

NEUROLOGIE & REHABILITATION

9. Jahrgang
Dezember 2003

S1/2003

Neuroprotektion Neuroplastizität Neurologische Langzeittherapie

Organ der Deutschen Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation
Organ der Deutschen Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neuropsychologie
Organ der Österreichischen Gesellschaft für Neurorehabilitation
Organ der Schweizerischen Gesellschaft für Neurorehabilitation

20. Wandlitzer Neurologieseminar

MUSIKTHERAPIE IN DER NEUROLOGISCHEN REHABILITATION

Zur Geschichte der Musiktherapie

D. Muthesius

Musiktherapie in der neurologischen
Frührehabilitation – Konzept und Fallbeispiele

C. Schönebaum, S. Bamborschke

Musiktherapie in der Neurorehabilitation
Eine Evaluationsstudie – erste Ergebnisse

S. Jochims, A. Pöpel, N. van Kampen, H. Grehl

Musiktherapie im Spannungsfeld zwischen
funktioneller Therapie und Psychotherapie

S. Jochims

Die Geburt der Orff-Musiktherapie

Th. Hellbrügge

Supplement 1/2003





Susanne Okreu, Martina Beckers

MUNDMOTORIK FAZIALISÜBUNGEN

Ein Übungsheft für Betroffene

Übungen aus dem Heft:



Die Broschüre
u m f a ß t
Übungen für

Lippen, Kiefer, Zunge und Gesicht, d. h. sowohl mundmotorische als auch mimische Übungen. Von der Befunderhebung ausgehend, kann der Therapeut beurteilen, welche Teilbereiche eingehender Übung bedürfen. Nach sorgfältiger Anleitung sollte es dem Patienten möglich sein, die Übungen selbstständig durchzuführen. Integrierte Verlaufskontrollbögen ermöglichen eine Dokumentation des Funktionstrainings.

16seitige Broschüre mit 28 Fotos und vier Verlaufsbögen für den Einsatz in Klinik und Praxis.

ISBN 3-936817-00-6,

Bestellungen ab 10 Exemplaren à € 2,-*



Beate Fohrmann, Barbara Zombat

FEINMOTORIK

Übungen zur Verbesserung
der Handfunktionen

Übungen aus
dem Heft:



Das Übungsheft richtet sich besonders an Patienten, deren Handfunktion infolge einer zentralen Schädigung z. B. nach Schlaganfall eingeschränkt ist, eignet sich aber auch zum Einsatz bei Nervenverletzungen und Erkrankungen des orthopädischen und chirurgischen Bereiches.

16seitiges Trainingsprogramm mit Übungsanleitungen und Photos.

ISBN 3-936817-01-4,

Bestellungen ab 10 Exemplaren à € 2,-*



Marcela Lippert-Grüner

HEMIPARESE ÜBUNGEN

Selbstübungsprogramm für
Patienten mit Hemiparese

Übungen aus dem Heft:



Nach der Entlassung aus der stationären Behandlung bleiben viele Patienten mit erworbener Hirnschädigung durch Lähmungserscheinungen beeinträchtigt. Das Übungsheft bietet die Möglichkeit, die während der stationären Rehabilitationsphase begonnene Mobilitätsförderung auch nach der Rückkehr in die häusliche Umgebung im Rahmen einer selbständigen ambulanten Therapie fortzuführen.

28seitiges Selbstübungsprogramm mit ausführlichen Beschreibungen der Übungen sowie zahlreichen Photos und Zeichnungen.

ISBN 3-936817-04-9,

Bestellungen ab 10 Exemplaren à € 3,-*



G. Baller

KOGNITIVES TRAINING 1-3

Ein zweiwöchiges Übungsprogramm zur
Verbesserung der Hirnleistung

Jedes der drei Hefte enthält 30 alltagspraktische Übungen zur Förderung der Merk- und Orientierungsfähigkeit sowie des Urteilsvermögens. Mit ihrem praktischen Format und günstigen Preis bieten sich die Hefte zum Eigentaining für Betroffene an.

48 Seiten, ab 12 Exemplaren à € 3,-*

ISBN 3-936817-05-7, -06-5 und -07-3

NEUROLOGIE & REHABILITATION

Neuroprotektion Neuroplastizität Neurologische Langzeittherapie

Gastherausgeber

Priv. Doz. Dr. med. S. Bamborschke,
Bernau

Herausgeber

Prof. Dr. med. P. Bülow, Waldbreitbach
Prof. Dr. Dr. med. P. W. Schönle, Magdeburg
Prof. Dr. med. C. Weiller, Hamburg

Herausgeber ex officio

Prof. Dr. med. V. Hömberg, Düsseldorf
Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation

Dr. med. M. Prosiegel, München
Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neuropsychologie

Prof. Dr. med. W. Auff, Wien
Österreichische Gesellschaft für Neurorehabilitation

Prof. Dr. med. St. Clarke, Lausanne
Schweizerische Gesellschaft für Neurorehabilitation

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. med. G. S. Barolin, Feldkirch
Prof. Dr. med. W. Bock, Düsseldorf
Dr. med. G. Busch, Bernau-Waldsiedlung
Prof. Dr. med. O. Busse, Minden
Prof. Dr. med. P. Clarenbach, Bielefeld
Prof. Dr. med. B. Conrad, München
Prof. Dr. med. D. von Cramon, Leipzig
Prof. Dr. med. R. Dengler, Hannover
Prof. Dr. M. Dieterich, Mainz
Prof. Dr. med. V. Dietz, Zürich
PD Dr. D. Dressler, Rostock
Prof. Dr. med. K. Einhäupl, Berlin
Prof. Dr. med. C. E. Elger, Bonn
Prof. Dr. med. T. Ertl, Rheinfelden
S. Freivogel, Gailingen
Dr. med. N. Gadomski, München
Prof. Dr. med. W. Gehlen, Bochum
Prof. Dr. med. G. Goldenberg, München
Prof. Dr. med. J. Haan, Mönchengladbach
Prof. Dr. med. W. Hacke, Heidelberg
Prof. Dr. med. H. Hielscher, Gelsenkirchen
Prof. Dr. med. H. C. Hopf, Mainz
Prof. Dr. phil. W. Huber, Aachen
Prof. Dr. med. W. Ischebeck, Hattingen
Prof. Dr. med. J. Jörg, Wuppertal
Prof. Dr. med. S. Kasper, Wien
Dr. med. G. Krämer, Zürich
Prof. Dr. med. J. Kesselring, Valens
Prof. Dr. med. D. Linke, Bonn
Prof. Dr. med. K. Lowitzsch, Ludwigshafen
Prof. Dr. med. J.-P. Malin, Bochum
Dr. med. K. Mattes, Bernkastel-Kues
Prof. Dr. med. H. Masur, Bad Bergzabern
Prof. Dr. med. K.-H. Mauritz, Berlin
Prof. Dr. med. B. Neundörfer, Erlangen
Prof. Dr. med. K. Poeck, Bonn
Prof. Dr. med. E. Ringelstein, Münster
Prof. Dr. med. W. Tackmann, Wünneberg
PD Dr. A. Thilmann, Essen
Prof. Dr. R. Thümler, Alzey
Dr. med. A. Voss, Gailingen
Prof. Dr. med. C. Wallesch, Magdeburg
Prof. Dr. med. F. L. Welter, Zwesten
Prof. Dr. med. A. Wernig, Bonn
Prof. Dr. med. K. von Wild, Münster
Prof. Dr. med. P. Wolf, Bielefeld
Prof. Dr. med. S. Zierz, Halle

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

Die Jahrestagungen der DGNKN und der DGNR haben gezeigt, dass bei allen Berufsgruppen, die mit der neurologischen Rehabilitation befasst sind, großes Interesse an wissenschaftlicher Evaluierung von Therapiemethoden besteht. Berufsgruppen wie z. B. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten oder Logopäden orientieren sich immer mehr am niederländischen Modell, das auch für diese Berufe akademische Abschlüsse vorsieht und somit an naturwissenschaftliches Denken und Forschen heranführt. Die Zeitschrift NEUROLOGIE & REHABILITATION will in Zukunft diese Entwicklung fördern und eigene Sonderhefte zu therapeutischen Themen bringen.

Wir beginnen mit dem Supplement »Musiktherapie in der Neurorehabilitation«, das die Ergebnisse des 20. Wandlitzer Neurologieseminars enthält. Gerade die Musiktherapie mit ihrer ursprünglich psychotherapeutischen Ausrichtung gewinnt im multidisziplinären Team der Neurorehabilitation eine zusätzlich funktionelle Zielsetzung.

Wir wünschen viel Freude beim Lesen!

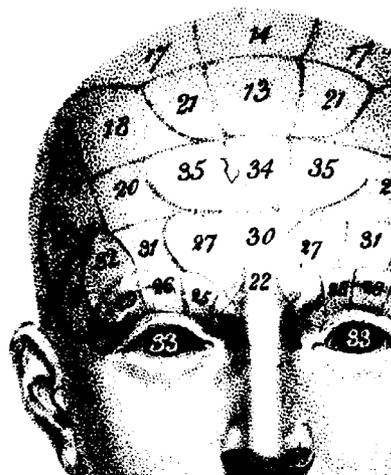
Ihre

Peter Bülow

Westerwaldklinik Waldbreitbach

Stephan Bamborschke

Brandenburgklinik Wandlitz



ÜBERSICHT

- S5 Zur Geschichte der Musiktherapie**
D. Muthesius

ORIGINALARBEIT

- S13 Musiktherapie in der neurologischen Frührehabilitation – Konzept und Fallbeispiel**
C. Schönebaum, S. Bamborschke
- S18 Musiktherapie in der Neurorehabilitation Eine Evaluationsstudie – erste Ergebnisse**
S. Jochims, A. Pöpel, N. van Kampen, H. Grehl
- S23 Musiktherapie im Spannungsfeld zwischen funktioneller Therapie und Psychotherapie**
S. Jochims

HISTORISCHES

- S32 Die Geburt der Orff-Musiktherapie**
Th. Hellbrügge

IMPRESSUM

NEUROLOGIE & REHABILITATION
ISSN 0947-2177, 9. Jahrgang, Dezember 2003

Redaktion

B. Bülau (verantwortlich), Dr. K. Gehring,
M. Maegele, Dr. K. Mattes, Dr. U. Reinke,
Dr. K. Passameras, Dr. W. Reuter, Dr. A. Kaya
Artikel, die mit den Namen oder den Initialen der
Verfasser gekennzeichnet sind, geben nicht unbe-
dingt die Meinung der Schriftleitung wieder.

Verlag

Hippocampus Verlag KG,
Postfach 13 68, D-53583 Bad Honnef
Tel.: (0 22 24) 91 94 80, Fax: (0 22 24) 91 94 82
E-mail: verlag@hippocampus.de
Internet: <http://www.hippocampus.de>
Titelfoto: Günter Groote
Druck: Leppelt Druck + Repro GmbH, Bonn

Anzeigen

Anja Pielhau
Tel.: (0 22 24) 91 94 80

Erscheinungsweise

6 mal jährlich, Bezugspreis
€ 133,- jährlich im Abonnement
€ 82,- ermäßigtes Abonnement
€ 28,- Einzelheft

Das Abonnement der Zeitschrift verlängert sich
automatisch um ein weiteres Jahr, wenn es nicht bis
zum 30.9. des Vorjahres abbestellt wird.

Allgemeine Hinweise

Mit der Annahme eines Beitrags zur Veröffentli-
chung erwirbt der Verlag vom Autor alle Rechte,
insbesondere das Recht der weiteren Vervielfälti-
gung zu gewerblichen Zwecken mit Hilfe fotome-
chanischer oder anderer Verfahren. Die Zeitschrift
sowie alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und
Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede
Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheber-
rechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen
schriftlichen Zustimmung des Verlages. Das gilt
insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitun-
gen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die
Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen
Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handels-
namen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Zeit-
schrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeich-
nung nicht zu der Annahme, daß solche Namen im
Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetz-
gebung als frei zu betrachten wären und daher von
jedermann benutzt werden dürften.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und
Applikationsformen kann vom Verlag keine
Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben
müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall
anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit
überprüft werden.

This journal is regularly listed in Excerpta Medica
(EMBASE)

LA-MED

© 2003 HIPPOCAMPUS VERLAG

Zur Geschichte der Musiktherapie

D. Muthesius

Dipl. Soz., Musiktherapeutin, Berlin

Zusammenfassung

Die Geschichte der Musiktherapie wird anhand folgender Dimensionen beleuchtet: die Herkunft bzw. das berufliche Selbstverständnis des Musiktherapeuten, die unterschiedlichen Anwendungsbereiche, die musikalischen Handlungsformen sowie die Rolle, die die Musik in den unterschiedlichen Bereichen spielt. Historischer Vergleichshorizont ist vor allem die Psychiatrie des 19. Jahrhunderts. Thematischer Vergleichshorizont für die Rolle der Musik ist ihre Anwendung bei Altersdemenz bzw. Démence.

Schlüsselwörter: Musiktherapie, Anwendungsbereiche, Altersdemenz

A history of music therapy

D. Muthesius

Abstract

The history of music therapy will be illuminated by examining following aspects: the origin of music therapy, the way music therapists look upon themselves, different areas of application, the function of music in the diverse areas of application, and the musical forms within music therapy. Historically, music therapy will be put in context with the 19th century psychiatry. Thematically, the concepts of music therapy applied to senile dementia will be compared with traditional therapeutic concepts.

Key words: music therapy, application, senile dementia

Neurol Rehabil 2003; 9 (Suppl 1): S5-S12

Einleitung

Wege zur Annäherung an Musiktherapie gibt es viele. Besonders bevorzuge ich persönlich den Weg über Fallgeschichten: Aus diesen individuellen Geschichten setzt sich letztlich die Geschichte zusammen, von der ich hier berichten werde – genau so, wie sich die Geschichte eines Ortes aus den Lebensgeschichten seiner Bewohner speist oder die Musikgeschichte aus den Biographien ihrer Musiker und Musiknutzer.

