Jahrbuch Musiktherapie
Music Therapy Annual

Band 1 (2005)
Forschung und Entwicklung
Vol. 1 Research and Development

herausgegeben vom
Berufsverband
der Musiktherapeutinnen
und Musiktherapeuten in
Deutschland e. V. (BVM)

Reichert

Jahrbuch Musiktherapie
Music Therapy Annual

Berufsverband der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten
in Deutschland e. V. (BVM) (Hg. / Ed.)

Jahrbuch Musiktherapie

Music Therapy Annual

Band 1 / 2005: Forschung und Entwicklung

Vol. 1 / 2005: Research and Development

zeitpunkt musik
Reichert Verlag Wiesbaden 2005

Herausgegeben von / edited by
Berufsverband der Musiktherapeutinnen
und Musiktherapeuten in Deutschland e. V. (BVM)

Redaktion: Anke Esch, Isabelle Frohne-Hagemann,
Mary Laqua, Hanna Schirmer, Elisabeth Seitz

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.

Gedruckt auf säurefreiem Papier
(alterungsbeständig – pH 7, neutral)

© zeitpunkt Musik. Forum zeitpunkt
Dr. Ludwig Reichert Verlag Wiesbaden 2005
www.reichert-verlag.de
ISBN: 978-3-89500-460-5 (Print)
eISBN: 978-3-7520-0183-9 (eBook)
DOI: 10.29091/9783752001839
Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung
des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen und die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Printed in Germany

Music is a symbol and a source
It comforts and heals
It inspires and delights
It nurtures
It weeps
And builds strong walls out of tears
It sheds clear light
On our understandings
It dares to dream
To reflect and to clarify
Music reminds us of our heartbeats
Through time and space
It celebrates our uniqueness and our similarities
It creates a path to our future
Without hiding the past.
It laughs with a new laughter
Never laughed before
It is an echo
From a distant place
It glides and pulls
It calms and reassures
It provides a space
Where we can choose
It is the history of sound
From eternity
It breathes
Stretchs and yawns
Into a new day
Music Transforms
If we can only hear.

Carolyn Kenny

Inhalt

Vorwort Hanna Schirmer 9
Geleitwort Stefan M. Flach 10

Beiträge

Empathie in der Musiktherapie – ein Mythos?
Susanne Metzner 13

Music Therapy as a Way to Enhance Lucidity in Persons with Dementia in Advanced Stages
Hanne Mette Ochsner Ridder 25

Vom Suchen und Finden – musiktherapeutische Handlungsformen und deren Beobachtung in einer prozessorientiert geführten ambulanten Gruppenmusiktherapie bei Patienten mit Alzheimer Demenz
Jan-Peter Sonntag, Ute Hennings, Hans Ulrich Schmidt, Thomas Müller-Thomsen 41

Körpertambura – ein neues musiktherapeutisches Instrument
Bernhard Deutz, Cordula Dietrich 59

Zur Bedeutung bildgebender und elektromagnetischer Verfahren für Musik und Musiktherapie
Thomas Stegemann 83

Musiktherapie und Sozialrecht
Peter Mrozynski, Stefan M. Flach..... 97

Dissertationen zu aktuellen Forschungsthemen

Toward a Notion of Community Music Therapy
Brynjulf Stige 107

Using a Music Therapy Collaborative Consultative Approach for the Inclusion of Young Children with Autism in a Child Care Program
Petra Kern 135

Was beeinflusst die Effektivität von Musiktherapie bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen?
Christian Gold 147

Buchbesprechungen 159

Die Autoren 187

Register 191

Vorwort

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wir freuen uns, heute die erste Ausgabe unseres „Jahrbuch Musiktherapie“ vorlegen zu können. Sie folgt der Tradition, denn schon die Vorgängerschrift „Einblicke“ war bereits als Jahresschrift konzipiert. Nun haben wir expandiert und konnten dazu den Dr. Ludwig Reichert Verlag mit Frau Ursula Reichert für unser Projekt gewinnen. Unsere kleine Einblicke-Redaktion wurde um vier Personen erweitert, wovon zwei leider ganz bzw. zeitweilig wieder ausschieden. An dieser Stelle möchten wir diesen Kolleginnen, Gitta Strehlow und Hedda Auffahrt, für ihre Mitarbeit bei der Konzepterstellung, Themensuche, Auswahl der Autoren usw. sehr herzlich danken. Ihre Mitwirkung fließt in unser Jahrbuch mit ein. Für die anfallenden Übersetzungsarbeiten wurde Mary Laqua in das Redaktionsteam aufgenommen.

Wir haben uns vorgenommen, Beiträge zu einem Thema oder Themenkomplex zu veröffentlichen, die das Thema oder Aspekte davon aus unterschiedlicher Sicht oder unterschiedlichem Klientel oder verschiedenem theoretischem Ansatz behandeln. Musiktherapeutische Ansätze sind heute weltweit von Bedeutung und Interesse und deshalb haben wir in diesem Zusammenhang die Form der Zweisprachigkeit gewählt. Ferner werden wir in jeder Ausgabe Kurzfassungen aktueller Dissertationen und ähnlicher wissenschaftlicher Arbeiten veröffentlichen, um einen Überblick über den Forschungsstand zur Musiktherapie zu erhalten. Hinzu kommen Rezensionen, die das musiktherapeutische Bild und das Jahrbuch abrunden.

Wir haben für die erste Ausgabe des „Jahrbuch Musiktherapie“ den Titel „Forschung und Entwicklung“ gewählt, ein Motto, das an Aktualität nie verlieren wird. Dies wird uns von der Redaktion weiterhin immer wieder beschäftigen, solange unsere berufliche Situation noch nicht zu unserer Zufriedenheit geklärt ist. Das Jahrbuch wird sich entsprechend in die eine oder andere Richtung entwickeln und deshalb werden wir versuchen, für jede Ausgabe einen Aspekt aus dem langsamen Gang der Zeit unserer Berufsentwicklung einzufangen.

Auf Wunsch von Autoren möchten wir noch darauf hinweisen, dass – wenn der Einfachheit halber in der männlichen Person geschrieben ist – die weibliche mit gemeint ist.

