

Musiktherapie in der Neurorehabilitation

Silke Jochims

ZUSAMMENFASSUNG. Nach einer kurzen Einführung über den derzeitigen Stand der Musiktherapie im multiprofessionellen Team der Neurorehabilitation werden international divergierende Konzepte aus den kommunikativen, sozialen, emotionalen, motorischen, sensorischen wie kognitiven Störungsbereichen behandelt. Ergänzend wird der Frage des noch ausstehenden Wirkungsnachweises nachgegangen. Schwerpunktmäßig wird dann auf den Forschungsstand in den Indikationsbereichen der sozialen Kompetenz, der Beeinflussung der Stimmung sowie der Kommunikation, hier insbesondere bezüglich der Arbeit mit Aphasikern und Dysarthrikern, eingegangen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Musiktherapie – Neurorehabilitation – Kommunikation – Aphasie – Dysarthrie

Einleitung

Weltweit wird der Begriff „Musiktherapie“ unterschiedlich verstanden und mit verschiedenen Inhalten gefüllt. Während einige Schulen dem emotionalen Aspekt der Musik ihre besondere Aufmerksamkeit widmen, nutzen andere ihren hohen Grad an Strukturiertheit. Wenden sich einige Schulen den aus dem Unbewussten ercheinenden inneren Bildern zu, die in Kombination mit Musik entstehen, so sehen andere ihr Ziel im Auslösen gefühlshafter Reaktionen und dem Stimulieren von Erinnerungen durch bekannte Musik. Einige nutzen musikalische Improvisation mit dem Ziel, dem Klienten eine Ausdrucksmöglichkeit seiner Gefühlswelt zu ermöglichen, andere sehen komponierte Musik als innovatives Medium zur Bewegungskoordination. Einige sehen ihr Ziel darin, mit nicht-sprechenden Menschen über Klänge zu kommunizieren, andere bieten ihnen sehr intelligenten und sehr gut verbalisierenden Patienten an, über Klänge mit der ihnen abhanden gekommenen Gefühlswelt wieder in Kontakt zu kommen.

Auf der methodischen Ebene werden Musikhören (rezeptive Musiktherapie) und Musikproduzieren (aktive Musiktherapie) unterschieden. Beim Hören von komponierter Musik liegt der Fokus auf der auditiven Wahrnehmung und Verarbeitung, was so-

wohl den funktionalen wie auch den psychologischen Aspekt umfassen kann. Das aktive Spiel zielt auf den Eigenausdruck, der funktionale Aspekte der Bewegungsförderung mit sensorischer Integration sowie emotionalen und kommunikativen Zielen verbindet.

Auf der Theorieebene sehen manche Musik, wenn sie aktiv produziert wird, analog zur Sprache (Jochims, 2000), während andere sie zur atmosphärischen Vertiefung z.B. von Träumen oder auch zur Verdeutlichung frei fließender Gefühle nutzen (Frohne-Hagemann, 2000).

Diese kurzen Erläuterungen mögen als Erklärung dienen, warum Musiktherapie im Fachgebiet der Neurologie und Neurorehabilitation so viele unterschiedliche Sichtweisen hat.

Der Patient mit seinen Störungen und Ressourcen

Als Folge einer erworbenen Hirnläsion treten neben medizinischen Komplikationen Störungen in praktisch allen Bereichen menschlichen Seins auf: in der Motorik, Kognition, Sensorik, Kommunikation, Emotion sowie der sozialen Kompetenz. Alles ist im Steuerungsorgan „Hirn“ durcheinandergewirbelt

Silke Jochims ist Diplom-Musiktherapeutin/Psychotherapie (HPG) mit drei Musikhochschulabschlüssen. Sie absolvierte ein Musiktherapiestudium am Southlands College in Großbritannien und ist seit 1984 in verschiedenen klinischen Bereichen als Musiktherapeutin tätig: Neurorehabilitation, Psychosomatik/Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sie war sechs Jahre Mitglied im Redaktionsteam der „Musiktherapeutischen Umschau“, ist seit 1996 Koordinatorin des Arbeitskreises „Musiktherapie“ in der „European Association For Psychotherapy“ (EAP), publizierte zahlreiche Beiträge in Fachzeitschriften und Büchern und gab 2005 im Hippocampus-Verlag ein Buch zum Thema internationale Konzepte, Forschung und Praxis in der Musiktherapie heraus.



und bedarf bei der Reorganisation der jeweiligen Aufmerksamkeit.

In allen sechs Störungsfeldern gibt es, international gesehen, musiktherapeutische Behandlungskonzepte (siehe Jochims, 2005). Richtet die amerikanische Musiktherapie sich überwiegend auf die Verbesserung funktionaler Defizite, so fokussiert die europäische Musiktherapie stark auf kommunikative wie emotionale und interaktionelle Aspekte. Der Unterschied in der Herangehensweise liegt im Besonderen in der Wertigkeit, die der therapeutischen (musikalischen wie außermusikalischen) Beziehungsarbeit beigemessen wird, die in der funktionalen Ausrichtung einen erheblich kleineren Stellenwert einnimmt als im emotional-interaktiven Ansatz.

„The key is for a therapist continually to integrate the psycho-emotional with the physiologic aspects of the problem, in order to evolve a truly holistic therapy intervention“ definiert die amerikanische Kollegin D. Berger im Jahr 2002 (Berger, 2002, S. 138).

