

Geigenduos in der Musiktherapie – Formen und Methoden einer übungszentrierten und interaktiven Musiktherapie für Menschen mit Demenz – ein Fallbeispiel

Violin Duos in Music Therapy: Forms and Methods of Practice – Oriented and Interactive Music Therapy for Persons with Dementia – A Case Study

Julia Alexa Kraft, Berlin

Die Form klassischer Geigenduos bietet durch ihre klaren Strukturen einen interessanten musiktherapeutischen Ansatz. An einem praktischen Beispiel möchte ich darstellen, welche Formen und Strukturen für den Therapieverlauf nötig waren, um mit einem Alzheimer-Patienten im Frühstadium über vier Jahre das gemeinsame Instrumentalspiel zu praktizieren.

Die spezifisch sich ändernden – und z. T. neu wachsenden – Fähigkeiten des Patienten konnten dabei im Krankheitsverlauf, trotz wachsender Defizite im kognitiven Bereich, in den musiktherapeutischen Prozess mit eingebunden werden, sodass ein interessanter Entwicklungsprozess beim Patienten erkennbar wurde.

The form of classical violin duos, with their clear structures, offers an interesting music therapy approach. By means of a practical example, I shall present the forms and structures necessary in the therapeutic process with an Alzheimer patient at an early stage during four years of practicing together instrumental music. The specific changing – and to some extent newly emerging – skills of the patient during the course of disease, despite increasing cognitive deficits, were able to be integrated in the music therapy process. This occurs in such a way that an interesting developmental process of the patient becomes apparent.

Einleitung

Musik ist eine komplexe sensorische Klangsprache, deren Verarbeitung im Wesentlichen alle neuronalen Strukturen umfasst und miteinander vernetzt. Interaktives Musizieren und Singen gehören zu den vielschichtigsten menschlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten. Das Musizieren verlangt neben der Planung auch die Integration von sensorischen und motorischen Informationen, und gleichzeitig kann die präzise Durchführung durch die auditorische Kontrolle nachvollzogen werden.

Aktives instrumentales Musizieren gewinnt immer mehr an Bedeutung im therapeutischen Kontext bei neurologischen Erkrankungen. Eine Studie (Schneider et al. 2008) zeigt, wie effizient das aktive instrumentale Musizieren auch für Menschen ohne wesentliche musikalische Vorkenntnisse sein kann: Es wurde die Wirksamkeit von „Klavierspiel in der neurologischen Rehabilitation bei Patienten nach Schlaganfall“ untersucht. Die Ergebnisse zeigten eine deutliche Verbesserung der motorischen Funktionen sowie der Alltagskompetenz der Trainingsgruppe gegenüber den Kontrollpatienten, die lediglich herkömmliche Therapien erhielten, und belegten den Erfolg des musikunterstützten Trainings.

Haben wir bereits in der Jugend ein Musikinstrument erlernt, so haben sich diese komplexen Fähigkeiten in tiefen Hirnarealen verankert und es ist möglich, noch im fortgeschrittenen Lebensalter auf diese erworbenen Kompetenzen zurückzugreifen. Die Plastizität des Gehirns ist dabei ein wesentlicher Faktor, der dieses ermöglicht, selbst wenn der Patient an einer neurologischen Erkrankung wie z. B. einer Demenz leidet.

Das Gehirn verfügt lebenslang über Plastizität. Lindenberger sagt: „Plastizität bedeutet hier einen Umbau des Gehirns und eine Veränderung des Verhaltens. Dazu kommt es, wenn das Leistungsniveau des Gehirns und die gestellten Anforderungen länger voneinander abweichen.“ (Kirschner 2014) In einer Studie des Max-Planck-Institutes Berlin konnte nachgewiesen werden, dass die Lernfähigkeit prinzipiell bis ins hohe Alter erhalten bleibt. Es können wie bei einem Baum neue Verzweigungen entstehen – was nicht gebraucht wird, verkümmert allerdings auch wieder. Bei einem umfassenden Training, zu dem auch das aktive Musizieren gerechnet wird, werden die beiden Hirnhemisphären stärker miteinander vernetzt. Die neuronale Plastizität bezieht sich also auf die Fähigkeit des Gehirns, sich zu reorganisieren und beschädigte und/oder ausgefallene Funktionen auf verschiedene Weise zu kompensieren. Diese Fähigkeiten ermöglichen Lernprozesse, bei denen sich das Verhalten eines Individuums in seiner Umwelt nachhaltig verändern kann: eine – auch evolutionär gesehen – wichtige Fähigkeit des Menschen.

Jede Veränderung (z. B. eine neu abgespeicherte Erkenntnis) braucht eine entsprechende neuronale Grundlage, wobei die individuelle Regeneration unterschiedlich verläuft.

Eine wesentliche Voraussetzung für das Musizieren ist Aufmerksamkeit. Ein Modell (Posner 2004), das von den Neurowissenschaftlern verwendet wird, teilt die Aufmerksamkeit in drei Bereiche:

- fokussierte Aufmerksamkeit (direkte Reaktion auf Stimulus)
- selektive Aufmerksamkeit (Fähigkeit zum Ausblenden störender Stimuli)
- geteilte Aufmerksamkeit („simultan“ auf verschiedene Aufgaben reagieren).

Die Neurologische Musiktherapie beinhaltet darüber hinaus auch die anhaltende Aufmerksamkeit. Alle Formen der Aufmerksamkeit können beim aktiven Musizieren trainiert werden. Wozu brauchen wir Aufmerksamkeit? Gerhard Roth (2013) nennt folgende Punkte:

- Detailwahrnehmung
- semantisch tiefe Verarbeitung
- Behandlung und Lösen neuer, komplizierter Probleme
- Erlernen neuer komplizierter Fertigkeiten
- Erfassen der Verhaltensrelevanz von Sachverhalten
- komplexe mittel- und langfristige Handlungsplanung
- nachhaltige Verankerung im Gedächtnis.

Aufmerksamkeit ist also eine Fähigkeit, die für Kommunikation, gute Gedächtnisleistungen, Impulskontrolle und exekutive Funktionen wichtig ist und deshalb lebenslang trainiert werden sollte. Exekutive Funktionen beschreiben dabei die Fähigkeit, Ziele zu formulieren, Handlungen zu initiieren, Auswirkungen vorherzusehen und das eigene Verhalten nach aktuellen und logischen Abfolgen zu planen und zu überprüfen bzw. an bestimmte Kontexte anzupassen.

Musiktherapeutische Interventionen, die der Erhaltung und Verbesserung der Aufmerksamkeit dienen, finden wir in vielfältiger Weise in der Neurologischen Musiktherapie.

Neurologische Musiktherapie: ein neurowissenschaftliches Modell der Musikperzeption und -produktion

Die Neurologische Musiktherapie (NMT) nach Michael Thaut konnte vor dem Hintergrund neuer Forschungsergebnisse in den kognitiven Neurowissenschaften und der Datenerfassung durch bildgebende Verfahren als eine wissenschaftlich fundierte Form der Musiktherapie entwickelt werden. Kennzeichnend für die NMT ist eine aktive und funktionelle Vorgehensweise mit Musik und als solche ist diese Therapieform immer „music driven/feedforward“.

Die Neurologische Musiktherapie ist eine trainings- und übungszentrierte Form der Musiktherapie, die auf den neurowissenschaftlichen Erkenntnissen der Musikwahrnehmung und des aktiven Gestaltens von Musik beruht. Ausgehend von fundierten Forschungsergebnissen beinhaltet sie evidenzbasierte und standardisierte Behandlungstechniken mit den Zielen der Rehabilitation, Entwicklungsförderung, Adaptation und besonders der Ressourcenaktivierung im Bereich neurologischer Erkrankungen.