Nun wünschen wir Ihnen viel Lesevergnügen, Information und gutes Nachdenken.

Juni 2005
Für die Redaktion
Hanna Schirmer

Musiktherapie oder Vom Schmetterling im Hühnerhof

Liebe Leserin, lieber Leser des Jahrbuchs Musiktherapie 2005,

erlauben Sie mir, Sie in ein Bild meiner Kindheit mitzunehmen:
Ich bin etwa sechsjährig und wohne mit meinem älteren Bruder und meinen Eltern im Erdgeschoss eines Miethauses hinter der Klosterwiese. Dort – am Ende der Wiese – gibt es einen großen Hühnerhof. Oft stehe ich am Zaun, manchmal von der Mutter geschickt, um Essensreste, Eierschalen oder Körner zu füttern, manchmal, um dem Scharren und Picken dort zuzusehen. Ich erinnere gut das geschäftige Treiben der Hühner, das Stolzieren der Hähne und auch die Kämpfe untereinander – sei es um einen Futterbrocken oder um der Rangordnung willen.
Über der blühenden Klosterwiese gaukeln Schmetterlinge: Zitronenfalter und Kohlweißlinge, aber auch seltene Exemplare wie Admiral und Tagpfauenauge. Sollte nun einer dieser Schmetterlinge vom Duft all' dessen angezogen werden, was den Hühnern vorgeworfen wurde oder sollte auch nur die Neugierde ihn durch die Maschen des Hühnerhofzaunes schlüpfen lassen und sollte er auch noch das Pech haben, von den am Boden scharrenden, suchenden und hie und da pickenden Mistkratzern entdeckt zu werden, war es meist schon um ihn geschehen. Zwar nahm der Schmetterling den Hühnern nun wirklich kein Futter weg, doch bildete er offenbar einen besonderen Leckerbissen für die Hühnerschar, die sich um ihn balgte.
Jahrzehnte später erinnere ich diese Landschaft meiner Kindheit, wenn ich an Musiktherapie denke. Im Fächerkanon der modernen Therapiemethoden gebärdet sich Musiktherapie manches Mal als Schmetterling: leicht, gaukelnd, schillernd, filigran, vielfältig.
Durch kontinuierliche, geduldige (und manchmal hartnäckige) Arbeit zahlloser Kolleginnen und Kollegen konnte sich Musiktherapie etablieren und erfreut sich großer Akzeptanz bei Fachleuten, Betroffenen und Angehörigen. Bei einzelnen Diagnosen, Störungsbildern und daraus resultierenden Behinderungen ist sie das (Behandlungs-) Mittel der Wahl.

Damit sind wir wieder im Bild des Hühnerhofes aus meiner Kindheit:
Historisch begründet gibt es in Krankenbehandlung und Eingliederungshilfe, (Psycho-) Therapie und Förderung etablierte Berufsgruppen, die sich – lassen Sie es mich etwas salopp formulieren – den Hühnerhof teilen, die Ordnungen festlegen.
Dabei wird aus der reflektierten Rangordnung („Welche Maßnahme ist wann bei wem sinnvoll?") schnell eine Hackordnung („Wer ist älter, lauter, stärker?"). Es entstehen Ängste, wenn ein schillernder Falter in die Lufthoheit eindringt, die nun mal auch zum Hühnerhof gehört.
Können Schmetterlinge Angst machen?
In den Alpen gibt es die Sage, dass Hexen und deren männliche Pendants – die Unholde – in manchen Nächten Schmetterlingsgestalt annähmen, um dann den Rahm von der Milch zu schlürfen.

„Schmetter“ ist der Rahm und von diesem altsächsischem Wort führt eine Brücke zum angelsächsischen „Butterfly“. Rahm oder Butter zu stehlen, gilt seit je her als schlimmes Verbrechen.
Manches Mal präsentieren sich Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten ebenso schillernd wie Schmetterlinge, umgeben sich mit auch exotischen Instrumenten, pflegen eine sich weiter ausdifferenzierende Fachsprache, arbeiten hinter geschlossenen Türen, durch die ebenso Vielfältiges wie Unverständliches an Tönen, Klängen, Geräuschen und Rhythmen dringt ... und lösen damit Ängste aus, anderen den Rahm vom Milchtopf oder die Butter vom Brot stehlen zu wollen.
Hier hilft nur Aufklärung:
(Berufs-) Politik ist Kommunikation:
Austausch mit Therapiebedürftigen und Angehörigen, Vertretern eigener und angrenzender Berufsgruppen, Ärzten und weiteren therapeutischen Kollegen, Vertretern der Kostenträger wie der Medien.
Hierin sieht der Berufsverband der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten in Deutschland e. V. (BVM) seine besondere Aufgabe:
Die Musiktherapie und die sie erbringenden Professionals stärker bekannt zu machen, weiter zu etablieren, rechtlich abzusichern, Ängste abzubauen, Netzwerke zu knüpfen und zu unterstützen.

Deshalb gibt der BVM das Jahrbuch Musiktherapie heraus, und ich freue mich, einige Worte zum Geleit mitgeben zu dürfen. Ich wünsche mir, dass durch das Jahrbuch Musiktherapie die Kommunikation untereinander und miteinander angeregt wird und zurück wirkt auf die Autorinnen und Autoren, Redakteurinnen und Redakteure und die vielen Fleißigen im Hintergrund, ohne deren Hilfe dieses Buch nie zustande gekommen wäre. Und ich wünsche, dass das Jahrbuch Musiktherapie die Fachliteratur bunter und vielfältiger macht und sich dabei gerade auch der berufsständischen und berufsrechtlichen Themen annimmt, die primäres Anliegen eines musiktherapeutischen Berufsverbandes sind.

Burggen, im Sommer 2005
Stefan M. Flach
1. Vorsitzender des Berufsverbandes der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten in Deutschland e.V.

Beiträge

Empathie in der Musiktherapie – ein Mythos?

