auch Verantwortung« Inhaltlich gesprochen bedeuten diese Signale eine tragfähige Beziehung, eine von Verantwortung getragene Beaufsichtigung, den Respekt vor der Einzigartigkeit eines Individuums, Ermutigung zu und Anerkennung von Anstrengung und Leistung, Zurückführung zur Übernahme von Verantwortlichkeit im sozialen Eingebundensein. Bei ausschließlicher Defizittraining z. B. kann die Beziehung belastet werden, ausschließliche emotionale Stützung oder einseitiger Fokus auf der Kommunikation kann hingegen verstanden werden als »Es zählt offenbar nicht, dass ich mich anstrenge und dass auch ich etwas erreichen kann« Ausschließliches Stützen ohne den Mut zur Konfrontation mag die Verlegung

in die Psychiatrie nach sich ziehen. Ausschließliches Konfrontieren wiederum mag beim Patienten den Verlust des Selbstvertrauens bewirken. Es ist eine Frage der richtigen Dosierung, die eine Beziehung tragfähig werden lässt, so dass der Klient sich entwickeln und innerlich reifen kann. Psychodynamische Therapiemethoden, unter die u. a. auch Musiktherapie subsumiert wird [15], beschreiben diese Therapeutenhaltung am ehesten. Aber auch die von *E. van Deurzen* propagierte englische Definition bezüglich der Rolle des Therapeuten passt uneingeschränkt. Sie definiert diese Rolle als »professionalisation of motherhood« ([4], S.17). Allen Definitionen liegt eine Lebensqualitätsverbesserung als gemeinsames Ziel zugrunde. Der augenblickliche emotionale Zustand des Patienten ist sehr häufig der ausschlaggebende Faktor bei der Entscheidung, eher das Selbstbewusstsein zu stärken, ein Trainingsangebot zu machen, dialogbezogen zu arbeiten oder die Krankheitsverarbeitung in den Vordergrund zu stellen. Solange die Musiktherapie funktionell arbeitet, verfolgt sie vergleichbare Ziele wie die Physio- oder Ergotherapie, aber auch wie die Neuropsychologie. Sie unterscheidet sich jedoch von diesen Berufsfeldern im Medium der Intervention. Klang ermöglicht eine Beziehungsaufnahme, ohne an die Bedingung von Sprechfähigkeit oder Sprachverständnis zwingend geknüpft zu sein. Klang als Interventionsmedium, für dieselben Ziele wie Sprache eingesetzt, spricht andere Teilbereiche im neuronalen Netzwerk an, denn Musik und Sprache sind nicht identisch im Gehirn repräsentiert ([16], S. 193). Musiktherapie bietet aber auch eine Ergänzung zu den klassischen Behandlungsangeboten, denn der Klang richtet sich im Besonderen an die Gefühlswelt unseres Klienten. Die Wichtigkeit von Emotionen wurde über Jahrzehnte unterschätzt, gewinnt jetzt aber verstärkt im Zuge der intensivierten Hirnforschung an Bedeutung [3]. Für die Zukunft der Musiktherapie scheint es mir wichtig zu sein, dass das Denken in »entweder-oder« Konzepten sich wandelt in ein Denken von »sowohl-als auch«. Nur dann stehen die Bedürfnisse der Patienten nach mehr Lebensqualität wirklich im Mittelpunkt jeder Behandlung.

Literatur

- Berger D: Music in Human Adaptation: Music Therapy from the Physiologic Perspective. Short courses at the 9th Worldcongress of Music Therapy, Washington 1999
- Davis G, Magee W: Clinical improvisation within neurological disease. *British Journal of Music Therapy* 2001; 15: 51-61
- Damasio AR: »Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewußtseins.« List Verlag, München 2001
- van Deurzen-Smith E: »The future of psychotherapy in Europe.« *Internat Journal of Psychotherapy* 1996; Vol.1: 15-21
- Elefant Ch: Speechless yet communicative: revealing the person behind the disability of Rett Syndrome through clinical research on songs in music therapy. In: Aldridge D, Di Franco G, Ruud E, Wigram T (Ed): *Music Therapy in Europe*. Izmezt, Rome 2001; 113-129
- Gilbertson S, Ischebek W: »Merging pathways: music therapy in neurosurgical rehabilitation.« *Acta Neurochir Suppl* 2002; 79: 41-2
- Gustorff D, Hannich HJ: *Jenseits des Wortes*. Hans Huber Verlag Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2000
- Gustorff D: Beyond word. Music therapy with comatose patients and those with impaired consciousness in the intensive care. In: Aldridge D, Di Franco G, Ruud E, Wigram T (Ed): *Music Therapy in Europe*. Izmezt, Rome 2001
- Jochims S: Emotionale Krankheitsverarbeitungsprozesse in der Frühphase erworbener zerebraler Läsionen. In: Fitzthum E, Oberegelsbacher D, Storz D (Hrsg): *Wiener Beiträge zur Musiktherapie: Weltkongresse Wien-Hamburg 1996*; 138-166, Ed Praesens, Wien 1997
- Jochims S: »Ethic Questions in the Rehabilitation of Severe Brain Injury«. Paper at the 9th Congress of the European Association of Psychotherapy, Psychotherapy, Dublin 2000. Unveröffentlichter Vortrag.
- Jochims S: »Musiktherapie: Quelle neuer Lebensfreude und/oder Kristallisationspunkt ethischer Ver-Antwortung. In: Chr. Schwabe, I. Stein (Hrsg.): *Ressourcenorientierte Musiktherapie. Crossener Schriften zur Musiktherapie Bd. XII*, Crossen 2000; 52-62
- Köhle K, Gaus E, Waldschmidt D: »Krankheitsverarbeitung und Psychotherapie nach Herzinfarkt - Perspektiven für ein biopsychosoziales Behandlungskonzept«. In: v. Uexküll: *Psychosomatische Medizin. Studienausgabe*. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore 1997; 798-809
- Piegler T: »Psychodynamische Psychiatrie in der Klinik«. *Psychotherapie Forum* 2001; 9: 119-125
- Pöpel A, Jochims S, v. Kampen N: Evaluation of Music Therapy in German Neurorehabilitation- starting point for european comparability. In: Aldridge D (Ed): *Info CD-ROM IV*. Witten: Univers. Witten-Herdecke 2001
- Reimer C, Rüter U: *Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapien*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 2000
- Spitzer M: »Musik im Kopf«. Hören, Musizieren, Verstehen und Erleben im neuronalen Netzwerk. Schattauer Verlag, Stuttgart New York 2002
- Stern D: »The interpersonal World of the Infant. A view from Psychoanalysis and developmental Psychology«. Basic Books, New York 1985
- Thaut M et al: »Rhythmic Auditory Stimulation in Gait Training with Parkinson's Disease Patients.« In: *Movement Disorders* 1996; 11: 193-200
- Thaut M: *Training Manual for Neurologic Music Therapy*. Colorado State University 1999. Copyright M. Thaut.
- Tomaino C: »The role of music in the rehabilitation of persons with neurologic diseases. Gaining access to »lost memory« and preserved function through music therapy.« In: Aldridge D (Ed) : *Info CD-ROM IV*. Witten: Universität Witten-Herdecke 2001
- Tomaino C: »How music can reach the silenced brain«. In: »Cerebrum«. *Dana Forum on Brain Science*, New York 2002; Vol. 4, No. 1: 22-33

Korrespondenzadresse:

Silke Jochims
Dipl. Musiktherapeutin
Therapiezentrum Middelburg
Middelburger Str. 1
23701 Süsel-Middelburg
E-Mail: jochims-musik@gmx.de