Ich bevorzuge diesen induktiven Weg des Verstehens, weil er gleichzeitig der valideste Weg zum Verständnis der Probleme meiner Patienten ist. Spezialisiert auf die Arbeit mit alten und altersdementen Menschen, verfüge ich für diesen Zweck z.B. über eine Sammlung von Erzählungen alter Menschen über ihre Musikerfahrungen im Lebenslauf [7]. Da ich weiß, dass z.B. Alzheimerpatienten in einer uns ferneren, für uns historischen Realität (ihrer Kindheit- und Jugend) leben und diese mit Hilfe der Musik außerordentlich stark verlebendigen können, geben mir die sehr individuellen Lebensgeschichten alter Menschen wichtige Hinweise auf das, was Alzheimerpatienten da rekonstruieren [6].

Dennoch möchte ich heute diesen Weg über Fallgeschichten nicht verfolgen, werden doch die Kolleginnen im Verlauf dieser Tagung speziell zum Thema Musiktherapie in der Neurologie vermutlich solche Geschichten sprechen lassen.

Statt dessen möchte ich zunächst eine systematische Annäherung und darauf aufbauend historische Aspekte der Musiktherapie vorstellen.

Wenn man sich fragt, was denn MusiktherapeutInnen eigentlich mit ihren Patienten machen, dann ist es nützlich, darüber nachzudenken, wo die MusiktherapeutInnen herkommen (aus welchem Selbstverständnis heraus sie denken und handeln), mit welchem speziellen Klientel sie arbeiten, welche Verfahren sie benutzen und welche Rollen die Musik dabei spielt. Anhand dieser Dimensionen möchte ich nachfolgend den Leser durch die Geschichte der Musiktherapie führen.

Systematische Annäherung an Formen der Musiktherapie

■ Herkunft der MusiktherapeutInnen

Branche	Weltbild/Therapeutische Modelle
- Medizin	- Psychoanalyse
- Pflege	- Gestalttherapie
- Musik	- Antroposophie
- Pädagogik	- integrative Ansätze
- Theologie	- sozialpsychiatrische Ansätze
-	

■ Anwendungsbereiche

- »klinisch«: psychiatrische bis funktionelle Störungen
- »biographisch«: Frühchen – Sterbebegleitung

- in stationärer, teilstationärer, ambulanter und häuslicher Versorgung

■ Verfahren

- Musik hören (rezeptiv: live oder vom Tonträger)
- Musik machen (aktiv: singen, Instrumente spielen)
- Musik und Bewegung (Tanz, Bewegungsimprovisation)

■ Rolle(n), »Eigenschaften« der Musik

- Ersatz für Sprache
- Emotionalisierung
- körperliche Vitalisierung
- Strukturierung
- Auslösen von Erinnerungen/von inneren Bildern
- Sinnstiftung
- Vergemeinschaftung
-

Herkunft der MusiktherapeutInnen

An der »neuen« Musiktherapie, wie sie sich innerhalb der letzten fünfzig Jahre im deutschsprachigen Raum entwickelt hat, ist vor allem Folgendes neu: Es ist ein eigenständiger Beruf geworden. Menschen haben sich auf die Anwendung des Hilfs- oder Heilmittels Musik spezialisiert, wo vorher Mediziner, Pflegekräfte, Musiker, Pädagogen, Theologen u. a. Musik eher punktuell und eher von zufällig mitgebrachten Voraussetzungen geleitet einsetzten.

Dieses Phänomen, dass die Menschen, die Musik als Behandlungsmethode benutzen wollen, aus den unterschiedlichsten Berufen kommen, hat sich zum Teil erhalten. Immer noch ist die Anzahl derer, die sich für den Beruf Musiktherapie als Erstberuf entscheiden, relativ gering. Geläufiger ist es, dass Musiktherapie als Aufbaustudium auf die verschiedensten Berufe gewählt wird, wie z. B. in Berlin an der Universität der Künste [11]. So ist der Beruf als solcher quasi ein interdisziplinärer Beruf. Das allein macht ihn außerordentlich spannend.

Hinzu kommt, dass die Herkunftsberufe und auch die Individuen unterschiedliche Weltbilder und Denkmodelle mitbringen, in denen die Musik sehr variantenreiche Rollen spielt: Von der anthroposophischen Idee, dass es die Musik selbst ist, die heilt, indem sie kulturelle Formen und Gestaltungsmöglichkeiten zur Verfügung stellt oder gar unmittelbar in körperliche Vorgänge eingreift, die als solche bereits gesundheitsförderliche Wirkungen haben, bis hin zur psychoanalytischen Vorstellung, dass die Musik vor allem in der zwischenmenschlichen Verständigung und Beziehungsgestaltung eine vermittelnde Rolle spielt.

Anwendungsbereiche

Inzwischen gibt es nur noch wenige Bereiche der Gesundheitsversorgung, in denen keine Musiktherapie zu finden ist. Besondere Zunahme in neuerer Zeit ist z. B. in den Bereichen der neurologischen Rehabilitation, Neonatologie, der Behandlung von Folteropfern, Schmerzbehand-

lung, Sterbebegleitung oder der Betreuung von Alzheimer-erkrankten zu verzeichnen.

Die Frage, auf welches Klientel bzw. auf welchen Bereich der Gesundheitsversorgung ein musiktherapeutisches Verfahren zugeschnitten wird, birgt drei sich überlagernde Dimensionen: den Typ der Erkrankung, das Alter, bzw. die Lebensphase, in der sich ein erkrankter Mensch befindet und die Struktur der Versorgung, in die der Erkrankte eingebunden ist.

Hier ist es besonders interessant, die historische Entwicklung zu verfolgen. *Smeijsters* [15] fasst einiges in seinem Einleitungskapitel zusammen: von Magie bis Psychologie, von »Musica fugat diabolum« – Musik verjagt das Teufliche, also auch Geisteskrankheiten – bis zu modernen Vorstellungen psychologischer Ansätze. Bis Ende des 18. Jahrhunderts wurde Musik auch bei funktionellen Störungen eingesetzt. Ein Beispiel mag heute eher komisch erscheinen: Der italienische Gelehrte *Della Porta* suchte 1589 ernsthaft nach Zusammenhängen (in der bis ins 18. Jahrhundert gelesenen »Magia naturalis« veröffentlicht), die alte Berichte über die Wirkung einer Wunderorgel oder anderer Wunderinstrumente erklären sollten. Auf Holz vom Weinstock gespielte Lieder heilten Schlafprobleme, Instrumente aus Nieswurz sollten Wachheit hervorrufen. *Athanasius Kirchner* machte daraufhin ein Experiment, um den Gegenbeweis anzutreten: »Falls Della Porta Recht haben sollte, so *Kirchner*, dann müssten Schafe vor Schreck weglaufen, wenn sie Musik hören, die auf Instrumenten gespielt wird, deren Saiten aus Eingeweiden von Wölfen gemacht sind. Sein Experiment zeigte jedoch, dass dies nicht der Fall war.« ([15] S. 4)

Dennoch gehörte Musik immer zum Fundament der Diätetik, der Lehre vom gesunden Leben. Doch: »Gegen Ende des 18. Jahrhunderts bahnte sich in der Medizin ein folgenreicher Umbruch an ... Mit dem Aufstieg der naturwissenschaftlich-experimentellen Medizin bröckelt das alte Fundament der ... Diätetik allmählich. Die Bedeutung der Musik als universales Hilfs- und Heilmittel geht damit verloren. Nur auf dem Gebiet der Geisteskrankheiten, auf das sie weitgehend zurückgedrängt wird, behält sie weiterhin eine wichtige Stellung.« ([10] S. 23ff) »Charakteristisch für die Medizin des beginnenden 19. Jahrhunderts ist der steigende wissenschaftliche Anspruch. ... Auch die medizinische Verwendung der Musik wurde durch diese Veränderungen entscheidend beeinflusst. ... Eine streng rationale Denkweise ließ zumindest in der organischen Medizin keine Heilmittel mehr zu, deren Wirkung nicht exakt wissenschaftlich zu objektivieren war.« ([10] S. 33) Nach dem Motto: Geisteskrankheiten sind vom naturwissenschaftlichen Blickpunkt aus schwierig zu fassen, Musik und deren Wirkung ist ebenso schwierig zu fassen – also können wir uns in diesem Bereich erlauben, quasi unwissenschaftlich zu bleiben.

Zugleich modernisiert sich die Entwicklung in der Psychiatrie im 19. Jahrhundert dahingehend, dass ein Geisteskranker nicht mehr als ein »Sozialübel« ([10] S.8) angesehen wird, das man wegschließen muss, sondern als

Erkrankter, dem eine Behandlung zusteht und der auch gesunden kann.

Die Reduktion der Nutzung von Musik vorwiegend auf den psychiatrischen Bereich bleibt bis Ende des 20. Jahrhunderts bestehen: Die ersten Musiktherapie-Stellen wurden in den 1970er Jahren in Psychiatrien eingerichtet, die »neue« Musiktherapie wird in erster Linie für die Behandlung psychischer und psychiatrischer Erkrankungen eingesetzt. Erst in letzter Zeit findet man Musiktherapeuten im Bereich der Behandlung funktioneller Störungen, wobei hier Musik vor allem im Sinne der Behandlung von Folgestörungen genutzt wird, wie z. B. bei Schmerzpatienten oder vor Nar-kosen gegen Ängste, Verspannungen und Stress.

Gleichzeitig ist die Ordnung musiktherapeutischer Konzepte nach Krankheitsbildern (meist) auch eine Einteilung nach Lebensphasen. Wenn es auch verschiedene Krankheiten gibt, die alle Altersgruppen treffen können, so bedeutet doch Kranksein im Alter etwas anderes als Kranksein in der Kindheit, in der Jugend oder im jungen oder mittleren Erwachsenenalter. Behandlungsformen ändern sich mit der Qualität und »Quantität« biographischer Erfahrung, die die Patienten mitbringen, aber auch mit der Frage, auf welche biographischen Entwürfe hin behandelt werden soll. Die Lebensspanne ist größtmöglich: von der Arbeit mit Frühchen bis hin zur Sterbebegleitung.

Damit deckt Musiktherapie potentiell mehr ab als alle anderen psychotherapeutischen Behandlungsformen: Sie kann die Arbeit aufnehmen mit verbal befähigten und unbefähigten Menschen; mit zu früh Geborenen, die noch nicht sprechen können, und mit Alzheimer-Patienten, Wachkoma-Patienten oder Sterbenden, die nicht mehr sprechen können; mit Menschen, denen es aufgrund von somatischen Erkrankungen die Sprache verschlagen hat, oder mit Menschen, die aufgrund seelischer Erkrankungen an emotionaler Ausdrucksfähigkeit verloren haben; mit Menschen, deren räumliche und körperliche Beweglichkeit vollständig verloren gegangen ist genauso wie mit hyperaktiven Menschen, die ihren seelischen und körperlichen Energieüberschuss entladen müssen. Die Vielfältigkeit der Einsatzmöglichkeiten von Musiktherapie zwingt Musiktherapeuten inzwischen zur Spezialisierung und damit zur Professionalisierung.

Musiktherapie unterscheidet sich auch nach den Segmenten der Gesundheitsversorgung, in denen sie eingesetzt wird. Stationäre Behandlung muss anders ausfallen als ambulante – worauf an dieser Stelle aber nicht weiter eingegangen werden soll [5].

Musikalische Handlungsformen

Schließt man Formen der Musiktherapie nach ihren Verfahren auf, dann findet man alle musikalischen Handlungsformen, die von Gesunden auch genutzt werden: Musik hören, Musik selbstmachen, Musik und Bewegung.

Beim Musikhören nutzen beispielsweise die anthroposophischen Musiktherapeuten ausschließlich Live-Musik: Der Therapeut spielt für den Patienten. Dem liegt die

Ansicht zugrunde, dass nur die unmittelbare, nicht-konser-vierte Musik Wirkung hat. Die Psychiater des frühen 20. Jahrhunderts hingegen (und auch die heutigen Musiktherapeuten) nutzen die neuesten Techniken: Grammophone allein oder zur »musikalisch-optischen Kombinationstherapie« Grammophon und Bildwerfer ([10] S. 45), ähnlich wie heute Snoezelen.

Beim Selbstmachen von Musik steht traditionell das Singen im Vordergrund, konnte, bzw. kann man doch davon ausgehen, dass jeder Mensch über dieses »Instrument« verfügt. Im 19. und beginnenden 20. Jahrhundert wurde es vor allem in Form von Anstaltschören eingesetzt ([10] S. 55). Heute wird Gruppensingtherapie speziell in der Arbeit mit altersdementen Patienten bevorzugt (aber auch in vielen anderen Zusammenhängen), weil man davon ausgeht, dass die Patienten als Angehörige dieser jetzt alten Generation besonders intensive Singerfahrungen aufweisen, die selbst bei schwersten Desorientierungsstörungen wieder geweckt werden können. Bei jüngeren Generationen beginnt eine solch ausgeprägte Singerfahrung deutlich geringer zu werden.

Das Spiel von Instrumenten kam im 19. und beginnenden 20. Jahrhundert dann zur Anwendung, wenn der Patient bereits instrumentale Erfahrung mitbrachte. *Wildermuth* meinte 1888 sogar, eine erhöhte Musikalität bei schweren Formen der Idiotie feststellen zu können (zit. nach [10] S. 121). Nach dem zweiten Weltkrieg entdeckte die sich ausdifferenzierende Musiktherapie, nicht zuletzt vorbereitet von den pädagogischen Ideen *Carl Orffs*, den Wert des Spiels auf Instrumenten, die keiner großen Übung oder Erfahrung bedürfen. Das freie Improvisieren auf solchen Instrumenten nahm zusehends großen Raum in den musiktherapeutischen Verfahren ein.

Zuletzt motiviert Musik zu körperlicher Bewegung. Das nutzten die in der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts Tätigen viel. Ein »Bal des Folies et des Hystériques à la Salpêtrière«, ein Ball der Verrückten und der Hysterischen in der Pariser Salpêtrière wird um 1880 mit einem Plakat angekündigt ([10] S. 170). Leider gehören Tanzveranstaltungen nur noch vereinzelt zu dem ein oder anderen Sommerfest in den heutigen Psychiatrien. Glücklicherweise hat aber der Tanztee für Alzheimerpatienten inzwischen wieder Konjunktur und die belebende Wirkung des sich prompt einstellenden Gefühls der Jugendlichkeit 90-jähriger ist an der steigenden Köperspannung und der Zunahme des Augenglanzes deutlich ablesbar. Ein besonders von *Kaptein* [4] erschlossener Bereich ist der Volkstanz, mit dem er große Erfolge in der gemeindenahen Arbeit mit psychiatrischen Patienten aufweisen kann.