Susanne Metzner, Magdeburg

Zusammenfassung

Ausgehend von einem mehrdimensionalen Empathiebegriff, der sowohl emotionale als auch kognitive Verstehensvorgänge einbezieht und im Zusammenhang mit neurophysiologischen Vorgängen zu sehen ist, wird Empathie als ein intrapsychischer und interpersoneller Prozess verstanden, der auf Wechselseitigkeit und Intersubjektivität beruht und die Anerkennung des Unkommunizierbaren einschließt. Dieser Ansatz wird in Bezug auf eine soziale Extremsituation und auf die Haltung des Therapeuten beim Improvisieren mit einer Therapiegruppe angewandt.

Abstract
Empathy in Music Therapy – a Myth?

Starting from a multi-dimensional empathy concept, which draws from an understanding of emotional, as well as cognitive processes, and viewed in relationship to neurophysiological processes, empathy is understood as an intrapsychic and interpersonal process, based on reciprocity and intersubjectivity and including the recognition of that which is incommunicable. This concept is applied in relationship to a socially extreme situation and to the therapist's approach during improvisation with a therapy group.

Einfühlung und seelische Deformation – eine Grenzsituation

Es waren die Gespräche als solche, die Erleichterung brachten. Es war das Klischee, das stimmt, wie Klischees eben oft irgendwie stimmen: wenigstens eine menschliche Stimme. In diesen 33 Tagen hat er insgesamt vielleicht eine Stunde mit dem Engländer gesprochen. Diese kurzen Gespräche, vielmehr Wortwechsel, waren Oasen in der Eintönigkeit. Manchmal erfuhr er etwas von draußen. Meistens etwas, das er lieber nicht erfahren hätte, aber das dicke Ende kam sozusagen hinterher, während des Gespräches war die Wohltat des Sprechens tonangebend. [...] Er mochte diese Stimme. Er fand sie sympathisch. Und das Gefühl konnte er analysieren, es war ihm unangenehm, aber er konnte es nicht auf Distanz halten. Er mochte, dass die Stimme Englisch sprach. [...] Manchmal, wenn er der Versuchung nicht widerstehen konnte [...], sich vorzustellen, wie es werden würde, wenn er wieder frei wäre, was er wem wie erzählen würde, begann er unwillkürlich, Englisch zu sprechen. (Reemtsma 1998, S. 177f)

Jan Philipp Reemtsma, der im Jahr 1996 von seinen Entführern 33 Tage lang angekettet in einem Keller festgehalten wurde, beschreibt eindrücklich, wie er dem sog. Stockholm-Syndrom zu widerstehen sucht. (Der Begriff „Stockholm-Syndrom" geht zurück auf eine Geiselnahme in Stockholm, in deren Verlauf es zu beinahe freundschaftlichen Beziehungen zwischen Geiseln und Geiselnehmern gekommen war.) Reemtsma vermag sich dank seiner sozialwissenschaftlichen Vorkenntnisse mit allen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln gegen die emotionale Nähe zu seinen Entführern zu stemmen, beispielsweise mit Hilfe der Selbstkommentierung oder der Selbstdistanz bis hin zur Ironisierung, einem Mittel, das einzig die Sprache, speziell auch in ihrer englischen Idiomatik bereithält. Doch Reemtsma beschreibt auch, wie er entgegen allen Anstrengungen zum Trotz doch scheitert, wie er sich voller Scham eingestehen muss, dass er die Wunschphantasie entwickelte, der Entführer möge ihn trösten, ihn körperlich berühren, die Hand auf die Schulter legen; wie er Selbstekel darüber empfindet, dass er in manchen Momenten nicht genügend Kraft aufgebracht hatte zu hassen, sondern im Gegenteil sich auf die Stimme des Engländers freute, eben weil es eine menschliche Stimme war. „Für den Entführten ist der Entführer die einzige wirkliche Realität außerhalb der Zelle – jedenfalls die einzige, mit der sich etwas anfangen lässt, über die es (vielleicht) lohnt, sich Gedanken zu machen, die einzige, die man (vielleicht doch) beeinflussen kann." (a. a. O. 180) Und die einzig mögliche, die einzig wirksame Beeinflussung geschieht nicht etwa durch gescheite Verhandlungen, nicht durch geschickte Taktiken sondern ganz schlicht: durch Einfühlung. Die Einfühlung des Ohnmächtigen in den Machthaber, d. h. in seine Art zu denken und zu fühlen, in seine momentanen Befindlichkeiten ebenso wie in seine inneren Repräsentanzen, seine Lebensentwürfe, seine Motivationen, Ambitionen und seine Einstellungen gegenüber sich selbst, gegenüber anderen Menschen und gegenüber der Welt – kurz: die Einfühlung in die Menschlichkeit des Gegenübers, so bitter das Wort Menschlichkeit in diesem Zusammenhang auch klingen mag, diese Einfühlung dient dem Opfer als Realitätsbezug und als – zumindest teilweise – Abwendung der Ohnmacht in der lebensbedrohlichen Situation. Der Preis für diese Einfühlung ist eine seelische Deformation, die unabhängig von ihrem Schweregrad irreversibel ist. Mit ihr muss der oder die Betroffene fortan weiterleben und alle ihm oder ihr nahen, mitleidenden Menschen.

Zur Verwendung des Empathie-Begriffs in der musiktherapeutischen Fachliteratur – Folgen für die Grundannahmen und das Selbstverständnis von Musiktherapeuten und -therapeutinnen

Der Begriff Empathie ist wohl *der* behandlungstechnische Begriff, über den es schulen-übergreifend den am weitesten ausgedehnten Konsens gibt. Alle sonstigen Differenzen scheinen in den Hintergrund zu treten. Möglicherweise gibt es einen kausalen Zusammenhang zwischen diesem Konsens und dem bemerkenswerten Umstand, dass der Begriff innerhalb der musiktherapeutischen Fachliteratur nur äußerst selten explizit verwendet wird, und wenn, dann so gut wie gar nicht näher definiert, geschweige diskutiert wird. Implizit scheint das Phänomen