Ausgewählte Störungsfelder

Soziale Kompetenz

B. Wheeler hat in Amerika eine empirische Studie über soziale Fähigkeiten von Schlaganfall- und SHT-Patienten durchgeführt (Wheeler, 2005 a). Das Hauptziel der Studie war die Evaluierung der Frage, ob Musiktherapie in der Zeit der Akutphase soziale Interaktionsfähigkeiten des Patienten und seine Therapiemotivation insgesamt zu fördern und zu verbessern vermag. In einer weiteren amerikanischen Studie wurden Patienten, die das Standard-Heimprogramm erhielten, verglichen mit Patienten, die über zwölf Wochen Musiktherapie zusätzlich erhielten (Purdie et al., 1997).

In beiden Studien wie auch in einer dritten, die sich spezifisch mit SHT-Patienten befasste (Barker & Brunk, 1991), war das Ergeb-

nis ähnlich: Die Patienten wechselten von einer passiven Gruppenrolle in eine aktive Führungsrolle, statistisch signifikant veränderte sich die spontane Interaktion. Der letztere Befund ergab sich auch aus einer Studie aus Irland mit älteren Schlaganfallpatienten (Moss, 2005). Auch dort war das Ergebnis musiktherapeutischer Gruppenarbeit ein signifikant höherer Grad an spontaner Interaktion innerhalb der Gruppe im Vergleich zum Aufenthalt im Tagesraum auf der Station. In dieser Studie gaben die Patienten mittels eines Fragebogens an, Musiktherapie sei durch das Angebot zur Kommunikation und zur Bewältigung von Gefühlen (81 %) von besonderem Nutzen. Darüber hinaus trage sie zur Verminderung von Isolation (64 %) bei.

In allen Untersuchungen gab es einen Trend zu einer stärkeren Motivierung und Beteiligung an Therapien. Eine größere Wir-

kung durch musiktherapeutische Behandlung jedoch wurde bei denjenigen erzielt, die stärker eingeschränkt waren. Das wiederum überrascht nicht, da doch ein charakteristisches Merkmal von Musiktherapie ist, dass sie Menschen erreichen kann, die auf andere Weise nur noch schwer zu erreichen sind. (Tab. 1)

Psychische Funktionen

Eine randomisierte, kontrollierte Studie, die Musiktherapie bei Schlaganfallpatienten untersuchte, erzielte statistisch signifikante Ergebnisse bei der Verbesserung von Depression und Angstzuständen (Purdie et al., 1997). Ein weitere kontrollierte Studie mit SHT- und Schlaganfallpatienten zeigte eine trendmäßige Verbesserung der Stimmung in der behandelten Gruppe (Nayak et al., 2000). In einer neueren Studie aus England wurden

■ Tab. 1: Soziale Kompetenz

Indikation	Ziele	Techniken
Störung visueller Objekt-Wahrnehmung (Hand / Augen-Koordination)	Objekt Konstanz	<ul style="list-style-type: none"> • Hand/Augen-Koordination beim Spiel • Spiel mit Bewegungsmeldern
Mangelnde auditive Aufmerksamkeit	Verbesserung aktiver Hinhör-Bereitschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Hörübungen • Imitationsübungen (Rhythmus, Tempo, Dynamik) • Imitationsübungen ohne visuellen Kontakt • Auditive Reaktionsangebote beim Zusammenspiel
Gestörtes Interaktionsverhalten	Wahrnehmung des interpersonellen Raumes	<ul style="list-style-type: none"> • Imitieren des mimischen Ausdrucks vom Therapeuten • Benennen des mimischen Ausdrucks vom Therapeuten • Imitieren des Sprachklangs vom Therapeuten • Benennen des Sprachklangs vom Therapeuten
	Stimulation der Resonanzfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Spiel in Dialogform mit Fokus des Sich-Aufeinander-Beziehens
	Stimulation des Signalgebungs-Verhaltens	<ul style="list-style-type: none"> • Spiel in Dialogform mit Fokus des Initiierens
	Verbesserung der Selbstwahrnehmung im interpersonellen Raum	<ul style="list-style-type: none"> • Rezitativisch-singendes Spiegeln aller Handlungen sowie des mimischen Ausdrucks
Sozialer Rückzug	Förderung interpersoneller Fähigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Interaktive Improvisationen
	Förderung von Lebenslust	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsame Unternehmungen • Geräusche der Umwelt und der Natur wahrnehmen
Antisoziales Verhalten	Erweiterung interpersoneller Wahrnehmung und Handlungsfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Interaktive Improvisationen • Verantwortung im Spiel übergeben (markieren des Taktbeginns, Pausen füllen, Spiel abbrechen, wenn Patient seine Aufgabe nicht erfüllt u.a.)
	Sensorische Integration	<ul style="list-style-type: none"> • siehe „Sensorik“
Drohender Hospitalismus	Verhinderung von Hospitalismus	<ul style="list-style-type: none"> • Konzert-, Theaterbesuch, Stadtbummel
Maligne Regression	Übernahme von Eigenverantwortung	<ul style="list-style-type: none"> • Interaktive Improvisation • Trommeln • Verantwortung für die laufende Improvisation an den Patienten geben
Psychotische Dekompensation	Anbindung an die Realität	<ul style="list-style-type: none"> • Trommeln • Gemeinsame Aktivitäten (z.B. kochen)