Andere Formen der Bewegung zur Musik gehen teilweise in den Bereich der Bewegungs- oder Tanztherapie über. Die bewegungsmotivierende Kraft der Musik wird z. B. auch in der Arbeit mit Parkinsonpatienten [2] oder apoplektischen Patienten genutzt.

Eigenschaften der Musik

Welche Rolle die Musik in der Musiktherapie spielt, hängt natürlich in erster Linie von dem Anwendungsbereich, also der Art der Erkrankung, der Lebensphase des Patienten, dem Versorgungsbereich ab, aber auch – wie bereits angedeutet – von der Herkunft des Musiktherapeuten.

Die Musiktherapie kann mehr und mehr ganz spezifische Konzepte für die einzelnen Krankheitsbilder aufweisen und in Indikationskatalogen niederlegen [9, 8, 14]. Hier werden die Symptome/die Probleme des Erkrankten aufgeschlüsselt (in der Regel nach dem ICD 10) und die Antworten (Verfahren und Ziele) des musiktherapeutischen Angebots genannt. Ich möchte Ihnen heute in einem quasi umgekehrten Indikationskatalog gewissermaßen erst die Antworten der Musik mit ihren typischen Eigenschaften aufführen, um daran jeweils die Unterstützungspotentiale für die Erkrankten zu nennen.

Diese Systematik wurde für alle relevanten Krankheiten im Alter [6] aufgestellt. Ich habe ein Beispiel herausgesucht: Altersdemenz (Tab. 1). In der anderen Spalte werden zum Vergleich die Potentiale dargestellt, wie sie in der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts bekannt waren und genutzt wurden. Dabei dokumentiert sich gleichzeitig, dass die Frage, welche Eigenschaften der Musik genutzt werden, mit der Herkunft des Musiktherapeuten zu tun hat: Hier spielt die Generation der Therapeuten eine Rolle, also letztlich historische Einflüsse. Die Therapeuten konnten damals und können heute nur so handeln, wie der Zeitgeist und der Stand der Erkenntnis es erlauben.

Die Beschreibungen der Eigenschaften der Musik sind so gewählt, dass sie auch einem Alltagsverständnis von Musik entsprechen. Damit sind sie auch für die Orientierungen und Erwartungen der Patienten relevant.

Musik ist Ersatz und Ergänzung von Sprache

»Singe, war Du nicht sagen kannst« oder »die Musik kann das ausdrücken, wo Worte nicht mehr ausreichen« sind allgemeingültige Vorstellungen. Keine andere kulturelle Praxis kann das so unmittelbar für sich in Anspruch nehmen. Wie oben bereits angedeutet: Für Patienten, die nicht oder nicht mehr über wortsprachliche Fähigkeiten verfügen, wird Musik damit zu letzter Chance, etwas auszudrücken, Kontakt aufzunehmen, zu kommunizieren und Beziehungen zu gestalten. Diese vier Dimensionen sind durchaus hierarchisch zu verstehen. Schumacher [12] hat sie anhand der Arbeit mit autistischen Kindern plausibel herausgearbeitet. Vergleicht man dies mit dem, was die Psychiater des 19. Jahrhunderts dieser Eigenschaft der Musik zutrauten [10], so findet man damals nur die Dimension der Ausdrucksmöglichkeit und Kontaktaufnahme. Patienten überraschen damit, dass sie sich musikalisch besser ausdrücken können als man ihnen aufgrund ihrer Krankheit zugetraut hätte, und dies ermöglicht manchmal einen besseren Kontakt zu ihnen.

»Kranke, bei denen das Gemüths- und Verstandesleben sich schon in allgemeine Verworrenheit aufgelöst hat, und die kaum noch ein paar Worte zusammenhängend hervorzubringen vermögen, sind öfters noch im Stande, Musikstücke von bedeutendem Umfange genau mit vollkommener Beobachtung des Textes, und gewiss mit sehr geringer Beihilfe des Gedächtnisses, vorzutragen.« – beobachtet *M. Jacobi* 1822 ([10] S. 120).

Diese relativ gute Ausdrucksmöglichkeit, die die Patienten zeigen, bezieht sich aber weniger auf den Versuch, die Individualität des Patienten zu entdecken und zu fördern, als eher darauf, quasi die Diagnostik zu verfeinern. Nicht gesprochen wird von einer gezielten Suche nach Kommunikationsmöglichkeiten geschweige denn nach Beziehungsgestaltung, bei der sich der Therapeut ja aktiv auf eine Verständigungsebene mit dem Patienten begeben muss.

Musik ist emotionalisierend

Das ist die heutzutage am meisten verbreitete Vorstellung über die Musik. Diese Eigenschaft der Musik ist in der Arbeit mit Altersdementen von besonderer Bedeutung, denn die emotionalen Fähigkeiten Desorientierter bleiben bekanntlich sehr viel länger aktiv als die kognitiven. Die Musik erreicht, anders als die Sprache, die Emotionalität in Umgehung des Denkens. Werden mit Musik verschüttete Emotionen gezielt reaktiviert oder wird an ungeordnete und zunächst unverständliche Emotionen angeknüpft, um sie zu verstärken und zu klären, so wird ein Weg beschritten, der in der Altenpflege inzwischen nicht zu unrecht als Validation [1] bezeichnet wird: Die respektvolle und anerkennende Haltung gegenüber den verbliebenen Fähigkeiten im Bereich der Emotionalität, auch wenn die jeweilige Bedeutung der Emotionen oftmals zunächst unklar bleibt. Im Bereich der Musik kann sich diese Unverständlichkeit beispielsweise bemerkbar machen, wenn ein verwirrter Mensch im Hochsommer ein Weihnachtslied zu singen wünscht. Weihnachtslieder sind Träger hochbedeutsamer emotionaler Situationen, meist Familiarität, Geborgenheit, Feierlichkeit. So ist anzunehmen, dass der Patient nach den Bedeutungen und dem Sinnzusammenhang seiner Emotionen sucht und sie mit Hilfe der Lieder erneuern möchte. Ihm dabei behilflich zu sein ist wichtiger, als den Patienten belehrend »an der Realität zu orientieren«, dass Weihnachtslieder im Sommer unpassend sind. So muss man Musikeinfälle von Patienten als Symbole sowohl für Stimmungen als auch für Bedeutungszusammenhänge interpretieren, und dies bietet dem Helfer und dem Patienten selbst einen wichtigen Verstehenszugang zu seinen Gefühlen. Dieses Verständnis von Emotionalisierung geht heute weiter als im 19. Jahrhundert. Es bedeutet, die Emotionen in alle Richtungen hin zu unterstützen, und nicht nur in Richtung Freude oder Lebensgenuss oder Beruhigung. Dass die Selbstwahrnehmung des Patienten damit gefördert wird, ist aber auch damals als relevant erachtet worden.

Typische Eigenschaften von Musik	Unterstützungspotentiale für altersdemente Patienten [5]	Unterstützungspotentiale für Patienten mit Démence – Verwirrtheit – Idiotie – ... der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts [10]
Musik ist Ersatz und Ergänzung von Sprache	<ul style="list-style-type: none"> · Ausdrucksmöglichkeit · Kontaktaufnahme · Kommunikation · Beziehungsgestaltung 	<ul style="list-style-type: none"> · Ausdrucksmöglichkeit · Kontaktaufnahme
Musik ist emotionalisierend	<ul style="list-style-type: none"> · Anknüpfen an, Erhalten und Reaktivieren emotionaler Fähigkeiten · Selbstwahrnehmung · Verstehenszugang für Bedeutungen 	<ul style="list-style-type: none"> · Gestaltung allen Lebensgenusses, dessen er (der Patient) noch fähig ist · Freude erfahren · Selbstwahrnehmung
Musik ist ordnend, strukturierend (Rhythmik, Erwartbarkeit, Wiederholbarkeit)	<ul style="list-style-type: none"> · Angstlinderung · Restrukturieren emotionaler Fähigkeiten · Wahrnehmung eigener Fähigkeiten · Kanalisierung von Affekten · Synchronisation, Koordination und Integration von Reizen · Reaktivierung des automatisierten Sprachvermögens 	<ul style="list-style-type: none"> · Schulung von Sinneswahrnehmung · Gedächtnistraining · Schrfung des Gefühls für koordinierte Bewegung und gleichzeitigen Gesang
Musik ist erinnerungsauslsend	<ul style="list-style-type: none"> · Validieren der Krankheitsbewltigungsstrategie »Nutzung der Vergangenheit« · Reaktivieren des Altgedchtnisses und des sprachlichen Ausdrucksvermögens · Reaktivieren des Gefühls der Identität 	
Musik weckt innere Bilder	· (vermutlich ausschließlich Bilder aus der Vergangenheit)	
Musik bindet Interessen und ermöglicht Sinnbildung; 19. Jahrhundert: »Zauberkrfte«	<ul style="list-style-type: none"> · Wiederfinden von Sinn · Unterstützung der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> · Belebung · Aufrttelung (einschleichend oder per Schock) · Erweckung aus dem Seelenschlaf, Aufmerksamkeitsweckung
Musik motiviert zur Kreativität, zum Experiment	<ul style="list-style-type: none"> · Wiederentdeckung alter Gestaltungsfhigkeiten · Flexibilität Bedingung: <ul style="list-style-type: none"> · Suche nach vertrauten, generationsspezifischen Kreativittsformen 	(keine Aussagen; Musikpraxis dient eher dem Erhalt konventioneller kultureller Praktiken)
Musik ist vergemeinschaftend (von Synchronisierung bis Sinnbildung)	<ul style="list-style-type: none"> · Erleben von Zugehörigkeit · Erleben von gegenseitigem »Verstehen« wegen generationsspezifischer Präferenzen Bedingung: <ul style="list-style-type: none"> · Suche nach vertrauten, generationsspezifischen Formen der Gemeinschaft; · Einzeltherapie bei Überforderung in der Gruppe 	<ul style="list-style-type: none"> · gute Gemeinschaftsleistungen · gesellschaftliche Zugehörigkeit
Musik ist bewegungsfrdernd	<ul style="list-style-type: none"> · körperliche Selbstwahrnehmung · Körperbewegung fördert innere Bewegung · Reaktivierung des Krpergedchtnisses z. B. mit biographisch relevanter Tanzmusik 	<ul style="list-style-type: none"> · Wohlbehagen bei motorischer Erregung, rhythmischem Schaukeln, Hndeeklatschen · »Normalittserfahrung« beim Tanz
Musik ist körperlich spürbar (Vibration)	· basale Stimulation	

Tab. 1: Indikationskatalog für Musiktherapie bei Altersdemenz

Musik ist ordnend, strukturierend

Vor allem dem Rhythmus wird die ordnende Funktion in der Musik zugeschrieben. Tatsächlich strukturiert er die Zeit und synchronisiert soziales Handeln ebenso wie er die unterschiedlichsten Reize – hören, singen oder spielen, sich bewegen – in Gleichzeitigkeit bringt. Rhythmus hilft, die Sinne, den auditiven, den visuellen, den taktilen und den propriozeptiven Sinn, zu koordinieren. Dieses Phänomen ist für desorientierte Patienten sehr interessant, ebenso wie für z. B. autistische Patienten [13]. Interessant ist auch, dass das bereits von den Psychiatern des 19. Jahrhunderts gesehen wurde.

Allerdings strukturiert er nicht die soziale Zeit, so dass der Rhythmus allein eine Orientierungslosigkeit nicht lindern kann. Vielmehr ist es die Form eines Musikstücks,

das einen deutlichen Anfang und ein deutliches Ende hat, »Phrasierung«, wie sie *Hoffmann* [3] nennt, und die Melodie, deren Abfolge immer gleich ist. Beides trägt dazu bei, dass Musik sehr viel einfacher und klarer strukturiert ist als die Sprache, bei welcher man nie sicher sein kann, welche der vielen Wort- und Satzbildungsmglichkeiten im nächsten Moment vom Gesprächspartner benutzt werden. In der Psychiatrie der 19. Jahrhunderts wird an der Ordnungskraft der Musik vor allem der Übungs- und Disziplinierungsaspekt gesehen und von Schulung der Sinneswahrnehmung und Gedächtnistraining gesprochen.

»Die Pulte wurden schnell zu einem Kreis zusammengestellt, wie in unseren Militrorchestern. Der Oberaufseher, ein intelligenter Mann, ... ein guter Musiker, begab sich in die Mitte seiner Gruppe. Unterstützt wurde er von zwei Wörtern, die nicht nur die wenig sichere Disziplin unter den

Ausführenden aufrechterhalten sollten, sondern sie sollten bei den Übungen auch mitwirken. Beim ersten Stockschlag des Meisters ließen alle Augen ab von ihren ungeordneten Bewegungen, um sich auf die Noten zu konzentrieren, und ein perfekt modulierter Klang voller Energie, Kraft und Harmonie ertönte im Saale...« – beschreibt *A. J. F. Brierre de Boismont* 1860 ([10] S. 83).

Heute erscheint es sinnvoller, diese Dimension als Orientierungshilfe zu interpretieren: Die durch Musik reaktivierte oder verstärkte Emotionalität, deren Ungeordnetheit Patient wie auch Helfer zunächst eher erschrecken könnte, mündet aufgrund der strukturierenden Kraft der Musik in eine be-greifbare Form. Man kann hier auch von Kanalisierung von Affekten sprechen. Der hohe Grad von Erwartbarkeit und Verlässlichkeit in der musikalischen Kommunikation lindert Orientierungsängste und bietet altersdementen Patienten Anknüpfungsmöglichkeiten an alte Fähigkeiten.