Empathie hingegen allgegenwärtig zu sein, insbesondere in Falldarstellungen. Auf Fachtagungen werden teilweise beeindruckende Videomitschnitte präsentiert, in denen ein schreiendes oder ein stereotyp schaukelndes oder ein umherrasendes Kind mittels der von Empathie geleiteten Improvisation eines Therapeuten oder einer Therapeutin beruhigt, gelöst oder aufgefangen wird. Es sieht so aus, als dass die gesamte Aufmerksamkeit darauf gerichtet ist, sich gut genug in den jeweiligen Zustand des Kindes einzufühlen und daraus dann eine Musik zu entwickeln, um so etwas wie eine Wende (im Störungsbild) oder einen Durchbruch (durch den Widerstand) zu erwirken. So gibt es auch aus dem Bereich der psychoanalytischen Musiktherapie Beispiele, die diesen Eindruck offerieren: „Improvising in a holding environment, experiencing a continued ‚affect-attunement' with his therapist, and being mirrored in an empathetic way allowed Eli to get in touch with his feelings, to express them – in music and in words – and to feel the vital sensation of being understood." (Katz Nirensztein 2003 in: Hadley S. 225) Oder: „Because I do not correct his megalomanic fantasies about being a genius, and because I try to meet him musically by matching and mirroring his music, he gets a feeling of being accepted, which is the first condition for our therapeutic alliance." (Mahns 2003 in: Hadley S. 54)

Empathie, wenn also auch nicht immer explizit benannt, wird in diesen und zahlreichen anderen Beispielen als zentrale Voraussetzung für eine qualitativ gute Beziehung zwischen Musiktherapeut und Patient angesehen. „In AMT *(Analytical Music Therapy, Anm. SM),* empathy is one of the preconditions for understanding." (Eschen 2002, S. 18) Gerade weil bisher eine nähere theoretische und kritische Reflexion zum Empathie-Begriff im Bereich der Musiktherapie fehlt, ist es an der Zeit, sich mit den Grenzen dieses Begriffes zu befassen, d. h. mit den Grenzen dessen, was er bezeichnet. Dies ist eine Voraussetzung für die weitergehende wissenschaftliche Fundierung der musiktherapeutischen Theorie, für musiktherapeutische Behandlungsansätze und besonders für den Umgang mit Empathie-Problemen in der Praxis, speziell beim Einsatz von Musik. Sich einzig auf den im Bereich der Psychotherapie vorhandenen Empathie-Begriff zu stützen, ist nicht unproblematisch, weil er dort ebenfalls häufig nur sehr verkürzt ‚Empathie = Einfühlung' gehandhabt wird.

Die drei Dimensionen der Empathie a) Einfühlung und Affektabstimmung b) Perspektivenübernahme und c) Einbeziehung des sozialen und interpersonalen Bezugssystems, in dem der Patient/die Patientin lebt, beinhalten sowohl emotionale als auch kognitive Verstehensvorgänge. Im Bereich der Musiktherapie will außerdem bedacht sein, dass der Einsatz von Musik, ob nun improvisiert oder komponiert, die Aufmerksamkeit von Therapeut und Patient absichtlich auf ein Drittes lenkt, was logischerweise nicht ohne Folgen für die sonst ausschließlich auf den Patienten gerichtete empathische Wahrnehmungshaltung bleiben kann. Bei Mary Priestley ist diese Triangulierung zwar schon angedeutet, doch für eine fundierte Konzeptentwicklung sind ihre Ausführungen noch sehr unspezifisch:

Die Musik des Therapeuten begegnet dem inneren Schmerz des Patienten mit heilender Sanftmut, oder sie wütet mit ihm gegen die Welt und gegen das Schicksal in einem

Duo rasender Bitterkeit. Aber sie ist immer voller äußerster Einfühlsamkeit. Mit seiner Musik kann der Therapeut zum Ausdruck bringen: ‚ja ich verstehe, ich fühle, was du fühlst, ich habe das auch durchgemacht', ohne von diesen Gefühlen überwältigt zu werden oder in ihnen gefangen zu sein wie der Patient. Der Patient nimmt die Gefühle des Therapeuten auf, solange dieser spielt. Empathie ist etwas, das gehört und erlebt werden kann und die innere Leere ausfüllt. Sie ist nicht bloß ein Wort, das man leugnen oder anzweifeln kann. (Priestley 1983, S. 131)

Solch eine Aussage gepaart mit der überwiegend impliziten Verwendung und nicht erkennbaren – auch kritischen – Reflexion des Phänomens Empathie führt zu der Frage, ob es sich möglicherweise um einen Mythos handelt, also um einen Gegenstand, der mit verschwommenen und teilweise irrationalen, vielleicht sogar ideologie-ähnlichen Vorstellungen belegt ist. Dass einiges für diese Annahme spricht, ist beispielsweise daran ablesbar, dass innerhalb der Berufsgruppe niemand es riskieren möchte, als unempathischer Therapeut bekannt zu werden. Die Wahrscheinlichkeit, dass dies geschieht, ist gar nicht einmal so gering, denn Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung scheinen heutzutage primär auf das Konto eines Versagens der Empathie des Therapeuten / der Therapeutin zu gehen, nicht aber, wie beispielsweise in der klassischen Psychoanalyse im Hinblick auf Übertragung und Widerstand analysiert zu werden.

Empathie wird als eine Fähigkeit angesehen. Folglich gilt bei Aufnahmeprüfungen zum Musiktherapiestudium auch die Empathie-Fähigkeit der Bewerber als Kriterium für die Eignung für den zukünftigen Beruf. Die eigentlich aus einer berufspolitischen Notlage entstandenen musiktherapeutischen Konzepte für schwer gestörte oder behinderte Klientengruppen einerseits und der generell innerhalb der Psychoanalyse anwachsende Einfluss der Selbstpsychologie samt verändertem Krankheitsverständnis (Stichwort: „frühe" Störungen) haben dazu geführt, dass, wie auch die zitierten Beispiele zeigen, die Funktion des Musiktherapeuten überwiegend darin gesehen wird, als empathisches Selbstobjekt zu dienen und archaisch-narzißtische Bedürfnisse des Patienten aufzunehmen und zu verstehen. Dagegen ließe sich freilich der Vorwurf einer etwas zu einseitigen Konzeption erheben, vor allem aber ist darin die Tendenz zu einer Harmonisierung zu erkennen, die die Differenz zwischen Selbst und Anderem, zwischen Therapeut und Patient einebnet.