bedeutsame Effekte bei Prä/Post-Messungen für die Stimmungslagen ruhig – ängstlich, energiegeladen – müde und zugewandt – feindselig gefunden. Hier ließ eine Untersuchung der durchschnittlichen Prä/Post-Werte erkennen, dass Veränderungen der Stimmungszustände konsistent in eine positive Richtung gingen. Musiktherapieinterventionen, so wurde geschlussfolgert, setzen offenbar grundsätzlich Gefühle in Gang, die mehr zu „ruhig“, „energiegeladen“ und „zugewandt“ tendieren (Magee et al., 2005). In der amerikanischen Studie von B. Wheeler (Wheeler, 2005 b) war eines der Ergebnisse die Verbesserung der Affektivität in der Musiktherapiegruppe, die in drei der vier Stimmungstest statistische Signifikanz erreichte. Da Wheeler ihre Untersuchung in der frühen Phase durchführte und ein Ergebnis einer anderen Studie, in der keine Stimmungsveränderungen bei SHT durch Musiktherapie festgestellt werden konnte, aus der Untersuchung zu einem späteren Zeitpunkt nach der Hirnverletzung stammte, liegt der Schluss nahe, dass Musiktherapie möglicherweise eine stärkere Wirkung auf Stimmungen hat, wenn sie in der Frühphase und nicht erst in der Spätphase eingesetzt wird. (Tab. 2)

Kommunikation

Es liegt nahe, in einer logopädischen Zeitschrift auf diesen Schwerpunkt verstärkt einzugehen. In der Kommunikation liegt auch zum großen Teil die Zielsetzung deutscher Musiktherapeuten (siehe Jochims et al., 2003). Innerhalb der Musiktherapie gibt es jedoch zweierlei Arten kommunikativer Arbeit, die gegeneinander abzugrenzen sind. Auf der einen Seite gibt es das Angebot einer alternativen Kommunikation, insbesondere für Aphasiepatienten, auf der anderen Seite das Ziel der Verbesserung funktionaler Aspekte der Kommunikation, insbesondere bei Dysarthrie. Beide Aspekte haben ihren Nutzen im Sinne einer Verbesserung der Lebensqualität des Patienten, sodass sie sich nicht gegenseitig ausschließen müssen. Das Angebot alternativer Kommunikation bezieht Stimm- wie auch Instrumentalarbeit ein. Bekannt und doch immer wieder erstaunlich sind die bei Menschen mit Aphasie häufig erhalten gebliebenen Fähigkeiten, altbekannte Lieder – häufig auch mit Text – singen zu können. Auch wenn es nicht gesichert ist, dass sie den Text noch in einen Sinnzusammenhang stellen können, kann man einem Patienten mit Globalaphasie z.B. durch gemeinsames Singen ein Gefühl der

Dazugehörigkeit, des Eingeschlossenseins in die soziale Welt anstelle des Ausgeschlossenseins durch den Verlust der Sprache vermitteln. Diese Hinwendung zur Ressource wiederum kann zusätzlich das Selbstwertgefühl verbessern helfen. Denn der Aphasiepatient kann, anders als beim Sprechen, beim Singen die eigene Stimme positiv und sinnstiftend erleben. Ressourcenorientierte Arbeit kann motivationsanregende Wirkung haben, was den Erfolg sprachtherapeutischer Arbeit erwiesenermaßen stützt (Bins, 1999). In der Instrumentalarbeit wird vor allem dialogisches Verhalten gefördert. Basale sowie reifere Formen der Kommunikation im nonverbalen Bereich wiederzuerlernen, kann sich durchaus in der Verbesserung des Sprachverständnisses sowie im adäquaten Einsatz von Sprache widerspiegeln (siehe Suzuki-Kupski, 2005). Im funktionalen Bereich der Stimm-, Sprech- und Spracharbeit gibt es einige Untersuchungen, die aufzeigen, dass Musiktherapie zur Verbesserung der Intonation, insbesondere der affektiven Intonation beitragen kann (siehe Baker, 2005 a). Insbesondere Patienten mit monotonem Sprechstil können davon profitieren. In den USA wurde schon vor etwa 30 Jahren die „Melodische Intonationstherapie“ entwickelt (Helm, 1979, sie-

■ Tab. 2: Kommunikation

Indikation	Ziele	Techniken
Verminderte Vigilanz	Verbesserung von Vigilanz, Wachheit und Aufmerksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Vorsingen bekannter Lieder (z.B. Wiegenlieder, Weihnachtslieder) • Improvisierendes Singen zum Atemrhythmus
Sprachlosigkeit (Aphasie, Sprechapraxie, Akinetischer Mutismus)	Anbahnung nonverbaler Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> • Vorsingen bekannter Lieder + geführtes Trommeln • Klangliche Begleitung von Spontanmotorik • Musikalische Strukturen mit Pausen, vom Patienten zu füllen • Antiphonales Singen
Eingeschränkte Sprachfähigkeit (Aphasie)	Angebot zur alternativen Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> • Singen • Aktive Improvisation • Tempowechsel im Spiel • Wechselseitige Tempoübernahme • Gemeinsames Musikhören • Improvisation in Gesprächsform (Stimme, Instrument) • Antiphonales Singen
Verminderte Dialogfähigkeit (Sprechapraxie, Aphasie)	Sprachaufbau in Verbindung mit Konzeptentwicklung	<ul style="list-style-type: none"> • Übersetzung von Klängen in Wörter mit Hilfe von Sprachausgabeschaltern
	Wiederaufbau grundlegender Fähigkeiten zum Dialog	<ul style="list-style-type: none"> • Imitieren, initiieren, wechselseitiges Handeln mit Rhythmen oder in freiem Spiel
Gestörte mimische Ausdrucksfähigkeit (buccofaciale Apraxie)	Förderung mimischer Ausdrucksfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Bewegungslieder für Gesichtsmuskeln • Training mimischen Ausdrucks durch emotional-auditive Stimulation
Funktionelle Stimmstörung (Dysarthrophonie)	Förderung von Stimm- und Sprechinsatz	<ul style="list-style-type: none"> • Melodische Intonation • Vokalische Intonation • Singen bekannter Lieder