In Bezug auf die kognitive Rehabilitierung hat die NMT nach M. Thaut folgende globale Zielsetzungen:

- Gedächtnistraining
- Aufmerksamkeits- und Wahrnehmungstraining
- Training der kognitiven Exekutivfunktionen
- Psychosozialverhaltenstraining.

Thaut schreibt:

„Die musiktherapeutische Arbeit kann (...) neuronale Netzwerke im Gehirn des Patienten reaktivieren. (...) Rhythmus und Melodie sind exzellente Strukturen, um Informationen zu organisieren, zu sequenzieren und zu erinnern (...). Rhythmische, melodische, harmonische und dynamische Muster in der Musik sind sehr effektiv, um bewusst und subliminal Aufmerksamkeit zu fokussieren und zu lenken (...). Die Musik als Klangsprache übt eine starke sensorielle Reizfunktion auf Aufmerksamkeitsprozesse aus (...). Auch können in der Musik Stimuli mit hoher emotionaler Prägnanz produziert werden, die eine wichtige Rolle in der erfolgreichen Regulierung und Steuerung von dysfunktionalen Aufmerksamkeitsprozessen spielen.“ (Thaut et al. 2004, 40 f.)

Musiktherapie für Menschen mit Demenz: interaktives Musizieren

Auch beim interaktiven Musizieren findet ein Training von Aufmerksamkeit und Wahrnehmung statt und gleichzeitig kann es der psychischen Entlastung dienen.

Demenzpatienten geht das Gefühl für Struktur und Orientierung nach und nach verloren. Daher ist es wichtig, den Patienten in der musikalischen Form eine Struktur anzubieten, die ihnen Halt gibt und es ihnen ermöglicht, sich in der Musik zu orientieren.

Daneben hat das gemeinsame Musizieren auch eine wichtige psychodynamische Komponente. Diese assoziiere ich mit künstlerischer Freiheit, Kreativität, Freude am Spiel, am eigenen Ausdruck und am musikalischen Dialog. Hier sind keine verbalen Hürden zu nehmen und es ist auch keine Frage der instrumentalen Fähigkeiten oder des Spielniveaus.

Auch wenn das aktive instrumentale Musizieren keine NMT ist, so konnte die Kenntnis dieser Methoden mir eine sinnvolle und hilfreiche funktionelle Unterstützung in der Musiktherapie mit Herrn B. bieten, den ich hier vorstellen möchte.

Fallbeispiel Herr B.

Vor vier Jahren bekam ich die Anfrage, ob ich einen Alzheimer-Patienten, der gerne Geigenstunden nehmen wollte, unterrichten würde. Geigenstunden – was und wie sollte ich mir das mit diesem Patienten vorstellen – Geigenunterricht oder Musiktherapie?

Als Herr B. in die erste Stunde kam, wirkte auf den ersten Blick alles ganz normal. Er packte seine Geige aus und stimmte sie selbstständig sauber ein. Auf Anhieb konnte er mir eine Tonleiter durch drei Oktaven vorspielen, guckte mich dann aber erstaunt an – er wollte doch musizieren und nicht Geigentechnik üben!

Ich suchte spontan ein Mozart-Duo heraus, das er – mit mir gemeinsam – fast fehlerfrei vom Blatt spielte. Als ich die zweite Stimme des Duos zu seiner Melodie-stimme spielte, machte er keinen einzigen Fehler mehr! Seine Fähigkeiten auf der Geige überraschten mich, denn seine verbalen Ausdrucksmöglichkeiten waren damals schon recht eingeschränkt, wenn er auch im Allgemeinen noch gut verstand, was ich sagte. Allerdings war es schon in dieser ersten Stunde nicht mehr möglich, dass er Spielanweisungen (z. B. für gute Fingersätze oder Bogeneinteilung), die ich in die Noten schrieb oder auch verbal vorschlug, verstand und umsetzen konnte. Wenn wir noch einmal irgendwo anfangen wollten, so musste ich so lange auf die Stelle im Notentext zeigen, bis er angefangen hatte zu spielen. Ansonsten verlor er die Zeile.

Herr B. ist 70 Jahre alt und war in seinem akademischen Beruf ein sehr geachteter und geschätzter Kollege und den Menschen, die ihm anvertraut waren, warmherzig verbunden. Als ich Herrn B. im März 2011 kennenlerne, erlebe ich einen freundlichen, aber auch sehr selbstkritischen Mann. Es ist schwierig für ihn, Lob anzunehmen. Wenn ich mich über sein Geigenspiel begeistert zeige, entgegnet er trocken: „Na ja, das Wetter draußen ist ja auch ganz schön.“ Ich spüre, dass ihm die mangelnde Konzentrationsfähigkeit – bedingt durch seine Alzheimererkrankung – zu schaffen macht. Auch er spürt diese Veränderung. Dazu kommt seine Unsicherheit, weil er nach mehr als 40 Jahren erstmals wieder die Geige in die Hand nimmt. Aber ich spüre auch seine Freude: Er hat als Kind Geige spielen gelernt und entdeckt nun diese Ressource für sich wieder.

Herr B. möchte unbedingt neue Stücke lernen. Das stellt mich vor eine Herausforderung: Wie soll das gehen? Ich kann keinen „normalen“ Geigenunterricht mit entsprechenden Handlungsanweisungen mit ihm machen und er möchte keine einfachen Lieder auswendig spielen, er möchte nur mit Noten spielen.

Die „große“ Literatur hat es ihm angetan: Herr B. möchte Mozart, Vivaldi und Bach spielen. Die Mozart-Duos sind zumindest ein guter Anfang. Offensichtlich ist Herr B. zu diesem Zeitpunkt auch in einer depressiven Phase, denn in den ersten Stunden kann er sich kaum ein Lächeln abringen. Er ist freundlich-distanziert mir gegenüber, aber ich habe das Gefühl, dass das Geigespielen bei ihm einem gewissen Leistungsdruck und Perfektionismus unterliegt. Wie geht dieser – ehemals Hochbegabte – nun mit nachlassenden Leistungen um? Und wie kann ich ihn hier adäquat begleiten? Einerseits seinen Wunsch erfüllen, große Literatur auf der Geige zu spielen, und andererseits wissen, dass wir oft an Grenzen stoßen werden, die ihm seine Defizite wieder und wieder vor Augen führen werden. Kann hier, mit dieser Ausgangssituation, überhaupt so etwas wie Freude und Entlastung stattfinden und wäre das im negativen Fall (Konfrontation mit Defiziten) überhaupt vom therapeutischen Standpunkt ethisch vertretbar? Die vielschichtigen kognitiven Fähigkeiten, um ein Instrument spielen zu können, nehmen bei Demenzpatienten kontinuierlich ab, weshalb auch immer wieder zu Recht darauf hingewiesen wird, dass das Instrumentalspiel statt Freude einen gegenteiligen Effekt haben kann: die Konfrontation mit den allgemein nachlassenden Fähigkeiten des Gehirns.

Es gibt keinerlei Informationen mehr über seine Ausbildung auf der Geige außer einige alte Fotos, die ihn im Alter von etwa zehn Jahren mit der Geige zeigen. Seine Haltung mit dem Instrument ist auf den Bildern so gut, dass ich schätze, dass Herr B. zum Zeitpunkt des Fotos schon etwa drei Jahre Geigenunterricht hatte. Seine Mutter hat Klavier gespielt, Herr B. mochte seine Geigenlehrerin nicht – das waren alle Infos zu seiner musikalischen Biografie.

In den ersten Wochen geht es mir zunächst um Kontaktaufbau und das Herstellen einer Vertrauensbasis. Dazu gehörte auch, dass ich nach etwa vier Wochen erstmals zu ihm nach Hause kam: Ich spürte, dass Herrn B. die vertraute Umgebung gut tat, er war in seiner Wohnung viel entspannter beim Musizieren als in den ersten Stunden, in denen er zu mir kam. Seitdem fand die Musiktherapie also bei ihm statt.