Musik ist erinnerungsauslösend

Diese Eigenschaft verbindet die beiden vorgenannten Eigenschaften, die emotionalisierende und die strukturierende, in folgender Weise: Die einfache Struktur der Musik ist eine der Grundlagen für die Erinnerungsträchtigkeit der Musik. Die gute Merkbarkeit ist es, die Melodien zu Ohrwürmern werden lässt – etwas, was in der Sprache nur in ähnlich gut merkbaren Formen wie Gedichten, Gebeten oder ritualisierten Geschichten (»Es begab sich aber zu der Zeit...«) vorkommt. Musik tritt im Leben eines Menschen meist als Begleiterin sehr emotionalisierter sozialer Situationen auf und verstärkt und vertieft gleichzeitig die situative Emotionalität. Dieses Erlebnis verbindet sich wiederum für immer mit der Musik, die in dieser Situation spielte. Dadurch wird die Musik zum Träger für die Erinnerung an diese Situation. Beispielhaft gesagt hat die Musik, zu der ich frisch verliebt mit einem Mann tanze, eine diese Liebe verstärkende Wirkung. Dadurch wird die Musik zu einem Symbol für das Gefühl in dieser Situation. Diese Symbolik ist jederzeit abrufbar, bis ins hohe Alter – und – auch bei schwersten Gedächtnisstörungen. Musik scheint – wie es auch bei neurologischen Patienten beobachtet wird – resistent gegen viele Formen des Vergessens. Diese Erinnerungsträchtigkeit ist die wichtigste Eigenschaft der Musik für die Arbeit mit altersdementen Menschen.

Musik ist bei der von den Patienten selbst genutzten Strategie der Krankheitsbewältigung, des verstärkten Verweilens in der Vergangenheit, deshalb besonders wirkungsvoll, weil – wie schon gesagt – bei dieser Form der Erinnerungsarbeit das Denken zunächst nicht benötigt wird. Das Denken kann aber durch die Reaktivierung der Emotionalität wieder angeregt werden und zu den bekannten Bewusstseinsinseln führen. Mit den Erinnerungen wird nämlich gleichzeitig die dazugehörige Handlungspraxis reaktiviert, und nicht nur reaktiviert, sondern auch aktualisiert, weil sie direkt in musikalisches und soziales Handeln umgesetzt werden.

In der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts werden zu diesen Phänomenen wenig Aussagen gemacht. Über den Patienten etwas zu erfahren, diene ausschließlich der Diagnostik. Der Individualität des Patienten Raum zu geben, seine Identität zu stützen, Hilfestellungen zu bieten, seine Biographie für sich selbst aufzuarbeiten, sind therapeutische Orientierungen, die erst mit dem Behandlungsmodell der Psychoanalyse aufkamen – und dies noch lange nicht für altersdemente Patienten. Bis heute müssen wir uns mit dem reglementierenden und wenig therapeutischen Konzept des ROT, Realitätsorientierungstrainings herumschlagen.

Musik weckt innere Bilder

(... die sich bei altersdementen Patienten vermutlich immer auf Bilder aus der Vergangenheit beziehen), ... die als Kompensation fehlender anderer Erlebnismöglichkeiten einen hohen therapeutischen Wert haben: Diese Dimension ist für die Psychiatrie des 19. Jahrhunderts wiederum interessant, wenn auch nicht für die Weiterbearbeitung in einer individuellen therapeutischen Beziehung ausgearbeitet:

»... je harmonischer die Töne zusammenklingen und einander nachfolgen, desto mehr ergreifen sie das Herz, erhöhen und unterhalten die gegenwärtigen, und erwecken durch Associationen vormahls gehabte Gefühle, oder stimmen das Gemüth um, und bringen ganz neue, ihrer Natur nach entsprechende Affekte hervor« – meint *M. Lenhossék* 1834 ([10] S. 78).

Musik bindet Interessen und ermöglicht Sinnbildung

Hierzu wird in der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts am meisten ausgeführt, verweist sie doch auf die Chance der kulturellen und sozialen Integration von Patienten. Sehr moderne Ideen sind zu finden, wie z. B. von *E. Littré* 1842: Die Patienten müssten sich »...um sich nicht ganz abzusehen, in den Anstalten, in denen sie sich aufhalten, lernen, die Gewohnheiten der Gesellschaft wiederzufinden, die sie gerade verlassen haben.« ([10] S. 54) Heute interpretiert man das etwas anders: Musik liefert tatsächlich »Sinn«, weil sie soziale, kulturelle Zugehörigkeit vermittelt. Wir Therapeuten interessieren uns aber eher für die individuellen Bedeutungen und Sinnstrukturen, die der Patient mitbringt und die es zu rekonstruieren und zu fördern gilt, um mit ihm zusammen ein Stück seiner Identität wiederzufinden.

Die gängigste Interpretation des 19. Jahrhunderts Musik sah in der Musik »Zauberkräfte«; Musik »belebt«, »erweckt aus dem Seelenschlafe«, »weckt Aufmerksamkeit«. Mit manchmal etwas rüden Methoden, denen auch schon einmal das Moralisierende und Zwangvolle anhaftet, möchte man sich »einschleichen« oder schockartig aufrütteln. Musik sei geeignet, »in der die Töne zuerst schwach und verhüllt, langsam aufeinander folgen, um sich dann plötzlich zu erheben und zum Übermaß zu steigen.« – meint *P. Berthier* 1864 ([10] S. 117). Es sind eher Formen des Testens von Aufmerksamkeits- und Konzentra-

tionsfähigkeit, die dann nicht in eine Beziehungsaufnahme zu dem Patienten mündet. Einig sind wir uns allerdings heute mit den Psychiatern des 19. Jahrhunderts, dass kaum ein anderes Mittel als Musik so sehr die Aufmerksamkeit altersdementer Patienten bindet wie Musik.

Musik ist kreativitätsfördernd

Sie verführt geradezu zum Spielen, Experimentieren, Ausprobieren von neuen Klängen, wozu in der Musiktherapie meist einfach spielbare Instrumente benutzt werden. So ist sie in der Lage, in sich verschlossenen Patienten dazu zu verhelfen, die Urheberschaft und die eigene Gestaltungskraft wieder zu entdecken, neue Ausdrucksformen zu finden, alte, nicht mehr taugliche Handlungsmuster mit neuen zu ersetzen. Dies setzt allerdings voraus, dass der Patient in der Lage ist, die neuartigen Klänge mit seinem Selbst in Verbindung zu bringen. Verwirrte Patienten können durch unbekannte Räume, Materialien, Geräusche und also auch Klänge zusätzlich verwirrt werden. So würde diese Art der Herausforderung von Kreativität nicht fördernd, sondern hemmend wirken. Das heißt aber nicht, dass es so etwas wie Kreativität in der Arbeit mit Verwirrten nicht gibt. Ist es gelungen, das Gefühl des Patienten zu seinem Selbst mit Hilfe von Erinnerungen zu reaktivieren, stellt sich Kreativität fast von selbst ein: Alte, aus der Biographie bekannte Formen kreativen Handelns werden wiedergefunden, wie z.B. das in der Generation noch gut beherrschte Stegreifreimen auf altbekannte Melodien. Bei solchem Spiel mit der Musik zeigen sich bei altersdementen Patienten erstaunliche sprachliche Fähigkeiten, die weit über die Aktivierung der automatisierten, rhythmisierten Sprache von Liedtexten hinausgeht.

In der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts taucht Unterstützung von Kreativität nicht auf. Die angeregte Musikpraxis dient eher dem Erhalt, Erlernen oder Wiedererlernen konventioneller kultureller Praktiken. Hier wirkt vermutlich vor allem der Zeitgeist. Auch in »normalen« Musikleben des 19. Jahrhunderts gab es das Improvisieren, Experimentieren nur für den Kirchenorganisten, und dies in sehr kunstvoll geregelt Bahnen.

Musik ist vergemeinschaftend

In der Musik ist es – anders als in der Sprache – möglich, gleichzeitig zu sprechen und zu hören. Ist die Sprache dialogisch angelegt, so spricht man in der Musik gewissermaßen im Chor. Allein das Erleben eines rhythmischen oder klanglichen Eingebettetseins und Dazugehörens kann schon eine heilsame Wirkung für Patienten haben, denen es ansonsten verwehrt bleibt, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Gestärkt durch dieses Erleben und dadurch, dass es ein gegenseitiges wortloses Verstehen wegen generationsspezifischer Vorlieben gibt, werden Einzelaktionen und Interaktionen möglich, wird somit kommunikatives Verhalten angeregt und geübt. Gemeinsames musikalisches Handeln hat überdies stark integrativen Charakter, denn es

kann über die unterschiedlichsten Formen von Störungen der Beteiligten hinweg betrieben werden.

Wie auch bei der Kreativität können hierbei stark verwirrte Patienten allerdings leicht überfordert werden. Erstens dann, wenn die Klänge und Rhythmen nicht denen entsprechen, die sie kennen. Dies kann geschehen, wenn in einer Gruppe zu viele unterschiedliche musikalische Erfahrungen und Bedürfnisse zusammenkommen. Zum anderen, wenn es den Patienten nicht mehr möglich ist, sich auf mehr als einen fremden Menschen einzustellen. Hier sind Einzeltherapien vorzuziehen.

Die gemeinschaftsbildende Kraft der Musik ist in der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts natürlich bekannt und geschätzt. Sie hat aber wieder eine etwas andere Konnotation: Hervorgehoben werden meist Gemeinschaftsleistungen, also eine Verwunderung darüber, dass Leistungen der Anstaltschöre oder -musikgruppen durchaus vergleichbar sind mit Musikproduktionen »normaler« Menschen. Der Schwerpunkt liegt also weniger auf dem Erleben von Gemeinschaftlichkeit für den Patienten als darauf, gesellschaftliche Zugehörigkeit zu dokumentieren.

»In unseren Hospitälern für die Geisteskranken finden sich Patienten, die, obwohl sie alle Sinne und Gefühle verloren haben, Quartette und Quintette in einem Grad an Perfektion bilden, der den Vergleich mit Berufsmusikern nicht zu scheuen braucht.« – beschreibt *C.H. Merz* 1892 ([10] S. 212).

Musik ist bewegungsfördernd

Wenn Musik emotionalisierend ist, heißt das, dass sie innere Bewegung auslöst. Ein großer Bereich der Musik ist zudem direkt auf die Auslösung von äußeren, meist tänzerischen, Bewegungen ausgelegt. Die Ordnungskraft der Musik für äußere Bewegung ist offensichtlich. Die Basis der Motivation zu tanzen ist aber immer auch eine emotionale, und diese bei altersdementen Patienten unmittelbar mit Erinnerungen verknüpft: Nur der »richtige« Walzer, der aber mit großer Verlässlichkeit, bringt »Lahme zum Gehen«, lässt Alte wieder jung werden und erlaubt überdies durch die starke Geregeltheit der Paartänze eine ansonsten für alte Menschen nur noch schwer herstellbare Intimität von Körperkontakten.

Hier ist uns die Psychiatrie des 19. Jahrhunderts weit voraus: »Zu Ende des Jahrhunderts schließlich galt eine Tanzveranstaltung im Irrenhaus als etwas Alltägliches. *Paul Naecke* vertritt 1897 in der »Revue de Psychiatrie« die Ansicht, man solle bedenkenlos Männer und Frauen gemeinsam tanzen lassen. Außerdem sei auch die Teilnahme von Familienangehörigen wünschenswert. Die Kranken könnten dadurch etwas über das Leben außerhalb der Anstalt erfahren, würden sich nicht immer nur mit ihren Leidensgefährten unterhalten und hätte das Gefühl, als »freie Menschen« behandelt zu werden.« ([10] S. 171)

Musik ist körperlich spürbar

Der Einsatz von Musik über taktile Reize ist eine neue Entwicklung, die in Bereiche der basalen Stimulation hineinreicht. Hierzu finden wir in der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts keine Angaben. Auch in der Arbeit mit altersdementen Patienten existieren darüber noch keine Beobachtungen. Eher taucht sie auf in der Arbeit mit Schwerstbehinderten, in der Sterbebegleitung oder in der neurologischen Rehabilitation.

Coda

Haben wir die musiktherapeutischen Konzepte heute sehr weit ausdifferenziert und spezifiziert, so zeigt doch die Geschichte der Nutzung von Musik, dass eine grundlegende Erkenntnis schon lange besteht: Musik ist mehr als alle anderen Praktiken in der Lage, einen Zusammenhang besonders deutlich zu machen: »Der Mangel an intellektueller Kraft musste nicht zwangsläufig mit emotionaler Verkümmern verbunden sein. *Johann Baptist Friedreich* formuliert 1832: »Die Musik wird von vielen Seelenkranken geliebt, und oft sogar von Blödsinnigen, was ein Beweis ist, dass die Stumpfheit der Erkenntnisphäre der Verstandesschwachen und Blödsinnigen nicht immer mit einem gleichen Grade von Stumpfheit des Gemüths verbunden sein muss.« ([10] S. 123)

Diese Erkenntnis müssen sich Therapeuten auch heute noch immer wieder verdeutlichen. Nicht zuletzt in der Betreuung Altersdementer wurde noch vor 20 Jahren der gleiche Fehler gemacht – und er schleicht sich auf subtile Art und Weise in fast jede betreuende Alltagshandlung ein: Die Gefahr nämlich, die emotionale Realität der Erkrankten nicht ernst zu nehmen und zu versuchen, sie auf unsere scheinbar so rationale Realität hin zu biegen.