Freud sah in der Einfühlung den „Mechanismus, durch den uns überhaupt eine Stellungnahme zu einem anderen Seelenleben ermöglicht wird." (Freud 1921, zit. n. Wellendorf 1999, S. 10). Die gesamte humanistische Therapie nach Rogers ist auf dem Prinzip der empathischen Einfühlung aufgebaut. Unbestreitbar ist, dass Empathie ein sehr wesentlicher Bestandteil der therapeutischen Beziehung ist, doch unabhängig davon, wie groß die Bedürftigkeit des Patienten oder der Patientin nach Einssein, nach Spiegelung, nach Ausfüllen der Leere auch sein mag, eine Harmonisierung, die auf der Nichtbeachtung oder gar Verleugnung des Nicht-Einfühlbaren und Nicht-Kommunizierbaren beruht, kann nicht Sinn einer therapeutischen Beziehung sein.

Empathie

Von der Kunstwissenschaft zur Neurobiologie

Interessanterweise bezog sich der Begriff Empathie ursprünglich, das heißt Anfang des letzten Jahrhunderts auf das Verstehen von Kunstwerken. Die Herkunft des Begriffes lässt sich u. a. bis zu Herder zurückverfolgen. Es war dann der Sozialphilosoph Max Weber, der diesen Begriff in Übertragung auf das Seelische in seinem heute geläufigen Sinn etabliert hat. So wie das Einfühlen in diesem auf das „Verstehen" des Kunstwerks gemeinten Sinn als das Hineinverlegen eigener Gefühle und Stimmungen in das Kunstwerk (oder den dahinter vermuteten Künstler) aufzufassen ist, so kann es sich bei der Einfühlung in andere Menschen auch nicht um ein wirkliches Verstehen, sondern lediglich um Analogieschlüsse vom eigenen Empfinden auf das Empfinden anderer handeln. Auch Theodor Lipp, ein deutscher Philosoph und Psychologe zu Beginn des 20. Jahrhunderts, wird als Vater eines Empathie-Konzepts für die Psychotherapie angesehen. Er verstand unter Empathie eine „innere Handlung" , ein von Wahrnehmungen begleitetes inneres Nachvollziehen. Während bei den Ansätzen von Freud (‚Einfühlung mit dem Ziel der Stellungnahme'), und von Weber (‚Hineinverlegen von Gefühlen um den Sinn eines Werkes, einer Mitteilung über Analogieschlüsse zu erfassen'), die Notwendigkeit anerkannt wird, sich hinreichend vom Erleben der Emotionen abgrenzen und erst so ihren Ursprung im Anderen erkennen zu können, spielt das Moment der Abgrenzung bei Lipp keine erkennbare Rolle.
Von seinem Konzept aus führt eine direkte Spur zum sogenannten Chamäleon-Effekt. 1999 hatte Tanya L. Chartrand von der Ohio State University nachgewiesen, dass sich Empathie auch in Äußerlichkeiten manifestiert. Das bedeutet, dass bei einer empathischen Wahrnehmungseinstellung auch Haltung, Mimik oder Gestik des Gegenübers unbewusst imitiert werden. Dies kann durchaus schon als ein Beleg für die in Therapien zu beobachtende, unwillkürliche Anpassung des Therapeuten / der Therapeutin an Körperhaltungen, vegetativ gesteuerte Körperfunktionen wie der Atemrhythmus, Muskeltonus oder sogar Verdauung ihrer Patienten angesehen werden.
Neuere neurobiologische Forschungen deuten daraufhin, dass sich die emotionale Einfühlung nicht nur in Äußerlichkeiten manifestiert, sondern umgekehrt, dass sie sogar erst über die unbewusste Imitation von Verhalten zustande kommt. 2003 veröffentlichten Marco Iacobini und ein international zusammengesetztes Forscherteam von der University of California, Los Angeles (UCLA) die Ergebnisse einer entsprechenden Studie (siehe www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.0935845100). Sie ließen Testpersonen Photographien von Gesichtern betrachten, die Gefühle wie Trauer, Wut oder Freude ausdrückten, forderten sie auf, die Gesichtsmimik zu imitieren und untersuchten die daraufhin einsetzenden Hirnaktivitäten mittels eines speziellen bildgebenden Verfahrens, dem sog. „functional magnetic resonance imaging (fMRI)". Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass die Gefühle eines anderen Menschen verstanden werden, indem – hier stark vereinfacht wiedergege-

ben – zuerst frontale und seitliche Felder der Großhirnrinde aktiviert werden, die für Verhaltens- und Handlungsmuster zuständig sind. Von dort ausgehend wird der sog. Mandelkern aktiviert, der für gute wie schlechte Gefühle sorgen kann, die so genannte Insel – ein im Innern des aufgefalteten Gehirns verborgener Teil der Hirnrinde, der Bewegungen mit Empfindungen verbindet und schließlich das limbische System. Interessanterweise wurden dieselben Hirnprozesse in Gang gesetzt, wenn die Testpersonen lediglich die Aufgabe erhielten, die Photographien zu betrachten, allerdings war das Erregungsniveau signifikant niedriger. Die Forscher räumen ein, dass sie erstens in ihrer Studie Gefühle als Entitäten und nicht differenziert behandelt haben und dass sie zweitens auch nicht berücksichtigt haben, dass verschiedene Gefühle letztlich mit verschiedenen neuronalen Systemen verbunden sind. Daher ist es auch voreilig, von der Entdeckung der neurobiologischen Strukturen der Empathie zu sprechen, wie dies einige Kommentatoren schon tun.