he auch *Suzuki-Kupski*, 2005). Diese Methode scheint besonders geeignet für Patienten mit phonematisch-artikulatorischer Störung und vor allem sehr stark blockierter Sprachproduktion bei gleichzeitig relativ gutem Sprachverständnis zu sein.

Die Zusammenarbeit zwischen Musiktherapeuten und Logopäden bei Patienten mit Sprach- und Sprechstörungen wurde in verschiedenen Teams erprobt. So kommt Baker in ihrer australischen Untersuchung zu dem Ergebnis, dass sich durch die gemeinsame Arbeit Stimmeinsatz und Atemkontrolle am deutlichsten verbessert haben (*Baker*, 2005b, S. 280). Das bestätigt wiederum bereits vorliegende Ergebnisse, die alle zu dem Schluss kommen, dass das Singen insbesondere Stimmeinsatz und Atemkontrolle steigere, zur Verbesserung der Tonhöhenkontrolle und der Satzmelodie sowie zur Vergrößerung des Stimmvolumens beitrage. Die Artikulation jedoch wurde in dieser Untersuchung am wenigsten verbessert, was darauf zurückzuführen sein mag, dass sich die Patienten auf viele Aspekte der Kommunikation gleichzeitig zu konzentrieren hatten.

Auch M. de Bruijn aus den Niederlanden beschreibt den Vorteil der Zusammenarbeit von Logopädie und Musiktherapie für den Patienten. Ihr Behandlungsansatz richtet sich an Patienten mit Aphasie und Sprechapraxie, nicht aber an Dysarthriker. Kurze Sätze und Ausdrücke des täglichen Lebens werden zunächst gesungen, dann rhythmisch und zuletzt normal gesprochen. Um den Gebrauch von Automatismen zu unterbinden, werden ausschließlich neu komponierte Melodien, die der normalen Intonation beim Sprechen ähneln, eingesetzt. Wichtig scheint zu sein, dass jede Silbe auch einen Ton bekommt, melismatische Folgen erwiesen sich als wenig hilfreich.

Das Singen melodischer Variationen entwickelte sich zu einer für den Patienten angenehmen Art wiederholender Übung, da Variationen mit dem Objekt Musik und nicht mit Sprechübungen in einen Zusammenhang gebracht wurden. Variationen wurden einfach besser toleriert und nicht so sehr als Übung wahrgenommen. Als Ergebnis dieser Studie steht die Feststellung, dass der Patient die Übungen als einfacher empfindet, wenn sie durch rhythmische und melodische Bewegung begleitet werden. Die Intervalle und der melodische Fluss, speziell für den individuellen Patienten erfunden, sowie die klar betonte Kadenz von Wörtern und Sät-

zen verringern, so das Ergebnis dieser Studie, die Schwelle zum Sprechen (*de Bruijn*, 2001 und 2006).

M. Jungblut zeigt in einer Untersuchung von Menschen mit Broca- und Globalaphasie auf, „dass der gezielte Einsatz eines rhythmisch-



melodischen Stimmtrainings auf musiktherapeutischer Grundlage bei chronischen Aphasiepatienten mit Erkrankungsdauern bis zu 26 Jahren zu signifikanten Verbesserungen der sprachlichen Fähigkeiten führt. Im Gegensatz dazu blieben die sprachlichen Leistungen der unbehandelten Kontrollgruppe nahezu unverändert“ (*Jungblut*, 2004).

In einer gerade erst beendeten und noch nicht publizierten Untersuchung unter der Leitung von Prof. Dr. Christine Plahl (Stiftungsfachhochschule München, Abteilung Benediktbeuern) wurden zehn Aphasie-Patientinnen evaluiert, die zusätzlich zur Behandlung in der Frührehabilitation ein musiktherapeutisches Programm erhielten, bei dem über insgesamt zehn Sitzungen durch Singen und instrumentale musikalische Aktivitäten sowohl der Wiedererwerb kommunikativer Kompetenzen als auch die Krankheitsverarbeitung unterstützt wurden.