Wir spielten gemeinsam seine „alte“ Literatur von Bach- und Vivaldi-Konzerten und es war eine neue Erfahrung für mich, dass ich bei falschen Tönen, Rhythmen oder anderen Fehlern nicht automatisch kommentierte, wie oder was er „besser“ oder anders machen sollte. Manchmal wiederholten wir Stellen, manchmal nicht. Es fühlte sich unpädagogisch für mich an, aber ich merkte auch, dass ich mehr und mehr meinen Körper einsetzte, um nonverbal – nach Art eines Dirigenten – die Musik antizipierend anzuzeigen. Sowohl Rhythmus als auch die Stimmung in der Musik konnte ich ihm auf diese Weise nahebringen. Für eine bessere Kommunikation stellte ich mich so hin, dass er mich mit der Geige quasi als hilfreichen Spiegel immer seitlich vor sich hatte und mich zumindest aus dem Augenwinkel sehen konnte. Das bot mir auch den Vorteil, Mimik, Gestik und Körperhaltung von Herrn B. beobachten zu können. Wenn er z. B. seine Geige im Verlauf der Stunde herunterhängen ließ, richtete ich mich mit dem Instrument bewusst auf und mein Patient reagierte darauf: Sofort stand er wieder aufrecht mit der Geige, was sich auch gleich klanglich positiv auswirkte.

Herr B wurde immer besser auf der Geige. Sein klangliches Potenzial war schon nach sechs Monaten viel größer und er hatte eine saubere Intonation, ohne dass wir es jemals verbal thematisiert hatten.

Klare Formgebung eines Konzepts

Um mit meinem Patienten neue Stücke einzustudieren, versuchte ich, eine klare Form zu finden. Dabei waren mir wichtig: Aufmerksamkeit und Konzentration im Rahmen der Möglichkeiten des Patienten zu trainieren und möglichst ganzkörperlich zu arbeiten, sodass sich funktional verschiedene Hirnareale miteinander verknüpfen können, und meinen Patienten auch emotional zu stabilisieren.

Der Ablauf zum Erarbeiten eines neuen Stückes gliedert sich wie folgt in fünf Schritte:

- 1. Zunächst spiele ich eine kurze Sequenz von vier Takten mehrmals vor.
- 2. Dann singen wir gemeinsam diese Phrase.

- 3. Danach spiele ich auf der Geige, mein Patient singt die Phrase.
- 4. Schließlich lasse ich meinen Patienten den Rhythmus klatschen und laut dazu zählen, während ich zu seinem Klatschen und Zählen spiele. Um ihn rhythmisch zu stabilisieren, wippe ich für ihn sichtbar mit dem Oberkörper mit.
- 5. Am Ende spielen wir die Phrase zusammen.

Im Zusammenspiel ist mir besonders wichtig:

- (musikalischen) Raum geben: „Alles darf, nichts muss!“
- meine klare musikalische Formgebung in der Begleitung: exakt gleichbleibende rhythmisch-metrische Strukturen in Form von deutlichen Phrasierungen und Betonungen
- Agogik in der Begleitung: Wenn ich eine Begleitung ganz nüchtern und abstrakt spiele, ist es auch für den Melodiespieler viel schwerer (besonders bei komplexen polyrhythmischen Begleitfiguren), sich in seiner Melodiestimme zu orientieren. Ich muss – wie in der Sprache – deutliche Betonungen oder Linien aufzeigen, um nonverbal zu helfen, im „musikalischen Fluss“ zu bleiben. Die musikalische Syntax muss wahrnehmbar – oder sollte ich lieber sagen: erfüllbar – sein.
- bewusstes Einsetzen von Kontrasten: piano/forte, weich/klar abgegrenzt, direktiv „ziehend“/stützend „flüsternd“ im Hintergrund, „fade out“
- Musik körperlich zeigen: über Atmung, Körperhaltung und Bewegung.

Mit diesem Konzept lernte Herr B. noch sehr viele neue Duos kennen und konnte sie schließlich auf der Geige spielen. Durch die Verankerung auf verschiedenen Ebenen wurde er so sicher mit seiner musikalischen Stimme, dass ich ohne Probleme eine zweite Stimme dazu spielen konnte. Ich muss dazu sagen, dass Herr B. außerordentlich musikalisch ist – er konnte sehr gut über das Hören lernen. Im Erarbeiten neuer Stücke waren mir folgende Punkte besonders wichtig:

- Herr B. sollte von Anfang an ein optimales Klangerlebnis haben, das vor allem Klarheit und rhythmische Stabilität, d. h. eine klare Form suggeriert. Ich spielte bewusst „ohne Schnörkel“, d. h. keine komplizierten Verzierungen, Triller oder rhythmisch-metrisch unklare Strukturen wie Fermaten, die im Notentext vorgesehen waren. Häufig vereinfachte ich auch das Notenmaterial oder synchronisierte unsere Bogenstriche, sodass es auch visuell keinerlei Irritationen bei meinem Patienten durch gegensätzliche Strichführungen gab.
- Indem es viele Wiederholungen durch mein Vorspielen und gemeinsames Singen gab, konnte mein Patient allmählich in die Musik eintauchen, während er mit der anhaltenden Aufmerksamkeit beim Zählen und Klatschen war.
- Ich „begleitete“ ihn: Während ich zwar die Melodiestimme spielte und körperlich das Metrum vorgab, so war es doch mein Patient, der akustisch (klatschend und zählend) hörbar unseren Rhythmus manifestierte. Das Gefühl von Selbstwirksamkeit im rhythmischen Erleben war mir für Herrn B. ein Anliegen. Gleichzeitig konnte ich dadurch Stellen ausfindig machen, wo die rhythmische Synchronisation gefährdet war und aus dem Ruder zu laufen drohte,

wenn er sich beispielsweise erzählte oder es rhythmisch hakte. Manchmal waren es Vorhalte oder Triller in der Musik, die ich dann einfach beim nächsten Durchlauf wegließ, um die Struktur zu vereinfachen, was ich auch mit ihm besprach. In jedem Fall spiegelte ich die Verzögerung in meiner Melodiestimme. Mein Patient konnte dadurch klanglich wahrnehmen, wo es schwierig war, ohne jedoch selbst den „Fehler“ gemacht zu haben.

Interessant war, dass der erste Durchlauf sofort ein gutes Erfolgserlebnis für meinen Patienten mit sich brachte, wenn wir ein neues Stück auf diese Weise erarbeitet hatten. Er erkannte seine Leistung und konnte sich richtig darüber freuen. Ich beobachtete, dass wir umso längere Phrasen ohne abzubrechen zusammenspielen konnten, je mehr ich selbst in die Musik eingetaucht war.

Die Ehefrau von Herrn B. machte oft Videoaufnahmen von unseren Stunden. Das hatte nicht nur den Vorteil der Dokumentation, sondern diente auch als positive „Nachlese“ für meinen Patienten: Herr B. konnte auf diese Weise noch einmal auf seinen Erfolg blicken und war oftmals erneut positiv überrascht von seinem Musizieren.

Er war schließlich nicht nur auf der Geige besser geworden, sondern auch psychisch stabiler: Herr B. überraschte mich in einer Stunde, in der wir ein Duo abbrachen, weil er die Notenzeile verloren hatte. Wir unterbrachen also unser Musizieren. Statt sich zu ärgern strahlte er mich an und sagte: „Das ist nicht so schlimm, das machen wir einfach noch einmal!“

Er hatte genau meine Worte gewählt, die ich zu sagen pflegte, und es klang so warmherzig von ihm, als wollte er mich trösten!

Da ich spürte, wie gut das Lernen über die auditive Wahrnehmung gelang, spielte ich mit einem Kollegen eine CD mit allen bereits gelernten und neu zu erarbeitenden Duos nach den oben genannten Kriterien ein.