Literatur

1. Feil N: Validation. Ein neuer Weg zum Verständnis alter Menschen. Wien 1992
2. Grün M, Dill-Schmolders C, Greulich W: Morbus Parkinson. Schöpferische Musiktherapie. In: TW Neurologie Psychiatrie 1997; 11 (6): 347-349
3. Hoffmann P: »Vom Phrasen dreschen und Phrasieren« Ein Beitrag zur Untersuchung musiktherapeutischer Improvisationen, In: Nervenheilkunde 2001; 20 (8): 442-449
4. Kapteina H: »Im Tanz das Leben spielerisch gelingen lassen«. Folkloretänze in Therapie und Prävention. In: Schwabe Ch, Stein I (Hg.): Ressourcenorientierte Musiktherapie. Materialien zur Tagung »Musiktherapie – Lebensgenuß – Freude?«. Crossener Schriften zur Musiktherapie 2000, Band XII, pp 394-414
5. Muthesius D: Musiktherapie mit alten erkrankten Menschen. Möglichkeiten der Intervention. Vortrag auf dem 2. Rendsburger Symposium 2000 »Musiktherapie für alte Menschen«, Dokumentation: Nordkolleg Rendsburg (Hg), www.nordkolleg.de
6. Muthesius D: Die ewige Jugend oder Emotionen altern nicht. Musik(therapie) für Alzheimerkranke. In: Schwabe Chr, Stein I (Hg): Ressourcenorientierte Musiktherapie. Materialien zur Tagung »Musiktherapie-Lebensgenuß-Freude-?«. Crossener Schriften zur Musiktherapie 2000, Band XII, pp 314-326
7. Muthesius D (Hg): »Schade um all die Stimmen...«. Erinnerungen an Musik im Alltagsleben. In der Reihe: Damit es nicht verloren geht..., Band 46, Hg: Mitterauer M, Kloß PP, Böhlau Verlag, Wien 2001
8. Muthesius D, Bayer-Kellermann H: Indikationskatalog Musiktherapie für chronisch und chronisch-psychisch erkrankte ältere und alte Menschen. Hg.: Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie, Berlin: www.musiktherapie.de, Reihe: Beiträge zur Musiktherapie, 1999
9. Pleß-Adamczyk H, Frohne-Hagemann I: Indikationskatalog Musiktherapie bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Vandenhoeck & Ruprecht, Stuttgart 2003
10. Schumacher R: Die Musik in der Psychiatrie des 19. Jahrhundert. Marburger Schriften zur Medizingeschichte, Bd. 4. Peter Lang, Frankfurt 1982
11. Schumacher K, Pankoke K (Hg): Diplom Ergänzungsstudium, Dokumentation 1996, Berichtszeitraum 1990-1995
12. Schumacher K: Musiktherapie mit autistischen Kindern. Musik-, Bewegungs- und Sprachspiele zur Integration gestörter Sinneswahrnehmung. Praxis der Musiktherapie Bd. 12, Gustav-Fischer-Verlag, Stuttgart 1994
13. Schumacher K: Musiktherapie und Säuglingsforschung. Peter Lang, Frankfurt 2000
14. Schumacher K: Indikation für Musiktherapie bei Menschen mit Autismus und autistischen Zügen. In: Schirmer B: Autismus in Berlin: Ein Handbuch und Ratgeber. Weidler, Berlin 2002
15. Smeijsters H: Musiktherapie als Psychotherapie. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 2002

Korrespondenzadresse:

Dr. Dipl. Soz. Dorothea Muthesius
Musiktherapeutin
Kleiststraße 35
10787 Berlin
E-Mail: dorothea.muthesius@musiktherapie.de

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 gedämpftem 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 summt 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

Musiktherapie in der Neurorehabilitation: Eine Evaluationsstudie – erste Ergebnisse

S. Jochims¹, A. Pöpel², N. van Kampen³, H. Grehl⁴

¹DRK-Therapiezentrum Middelburg, ²Klinik für Epileptologie, Universitätsklinik Bonn,

³Epilepsiezentrum Berlin (Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge),

⁴Ev. Krankenhaus Duisburg Nord (Abt. Neurologie)

Zusammenfassung

Das Ziel dieser Studie ist die Evaluation des Interesses für und der Einbeziehung von Musiktherapie in das Behandlungsprogramm deutscher Neuro-Rehabilitationskrankenhäuser. Es wurden 139 Rehabilitationskliniken befragt, mit jeweils einem Fragebogen für den Chefarzt und einem für den Musiktherapeuten vor Ort. Die vorläufige Auswertung der erhobenen Daten zeigte folgende Ergebnisse: 29% aller Rehabilitationskliniken haben Musiktherapie integriert. Das ist ein unerwartet hoher Prozentsatz. Hinzu kommt ein großes Interesse an Musiktherapie von 70% der Krankenhäuser, die dieses Fach noch nicht integriert haben. Die Ausbildungsinstitute für Musiktherapie jedoch haben dieses zukunftssträchtige Arbeitsfeld offensichtlich noch nicht ausreichend zur Kenntnis genommen. Denn nur 30% von ihnen trainieren ihre Studenten auch im Fach der Neurologie.

Der Schwerpunkt musiktherapeutischen Einsatzes liegt in den Phasen B und C. Die Vorstellungen der Ärzte bezüglich der Indikationskriterien, jedoch nicht bezüglich der erwünschten Fachkenntnisse, differieren erheblich von denen der Musiktherapeuten. Die häufig zu hörende Meinung über Ärzte, sie seien allzu ausschließlich funktionalen Behandlungsansätzen gegenüber aufgeschlossen, konnte in der Untersuchung nicht bestätigt werden.

Schlüsselwörter: Musiktherapie, Neuro-Rehabilitation, funktionale Therapie, Psychotherapie

Music therapy in neuro-rehabilitation: preliminary results

S. Jochims, A. Pöpel, N. van Kampen, H. Grehl

Abstract

The aim of this study is the evaluation of German neuro-rehabilitation hospitals and their therapeutic program with special interest in the integration of music therapy in the rehabilitation process. 139 German rehabilitation centers were evaluated via a questionnaire for the head doctor as well as for the music therapist.

Preliminary results are: Music therapy is practiced in 29% of all German neurorehab-hospitals. This is an unexpected high percentage. In addition there is a high interest for music therapy of 70% of those hospitals who have not yet integrated this method. The training courses for music therapy obviously are not aware of this working field with a promising future as only 30% of them are integrating neurology into their curriculum.

Music therapy is mainly integrated in phase B and C. The indication criterias, but not the desirable spectrum of professional knowledge, differ widely between the medical doctors and the music therapists. The often heard estimation concerning the doctors' preference for functional training could not be verified in this study.

Key words: music therapy, neuro-rehabilitation, functional therapy, psychotherapie

Neurol Rehabil 2003; 9 (Suppl 1): S18-S22

Einleitung

In Deutschland ist die Neurorehabilitation ein relativ neues, in den letzten 10–15 Jahren stark expandierendes Arbeitsgebiet [1]. Musiktherapeutisch wurden seit 1985 die ersten Versuche in diesem Arbeitsfeld unternommen [2, 3]. Nach 15 Jahren musiktherapeutischer Erfahrung in der Neurorehabilitation schien es an der Zeit, einen Ein- und Überblick über den derzeitigen Stand dieser Therapiemethode innerhalb dieses Arbeitsgebietes zu erhalten. Die spezifische Frage der Integration musiktherapeutischer Behandlungsangebote in das klinisch-rehabilitative Gesamtkonzept war

daher das Ziel dieser Evaluationsstudie. Es wurden 139 Rehabilitationskliniken bezüglich der Einbeziehung von und der Indikationskriterien für Musiktherapie befragt [11]. Desweiteren wurden Daten über die Arbeitsbedingungen von Musiktherapeuten in diesem Arbeitsfeld wie auch die für notwendig erachtete inhaltliche Qualifikation erhoben. Ebenfalls wurden alle deutschen musiktherapeutischen Ausbildungslehrgänge nach ihrer Einbeziehung neurologischen Fachwissens befragt.

Die Daten wurden mit Hilfe von EXCEL ausgewertet. Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum 11/2000–8/2001. Die nachfolgenden vorläufigen Ergebnisse beziehen sich auf

eine erste Datenauswertung bis 4/2001, die zuerst auf dem 5. europäischen Kongress für Musiktherapie in Neapel (4/2001) vorgestellt und in dem online-journal »Music Therapy Today« veröffentlicht wurden [11]. Alle hier abgebildeten Tabellen und Diagramme sind dieser Publikation entnommen. Eine Veröffentlichung der endgültigen Ergebnisse ist in Kürze zu erwarten.

In »Medline« lassen sich 890 Publikationen unter dem Stichwort »Musiktherapie« finden. Von diesen 890 Publikationen behandelt eine das Thema »Musiktherapie und Neurorehabilitation«, 8 Publikationen behandeln das Thema »Koma«, 10 Publikationen drehen sich um den »Schlaganfall«, 15 Publikationen um »Musiktherapie und Aphasie«, 50 Publikationen um »Musiktherapie und Demenz«, 57 Publikationen um »Musiktherapie und Schmerz« und nur einige wenige um MS, Parkinson und Epilepsie. Das ist für Neurologen und Neuro-Reha-Ärzte, die auf der Suche nach einer Begründung für die Einrichtung einer musiktherapeutischen Stelle sind, eine schlechte Ausbeute bzw. Information, denn sie könnten schlussfolgern, dass Musiktherapeuten sich vorwiegend für Demenz- oder Schmerzbehandlung interessieren. Diese eher einseitige Information mag daran liegen, dass die führende deutsche Musiktherapie-Fachzeitschrift, die »Musiktherapeutische Umschau«, nicht in die »Medline« einbezogen ist. Die Öffnung der Musiktherapie in medizinische Fachgebiete ist, wie daraus ersichtlich, ein schwieriges Kapitel, auch wenn die erste deutschsprachige musiktherapeutische Publikation im Fachgebiet neurologischer Rehabilitation bereits 1977 erschien [12]. Zwischen 1991 und 2000 waren es schon 12 Publikationen über den Einsatz von Musiktherapie in diesem Fachbereich [u. a. 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14]. An der deutlich zunehmenden Zahl von Publikationen ist abzulesen, dass sich Musiktherapie offenbar einen Platz im Behandlungsangebot dieses Arbeitsgebietes erobert hat.

Methoden

Wir entwickelten zwei Fragebögen, einen für die Chefarzte und einen für den in dieser Einrichtung arbeitenden Musiktherapeuten. Beide Fragebögen hatten teilweise dieselben, teilweise unterschiedliche Fragen. So fragten wir ausschließlich die Chefarzte nach der Krankenhausstruktur wie Bettenzahl, Rehasufen, Kostenträger und Mitarbeiterspektrum. Wir fragten sie aber auch nach ihren Indikationskriterien zum Einsatz von Musiktherapie und der von ihnen favorisierten Qualifikation von Musiktherapeuten. Schließlich wollten wir auch die Finanzierung von Musiktherapiestellen erfahren. Die Musiktherapeuten befragten wir ebenfalls zu den Indikationskriterien. Ausschließlich an sie richtete sich jedoch die Frage nach dem Setting, zur Art der Dokumentation sowie zu ihrem Ausbildungsweg. Wie die Ärzte, so wurden auch sie über die aus ihrer Sicht für notwendig erachtete inhaltliche Qualifikation befragt. Die Fragen wurden mündlich, teilweise als persönliches Interview, größtenteils aber als Telefoninterview abgefragt. Die Ergebnisse wurden mit Hilfe von EXCEL und SPSS ausgewertet.

Vorläufige Ergebnisse

a) Klinikangebote im Vergleich

Musiktherapie ist in 29% aller deutschen Neurorehabklinien einbezogen. Die Indikationen in Bezug zu Krankheitsbildern liegen spezifisch bei Wach-Koma, Frührehabilitation für Erwachsene wie auch für Kinder und Jugendliche, MS, Parkinson und Schlaganfall. Musiktherapie wird in allen Phasen, angefangen bei der Akutbehandlung der Phase A wie auch in der Rehabilitationsbehandlung der Phasen B, C, D, E und auch in der Langzeitphase F praktiziert (Abb. 1).

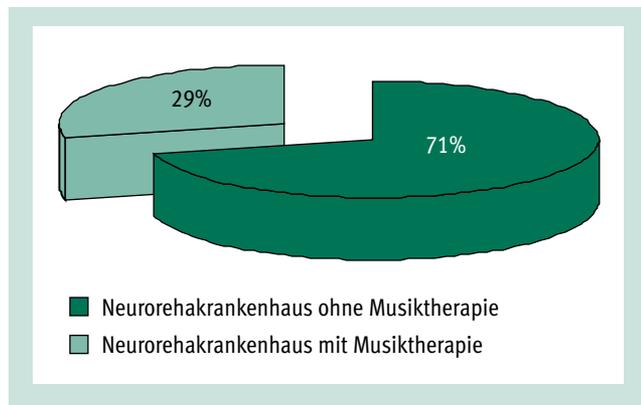


Abb. 1: Musiktherapie in deutschen Neurorehabklinien

Betrachtet man die Krankenhäuser in ihrer Gesamtheit, so befinden sich die meisten Rehabetten in den Phasen B, C und D mit einem Maximum an Betten in der Phase C. 85,2% der Krankenhäuser, die Musiktherapie anbieten, haben eine hohe Bettenzahl in der Phase B, gefolgt von der Phase C. In diesen beiden Phasen liegen also eindeutig die Schwerpunkte der Einbeziehung von Musiktherapie (Abb. 2).

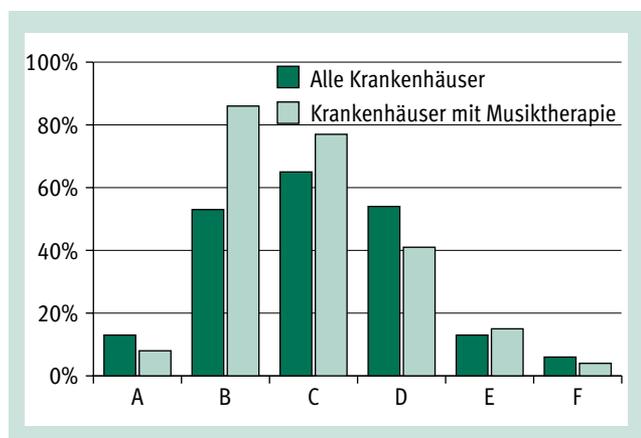


Abb. 2: Phasenspezifischer Vergleich

b) Gründe zur Nichteinbeziehung von Musiktherapie

70% der Krankenhäuser, die Musiktherapie nicht anbieten, haben dennoch ein Interesse an, aber keine Finanzierung für Musiktherapie. Lediglich 3% dieser Krankenhäuser

ohne Musiktherapie geben an, sie würden dieses Fach nicht kennen. 9% lehnen Musiktherapie ab, 11% können den Wert nicht erkennen. 5% sehen eine Kontraindikation für Musiktherapie in der Neurorehabilitation (Abb. 3).