An dieser Stelle sei ein Exkurs zu einer von Louven (2004) veröffentlichten Untersuchung zur Beurteilung von Gefühlsqualitäten von Stimmimprovisationen eingefügt. Es ging dabei um die Fragestellung, ob und in welcher Weise sich für eine Gruppe von 36 Probanden der emotionale Gehalt einer Stimmimprovisation über mediale Vermittlung erschließt und welche Unterschiede in Bezug auf Treffsicherheit und Differenzierung zwischen Video- und Audioaufnahmen messbar sind. Die Improvisationen betrafen die mimische und klangliche Darstellung von Grundemotionen (Angst, Ärger, Trauer, Freude, Zuneigung) (siehe hierzu auch Wosch 2002). Die Untersuchung ergab einen signifikanten Unterschied der Beurteilungsgüte zugunsten der Videomitschnitte (ohne Ton), was Louven zu der (vorsichtigen) Schlussfolgerung veranlasst, dass auch im therapeutischen Kontext der Videotechnik für die Praxisreflexion der Vorzug zu geben sei. Ohne jetzt grundsätzlich zu hinterfragen, welchen Sinn Improvisationen, die thematisch an Kategorialaffekten ausgerichtet sind, für die musiktherapeutische Praxis überhaupt haben, muss jedoch wie schon im Zusammenhang mit den neurobiologischen Forschungen festgehalten werden, dass der Weg weit ist von der Erkennung angeborener Kategorialaffekte beim Gegenüber hin zur therapeutischen Einfühlung viel komplexerer und von Widersprüchlichkeit gekennzeichneter emotionaler Erlebensweisen, die aufgrund von Entwicklungsprozessen und Lebenserfahrungen zustande gekommen sind. Ob dieser Weg vom Determinismus gekennzeichnet ist, darf vor dem Hintergrund der Erfahrungen in anderen Wissensbereichen, bei denen deterministische Weltbilder aufgegeben werden mussten, bezweifelt werden.

Trotz des eingeschränkten Geltungsbereichs der neurobiologischen Erkenntnisse auf die Einfühlung in Kategorialaffekte scheinen drei Aspekte für die (Musik-) Therapie von Bedeutung zu sein:

- Der Prozess emotionalen Erkennens beginnt beim Nachvollziehen von Handlung, Bewegung und Verhalten. (Damit ist noch keine Aussage über die Beteiligung weitergehender, emotionaler und kognitiver Prozesse und vor allem deren Vernetzung getroffen.)

- Imitation und mimetische Anpassung einerseits und Beobachtung andererseits unterscheiden sich, neurophysiologisch betrachtet, nur quantitativ. (Ob gleiches für die akustischen Äußerungen eines Gegenübers gilt, ist zunächst rein hypothetisch.)
- Sofern nicht bestimmte Hirnprozesse blockiert sind, kann das emotionale Erkennen anscheinend nicht wirklich verhindert werden. (Der Prozess des Bewusstwerdens eines emotionalen Erkennens ist damit nicht automatisch eingeschlossen.)

Angewendet auf Jan Philipp Reemtsmas Beschreibung seiner Entführungssituation lässt sich formulieren: Der Prozess des emotionalen Verstehens beginnt bereits bei der genauen Beobachtung des Verhaltens des Entführers und kann, da dies für das Opfer allein schon aus biologischer Sicht lebensnotwendig ist, d. h. da es um den Erhalt der Lebendigkeit im doppelten Sinn des Wortes geht, auch nicht verhindert werden. Gleichzeitig stemmt sich das Opfer gegen die durch Empathie entstehende Überfremdung, muss jedoch das (partielle) Scheitern gegen die eigene Natur erleben und die sich daraus ergebende Scham erleiden (vgl. hierzu ausführlich Amati 1990). In Extremsituationen wie Entführung, Misshandlung, Folter stehen dem Individuum nur bedingt noch reifere psychische Abwehrstrukturen zur Verfügung, wie Verdrängung, Verleugnung oder Reaktionsbildung, vielmehr ist das Opfer auf den Mechanismus der Dissoziation angewiesen, der die Einfühlung in den Anderen unterbricht. Gleichzeitig wird aber auch die Einfühlung in sich selbst unterbrochen und die der Angehörigen, die mit dem ehemals Entführten leben. Denn wie Reemtsma schreibt: „Der Normalität des, wenn ich so sagen darf, Entführungsalltags verweigert sich die Empathie.“ (zit. n. Wellendorf 1999 S. 16)

Wechselseitigkeit, Unbewusstheit, Uneinfühlbarkeit

Wenn der Empathie neurobiologische Prozesse zugrunde liegen, dann muss diesem Umstand in der Beziehung zwischen Therapeut und Patient in besonderer Weise Rechnung getragen werden. Dies betrifft vor allem die Anerkennung von Wechselseitigkeit und Intersubjektivität der Beteiligten, oder anders ausgedrückt: die Symmetrie der intersubjektiven Einfühlung. Um daraus ein gutes und hilfreiches therapeutisches Beziehungsangebot zu entwickeln, ist es wichtig, die Ähnlichkeiten und Unterschiede zu alltäglichen Situationen zwischen Menschen ebenso wie zu Extremsituationen bestimmen zu können. Dieser Vergleich, der von therapeutischer Seite und nicht vom Patienten hergestellt werden muss, steckt einen Reflexionsbereich ab, der auf das Erkennen und die Akzeptanz von Anderssein, Uneinfühlbarkeit und Unbewusstheit gerichtet ist. (Der Ort des Nicht-Wissens wird in der psychoanalytischen Theorie und Praxis das Unbewusste genannt. Es entzieht sich dem Wissen, ist per definitionem nicht „wissbar“.)