Ich bat die Ehefrau meines Patienten, dass sie sich gemeinsam (möglichst täglich) diese CD anhörten, damit auch die neuen Duos schon über das Anhören ihre Fremdheit verloren. Das war ein wichtiger Aspekt, denn das Klatschen und Zählen wurde zunehmend schwieriger für Herrn B. Ein weiterer positiver Effekt war, dass Herr B. beim Anhören der Musik gute Laune bekam. Das gemeinsame wöchentliche Musizieren auf der Geige war zu einer der wichtigsten Stunden für ihn geworden, es hatte eine positive Verstärkung stattgefunden und er fragte seine Frau fast täglich, wann ich wieder käme.

Nach und nach versuchte ich, immer mehr Trainingselemente in die Therapiestunden mit einzubeziehen, jedoch war die Ausgangssituation, in der Herr B. sich befand, ausschlaggebend für die Gestaltung der Stunde: Die Freude und das Bedürfnis am musikalischen Ausdruck ist das Hauptanliegen und steht im Zentrum der Arbeit.

Funktionale Aspekte

Um Geige spielen zu können, ist eine Vielzahl von synchronisierten sensomotorischen Bewegungsabläufen notwendig, von denen ich nachfolgend die wichtigsten aufführe:

- Streichen mit dem rechten Arm auf verschiedenen Saitenebenen
- Greifen mit Fingern der linken Hand
- Lagenspiel
- Zupfen
- Einstimmen der Geige
- „Einsatz geben“

Während für Herrn B. das Streichen, Greifen, Lagenspiel und Zupfen als „selbstverständliche“ Abläufe beim Geigenspiel eine sinnvolle Koordination beim Musizieren darstellen, ist das Einstimmen ein abstrakter und komplexer Bewegungsablauf, den ich – nachdem er es in den ersten Stunden noch alleine und ohne Hilfe ausführen konnte – in fast allen Stunden mit meinem Patienten wieder einübe: Hände und Arme sind über Kreuz mit unterschiedlichen Tätigkeiten beschäftigt, die linke Hand dreht am Feinstimmer, die rechte Hand und der Arm streichen die entsprechende Saite und über das Gehör wird „entschieden“, wann die Saite sauber eingestimmt ist. Auch das „Einsatz geben“ üben wir immer wieder, Herr B. soll mich anschauen und beim Beginn eines Duos bewusst ein- und ausatmen. Das verlangt von ihm einen Moment der Abwendung vom Notentext, damit verbunden das Auswendigspielen der ersten Töne und das anschließende Wiederfinden der Notenzeile. Die bewusste Atmung und die Kontaktaufnahme zu mir als Musizierpartnerin ist mir ein Anliegen.

Auch das Training unterschiedlicher rhythmischer Strukturen, Tonarten, Musikstile und Spielanweisungen sind Teil der Therapiestunden:

- unterschiedliche Rhythmen
 - 4/4-Takt = der „bequemste“ Takt
 - 3/4-Takt = schwierig, da nur die „1“ betont
 - 6/8-Takt = symmetrisch (2 x 3) „Wiegenlied“
- unterschiedliche Tonarten (Dur/Moll)
- ergotrope/trophotrope Elemente
- Pausen, Wiederholungen beachten
- singen, klatschen
- nach Noten/auswendig spielen/improvisieren
- mehrstimmiges Spiel, Chromatik
- Kanon spielen.

Der Einsatz der Elemente der musikalischen Gestaltung waren häufig von der aktuellen Situation, in der die Musiktherapie stattfand, abhängig: wenn Herr B. in melancholischer Stimmung war, forderte ich ihn nicht mit komplizierten 3/4-Takten heraus, sondern spielte mit ihm etwas zur Stimmung passendes.

Beispiel:

Als ich zur gewohnten Zeit zur Musiktherapie komme, begrüßt mich Herr B. mit einem alten Foto in der Hand. Ich frage, wer auf dem Foto zu sehen ist, er antwortet, es sei seine Mutter, er müsse so viel an sie denken und er wisse nicht recht, wo sie jetzt sei. Ich frage ihn, ob wir das Foto beim gemeinsamen Geige spielen so aufstellen wollen, dass sie zuschauen kann – sie würde sich sicher sehr an seinem Spiel erfreuen. Das bejaht er und findet einen geeigneten Platz für das Bild. Ohne dass ich etwas anrege, fängt Herr B. allein zu spielen an: die Melodie eines Mozart-Duos im 6/8-Takt. Er erzählt mir in dieser Stunde viel von seiner Mutter und wir bleiben zunächst bei Stücken im 6/8-Wiegenliedcharakter. Ich wähle Stücke aus, bei denen ich ihn mit einer weichen Klangfarbe und langen, gehaltenen Tönen begleiten kann. Der Ausdruck des Gefühls von Geborgenheit und Erinnerung an die Mutter, das regressive Element, kommt in diesem Takmaß zum Tragen. Es gelingt im Verlauf der Stunde, Duos im aktivierenden 4/4-Takt zu spielen. Am Ende spielen wir noch den Kanon „Bruder Jakob“ auswendig in verschiedenen Tonarten. Dafür bitte ich die Ehefrau von Herrn B., sich dicht zu ihm zu stellen und laut und deutlich seine Stimme mitzusingen, während ich mich bewusst etwas entfernt stelle und im Kanon singe und spiele.

Herr B. war nach dieser Stunde vitalisiert und begeistert über seine Leistung. Er war mit seiner fokussierten und anhaltenden Aufmerksamkeit bei sich und ließ sich nicht durch meine kanonische Stimme irritieren.

Formen rhythmischer Begleitstrukturen

Meiner Erfahrung nach kann man beim gemeinsamen Musizieren die rhythmischen Begleitstrukturen in drei grobe Formen unterteilen:

- lineare Begleitung (siehe Figur 1 „Die Moldau“)
- strukturierende Begleitung (siehe Figur 2 „Lied des Vogelfängers“)
- polyrhythmische/kontrapunktische Begleitung (siehe Figur 3 „Mozart Duo für zwei Violinen“)

Die lineare (Figur 1 „Moldau“) und die motorisch strukturierende Begleitung (Figur 2 „Vogelfänger“) unterstützen den Patienten in seinem Musizieren dabei am besten. Sehr geeignet sind auch Begleitfiguren, die in Kombination zu finden sind: zunächst eine lineare Stimmführung, die dann in eine strukturiert begleitende Funktion wechselt. Die parallele Stimmführung in der linearen Begleitung bringt auch eine Synchronisierung der Bogenstriche mit sich, sodass schon vom visuellen Erleben ein harmonisches Musizieren entsteht, das meinem Patienten Sicherheit gibt.

Bei der motorischen Begleitung liegt mein Hauptaugenmerk darauf, die gebundenen Sechzehntelnoten sehr klar zu strukturieren, d. h. immer kleine Akzente auf die ersten der Sechzehntel zu setzen und dadurch die rhythmische Struktur und Formgebung ganz klar herauszuheben.

Die Moldau

Musical score for 'Die Moldau' in 6/8 time, key of D major. The score consists of two staves. The upper staff is the melody, starting with a dynamic marking of *p* and a breath mark (V). The lower staff is the accompaniment, starting with a dynamic marking of *p*. The piece features a mix of dynamics, including *sf* and *p*, and includes accents and slurs.

Das Lied des Vogelfängers aus der Zauberflöte

Musical score for 'Das Lied des Vogelfängers aus der Zauberflöte' in 2/4 time, key of D major. The score consists of two staves. The upper staff is the melody, starting with a dynamic marking of *p* and a breath mark (V). The lower staff is the accompaniment, featuring a rhythmic pattern of eighth notes.