Zu Beginn und am Ende der Behandlung wurde der Aachener Aphasie Test (AAT) durchgeführt. Er erbrachte für die untersuchte Gruppe durchgängig Verbesserungen. Ebenso wurden vorher und nachher durch die Angehörigen die wahrgenommenen Strategien zur Bewältigung der Krankheitssituation im Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV) eingeschätzt: Hier zeigte sich eine signifikante Verbesserung im aktiven problemorientierten Coping. Besonders aufschlussreich waren die Ergebnisse der Videomikro-

analyse, bei denen im Vergleich der ersten mit den letzten musiktherapeutischen Sitzungen folgende Verbesserungen zu beobachten waren: Übereinstimmend mit der Einschätzung der Musiktherapeutinnen zeigte sich eine signifikante Zunahme der nonverbalen Aktivität, der Initiative und des musikalischen Ausdrucks; ebenfalls deutlich verstärkten sich Aufmerksamkeit und Ausdauer. Eine verbesserte emotionale Regulation führte zu einem gesteigerten Wohlbefinden, begleitet von signifikant mehr Entspannung, Ausgeglichenheit und Sicherheit.

Die Ergebnisse zeigen, dass Musiktherapie Menschen mit Aphasie zu nicht-sprachlichem Ausdruck motiviert, Entspannung erleichtert und die emotionale Regulation in der Krankheitsverarbeitung unterstützt. Dadurch – wie auch durch die musikalische Stimulation von Hirnarealen, die für sprachliche Fähigkeiten relevant sind – liefert Musiktherapie einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der neurologischen Rehabilitation.

Musiktherapie im Therapiekanon neurologischer Rehabilitation

Bislang gibt es ausschließlich in Deutschland eine Evaluation zur Musiktherapie in der Neurorehabilitation, aus der ersichtlich wird, dass im Jahr 2000 immerhin schon 29% aller Neuroreha-Krankenhäuser Musiktherapie in allen Kategorien der Rehabilitation, von Phase A-F, integriert hatten. Wir befragten alle Krankenhäuser ohne Musiktherapie, wie weit sie dennoch ein Interesse an diesem Fach hätten und welches Wissen ihnen über dieses Fachgebiet zur Verfügung stehe. „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% (von den 70%) lehnen Musiktherapie ab, 11% können den Wert nicht erkennen. 5% sehen eine Kontraindikation für Musiktherapie in der Neurorehabilitation“ (*Jochims et al.*, 2003, S.19 ff.).

Hier erhebt sich natürlich die Frage, ob die fehlende Finanzierung von Musiktherapie nicht auch u.a. mit den bisher vermittelten Inhalten zusammenhängt. Erstaunlich ist zudem das (vermeintliche?) Wissen über Mu-

siktherapie, denn 97% der Kliniken ohne Musiktherapie geben an, dennoch diese Methode zu kennen. Hier stellt sich vielleicht bei manchen Kollegen wie auch bei mir das un-gute Gefühl ein, Musiktherapie werde allzu leicht mit Musikhören einer Konserve gleichgesetzt. *Ein Anliegen ist es deshalb auch, deutlicher als bisher zu vermitteln, dass Musiktherapie weit mehr ist als nur das Lieblingslied aus der Konserve anzuhören. Denn das aktive Spiel verknüpft das sensorische mit dem motorischen sowie dem kognitiven System. Hören, bewegen, verarbeiten, konzentrieren, aufmerksam sein, fühlen – all das wird im aktiven Spiel – ob gebunden oder improvisiert – miteinander kombiniert.* In unserem Fragebogen fragten wir Ärzte wie auch Musiktherapeuten über folgende Indikationskriterien für Musiktherapie innerhalb der Neurorehabilitation:

- sensorische Funktionsdefizite
- motorische Funktionsdefizite
- kognitive Funktionsdefizite
- autonome Fehlregulationen
- Aufbau von Interaktion
- emotionale Stabilisierung
- Coping
- Verbesserung der Lebensqualität

Diese Fragen konnten zwischen „0 = keine Indikation“ und „4 = absolute Indikation“ beantwortet werden.

„Die Bewertung von Ärzten in der Frage der Indikation unterscheidet sich deutlich von der Bewertung der Musiktherapeuten. 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 bekannt gewordenen 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. Deutsche Musiktherapeuten jedoch lehnten im Jahr 2000 mehrheitlich funktionale Indikationskriterien ab (Skalastufen zwischen „0“ und „2““) (Jochims et al, 2003, S. 21).

Offensichtlich sahen deutsche Ärzte die Musiktherapie als eine Verbindung zwischen der medizinischen und der psychologischen Sichtweise, während die Musiktherapeuten selber ihren Behandlungsansatz

vornehmlich auf der psychologischen Seite positionierten. Sechs Jahre später kann man bilanzieren, dass sich die Einstellung hierzu-lande gegenüber funktionalen Indikationskriterien erheblich verändert hat.

Unterschiedliche Konzepte

Diese voneinander abweichenden Standpunkte zwingen zu einem Blick über die Grenzen hinweg, um andere Konzepte der Musiktherapie innerhalb der Neurorehabilitation genauer kennen zu lernen. Die Kontroverse in der Sichtweise liegt aus europäischer und australischer Sicht in der Frage, funktionale Defizite in musiktherapeutische Behandlungstechniken einzubeziehen oder nicht. Hier hilft uns ein Blick nach Amerika, wo es eine längere Tradition der Einbeziehung von Musiktherapie in das Behandlungskonzept der Neuroreha gibt. Es lohnt sich m.E., über diese zur europäischen Musiktherapietradition sehr konträren Konzepte nachzudenken.