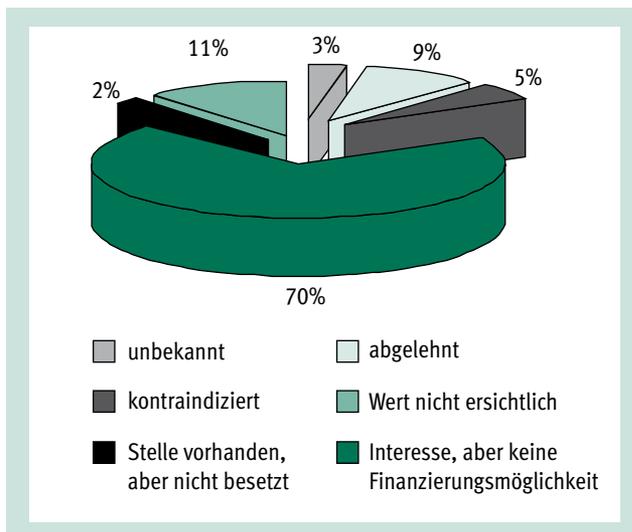


Abb. 3: Deutsche Neurorehabilitationskliniken ohne Musiktherapie

Von der Gesamtheit der Kliniken, die Musiktherapie bislang nicht einbeziehen, zeigen 72% ein hohes Interesse, und nur 20% lehnen dieses Fach ab oder können den Wert nicht erkennen. Erstaunlich ist der Bekanntheitsgrad der Musiktherapie, denn 97% der Kliniken ohne dieses Behandlungsangebot geben an, das Fach dennoch zu kennen.

c) Arbeitsbedingungen von Musiktherapeuten

77,8% der Musiktherapeuten arbeiten im Angestelltenverhältnis, der verbleibende Rest von 22,2% arbeitet als Honorarkraft. 78,9% der in diesem Bereich arbeitenden Musiktherapeuten haben ihren eigenen Therapieraum, aber immerhin 21,1% müssen sich den Therapieraum mit anderen Berufsgruppen teilen oder arbeiten ausschließlich in den Patientenzimmern. Nur die Hälfte der tätigen Musiktherapeuten hat einen eigenen Büroraum. Wenn man bedenkt, dass 89,5% aller Musiktherapeuten in diesem Arbeitsfeld eine hohe Anzahl von verschiedenen Instrumenten, 78,9% sogar zusätzlich einen CD-Player samt Kassettendeck sowie ein Klavier zur Verfügung haben, ist der fehlende eigene Therapieraum bei 21,1% der Therapeuten vermutlich ein kritischer Punkt, sowohl aus der Sicht des Therapeuten wie auch aus der Kosten-Nutzen-Sicht. Denn bei einem fehlenden eigenen Therapieraum ist zu befürchten, dass nur wenige Instrumente wirklich zum Einsatz kommen, da das Herumtragen zu zeitaufwendig und anstrengend ist. Bei einem Anschaffungswert der Musiktherapieausstattung zwischen 10.000 bis 25.000 DM (~ 5.000–12.500 Euro) sollte die Frage eines eigenen Raumes wohl durchdacht werden, um nicht Gelder unnötig zu verschwenden.

Beim Therapiesetting überwiegt deutlich die Einzeltherapie (Abb. 4). Dennoch ist der hohe Prozentsatz von 70% für Gruppentherapien bei der vergleichsweise hohen Anzahl von Phase-B-Patienten in der Musiktherapie (siehe Abb. 2) eher überraschend. In dieser Phase werden insbesondere Wach-Koma- oder nicht sprechende Patienten, die kaum gruppenfähig sein dürften, von Musiktherapeuten behandelt. Die Musiktherapeuten geben hierzu an, dass sie zu wenig Einfluss auf Verordnung, therapeutische Ziele sowie das Setting für ihr eigenes Fach hätten. Die Anzahl der Behandlungsangebote liegt durchschnittlich bei zwei Stunden pro Woche. Bei längerer Aufenthaltsdauer werden auch häufigere Kontakte angeboten.

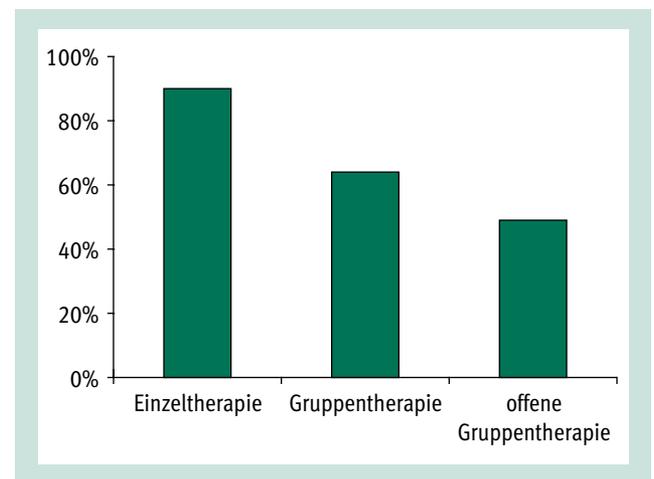


Abb. 4: Musiktherapie-Setting in deutschen Neurorehabilitationskliniken

Alle Musiktherapeuten dokumentieren ihre Arbeit. 73,7% schreiben Stundenprotokolle, die jedoch nicht standardisiert sind. 57,9% schreiben einen Abschlussbericht, aber nur bei 36,8% fließt dieser Abschlussbericht in den Abschlussbericht des Arztes mit ein. Hier erhebt sich die Frage, warum die Ergebnisse musiktherapeutischer Arbeit so wenig nach außen repräsentiert sind, denn immerhin 63,2% der Kliniken mit integrierter Musiktherapie lassen die Ergebnisse nicht in ihren Arztbrief mit einfließen. Liegt es an dem bislang nicht ausreichend definierten Transfer musiktherapeutischer Zielsetzungen in den Alltag oder etwa an der mangelnden Kostenübernahme musiktherapeutischer Weiterbehandlung im ambulanten Bereich?

d) Indikationskriterien für Musiktherapie

Hier sind vor allem die Vergleiche zwischen den Vorstellungen der Ärzte und denen der Musiktherapeuten aufschlussreich. Wir fragten auf beiden Seiten nach folgenden Indikationskriterien: sensorische Funktionsdefizite, motorische Funktionsdefizite, kognitive Funktionsdefizite, autonome Fehlregulationen, Interaktionsaufbau z.B. bei nichtsprechenden Patienten, emotionale Stabilisierung, Krankheitsverarbeitung, Verbesserung der Lebensqualität. Die Fragen konnten zwischen 0=keine Indikation und 4=absolute Indikation beantwortet werden. Die Bewer-

tung von Ärzten in der Frage der Indikation unterscheidet sich deutlich von der Bewertung der Musiktherapeuten (Abb. 5). Während die Mediziner den Einsatz von Musiktherapie in den Bereichen sensorischer, motorischer und kognitiver Defizite für besonders sinnvoll erachten, sehen die Musiktherapeuten selber ihre Behandlungsziele fast ausschließlich im emotionalen, krankheitsverarbeitenden und interaktiv/ kommunikativen Bereich. Das sind die in Deutschland durch die jeweiligen Schulen bekanntgewordenen Indikationskriterien, die interessanterweise von den Ärzten nicht abgelehnt, sondern lediglich als ein bisschen weniger wichtig (Skalastufe »3«) als die Behandlung von Funktionsdefiziten (Skalastufe »4«) eingestuft werden. Musiktherapeuten jedoch lehnen mehrheitlich funktionale Indikationskriterien ab (Skalastufen zwischen »0« und »2«).

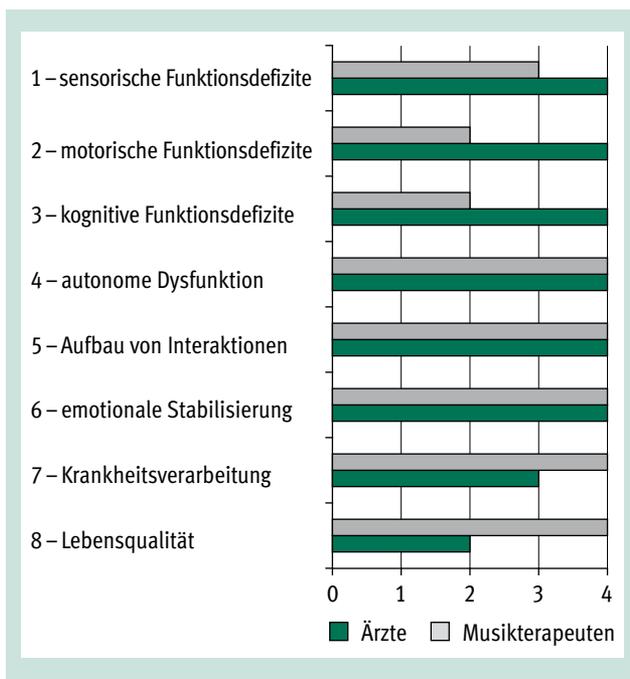


Abb. 5: Vergleichszahlen für musiktherapeutische Indikationskriterien

Ein möglicher Konfliktherd zeichnet sich in dem sehr viel breiter angelegten Indikationsspektrum aus ärztlicher Sicht gegenüber einem sehr engen Indikationsspektrum aus musiktherapeutischer Sicht ab. Hier stellt sich die Frage nach den Ausbildungsinhalten von Musiktherapielehrgängen.

e) inhaltliche Qualifikation von Musiktherapeuten für den Bereich der Neurorehabilitation

Auch hier stellten wir den Medizinern und den Musiktherapeuten die gleichen Fragen. Wir wollten erfahren, welches Hintergrundwissen erwünscht bzw. vorausgesetzt wird: neurologisches Fachwissen, psychotherapeutisches Fachwissen, musikwissenschaftliches Fachwissen. Das neurologische Fachwissen wurde unterteilt in Entwicklungspsychologie, Neurophysiologie, Neuropathophysiologie und

Psychopathologie. Das psychotherapeutische Fachwissen wurde unterteilt in Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie sowie andere Psychotherapiemethoden. Das musikwissenschaftliche Fachwissen wurde unterteilt in Musiktheorie, musikalisches Handwerk und andere musikalische Fähigkeiten. Die Einstufung erfolgte wieder zwischen 0=absolut unwichtig bis 4=absolut wichtig.

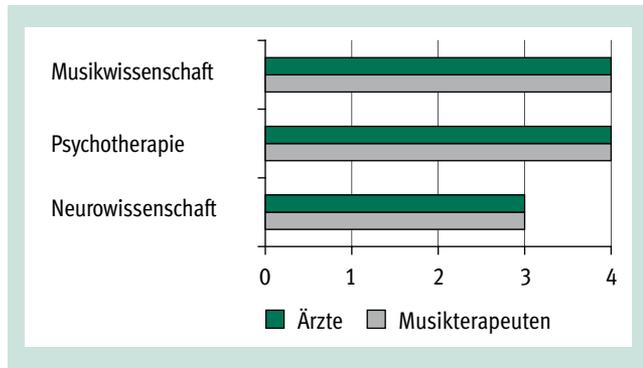


Abb. 6: Spezifisches Fachwissen für Musiktherapeuten im Bereich der Neurorehabilitation

Hier unterscheiden sich beider Blickwinkel nicht wesentlich voneinander. Beide halten musikalisches und psychotherapeutisches Fachwissen für absolut wichtig und sehen das neurologische Fachwissen als etwas weniger wichtig, jedoch nicht als unwichtig an (Abb. 6).

f) spezifisch neurologische Ausbildungsstandards für Musiktherapeuten

Alle deutschen Musiktherapie-Ausbildungen wurden nach speziellen, im Curriculum verankerten Ausbildungsfächern für Neurologie und Neurorehabilitation befragt. Hier zeigen sich die Differenzen zwischen der von Ärzten und Musiktherapeuten gleichermaßen gewünschten Qualifikation im neurologischen Fachwissen und der Realität der Ausbildungsinstitute. Nur 30% aller Musiktherapie-Ausbildungen trainieren ihre Studenten auch im Bereich der Neurologie (Abb. 7). Hinzu kommt, dass diese 30% ausschließlich auf der Ebene der Fachhochschul-, Bache-

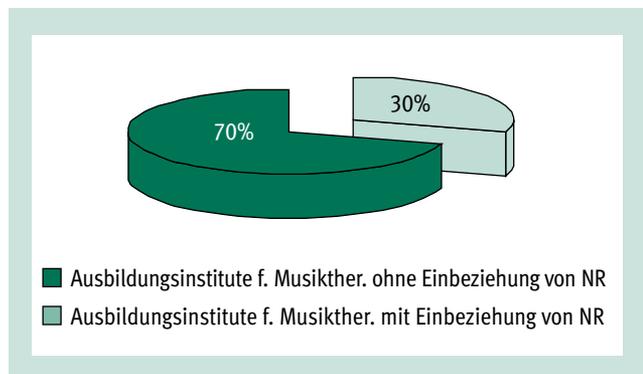


Abb. 7: Lehrgänge mit spezifischer Ausbildung für Neurologie und Neurorehabilitation (=NR).

Ausbildungslevel	Anzahl	NR ja	NR nein	vergleichbare Inhalte
Universität	7	0 0%	6 100%	- Allgemeinmedizin - Physiologie - Schmerz - medizinisch-psychologische-Grundlagen 1 kann den Wert nicht erkennen
Fachhochschule	4	2 50%	2 50%	- Allgemeinmedizin
andere (private)	9	4 56%	3 44%	- Allgemeinmedizin - Sensorik Physiologie - Schmerz 2 kann den Wert nicht erkennen

Abb. 8: Musiktherapeutische Ausbildungslehrgänge im Vergleich

lor- oder anderer Ausbildungsinstitute repräsentiert sind. In den Hochschullehrgängen wird die Neurologie gar nicht bis minimal einbezogen (Abb. 8).

Diskussion

Solange die maßgebliche musiktherapeutische Fachzeitschrift ihre Publikationen weder der »Medline« noch anderer vergleichbarer medizinischer Publikations-Übersichten bekanntgibt, wird eine sachgerechte Information der Mediziner über Indikationen und Ziele von Musiktherapie im Gebiet der Neurorehabilitation nur Stückwerk bleiben. Dass Musiktherapie dennoch einen so hohen Bekanntheitsgrad genießt, mag eher an der oft durch Hilflosigkeit gegenüber dem Krankheitsbild gekennzeichneten, manchmal »verzweifelten« Suche nach neuen Therapiemöglichkeiten seitens der behandelnden Ärzte liegen. Will diese Methode aber bei immer knapper werdenden Geldmitteln weiterhin neben den etablierten Methoden bestehen, muss sie u. a. eine bessere Informationspolitik betreiben. Trotz eines hohen Interesses der Chefärzte an diesem Fach scheitern Neueinrichtungen von Musiktherapiestellen an ihrer Finanzierung. Hier muss über alternative Wege der Finanzierung (z. B. Sponsoring) nachgedacht werden.