Mozart Duo für 2 Violinen

Musical score for 'Mozart Duo für 2 Violinen Nr. 6 Menuetto' in 3/4 time, key of D major. The score consists of two staves. The upper staff is the melody, starting with a dynamic marking of *p*. The lower staff is the accompaniment, featuring a rhythmic pattern of eighth notes. The piece includes a breath mark (V) in the lower staff.

Abb. 1: Nach „Die fröhliche Violine“ Bd. II u. III von Renate Bruce-Weber, Schott-Verlag ED 8432 u. ED 7786.

Interessanterweise habe ich die Erfahrung gemacht, dass das Spielen einer zweiten Stimme, also einer Begleitung der Melodiestimme, meinen Patienten in seinem Musizieren unterstützt: Man könnte es sich so vorstellen, dass diese Begleitstimme als „Navigationsgerät“ dient und dem Patienten in seiner Melodie eine Basis und Struktur gibt, die ihm die nötige Sicherheit für sein Musizieren vermittelt.

Die polyrhythmisch-kontrapunktische Begleitung (Figur 3 „Mozart Duo“), vor allem im 3/4-Takt, erfordert ein hohes Maß an anhaltender Aufmerksamkeit und m. E. auch eine gewisse musikalische Erfahrung beim Patienten, damit sie als „sinnvoll“ unterstützend erlebt wird.

Im Geigenunterricht mit Kindern dauert es oft einige Jahre, bis sie sich von einer solchen zweiten Stimme nicht verunsichern lassen, weil sie das „Formgefühl“ für Raum und Zeit erst erlernen müssen.

Phasen der Therapie mit Herrn B.

Phase I

- Mit Herrn B. und seiner Frau sprach ich am Anfang über die „musikalische Biografie“, welche Musikstücke wann in seinem Leben wichtig waren und was ihm grundsätzlich musikalisch gefällt. Damit stellte ich sicher, dass ich ihn auch zu einem späteren Zeitpunkt emotional erreiche.
- In dieser ersten Zeit konnte Herr B. noch in begrenzter Form Handlungsanweisungen befolgen, wodurch das trainingszentrierte Element des interaktiven Musizierens deutlich wird. Durch Singen, Klatschen und lautes Zählen wurden auch komplexe neue Stücke noch erlernt.

Phase II

- Wir bewegten uns im Raum jenseits von Notentext und verbalen Handlungsanweisungen. Die bekannten und gelernten Stücke wurden jetzt – soweit es möglich war – auswendig gespielt, die Improvisationen bekamen ein großes Gewicht und damit die persönlichen Ausdrucksmöglichkeiten.
- Verbindungen von zwei oder mehr Musikstücken häuften sich („eigenes Lied“) und dienten – auch gemeinsam gespielt – der Sicherheit: sowohl der Spielsicherheit meines Patienten als auch der Kontaktsicherung zwischen uns.

Je weiter die Demenz fortschritt, desto schwieriger wurde die Kommunikation. Herr B. brauchte mehr Pausen, er legte nach wenigen Minuten die Geige weg und schlich suchend an den Bücherwänden seines Wohnzimmers entlang. Manchmal zog er ein Buch heraus. Einmal war auf dem Titelbild ein Löwe abgebildet. Ich kommentierte: „Der Löwe ist ein kraftvolles Tier – fühlen Sie sich auch so kraftvoll?“ Er bejahte dies und ich spielte spontan den „Jägerchor“ aus dem Freischütz. Sofort griff auch er wieder zur Geige und wir spielten ihn zweistimmig.

Während das Spiel nach Noten in den ersten zwei Jahren Herrn B. eine Sicherheit beim Geigenspiel zu geben schien, an der er sich gerne festhielt, nahmen im Verlauf der Stunden das Auswendigspielen von Volksliedern und freie Improvisationen zu. Ich empfand diese Entwicklung als Vertrauensbeweis: Mein Patient wagte den Schritt in eine – vielleicht nicht nur musikalische – Freiheit und ließ mit dem Spielen von Volksliedern auch eine intimere Seite zu. Er konnte sich nun Liedern zuwenden, die seine Eltern für ihn und mit ihm gesungen und gespielt hatten, als er noch klein war: Dieses thematisierte Herr B. auch immer öfter.

Die Ehefrau meines Patienten sang oft die Lieder mit, die ich immer in verschiedenen Tonarten anbot. Es entwickelte sich das Ritual des Begrüßungs- und Abschiedsliedes. Das Begrüßungslied ist eine von Herrn B. selbst zusammengestellte Kombination aus dem 4. Satz der 1. Sinfonie von J. Brahms und „Die Blümelein, sie schlafen“, mit der er mich eines Tages spontan auf der Geige begrüßte, als ich kam.

Dieses, „sein“ Lied bekommt eine Schlüsselfunktion im Verlauf der Therapie. In einer Phase, die geprägt war von Wut, Aggressionen und auch Trauer, konnte dieses Lied Herrn B. einen Halt geben, er kam im wahrsten Sinne wieder „zu sich“ – es ist *sein* Lied!

In einer Stunde will Herr B. wieder die Ciaccona von Bach spielen, die wir früher schon einmal zusammen geübt hatten. Es klappte in den letzten Stunden schon ganz gut, mit meinem Vorschlag, er solle „nach den Ohren“ nur die Melodiestimme spielen: Ich spielte alle Akkordverbindungen, sodass das Klangerlebnis für ihn so war, als ob er alles selbst spielte. In dieser Stunde will es nun aber nicht so recht klappen.

Die Bitte, er möge „nur“ die Melodie spielen, ist zu abstrakt. Er legt die Geige weg und geht zielstrebig zum Schreibtisch, auf dem sich eine aus Holz geschnitzte Figur befindet. Herr B. nimmt die Figur in die Hand und betrachtet sie eine Weile, dann sagt er auf den Holzkopf zeigend: „Ich habe alles da rein getan ... und nun finde ich es nicht mehr...“

Ich bin so berührt und fühle mich gleichzeitig so hilflos gegenüber seiner Selbstwahrnehmung, dass ich ihn zunächst aufmuntern will und sage, wie schön wir aber doch eben zusammen gespielt hätten. Er reagiert darauf nicht. Ich spüre, dass ich ihn verbal nicht angemessen trösten kann und fange ganz leise an, „sein Lied“ zu spielen. Ich spiele mehrere „Strophen“, bis er die Figur unvermittelt wegstellt, seine Geige nimmt und mitspielt.

Was am Anfang gar nicht möglich schien, wurde nun in der zweiten Phase fester Bestandteil der Stunden geworden: die freie Improvisation.

Nach dem Begrüßungslied fingen wir zwar immer mit bekannten Stücken an, jedoch begann Herr B. oft nach wenigen Takten, das Lied improvisatorisch weiter zu gestalten. Manchmal begleitete ich ihn dabei, wenn ich das Gefühl hatte, er könnte Unterstützung gebrauchen, manchmal hörte ich ihm einfach zu – oft wirkte er ganz vertieft in sein Geigenspiel. Die Einheit zwischen Spieler und Instrument wollte ich dann nicht stören und das gewachsene Vertrauensverhältnis zwischen uns erlaubte mir, dass ich ihm zuhören durfte.

Zur therapeutischen Beziehung

Mich hat sehr berührt, was Martina Baumann zum Thema „atmosphärische Intelligenz“ im Kontext von Musiktherapie in der Palliativ- und Hospiz-Arbeit schreibt:

„Atmosphäre wird bis zuletzt wahrgenommen. (...) Zum ‚Schaffen‘ von Atmosphären gehört aber auch erstmal das Hinhorchen auf die Atmosphäre, die da ist. (...) einfach Horchen mit einer Mischung aus Intuition, Achtsamkeit, Empathie und (...) Musikalität.“ (Baumann 2014, 36)

Das Wahrnehmen der Atmosphäre ist therapeutisch sehr wichtig, weil dies stark die Form und Struktur beeinflusst, in der ich die Stunde gestalte.