Michael Thaut nennt sein Konzept „Neurologische Musiktherapie“ und definiert sie folgendermaßen (Thaut, 1999):

- Neurologic Music Therapy is defined as the therapeutic application of music to cognitive, sensory and motor dysfunctions due to neurologic disease of the human nervous system.
- Neurologic Music Therapy is based on a neuroscience model of music perception and production and the influence of music on functional changes in nonmusical brain and behaviour functions.
- Treatment techniques in neurologic music therapy are based on scientific research and are directed towards functional therapeutic goals.

Es ist diese Ausschließlichkeit des funktionalen Ansatzes, bei dem Ergebnismessungen wesentlich leichter zu erbringen sind, die keinen Raum für kommunikative, emotionale oder soziale Aspekte lässt. Vergleichbar in der gedanklichen Eingengtheit haben europäische Musiktherapieschulen ihre Konzepte definiert, jeweils das Augenmerk auf einen oder zwei Störungsbereiche richtend, nie aber die Gesamtheit aller Störungsbereiche abdeckend. So wurde von der Autorin selber noch im Jahr 1996 als Behandlungsziel die emotionale Krankheitsverarbeitung 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“ (Jochims, 1997, 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“ (Jochims, 1997, S. 148).

Hier liegt die Ausschließlichkeit in der Hinwendung zum Emotionalen, die sich Überlegungen hinsichtlich funktionaler Behandlungsziele verschließt. *Aber für beide Konzepte gibt es im Verlauf der Behandlung eine spezielle Zeit, in der sie Sinn machen, je nach der Situation des Patienten.* Das Konzept von M. Thaut eignet sich wohl kaum für die Behandlung von z.B. Wachkoma-Patienten, wohl aber in der Phase C. In der Phase B hat sicher zunächst der kommunikative Ansatz Vorrang vor allen anderen Konzepten. Das Coping-Konzept eignet sich eher in einer späteren Phase und macht bei Sprechenden und kognitiv nur leicht gestörten Menschen weniger Sinn. *Wir haben aber Patienten aller Phasen zu behandeln, für die verschiedene Behandlungsansätze notwendig sind – oder sollte der Einsatz von Musiktherapie nur bei ausgesuchten Patienten zu einer bestimmten Zeit möglich sein?* Offenbar haben ja die weltweit sehr unterschiedlichen Behandlungsansätze in ihren jeweiligen Ländern ihren Sinn beweisen können und Erfolg gehabt, sonst wären diese Konzepte nicht entstanden. Es gibt jedoch so unglaublich unterschiedliche Patienten in sehr unterschiedlichen Stadien, so dass ein

einziges Konzept zur Gesamtbehandlung bei der Reorganisation des Hirns wohl kaum als ausreichend angesehen werden kann.

- „Nimmt man alle Behandlungsansätze zusammen, ergibt sich daraus, dass die Musiktherapie nicht unbedingt für ein besonderes Störungsbild zuständig sein muss, sondern eher sich durch das Interventionsmedium, den Klang, abhebt von den anderen Fachdisziplinen. Es ist das Medium, was eine grundsätzlich andere Interventionsebene sowie Herangehensweise an den Patienten ermöglicht“ (Jochims, 2004, S. 275).
- „Aktives Spiel auf Instrumenten vereint in sich verschiedene Dimensionen der Stimulierung: es regt die Motorik, aber auch die Kommunikation bis hin zur Interaktion an, es verbindet emotionalen Ausdruck mit übender Motorik, es verbindet Sinnesmodalitäten des Fühlens, Hörens und Sehens mit denen der Kognition, d.h. des Erinnerens, aber auch der Aufmerksamkeit und Konzentration sowie der Planung und Durchführung einer Handlung. Störung der Motorik behindert in vielfältiger Weise eine emotionale Ausdrucksfähigkeit (z.B. bei Gesichtsapraxie). (Jochims, 2004, S. 276).
- Aktives musikalisches Spiel ist ein derart komplexer Vorgang, dass letztendlich alle sechs (...) Störungsbereiche angeregt werden, ohne dass sie alle gleichzeitig im Mittelpunkt des Behandlungsfokus stehen müssen“ (Jochims, 2004, S. 276).

Zur Frage des Wirkungsnachweises

In Deutschland begannen 1985 fast gleichzeitig zwei Musiktherapeutinnen ihr Wissen über musiktherapeutische Behandlungsmöglichkeiten auf das Klientel mit erworbenen Hirnläsionen zu übertragen. Es hat „nur“ fünfzehn Jahre gebraucht, um diese Methode als Teil der interdisziplinären Arbeit weithin bekannt zu machen. Die nächsten fünfzehn Jahre wird es um die Etablierung durch Wirkungsnachweise gehen. In diesem heiklen Punkt allerdings befindet sich die Musiktherapie durchaus auf einer Ebene mit Physiotherapie oder Ergotherapie: „Unabhängig von diesen ersten Ansätzen bildeten sich in der Folge mehrere physiotherapeutische ‚Schulen‘ heraus, die alle eine neurophysiologische Grundlage ihrer Behandlungsmethoden in Anspruch nehmen. Die Verfahren sind jedoch in ihrer rationalen,

wissenschaftlichen Begründung wie auch in der Behandlungseffektivität wenig abgesichert. Dies überrascht umso mehr, als eine Fülle kaum mehr übersehbarer experimenteller und klinischer Daten zur Motorik vorliegen; eine übergreifende Theorie zur Rehabilitation motorischer Störungen, die wissenschaftlich anerkannt ist, fehlt jedoch“ (Fries et al., 1999, S. 149).