Zur Illustration zunächst Therapie-Beispiel aus der Praxis von M. Becker, die mit schwermehrfachbehinderten Menschen psychoanalytisch-musiktherapeutisch arbeitet. Es handelt sich um eine Klientel, der aufgrund der besonderen Sprachlo-

sigkeit in gewisser Weise die Menschlichkeit und damit auch das Recht auf Leben aberkannt wird. Dieser Bezugsrahmen und die Konfrontation mit fremden, zunächst unverständlichen, reflexhaft wirkenden Verhaltensweisen stellen eine besondere Herausforderung dar, sich als Therapeutin auf den Prozess wechselseitiger emotionaler Einfühlung einzulassen:

So lachte Hans manchmal und freute sich, wenn ein unerwartetes, von ihm oder mir initiiertes Geräusch auftrat. Ich bemerkte, dass er sich häufig über ‚zufällige' Geräusche freute, vor allem – aber nicht nur – wenn er sie selbst erzeugte. So versuchte er gerne, den Stuhl umzuwerfen oder an den Gitarrensaiten zu zerren. Er lachte über das Geräusch, das auftrat, wenn er die Saiten losließ. Anfangs war meine Vermutung, er freue sich am Durcheinander, das er herstellte, den Ärger, den er mir machte, mir in die Quere zu kommen. Später wurde mir klar, dass es spezifischer das Unerwartete war, bzw. das Selbst-Herstellen von etwas Unerwartetem war, das spontane Freude bei ihm auslösen konnte. So ließ er die Gitarrensaite nicht oder selten gezielt los. Es passierte. Dadurch wurde Freude bei ihm ausgelöst, bei mir oft auch ein Schrecken. Wenn ich mich erschrak, freute sich Hans. (Becker 2003 S. 21)

Wellendorf (1999) geht davon aus, dass Empathie, neben der persönlichen, gleichsam privaten Fähigkeit eines Individuums, eine empathische Wahrnehmungseinstellung einzunehmen, das Produkt und die spezifische Qualität eines intersubjektiven Geschehens ist. Empathie sei demzufolge ein Relationsbegriff. Er schlägt einen grundsätzlichen Perspektivenwechsel vor. Seiner Auffassung nach handelt es sich um eine Beziehung, die es dem Analytiker ermöglicht, sich selbst und sein eigenes Erleben (Empathie) zu benutzen, um das Fremde im Eigenen und das Eigene im Fremden zu verstehen (vgl. Wellendorf 1999 S. 16ff). Maßgeblich beteiligt am Gelingen des empathischen Verstehens ist also der Patient selbst, der den Therapeuten bzw. die Therapeutin ‚beobachtet' und dessen / deren Verstehensprozess lenkt, ablenkt, hinlenkt. Dass dies auch von einem schwermehrfachbehinderten Menschen geleistet werden kann, zeigt das o. g. Beispiel sehr deutlich. Im Erleben des Schreckens und in der Freude am selbst hergestellten Unerwarteten treffen Eigenes und Fremdes in mehrfacher Hinsicht aufeinander – intrapsychisch und interpersonell –, die Differenz wird im therapeutischen Verstehen der Szene nicht aufgelöst, wie es bei Priestley zu sein scheint (s. o.), sondern toleriert. Es wird das Unkommunizierbare kommuniziert.

Die Anerkennung des Anderen und des Unkommunizierbaren sowie der Verzicht auf Harmonisierung beim Verständnis von Empathie ist besonders auch in der therapeutischen Arbeit mit schwer narzißtisch gestörten Patienten, Borderline-Patienten, traumatisierten Patienten von entscheidender Bedeutung. Für diese Klientel kann die einseitig einfühlende Wahrnehmungseinstellung des Therapeuten bedrohlich für die Aufrechterhaltung der psychischen Stabilität sein. Dies kann dazu führen, dass Patienten auf dem Wege der projektiven Identifikation ihre komplexe Abwehrorganisation in den Therapeuten / die Therapeutin exportieren und dadurch eine perverse oder immobilisierende Kontrolle ausüben. Mit dem

Verlust von emotionaler Beweglichkeit wird es dem Therapeuten / der Therapeutin unmöglich, sich einzufühlen, das Fremde ist zum Eigenen geworden, das Eigene ist usurpiert, vernichtet oder unerreichbar. Wenn dies nicht nur momentweise geschieht und in den Prozess des Durcharbeitens integriert werden kann, dann ist die Therapie beendet: Es kann sich kein spannungsvolles intersubjektives Feld mehr eröffnen, in dem das Spiel (Winnicott) stattfinden kann, das von der Freude verborgen zu sein und der Angst nicht gefunden zu werden, motiviert ist.

Zusammenfassung

1. Empathie beinhaltet emotionale und kognitive Verstehensvorgänge, die die Affektabstimmung und Einfühlung in das emotionale Erleben eines anderen Menschen betreffen, sowie die Perspektivenübernahme und Einbeziehung seines sozialen und interpersonalen Bezugssystems.
2. Empathie hat neurophysiologische Wurzeln und beginnt beim Nachvollziehen von Handlung, Bewegung und Verhalten.
3. Empathie ist ein Relationsbegriff und beruht auf Wechselseitigkeit und Intersubjektivität.
4. Empathie schließt die Anerkennung des Unkommunizierbaren ein.

Empathie und Improvisation

Wohl kaum ein Kommunikationsmittel ist so beweglich, gegenwartsbezogen und daher anpassungsfähig wie die musikalische Improvisation zwischen zwei oder mehr SpielerInnen. Empathie-Vorgänge (dialogisch oder simultan organisiert) scheinen in musikalischen Beziehungen ohne Hindernisse vonstatten zu gehen, was von Musiktherapeuten oft als besonderer Vorteil herausgestellt wird. Kritiker der Musiktherapie sehen darin aber auch die Gefahr der Abstinenzverletzung und der Manipulation. Daher will ich im folgenden Abschnitt die o. g. Kernaussagen zum Empathie-Begriff im Hinblick auf ihre Bedeutung für die therapeutische Haltung beim Improvisieren in der aktiven Gruppenmusiktherapie überprüfen. Aufgrund meines psychoanalytischen Theorieansatzes liegt mein Hauptaugenmerk auf den Kernaussagen 3 und 4 (vgl. hierzu auch Metzner 2004). Ich beziehe mich auf ein musiktherapeutisches Konzept, bei dem der Therapeut / die Therapeutin spielend an der Improvisation beteiligt ist.

Von besonderem Interesse ist bereits der Beginn von Improvisationen, da in diesem Zwischenbereich, im Ungefähren oder musikalisch ausgedrückt: im Einstimmen, Einschwingen bereits die entscheidenden Weichenstellungen für die therapeutische Haltung vorgenommen werden.