Wichtig sind für mich im Sinne Baumanns die „Haltungen hinter dem Tun“ wie:

- die „Absichtslosigkeit“: keinen Erwartungsdruck an den Patienten zu stellen
- die „aufsuchende Haltung“: den Auftrag des Handelns bewusst machen, aber auch immer wieder zu reflektieren
- die „Flexibilität in Raum und Zeit“: eine zu akzeptierende spontan mögliche Veränderung oder Abweichung vom Setting
- das „fragmentarische Arbeiten“: diese Haltung akzeptiert Brüche und die Störanfälligkeit eines Kontaktes
- die „Freie Improvisation im Schwebезustand“ als eine Begegnungsform (Baumann 2014, 34–35).

Diese Beschreibung veranschaulicht, welche therapeutischen Haltungen zunehmend wichtiger wurden für die Beziehung. Zum Beginn der Musiktherapie mit Herrn B. stand noch hauptsächlich ein – über das Bewusstsein ablaufendes – Training im Vordergrund. Im weiteren Verlauf nahm aber die Atmosphäre größeren Raum ein. Die Sequenzen des gemeinsamen Musizierens wurden kürzer, Herr B. brauchte mehr Pausen.

Daserspüren der Atmosphäre ist für mich eine freiere Art von Formgebung und es war mir wichtig, Herrn B. Zeit zu geben bzw. ihn selbst bestimmen zu lassen, wann er Musiktherapie und das Musizieren zulassen konnte oder wollte. Wir bewegten uns im wahrsten Sinne des Wortes durch Räume. Jeder Raum hat eine Form und lebt durch die Atmosphäre, die Stimmungen und Schwingungen fühlbar werden lässt und die damit auch die Beziehung prägt. Wenn Herr B. an den Bücherwänden seiner Bibliothek beschäftigt war oder aus einem anderen Teil des Zimmers in den Garten schaute, erreichte ich ihn verbal meist nicht, er war dann sehr in sich vertieft. Es blieb also von meiner Seite der Versuch, ihn musikalisch zu rufen – eine „musikalische Anfrage“, ob er zur Geige und zum Musizieren zurückkehren wollte. Ich spielte dann etwas Bekanntes für ihn oder auch etwas aus meinem Repertoire – quasi „für mich“ –, um ihn zu spiegeln und zu entlasten: „Jeder darf auch einfach bei sich sein“. Das empfand ich allerdings manchmal als

schwierig, auch aus ethischen Gründen, denn ich wurde ja schließlich dafür bezahlt um Therapie mit meinem Patienten zu machen! Insofern dauerte es eine gewisse Zeit, bis ich mich auf das sich verändernde „Tempo“ der Therapiestunden einstellen konnte. Ich brauchte eine neue Form des Da-Seins und gab mir selbst mehr Zeit und Raum, die Bedeutung der therapeutischen Dimension in der aktuellen Atmosphäre zu erspüren. Mein Eindruck war, dass Herr B. spürte, wenn ich nicht „unter Strom“ stand, um ihn zum Geigen zu bewegen. Er kam dann von selbst zurück.

Mit Hilfe von Techniken der Validation hatte ich schließlich auch wieder eine verbalisierende Möglichkeit, mit Herrn B. in Kontakt zu treten und Themen zu benennen, die ihm gerade wichtig waren.

Beleuchten wir noch einmal einige interessante neurologische Aspekte in Bezug auf die aktive und rezeptive Musiktherapie.

Es konnte in den letzten Jahren in neurowissenschaftlichen Studien nachgewiesen werden, dass das aktive Musizieren viele positive Effekte hat, nämlich auf:

- Wahrnehmung (akustisch und sensomotorisch)
- Aufmerksamkeit
- Gedächtnis
- Intelligenz (Arbeitsgedächtnis, exekutive Funktionen, verbale Intelligenz)
- Handlungsprozesse
- Emotion/Emotionsregulation
- soziale Funktionen. (Koelsch 2014)

Emotionen, die durch Musik hervorgerufen werden, zeigen u. a. neuronale Aktivität des Hippocampus, der Amygdala und des Nucleus Accumbens (NcA „Belohnungs-System“). Der NcA wird u. a. aktiviert, wenn Menschen Musik hören, die sie als angenehm empfinden. Laut Koelsch korreliert eine Aktivierung des NcA mit einer erhöhten Dopamin-Verfügbarkeit, wenn es zum sogenannten positiven „Gänsehauteffekt“ beim Musikerleben kommt. Die Bedeutung der sogenannten „Lieblingsmusik“ spielt hier also eine zentrale Rolle, sie ermöglicht ein „optimal arousal“. Die Hippocampal-Formation, die mit Lernen und Emotionen im Zusammenhang steht, erzeugt eine Vielfalt von Emotionen, die – im Gegensatz zum Gefühl der selbstzentrierten Belohnung – sehr beziehungsbezogen sind und damit soziale Elemente enthalten, wie „gerührt sein“, „bewegt sein“. Koelsch schreibt: „das Herstellen und Aufrechterhalten sozialer Bindungen ist evolutionär wahrscheinlich eine zentrale Funktion von Musik gewesen, (...)“ (Koelsch 2014, 43).

Interessanterweise finden sich bei der Alzheimer Demenz (AD) die Veränderungen, die als Amyloid-Plaques bezeichnet werden, vor allem im *Hippocampus*, im sogenannten „*limbischen System*“. Diese tiefen Hirnregionen sind schwer zu erforschen. Die Hippocampal-Formation ist dabei eine der wichtigsten und komplexesten Strukturen beim Menschen im limbischen System. Wichtig zu betonen ist, dass das limbische System sowohl bei der Verarbeitung von Emotionen und emotionalem Verhalten beteiligt ist als auch bei der Entstehung von Triebverhalten.

Durch postmortale Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass innerhalb der Hirnrinde die Ablagerung von Amyloid-Plaques im Neokortex beginnt.

Nach und nach greifen die Krankheitsprozesse dann auf andere Hirnareale über, in denen u. a. Sprache verarbeitet wird. Eine Verkleinerung des Hippocampus gilt als ein Frühindikator für eine AD. Der Hippocampus gehört zu den ersten Regionen, die beim Morbus Alzheimer geschädigt werden. Dies zeigen kernspintomografische Studien (Henneman et al. 2009).

In einer Studie konnte nachgewiesen werden, dass sich das Risiko massiv erhöht, wenn beide Faktoren zusammenkommen, also ein geringes Hippocampusvolumen und eine zunehmende Atrophie. „Ein geringes Ausgangsvolumen und eine Tendenz zur weiteren Verkleinerung machen damit eine Morbus Alzheimerdemenz sehr wahrscheinlich.“ (Ärzteblatt 2009)

Ein normaler Prozess ist, dass im Alter von etwa 20 Jahren der Hippocampus jährlich um ein bis zwei Prozent zu schrumpfen beginnt. Es konnte nachgewiesen werden, dass durch navigatorische Aufgaben (Stadtplan lesen, räumliche Orientierung) dieser Prozess aufgehalten werden konnte.

„Wenn unser Gehirn über einen längeren Zeitraum intensiv gefordert wird, passt es sich den neuen Aufgaben an. Verschiedene Gehirngebiete werden umgebaut. So können Lernaufgaben die Zahl der Nervenfasern im Corpus callosum (Verbindung der beiden Hirnhemisphären) erhöhen, und räumliche Orientierung kann die natürliche Schrumpfung des Hippocampus stoppen“ (Kirschner 2013).