Zum Thema der Wirkungsnachweise äußert sich auch eine englische Kollegin: „Music therapy is not alone in attempting to measure outcomes within a rehabilitation setting. Enderby suggests a scale for measuring speech and language therapy outcomes. This attempt, however, fails to identify whether such results are reached through intervention or as a result of emotional adjustment occurring independently of treatment over time. Le Roux drew attention to the physiotherapist’s need for a measure which reflected dynamic rather than static treatment and could also meet practitioner’s varying skills and treatment approaches. Such points are also valid when considering measures for music therapy intervention, due to the wide variety of treatment approaches employed within our profession in rehabilitation“ (Magee, 1999, S. 20 ff).

M. Thaut mahnt zu Recht die weithin vernachlässigte Evidence-Prüfung musiktherapeutischer Behandlungsmethoden an (Thaut et al., 2004). Denn vielfach sind klinische Anwendungen beschrieben, klinisch randomisierte Studien aber fehlen noch weitgehend. „Die für die Musiktherapie innovative Bedeutsamkeit der Neurologischen Musiktherapie ist durch ihre wissenschaftliche Grundlage gegeben. Es wird nicht versucht, klinische Anwendungen nachträglich wissenschaftlich zu legitimieren, sondern die klinische Methodik ist auf vorliegenden Daten und überprüften Erkenntnissen aufgebaut“ (Thaut et al., 2004, S. 42). Ob allerdings das Konzept von Thaut, vor die klinische Anwendung erst die Forschung zu stellen, wirklich zu überzeugen vermag, muss die Zukunft zeigen. So sind z.B. praktische Falldarstellungen in seinem theoretischen Forschungsansatz kaum zu finden.

Diskussion

Überdenkt man die weltweit sehr divergierenden internationalen Musiktherapie-Modelle in ihrer Aussage, was Musiktherapie sei und wie sie ausgeübt werden solle, so zeigt sich am Beispiel des hirnverletzten Patienten, dass alle Konzepte ihre Berechnung

gung haben, da er von jeder Behandlungsweise profitieren würde, weil er in jedem Aspekt menschlichen Seins durch die Erkrankung betroffen ist. Diese Patienten lehren uns, nicht einen Aspekt wichtiger oder höherwertiger als den anderen zu betrachten, sondern verstehen zu lernen, dass die Einzelaspekte sich wie ein Netzwerk gegenseitig beeinflussen und dass es nur ein einziges wirkliches Ziel im Hinblick auf dieses Netzwerk geben kann: Die Lebensqualität der zumeist schwer betroffenen Person verbessern zu helfen.

Durch die grundsätzliche Handlungsorientierung der Musiktherapie – im Gegensatz z.B. zur Neuropsychologie – kann dieses Verfahren bei den so schwer gestörten hirnganisch Erkrankten einen Handlungsdialog anbieten, der pädagogisches Fördern und Fordern in idealer Weise mit psychologischem Verstehen im affektiven Raum kombinieren kann. Musiktherapie ist somit in der Tat ein verbindendes Glied zwischen medizinischer (d.h. defizit- oder auch symptomorientierter) und psychologischer Sichtweise.