Die nur zögerliche Weitergabe von Behandlungsergebnissen bei der Klinikentlassung hat vermutlich verschiedene Gründe, die leider nicht weiter abgefragt wurden. Einer dieser Gründe mag auch der von vielen Medizinerinnen beklagte Mangel an wissenschaftlich überprüfbareren Erfolgswachweis dieser Behandlungsmethode sein. Die bislang geübte Praxis der Nichtanerkennung musiktherapeutischer Behandlung durch die Kostenträger hat sicherlich ebenfalls hier ihre Wurzeln. Hier hat M. Thaut aus Amerika gezeigt, dass Musiktherapie sehr wohl in der Lage ist, evidenzbasierte Forschungsergebnisse vorzuweisen [13]. Für die Zukunft wäre es dringend angesagt, dass in Deutschland vergleichbare Untersuchungen vorgelegt würden.

Die Studie hat auch gezeigt, dass die Vorurteile der Musiktherapeuten gegenüber den Medizinerinnen, sie seien für psy-

chotherapeutische Denkweisen nicht aufgeschlossen, nicht mehr haltbar sind. Die Zahlen belegen ein deutlich davon abweichendes Denken. Ausgehend von diesem Ergebnis wäre es wünschenswert, wenn die Ausbildungsinstitute, die kein psychotherapeutisches Wissen vermitteln, ihr Curriculum überprüfen. Insgesamt gesehen ist es als bedauerlich anzusehen, dass dem ermutigenden Interesse der Ärzte gegenüber der Musiktherapie in diesem Fachbereich ein deutlich erkennbares vernachlässigendes Desinteresse der Ausbildungsinstitute gegenübersteht. Hier scheint Handlungsbedarf angesagt, um eine große Zukunftschance für dieses Fach nicht leichtfertig aufs Spiel zu setzen.

Literatur

1. Frommelt P, Grötzbach H (Hrsg): Neuro Rehabilitation. Grundlagen, Praxis, Dokumentation. Blackwell Wissenschaftsverlag. Berlin, Wien 1999, S. VII
2. Gadomski M, Jochims S: Musiktherapie bei schweren Schädel-Hirn-Traumen. Musikther. Umschau 1986: 103-110
3. Gustorff D: Lieder ohne Worte. Musikther. Umschau 1990: 120-126
4. Gustorff D: Den Patienten jenseits der Krankheit erreichen. Schöpferische Musiktherapie in der Neurologie. TW Neurologie/Psychiatrie 1997: 448-453
5. Jochims S: Krankheitsverarbeitung in der Frühphase schwerer neurologischer Erkrankung. Ein Beitrag der Musiktherapie zur psychischen Betreuung bei ausgewählten neurologischen Krankheitsbildern. PpMP Psychother Med Psychol 1990: 115-122
6. Jochims S: Krankheitsverarbeitung nach schwerem Verkehrsunfall. Ein Beitrag der Musiktherapie zur psychischen Betreuung neurologischer Patienten in der Frühphase. Schlesw-Holst Ärzteblatt 1990: 34-38
7. Jochims S: Umgang mit Destruktivität. Chance musiktherapeutischer Be-Handlung. TW Neurologie/Psychiatrie 1991: 486-495
8. Jochims S: Präverbaler Kontakt. Ein Beitrag der Musiktherapie zur Erweiterung diagnostischer Möglichkeiten im Frühstadium schwerer Schädel-Hirn-Traumen. ZFA 1992: 549-554
9. Jochims S: Kontaktaufnahme im Frühstadium schwerer Schädel-Hirn-Traumen: Klang als Brücke zum verstummten Menschen. Die Rehabilitation 1994: 8-13
10. Meier U, Brosig A: Fachhandbuch Neurologische Rehabilitationseinrichtungen. MediMedia, Neu-Isenburg 1999
11. Pöpel A, Jochims S, Kampen N und Grehl H: Evaluation of Music Therapy in German Neurorehabilitation – Starting Point for European Comparability. Music Therapy Today, August 2002, available at <http://musictherapyworld.net>
12. Rauhe H: Antriebsförderung durch Musik: ein Ansatz zur rezeptiven Musiktherapie in der neurologischen Rehabilitation. Die Therapie der Gegenwart 1977: 1789-1814
13. Thaut M: Rhythmic acoustic stimulation. Neuro-Reha Kongreß Berlin 2000, book of abstracts
14. Weckel JW: Musiktherapie in der neurologischen Rehabilitation. Apallisches und post-komatöses Syndrom. In: Aldridge D (ed): Kairos II. Beiträge zur Musiktherapie in der Medizin. Hans-Huber Verlag, Bern 1998

Korrespondenzadresse:

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

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): S23-S31

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 nach-

denkswerte 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

Abb. 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

Abb. 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,

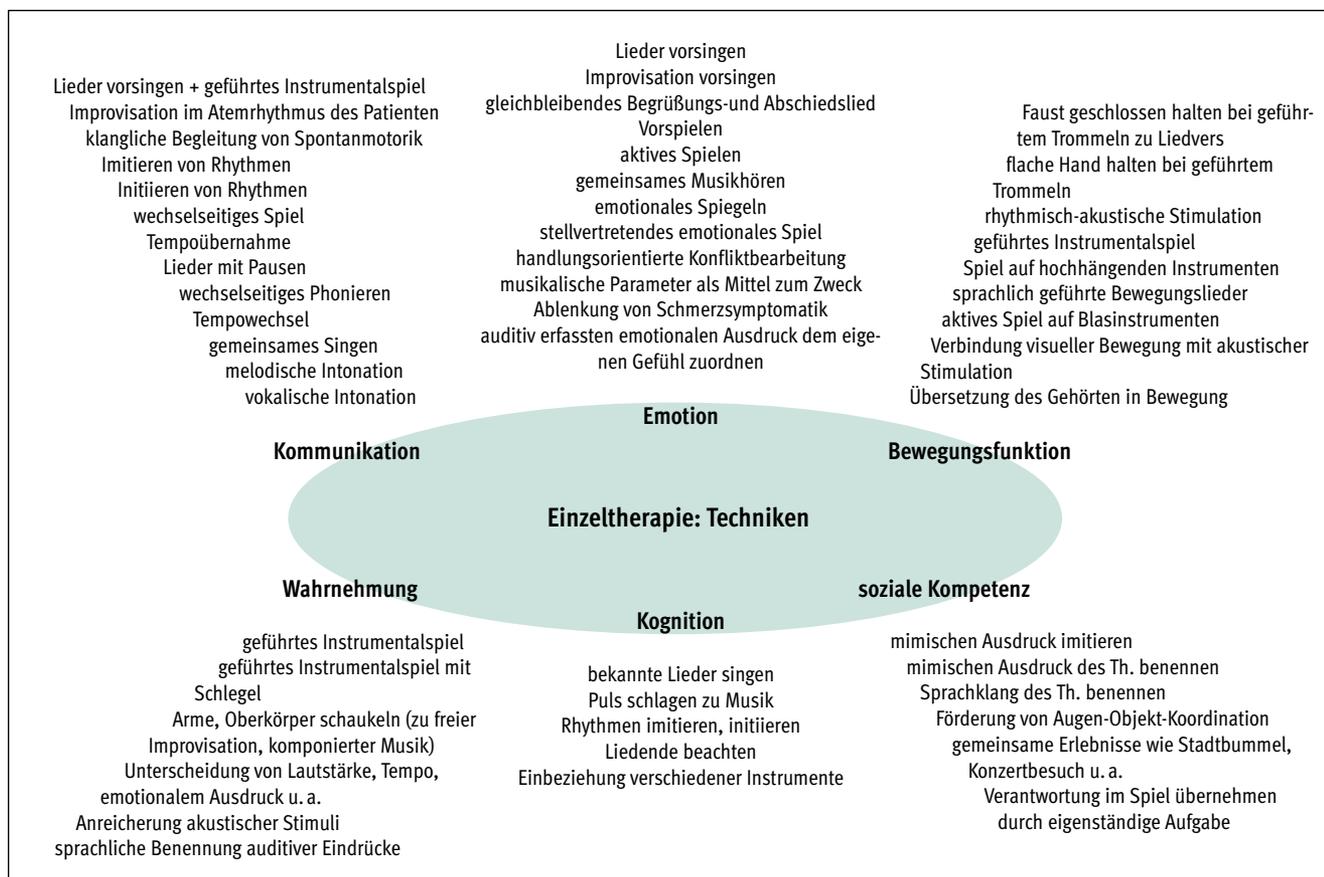


Abb. 3: Techniken der Einzeltherapie

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 (Abb. 1), Zielen (Abb. 2) und Techniken (Abb. 3) 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 anfang, 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 Sprachdukus, 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 übertriebenen 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 Spieldruck 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*. IzmeZ, 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*. IzmeZ, 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

Die Geburt der Orff-Musiktherapie

Th. Hellbrügge
Kinderzentrum München

»Die Orff-Musiktherapie ist eine multisensorische Therapie, das heißt, sie kann auch noch da ansetzen, wo ein wichtiges Sinnesorgan ausfällt oder beschädigt ist. Sie kann andere Therapien potenzieren, wenn sie sinnvoll mit ihnen koordiniert wird; sie lässt sich anwenden bei geistigen, körperlichen und Sinnes-Behinderungen, bei Verhaltens-, Entwicklungs- und Kommunikationsstörungen und bei Autismus. Die Orff-Musiktherapie ist aus praktischer Arbeit heraus entwickelt worden und beruht auf langjähriger Zusammenarbeit der Autorin mit Ärzten, Psychologen und Spezialpädagogen des In- und Auslandes.« (G. Orff: »Orff-Musiktherapie«)

Die Geschichte der Orff-Musiktherapie beginnt eigentlich bereits im Jahre 1946. Damals war ich Stationsarzt auf der Diphtheriestation der Universitätskinderklinik München im Dr.-von-Haunerschen Kinderspital. Unter den Patienten war ein Zwillingpaar mit hübscher Physiognomie, die mit ihren besorgten Eltern aus Straubing kamen. Der Vater, Professor Dr. Hofmarksrichter, war Direktor der dortigen Taubstumm-Anstalt. Bei den üblichen Elterngesprächen erzählte er mir, dass er mit dem Komponisten *Carl Orff* befreundet sei und dass er bei seinen taubstummen Kindern mit Erfolg das Orff-Schulwerk anwenden würde. Dieses Gespräch habe ich lange Zeit in Erinnerung behalten, dass nämlich Musik, und sei es vielleicht nur über die rhythmischen Schwingungen, auch von tauben Kindern erlebt wird.

Jahrzehnte später, etwa im Jahre 1970, lernte ich zufällig auf einer Tagung Frau *Gertrud Orff* kennen. Auf meine Frage, ob sie mit dem Komponisten etwas zu tun habe, erklärte sie mir, dass sie seine zweite Ehefrau sei und mit ihm zusammen das Orff-Schulwerk realisiert habe. Sofort erinnerte ich mich jener Begegnung mit Professor Hofmarksrichter, und auf meine Frage, ob sie in dem von mir mittlerweile gegründeten Kinderzentrum München mit neuen Programmen der Frühdiagnostik, Frühtherapie und frühen sozialen Eingliederung die Orff-Musiktherapie erfinden könnte, erhielt ich von ihr die spontane Antwort: Wie und wann? Ich erklärte ihr, dass ich ihr innerhalb von zwei Wochen einen geeigneten leeren Raum im Kinderzentrum zur Verfügung stellen könne und sie ihr Orff-Instrumentarium mitbringen möge. Ich würde ihr dann die Kinder vorstellen, und sie könnte sehen, welche Hilfen in welchen Bereichen mit den Mitteln des Orffschen Schulwerkes möglich seien.

Zwei Wochen später begann Gertrud Orff die ersten Kinder im Kinderzentrum München zu behandeln. Die übrigen Therapeuten im Hause (Krankengymnasten, Logopäden, Ergotherapeuten usw.) waren ebenso skeptisch wie unsere Ärzte und Psychologen. Deshalb wurden Gertrud Orff letztlich nur die Kinder geschickt, bei denen die üblichen

therapeutischen Maßnahmen kaum mehr einen wesentlichen Erfolg brachten. Dies wiederum stellte sich letztlich als Glücksfall heraus, denn nunmehr wurde die Orff-Therapie zum letzten Rettungsanker für diejenigen Kinder, die »niemand mehr wollte«. Übrigens ist eines der ersten Protokolle aus jener Zeit auch heute noch nachvollziehbar.

Große Schwierigkeiten gab es wegen einer Anstellung von Frau Orff. Sie hat zu Beginn ihrer Tätigkeit ehrenamtlich gearbeitet, aber auf die Dauer ging das natürlich nicht. Jedoch war damals in keiner Tarifordnung die Musiktherapie vorgesehen. Wie sollte sie eingruppiert werden? Beim Bezirk Oberbayern, dem damaligen Träger des Kinderzentrums München, stieß die Einstellung von Frau Orff auf unüberwindbare Schwierigkeiten. Amtlicherseits konnte eine solche Einstellung nicht erfolgen. Erst meine Argumente, wo denn der *Freud* die Psychotherapie gelernt habe, um mit einem Diplom eingestellt zu werden, machte auf die Neuschöpfung der Musiktherapie damals aufmerksam. Ich weiß bis heute nicht, wie die »unteren Stellen« es fertiggebracht haben, ohne amtliche Unterstützung Frau Orff doch noch zu einer Einstellung zu verhelfen. Aber dieses Beispiel zeigt, dass mit der Orff-Musiktherapie etwas völlig Neues auch in den Berufsbildern der Heilhilfsberufe geschaffen wurde.