Räumliche Orientierung braucht Bewegung. Daher könnten im Sinne der oben genannten Studie die unterschiedlichen Spielanweisungen beim Instrumentalspiel auf Streichinstrumenten (verschiedene Stricharten wie legato oder staccato, pizzicato, dynamische Unterschiede wie forte und piano ...) sowie die Orientierung beim Spielen mit Noten (Beachten von Pausen, Wiederholungen, da capo al segno usw.) auch ein Training der Hippocampus-Formation bedeuten, während gleichzeitig emotionale Prozesse beim Musizieren angeregt werden.

All diese Aspekte sind m. E. für das Musizieren mit Demenzpatienten wesentlich. Die Neuroplastizität des Gehirns bleibt auch bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen erhalten (Willig, Kammer 2012) und das Musizieren scheint einen positiven Effekt auf die Hippocampal-Formation zu haben – eine Hirnregion, die von der Erkrankung mit als erste betroffen ist. Nach Videbeck und Ravnkilde (2004) ist das Volumen des Hippocampus auch bei Patienten mit einer unipolaren Depression verringert: In diesem Fall ist die Tatsache, dass Musik Aktivität in der Hippocampus-Formation bewirken kann, eine große Chance, um einer Komorbidität von Demenz und Depression entgegenzuwirken, die ein häufiges Problem besonders am Beginn einer Demenz darstellt.

Herr B. machte im Verlauf der Musiktherapie Fortschritte auf der Geige, seine psychische Situation stabilisierte sich und in Bezug auf sein Geigenspiel gewann er eine

saubere Intonation, einen weicheren Geigenklang und – besonders beim Auswendigspielen – eine große Konzentrationsfähigkeit auf sich und sein Instrument dazu. Ich spürte, dass eine körperliche Verbundenheit zwischen ihm und seinem Instrument gewachsen war.

Womit kann das zusammenhängen? Nachfolgend möchte ich einige Aspekte aufzeigen, die mein Patient für sich positiv nutzen konnte und deren Wirkung möglicherweise auch die Fortschritte bei seinem Geigenspiel positiv beeinflusst hat.

Obertöne und Körperresonanz beim Geigenspiel

Die entspannende Wirkung obertonreicher Klänge wie des Monochords oder der Körpertambura sind schon lange bekannt: Sie bringen auf direktem Wege den Körper in Schwingung. Durch instrumentale Stimulation (aktiv/passiv) oder auch durch Singen und Summen können die feinen Vibrationen körperlich wahrgenommen werden. Beim Anspielen einer Geigensaite kann man bei der Tonerzeugung ihre Schwingung sehen. Die Saite vollzieht aber gleichzeitig weitere Schwingungen, die man nicht sieht. Der wahrgenommene Klang besteht daher nicht nur aus der Frequenz der sichtbaren Bewegung: Man findet bei der Analyse des Klangs bis zu über 100 Töne, die alle gleichzeitig klingen. Ein Spektrogramm kann diese Töne sichtbar machen (Saus 2008). Die Bewegung der Saite vermittelt also einen größeren Klang- und Erlebnis-Raum als zunächst erkennbar.

Wir hören die Obertöne nicht nur einzeln, wie beispielsweise bei der Erzeugung eines Flageolett-Tones, sondern unser Gehirn kann sie zur Klangfarbe verarbeiten. Offenbar kennt unser Gehirn das Naturgesetz der harmonischen Obertöne. Sobald irgendwo ein Klang entsteht, ordnet das Gehirn das Paket dutzender Obertöne automatisch einer Klangquelle zu. Diese Fähigkeit ist Voraussetzung dafür, dass wir überhaupt Schallquellen unterscheiden können (Saus 2008).

Beim Geigespielen gehen wir ständig in Resonanz mit Obertönen: Ein großer und schöner Ton basiert hauptsächlich auf einer sauberen Intonation, die wiederum zur Folge hat, das gesamte Obertonspektrum der Violine zum Klingen zu bringen. Die Stärke dieser Saitenobertöne ist aber nicht festgelegt, sondern hängt von verschiedenen weiteren Faktoren ab, z. B. von der Kontaktstelle des Streichens, vom Bogendruck, von der Bogengeschwindigkeit und vom Fingerkontakt auf der Saite. Vibrato bereichert darüber hinaus den Ton des Geigers mit Farben und Volumen. Wenn wir ein Streichinstrument spielen, hat der Spieler also selbst einen großen Einfluss auf die Erzeugung und damit die Wirksamkeit der Obertöne auf den Organismus.

Ein weiterer körperlich wirkender Faktor ist der Kontakt des Körpers zum Instrument: Wir halten die Geige zwischen Kinn und Schulter und haben somit eine sehr innige Verbindung und Resonanz zu uns selbst, dabei spüren wir den Klang der Geige direkt körperlich über den Schlüsselbeinknochen und den Kieferknochen.

Nach Tomatis (1999) hören wir nicht nur mit den Ohren, sondern mit dem ganzen Körper, und die Wirkung der Obertöne kommt auch durch Knochenleitung zustande.

Ein neues Modell vom Max-Planck-Institut für Hirnforschung in Frankfurt erklärt, warum wir Schallwellen auch dann wahrnehmen, wenn sie durch die Knochen geleitet werden. Unser Hörsinn, also die Fähigkeit, Schallwellen wahrzunehmen, entsteht im Innenohr. Wenn sich Schallwellen in der Luft ausbreiten und unseren Gehörgang erreichen, regen sie je nach Frequenz unterschiedliche Bereiche auf der sogenannten Basilarmembran im Innenohr zur Schwingung an. Diese mikroskopischen Vibrationen der Membran nehmen wir als Ton wahr. Das Innenohr ist jedoch von einem Kochen umgeben, der ebenfalls in Schwingung versetzt werden kann. Mit Hilfe von Berechnungen zur Bewegung von Flüssigkeiten haben Forscher jetzt herausgefunden, dass die Schwingungen des Knochens und der Basilarmembran miteinander gekoppelt sind, sie können sich also gegenseitig zur Schwingung anregen. Das heißt auch unsere Schädelknochen können Schall empfangen und weiterleiten (Tchumatchenko, Reichenbach 2014).

Welche spezifischen Formen und Strukturen bezog ich in den musiktherapeutischen Prozess bei Herrn B. mit ein?

Die Neurologische Musiktherapie gibt mit ihren übungszentrierten Vorgehensweisen meiner Arbeit den erforderlichen strukturellen Rahmen, der im oben beschriebenen Sinne vor allem den musiktherapeutischen Trainingsaspekt unterstützt. Das gemeinsame Musizieren mit Herrn B. war dennoch keine NMT. Die psychotherapeutische Betreuung war zwar bei Herrn B. nicht vorrangiges Anliegen, jedoch in jeder Stunde präsent. Allein die Frage der Krankheitsbewältigung und das Annehmen der aktuellen Situation war immer wieder ein Thema, nicht nur für ihn, sondern auch für seine Ehefrau, die oft während der Therapiestunden anwesend war. Die therapeutische Form entwickelte sich im Laufe der Zeit durch verschiedene Rituale, die jede Therapiestunde durchzogen. Das gemeinsame Musizieren des Begrüßungs- und Abschiedsliedes gehörte genauso dazu wie das „eigene Lied“ von Herrn B., das eine zentrale Stellung im Therapieverlauf einnahm und bis heute unsere wichtigste und stärkste musikalische Verbindung ist.

Mein Eindruck war, dass die Musik auch die Paarbeziehung zwischen Herrn B. und seiner Frau stärken konnte.

Sowohl die Musiktherapie mit Herrn B. als auch das gemeinsame Musizieren zu dritt wurden wichtige psychosoziale Formen, um im gemeinsamen Beschreiten des Weges allmählich eine Akzeptanz der Situation zu erleben. Die Bindung konnte durch das emotionale Erleben im – z. T. gemeinsamen – Musizieren gestärkt werden.