Literatur

- Baker, F. (2005 a). Verbesserung affektiver Intonation. In: Jochims, S. (Hrsg.). *Musiktherapie in der Neurorehabilitation – Internationale Konzepte, Forschung und Praxis* (257-273). Bad Honnef: Hippocampus
- Baker, F. (2005 b). Neuaufbau von Fertigkeiten zur Verbalisation. In: Jochims, S. (Hrsg.). *Musiktherapie in der Neurorehabilitation – Internationale Konzepte, Forschung und Praxis* (273-285). Bad Honnef: Hippocampus
- Barker, V.L., Brunk, B. (1991). The role of a creative arts group in the treatment of clients with traumatic brain injury. *Music Therapy Perspectives* 9, 26-31
- Berger, D. (2002). *Music Therapy, Sensory Integration and the Autistic Child*. London: Jessica Kingsley Publishers
- Bins, R. (1999). Depressive Veränderungen bei Aphasiepatienten aus sprachtherapeutischer Sicht. *Die Sprachheilarbeit* 5, 274-285
- De Bruijn, M., Hurkmans, J., Zielman, T. (2001). Supporting communication by music. A combination of music therapy and speech therapy. In: Aldridge, D. (Hrsg.). *Info CD-ROM IV*. Witten: Universität Witten-Herdecke
- De Bruijn, M., Hurkmans, J., Zielman, T. (2006). Speech-Music Therapy for Aphasia (SMTA). *Afasiologie* 28-1, 164-167
- Frohne-Hagemann, I. (2000). Zur Arbeit mit Traum und Imagination als musiktherapeutische Technik der Integrativen Musiktherapie. In: Storz, D., Oberegelsbacher, D. (Hrsg.). *Wiener Beiträge zur Musiktherapie, Bd. 3* (51-72). Wien: Edition Praesens
- Fries, W., Freivogel, S., Beck, B. (1999). Rehabilitation von Störungen der Willkürmotorik. In: Frommelt, P., Grötzbach, H. (Hrsg.). *Neurorehabilitation. Grundlagen, Praxis, Dokumentation* (149-183). Berlin: Blackwell
- Helm, M.A. (1979). Melodische Intonationstherapie. In: Peuser, G. (Hrsg.). *Studien zur Sprachtherapie*. München: Wilhelm Fink
- Jochims, S. (1997). Emotionale Krankheitsverarbeitungsprozesse in der Frühphase erworbener zerebraler Läsionen. In: Fitzthum, E., Oberegelsbacher, D., Storz, D. (Hrsg.). *Wiener Beiträge zur Musiktherapie, Bd. 1* (138-165). Wien: Edition Praesens
- Jochims, S. (2000). Psychosoziale Minderheiten – eine Herausforderung an die Psychotherapie? Musiktherapie als Antwort auf die speziellen Bedürfnisse von Randgruppen. In: Storz, D., Oberegelsbacher, D. (Hrsg.). *Wiener Beiträge zur Musiktherapie, Bd. 3* (191-195). Wien: Edition Praesens
- Jochims, S., Pöpel, A., van Kampen, N., Grehl, H. (2003). Musiktherapie in der Neurorehabilitation: eine Evaluationsstudie – erste Ergebnisse. *Neurologie und Rehabilitation* 9 (Suppl. 1), 18-22
- Jochims, S. (2004). Durch alle Phasen: Langzeitbegleitung mit Musiktherapie. In: Baumann, M., Gessner, Ch. (Hrsg.). *Zwischenwelten. Musiktherapie bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung* (269-296). Wiesbaden: Reichert Verlag
- Jochims, S. (Hrsg.) (2005). *Musiktherapie in der Neurorehabilitation. Internationale Konzepte, Forschung und Praxis*. Bad Honnef: Hippocampus
- Jungblut, M., Aldridge, D. (2004). Musik als Brücke zur Sprache – die musiktherapeutische Behandlungsmethode „SIPARI“ bei Langzeitaphasikern. *Neurologie und Rehabilitation* 10 (2), 69-78
- Magee, W. (1999). Music Therapy within Brain Injury Rehabilitation: to what extent is our clinical practice influenced by the search for outcomes? *Music Therapy Perspectives* 17 (1), 20-26
- Magee, W., Davidson, J. W. (2005). Beeinflussung der Stimmung durch Musiktherapie bei neurologischen Patienten – eine Pilotstudie. In: Jochims, S. (Hrsg.). *Musiktherapie in der Neurorehabilitation – Internationale Konzepte, Forschung und Praxis* (355-364). Bad Honnef: Hippocampus
- Moss, H. (2005). Rehabilitation älterer Schlaganfallpatienten: Evaluation eines Therapieangebots. In: Jochims, S. (Hrsg.). *Musiktherapie in der Neurorehabilitation – Internationale Konzepte, Forschung und Praxis* (304-323). Bad Honnef: Hippocampus
- Nayak, S., Wheeler, B.L., Shiflett, S.C., Agnostinelli, S. (2000). Effect of Music Therapy on Mood and Social Interaction among individuals with acute Traumatic Brain Injury and Stroke. *Rehabilitation Psychology* 45, 274-283
- Purdie, H., Hamilton, S., Baldwin, S. (1997). Music Therapy: facilitating behavioural and psychological change in people with stroke – a pilot study. *International Journal of Rehabilitation Research* 20, 325-327
- Suzuki-Kupski, S. (2005). Aphasie: Musikalische Kommunikation und ihre Bedeutung für den Behandlungsverlauf. In: Jochims, S. (Hrsg.). *Musiktherapie in der Neurorehabilitation – Internationale Konzepte, Forschung und Praxis* (238-2529). Bad Honnef: Hippocampus
- Thaut, M. (1999). *Training Manual for Neurologic Music Therapy*. Colorado State University. Copyright M. Thaut
- Thaut, M., Nickel, A., Hömberg, V. (2004). Neurologische Musiktherapie – Übersicht zum wissenschaftlichen Hintergrund und zur klinischen Methodik. *Musiktherapeutische Umschau* 25, 35-44
- Wheeler, B.L. (2005 a). Untersuchungen zu Wirkungen von Musiktherapie auf soziale Interaktionen bei Patienten mit Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma. In: Jochims, S. (Hrsg.). *Musiktherapie in der Neurorehabilitation – Internationale Konzepte, Forschung und Praxis* (205-304). Bad Honnef: Hippocampus
- Wheeler, B.L. (2005 b). Untersuchungen zur Wirkung von Musiktherapie auf die Stimmung von Patienten mit Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma. In: Jochims, S. (Hrsg.). *Musiktherapie in der Neurorehabilitation – Internationale Konzepte, Forschung und Praxis* (364-373). Bad Honnef: Hippocampus

Autorin

Silke Jochims
 Claudiusring 4 i
 23566 Lübeck
 jochims-musik@gmx.de

SUMMARY. Music Therapy in Neurorehabilitation

After a short outline of the latest development of music therapy within the multiprofessional neurorehabilitation team internationally divergent concepts of music therapy will be discussed. These concepts are focusing on the communicative, social, emotional, motoric, sensoric or cognitive field of disturbance. Additionally the question of the still not proofed effectivity of this method will be outlined as well. A look at the main points of current research within the indication fields of social competence, influence on mood as well as of communication, specially concerning the treatment of aphasic and dysarthric patients, will conclude the paper.

KEYWORDS: music therapy – neurorehabilitation – communication – aphasia – dysarthria