Ihre Tätigkeit war so erfolgreich, dass Frau Orff bereits 1974 an einer Delegation des Münchner Kinderzentrums zur Universität Valencia, zusammen mit mehreren leitenden Mitarbeitern, teilnahm. Der Leiter des dortigen Goethe-Institutes, Herr Hellwig, hatte mit dem Rektor der Universität vereinbart, dass die Medizinische Fakultät ein deutsch-spanisches Symposium zur Behandlung retardierter und behinderter Kinder veranstaltet.

Am ersten Abend unseres Besuches in Valencia waren wir bei Herrn Hellwig eingeladen. Er hatte ein geistig behindertes Kind, das – zum Unbehagen der Eltern – ständig auf dem Klavier klimperte. Während das Kind nun in unserer Anwesenheit weiterhin »klimperte«, setzte sich Frau Orff daneben und begann, eine herrliche Begleitmusik zu den kindlichen Tonfolgen zu spielen. Sie sprach von Prärrhythmik und Prämelodik als einem erfahrbaren Bereich, den zu

erwerben sie geistig behinderten Kindern verhelfen würde. Diese Gedanken hat sie später in Monographien und wissenschaftlichen Arbeiten niedergelegt.

Schon 1973 berichtete sie in den »Fortschritten der Medizin« über Musiktherapie, und 1974 erschien ihr erstes Buch »Die Orff-Musiktherapie« im Kindler-Verlag in München. Auch war sie als Autorin beteiligt am Lehrbuch der Entwicklungs-Rehabilitation »Klinische Sozialpädiatrie«, das ich 1981 im Springer-Verlag Berlin/Heidelberg/New York herausbrachte. Das Kapitel trägt die Überschrift »Orff-Musiktherapie als soziale und emotionale Stimulation«. Hier machte sie den Versuch, die Therapie zu definieren. Sie stellte die Musiktherapie als ein dynamisches Geschehen vor, das in der Motorik die Lust zur Bewegung verstärkte, in der Sprache die Möglichkeit sich auszudrücken imitierte, im Sozialen, also im Miteinandersein und gemeinsam, derangierende Verbindungen knüpfte.

Gertrud Orff prägte das ISO-Gesetz (von iso = ähnlich, gleich). Danach unterschied sie zwischen

- dem vorsichtigen Kind, das sich zunächst überhaupt nicht ans Instrument wage, dann aber vorsichtig und überleise spiele, und
- dem aggressiven Kind, das sich heftig, lange und laut ausdrücke.

Unterbrechungen, Dosierung im richtigen Moment seien die Aufgabe des Therapeuten. Richtige Wahrnehmungs- und Entsprechungsmomente möglichst in der ersten Stunde könnten eine Veränderung im auffälligen Verhalten eines Kindes bewirken. Mit der Weckung, Stärkung und Kanalisation der Emotion sei ein wichtiger Entwicklungsschritt gemacht, der soziale folgt meist als zweiter.

Die Erfolge der Therapie zeichnete Gertrud Orff schon während der Behandlung auf, wobei sie Perzeption, mimischen Ausdruck, motorischen Ausdruck, Objektbeziehung, sprachlich-lautliche Äußerung, Stereotypien, Aggressionen, initiatives Verhalten, imitatorisches Verhalten, Sozialverhalten und Spielverhalten ansprach.



Abb. 1, 2: Gertrud Orff bei der Musiktherapie im Kinderzentrum München; 3*: Knabe mit Spastik; 4, 5*: Gruppentherapie (*© Isolde Ohlbaum, München)

»Es ergeben sich typische Diagramme, verschieden für Verhaltensgestörte, für Deprivation, für geistige Behinderung usw., die man ablesen kann; die Behinderung springt sozusagen ins Auge.

Dem Therapeuten obliegt das Freilegen der Emotionschicht und ihre Dosierung. Vorsichtig muss man z.B. beim geistig Behinderten vorgehen, die emotionalen Kräfte dosiert freilegen, damit sie nicht ungezügelt davonlaufen, die Therapie muss gleichzeitig die reduzierten geistigen Kräfte stimulieren und kräftigen.

Im Vollzug des Spielens unserer Instrumente kommt eine Verbindung von innerer und äußerer Bewegung zustande: Die äußere Bewegung bewirkt die innere, diese wiederum motiviert die äußere, eine sich stimulierende Bewegung.« Die Musik schließlich, die von den Kindern erzeugt wird, war für Gertrud Orff »prämelodisch, d.h. ohne rhythmisch präzise Fixierung, also kein erkennbarer Vierertakt, kein Dreiertakt usw. So entstehen zum Teil faszinierende musikalische Gebilde. Das Spielen ist durchsetzt mit Zäsuren, wenn das Kind seinem Tun, seinem letzten Klang nachhört und nach dem Verklingen neue Klänge hinzufügt (hierzu eignet sich am besten das Metallophon). Dieses prärrhythmische und prämelodische Spielen ist wichtig und hat so gut wie nie stereotype Züge. Das Kind lässt sich in seinem Tun selbst überraschen. In einem stereotypen Tun ist keine Überraschung.«

Dies alles erkannt zu haben und aus den vorhandenen Elementen des Orff-Schulwerkes ein lehrbares Konzept der Orff-Musiktherapie in so kurzer Zeit zu kreieren, das war nur einer schöpferischen Begabung wie der von Gertrud Orff mit ihrer einzigartigen Musikalität und ihrem absoluten Gehör möglich.

Wenn im Kinderzentrum München einem Kind kaum mehr zu helfen war, dann wurde es zu Gertrud Orff geschickt. Sie entlockte auch dem schwerbehinderten Kind noch erstaunliche Fähigkeiten, zumindest aber Freude.

Über ihre Lehrgänge, die sie in der Deutschen Akademie für Entwicklungs-Rehabilitation laufend gehalten hat, über ihre Symposien und über ihre vielen Praktikanten und Schüler bzw. Schülerinnen lebt Gertrud Orff mit ihrer Orff-Musiktherapie nicht nur in München weiter. In den Vereinigten Staaten hat die Orff-Musiktherapie sogar zum Teil eine größere Resonanz gefunden als das Orff-Schulwerk.

Carl Orff selbst versicherte mir in einer unserer ersten Begegnungen, dass Gertrud Orff nicht nur eine schöpferische Frau sei, sondern auch eine einzigartige Musikalität besitze, die den Urgrund seines Werkes spürbar mache. Dass ihr dies mit der von ihr kreierten Orff-Musiktherapie gelungen ist und dass ich hierzu einen Anstoß geben konnte, macht mich glücklich und die Kinder, denen sie mit ihrer Therapie geholfen hat, noch glücklicher.

Aktive Therapie

Frau Gertrud Orff stürzte sich dann mit dem Schulwerk in die Arbeit. Sie selbst war mehr als emotional und persön-

lich an der Therapie beteiligt, wie die Abbildungen 1, 2, und 3 erläutern.

Sie arbeitete mit den Kindern und registrierte sorgfältigeren Verhalten. Dabei beobachtete sie einesteils einzelne Kinder (Abb. 4 bei einem spastisch gelähmten Kind). Interessant sind ihre Beobachtungen in der Gruppe mehrfach und verschiedenartig behinderter Kinder. Dabei bezog sie auch nichtbehinderte Kinder mit ein.

Die Orff-Musiktherapie etablierte sich im Kinderzentrum so weit, dass wir sie bereits nach wenigen Jahren als festen Bestandteil im Programm des Kinderzentrums München im Rahmen eines Symposiums über das Orff-Schulwerk 1975 in Salzburg vorstellen konnten. Ihre Hilfen konnte ich in einem Beitrag »Orff-Musiktherapie im Rahmen einer mehrdimensionalen Therapie für mehrfach und verschiedenartig behinderte Kinder« wie folgt formulieren:

»Da wir zur Therapie für jede der verschiedenen Funktionsdefizite inzwischen Spezialisten haben, geht es der Orff-Musiktherapie ähnlich wie dem Pädiker in der Medizin. Sie sieht das ganze Kind als Aufgabe und nicht nur eine Organspezifität. Deshalb gibt es Schwierigkeiten, Spezialisten zu finden, die in den verschiedenen Bereichen messen und klarlegen, welche Einwirkungsmöglichkeiten eine Musiktherapie bei dem einzelnen geschädigten Kind hat. Aber über Videorecorder können wir das Verhalten des Kindes vor, während und nach der Musiktherapie messen. Unsere Erfahrungen beziehen sich auf schwer hörbehinderte Kinder, auf geistig behinderte Kinder, auf blinde Kinder, auf spastisch gelähmte Kinder, vor allem auf mehrfach behinderte Kinder. Was bei der Orff-Musiktherapie passiert, können wir an einzelnen Momenten ablesen und so die Kinder in ihren Reaktionen beobachten. Es ist faszinierend, dort zu sehen, wie ein mikrozephaleres Kind reagiert, bei welchem der Erfahrene auf den ersten Blick erkennen kann, dass es keine Einsicht in Zusammenhänge erfährt, aber über diese Musik in ihrer Emotionalität angesprochen wird. Es ist phantastisch zu sehen, mit welcher Intension sich ein spastisch gelähmtes Kind der Instrumente des Orff-Schulwerkes bedient, obwohl das Instrumentarium so, wie es jetzt ist, für Körperbehinderte, z.B. die Schlägel für einen Spastiker, viel zu fein sind, um sicher ergriffen zu werden. Tatsache ist, dass durch die Orff-Musiktherapie in erster Linie die Emotionalität angesprochen wird. Über die Gruppe, z.B. bei der Orff-Gruppentherapie, wird auch die Phase der zweiten Sozialisation in der Sozialentwicklung des Kindes angesprochen.

Es ist ein bleibendes Verdienst von Frau Gertrud Orff, die als geniale Interpretin des Schulwerkes deren Grundelemente systematisch in die Hilfe für mehrfach und verschiedenartig behinderte Kinder eingeführt hat.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Theodor Hellbrügge
em. o. Prof. für Sozialpädiatrie der Universität München
Kinderzentrum München
Heiglhofstraße 63 / II
81377 München

12. Musiktherapie-Tagung

ZWISCHENWELTEN – MUSIKTHERAPIE BEI PATIENTEN MIT ERWORBENER HIRNSCHÄDIGUNG

06. – 07. März 2004

Leitung: Monika Baumann, Dr. Monika Nöcker-Ribaupierre

Eine Hirnverletzung bedeutet ein traumatisches Ereignis im Leben eines Menschen. Neben vielfältigen anderen Beeinträchtigungen werden ihm seine bisherigen Ausdrucks- und Kommunikationsmöglichkeiten ganz oder teilweise genommen. Wo in einem frühen Stadium andere therapeutische Maßnahmen oft keinen Ansatz finden, ist es über Musik möglich, den Patienten in seinem emotionalen Erleben zu erreichen. So entsteht in der musiktherapeutischen Begegnung ein Raum, in dem sinnvoller Austausch, Kontakt und Beziehung stattfinden kann.

Samstag, 06.03.2004

13.00 Einleitung: M. Baumann

13.30 – 14.30 A. Zieger: Musikalische Aspekte beim körpernahen Dialogaufbau mit komatösen Patienten
14.30 – 15.30 M. Jochheim: Einfach Da-Sein dürfen – Musiktherapie mit bewusstseins- und wahrnehmungsge-
störten Patienten

17.00 – 18.00 S. Burger: Gemeinsam Spaß haben –
Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen im sog.
Wachkoma

18.00 – 19.00 W. Schmid: Musiktherapie mit MS-
Patienten – eine Pilotstudie

Sonntag, 07.03.2004

10.00 – 11.00 S. Jochims: Durch alle Phasen –
Langzeitbegleitung mit Musiktherapie

11.00 – 12.00 S. Reimold: Auf der Suche nach dem
neuen Ich – Krankheitsverarbeitung nach Schlaganfall
12.30 – 13.30 Schlussworte: M. Gadomski und
M. Nöcker-Ribaupierre

Mehr Informationen: www.freies-musikzentrum.de

Tagungsgebühr: 100,- EURO/ermäßigt 85,- EURO
Frühbucher-Rabatt: 10% bei Anmeldung und sofortiger
Bezahlung der vollen Gebühr bis Mo, 12.01.2004
Ermäßigungen entsprechend FMZ-Einschreibe-
bedingungen (u. a. Schüler, Studenten, Zivis).

**Anmeldung: nur schriftlich mit Einzugsermächtigung
und Angabe der Kurs Nr. F100 über FMZ München,
Ismaningerstr. 29, 81675 München, Fax: 089/
41 42 47 - 60**

Anmeldeschluss: Mo, 02. Februar 2004



G. Baller Kognitives Training

Ein sechswöchiges Übungsprogramm für Senioren zur Verbesserung der Hirnleistung

144 Seiten, brosch., inkl. CD-ROM

ISBN 3-9806107-5-6

Hippocampus Verlag 2003

€ 19,90

Das vorliegende Übungsbuch umfasst ein Programm für ein sechswöchiges Eigentaining zur Förderung der kognitiven Leistungsfähigkeit. Ausgehend von fünf Trainingstagen pro Woche und drei bis vier Übungen pro Tag enthält es 100 Übungen zum Eigentaining. Die Zusammensetzung der Übungseinheiten für einen Tag ist so abgestimmt, dass die Trainingsdauer etwa 15–20 Minuten beträgt. Der Schwerpunkt der Übungen liegt auf der Förderung der Merkfähigkeit, der Orientierung, des Urteilsvermögens und sie haben einen alltagspraktischen Bezug.

Auch die Motivation wurde bei der Zusammenstellung der Übungen berücksichtigt. So sind in regelmäßigen Abständen Langzeitgedächtnisübungen eingebaut, die für ältere Patienten oft leichter zu lösen sind und so Erfolgserlebnisse vermitteln. Ein Zwischentext informiert über die Bedeutung des regelmäßigen Hirnleistungstrainings.

Neben einem kurzen Einleitungsteil, dem Übungs- und Lösungsteil enthält das Übungsbuch im Anhang einen »Tageskalender«, der das zeitliche Orientierungsvermögen und die Planungskompetenz fördern soll und gegebenenfalls dem behandelnden Arzt als Rückmeldung vorgelegt werden kann.

**Zum wiederholenden Training können die
Übungen von der beiliegenden CD ausgedruckt
werden.**