Indem die Ehefrau meines Patienten die Fortschritte ihres Mannes auf der Geige begeistert miterlebte, konnte sie andererseits besser akzeptieren, dass Alltagsaktivitäten und verbale Kommunikation mit ihrem Mann mehr und mehr schwanden. Sie konnte auf einem ganz wichtigen Weg – nämlich zu einer veränderten Kommunikations-, Wahrnehmungs- und Ausdrucksmöglichkeit des Herrn B.

– mitgenommen werden. Sie konnte miterleben, wie ihr Mann immer mehr Freude am eigenen Ausdruck gewann, lockerer mit eigenen Fehlern umging und ganz neue Ressourcen in sich entdeckte.

Insofern ist Musiktherapie für Familie B. zu einem ganzheitlichen Konzept geworden. Durch das Musizieren und die Musiktherapie konnten neue (Erlebnis-) Räume geöffnet werden, die vorher in dieser Form nicht vorhanden waren.

Klare Strukturen im trainingszentrierten Arbeiten, das Durchleben psychodynamischer Prozesse, ein stabiles Vertrauensverhältnis und die Begeisterung von Herrn B. für das Geigenspiel konnten Fortschritte bzw. eine gestärkte Ausdruckskraft auf der Geige bei meinem Patienten möglich machen. Durch die wöchentlich stattfindende Musiktherapie, in der Herr B. über einen Zeitraum von vier Jahren aktiv Geige spielte, wurde ihm sowohl zu einer allgemeinen Mobilisierung als auch zur Affektregulierung verholfen.

Aktuelle Situation

Herr B. lebt nun nach einem Krankenhausaufenthalt in einer betreuten Einrichtung. Er sitzt im Rollstuhl und spielt nicht mehr Geige. Eine neue Situation, mit der auch ich erst einmal zurechtkommen muss. Es sind durch den Klinikaufenthalt einige Wochen vergangen, seit ich das letzte Mal bei Herrn B. war.

Als ich in sein Zimmer komme, erkennt er mich zunächst nicht und reagiert auch nicht auf meine Begrüßung, bei der ich ihn vorsichtig an der Hand berühre. Doch dann stimme ich unsere Geigen ein, da schaut er das erste Mal auf. Ich möchte die Verbundenheit unseres Musizierens aufrechterhalten, indem ich ihm anbiete, dass er seine Geige in den Arm nimmt, was er auch gerne tut. Ich zupfe erneut alle vier Saiten seiner Geige an und frage ihn, ob ich die Geige sauber eingestimmt habe. Er schaut mich daraufhin ganz selbstverständlich an und bejaht dieses. Als ich anfangs, sein Lied zu spielen, umfasst er spontan mit der linken Hand den Geigenhals, bewegt die Finger und macht Vibratobewegungen dazu – er spielt innerlich mit! Ich kommentiere nach diesem Lied begeistert, wie schön es sei, wieder gemeinsam mit ihm zu musizieren, und er lacht mich befreit an, bestätigt das. Im Verlauf der Stunde schaut er mich immer wieder lange an – als ob etwas er etwas sucht, was ihm bekannt vorkommt. Es ist ein aufmerksamer, warmer und fokussierter Blick, der mich emotional sehr berührt.

Die langjährige Vertrauensbasis ermöglicht einen nahtlosen Übergang von der aktiven in die rezeptive Musiktherapie. Ich empfinde es als großes Geschenk, Herrn B. schon so lange zu kennen, und er freut sich wie früher, wenn ich zu ihm komme. Dabei ist auffällig, dass er meist aus einem schläfrigen Zustand immer wacher wird, seinen Blick fokussiert, wenn Geigentöne erklingen – und sei es nur durch das Einstimmen der Instrumente. Nach wenigen Minuten hat er mich erkannt, lacht dann und fängt an zu konfabulieren – oft sind sogar klar ausgesprochene Worte dabei. Im Verlauf der Stunde wird er meist ganz wach und – auf seine Art und Weise – klar in seinen Äußerungen, sogar seine schelmische, humorvolle Seite kommt oftmals wieder zum Vorschein.

In der letzten Stunde war seine Frau wieder während der Musiktherapie anwesend. Bei unserem langjährigen Abschiedslied „dat du meen levsten bist“ sang sie leise alle drei Strophen mit und war dabei nah an seinem Gesicht. Herr B., der aufmerksam zuhörte, wandte sich ihr zu. Er lächelte, berührte mit seinem Gesicht ihre Wange und küsste sie schließlich mehrmals zärtlich auf die Wange.

Literatur

- Aerzteblatt.de (3/2009): In: Internet: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/35874/Morbus-Alzheimer-Zuerst-schrumpft-der-Hippocampus> (Stand: 12.04.2015)
- Baumann, M. (2014): Begrüßung gleichzeitig mit Musik. Musiktherapie in der Palliativ- und Hospiz-Arbeit. In: Schenk, M.; Löhr, R. (Hrsg.): „21. Musiktherapietagung am Freien Musikzentrum München e. V. (2. bis 3. März 2013)“. Wiesbaden
- Bower, G. H. (1981): Mood and memory. *American Psychologist*, 36(2), 129–148
- Feil, N.; de Klerk-Rubin, V. (2013): *Validation*. München
- Henneman, W. J. P.; Sluimer, J. D.; Barnes, J. et al. (2009): Hippocampal atrophy rates in Alzheimer disease. *Neurology* 72, 11, 999–1007
- Kirschner, S. (2014): *Die Anatomie des Lernens*. Max-Planck-Forschung. In: Internet: www.mpg.de (Stand: 09.04.2015)
- Koelsch, S. (2014): Neurowissenschaftliche Grundlagen der Musiktherapie. In: Altenmüller, E.; Willich, S. N. (Hrsg.): *Klang, Körper und Gesundheit*. Augsburg
- Kraft, J. A. (2012): *Musik und Gedächtnis bei Demenz*. Abschlussarbeit IfM Berlin
- MacDonald, R.; Kreuz, G.; Mitchell, L. (2012): *Music, Health and Wellbeing*. Oxford
- Posner, M. I. (2012): *Progress in Attention Research 2004–2011. Cognitive Neuroscience of Attention*. 2nd edition, 1–11, New York
- Roth, G. (2013): *Die Rolle von Motivation und Aufmerksamkeit für den Lernerfolg*. Vortrag (Auszug), Institut für Hirnforschung, Universität Bremen
- Saus, W. (2008): *Faszination Oberton – was sind Obertöne?* In: Internet: www.oberton.org FZ Wellness, 58–60 (Stand: 20.04.2015)
- Schneider, S. et al. (2008): Klavierspiel in der neurologischen Rehabilitation. *Musikphysiologie und Musiktherapie* 15/1, 19–25
- Spitzer, M. (2002): *Musik im Kopf*. Stuttgart
- Tchumatchenko, T.; Reichenbach, T. (2014): *Hören mit den Schädelknochen*. Max-Planck-Forschung. In: Internet: www.mpg.de (Stand: 19.04.2015)
- Thaut, M.; Nickel, A. K.; Hömberg, V. (2004): Neurologische Musiktherapie. *Musiktherapeutische Umschau* 25, 1, 35–44. Göttingen
- Thaut, M.; Hömberg, V. (Hrsg.) (2014): *Handbook of Neurologic Music Therapy*. Oxford

- Tomatis, A. (1999): *Das Ohr und das Leben. Erforschung der seelischen Klangwelt*. Olten
- Videbech P.; Ravnkilde, B. (2004): Hippocampal volume and depression: a meta-analysis of MRI studies. *American Journals of Psychiatry* 161, 1957–1966
- Willig, S.; Kammer, S. (2012): *Mit Musik geht vieles besser*. Hannover

Julia Alexa Kraft
Zillestr.101 d
10585 Berlin
musiktherapie-kraft@gmx.de