Eine typische Situation – zumindest in der Erwachsenentherapie – wäre, dass sich nach einer Gesprächsphase die Beteiligten von ihren Stühlen erheben und auf die Suche nach den für den Moment passend erscheinenden Musikinstrumenten begeben. Die dabei entstehenden Geräusche (schurren, poltern, scheppern, klirren, knarren u. v. m.) werden nicht unbedingt schon als Beginn der Improvisation er-

achtet, doch die Teilnehmer kommen miteinander in eine Art von Kontakt, die vermutlich auch die nicht zu verhindernden, mit Empathie zu umschreibenden Vorgänge enthält. Mit großer Sicherheit handelt es sich um wechselseitige Anpassungsvorgänge (was die Abgrenzung nicht ausschließt) zwischen Selbst, Anderen sowie klanglicher und gegenständlicher Welt, die rasend schnell vonstatten gehen. Um präzisere Aussagen darüber treffen zu können, wie der/die einzelne auf dieses sehr komplexe Geschehen reagiert, welche Hirnprozesse ausgelöst werden und was dies letztlich neurophysiologisch dann auch bedeutet, davon ist die Forschung noch weit entfernt.

Der Übergang zwischen Gespräch (nicht mehr) und Improvisation (noch nicht) wird von therapeutischer Seite mit einer ruhigen, gleichschwebend aufmerksamen, empathischen Wahrnehmungseinstellung begleitet, um die Gruppe in ihrem dynamischen Gruppenprozess und aus ihrem inneren Bezugsrahmen heraus zu verstehen. Es handelt sich dabei um einen sowohl emotionalen als auch kognitiven (d. h. psychologischen und musikalischen) Verstehensvorgang. Dieser schließt den Versuch ein, die sich im Verlauf des Herumkramens und Ausprobierens mehr und mehr einstellende klangliche Konstellation mit den Ohren der Patienten hören und voraushören zu können.

Zeitgleich begibt sich die Therapeutin selbst auch auf die Instrumentensuche – zumindest dann, wenn nicht ein bestimmtes Instrument für sie von vornherein reserviert ist. Es handelt sich um eine Tätigkeitsverfassung, die ebenfalls Übergangscharakter hat: Regression im Dienste des Ich, Oszillieren zwischen coenästhetischer und diakritischer Wahrnehmung, zwischen Primär- und Sekundärprozess, zwischen Intuition und Intention, zwischen Warten, Sich-Überlassen und Handeln, zwischen Suchen und Finden – die Liste ließe sich noch fortsetzen. Neben der Bereitschaft, das eigene Handeln im Hinblick auf den Gruppenprozess und das mögliche Erleben der Teilnehmer zu reflektieren, ist für dieses Vorgehen eine Einstellung entscheidend, die einerseits in der Einwilligung zur handelnden Teilnahme, zur Beteiligung bis hin zur klanglichen Vermischung besteht, andererseits in dem Bemühen um die Schaffung von musikalischen Bedingungen, in denen sich die Gruppe und die einzelnen Gruppenteilnehmer entfalten können. Es gilt eine Position zu finden, die präsent und reagibel ist, die weder auf Separation noch auf Koalition bedacht ist, die Unaufdringlichkeit, Freizügigkeit und Geistesgegenwart in sich vereint.

Aufgrund der Verschiedenartigkeit der Gruppensituationen kann es keine Standardlösung für eine solche Position geben. Dies gilt für die gesamte Improvisation, denn sowohl die Komplexität des musikalischen Gruppengeschehens als auch die Einzigartigkeit und das Anderssein der einzelnen Patienten und Patientinnen setzen dem therapeutischen Einfühlungsvermögen reale Grenzen (vgl. Treurniet 1981). Folglich kann die Instrumentenwahl und Spielweise des Therapeuten/der Therapeutin niemals vollständig auf das Erleben und die Bedürfnisse einer gesamten Gruppe abgestimmt sein. Der Versuch, Empathie als eine „Methode“ gezielt einsetzen zu wollen, kann somit als Ausdruck der Phantasie angesehen werden, die unbewusste Dynamik der Gruppe beherrschen zu wollen.

Es liegen immer Ermessensspielräume, Interpretationsspielräume im therapeutischen Verstehen. Jede Art der musikalischen Begleitung ist schon eine Interpretation, ist eine Entscheidung gegen mehrere andere Möglichkeiten. Um Spiel- und Entwicklungsraum zu ermöglichen, muss daher beim Musizieren innerlich Platz gelassen, Leere zugelassen werden. Daraus entsteht beim therapeutischen Improvisieren eine paradox anmutende Situation, nämlich zu spielen und doch gleichzeitig innerlich still zu sein.

Ein weiterer Aspekt ist ebenfalls zu bedenken, nämlich dass besonders in der Anfangsphase einer Improvisation die entstehenden Klänge das Merkmal des Zufälligen tragen. Aus psychoanalytischer Sicht muss dies als Grenze anerkannt und respektiert werden, andernfalls dringt das Selbst der Therapeutin zerstörerisch in den Zwischen- bzw. den Entwicklungsraum (potential space) der Gruppe ein. Das Zufällige, Unabsichtliche ist Bestandteil von Improvisationen, die Überraschung, der Schrecken oder die Freude, die diese Klangereignisse erzeugen, provozieren das Erkennen von Eigenem im Fremden und von Fremdem im Eigenen. Diskontinuität und Alterität, die sich jeder Bindung und Integration, was auch heißt, jeder Empathie zu entziehen vermögen, rücken in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Anders ausgedrückt: Bei jedem Versuch des Einfühlens und Verstehens in die Musik von Patienten bleibt ein sich prinzipiell entziehendes Anderes – ein kostbarer Rückstand, den es zu bewahren, nicht aufzulösen gilt.

Schon vor dem ersten, zur Improvisation als zugehörig erachteten Ton kann der geräuschvolle Zwischenraum als potentiell Drittes, als außen liegender, gemeinsamer Bezugspunkt angesehen werden, der sich dann im Laufe der weiteren Improvisation nur umso deutlicher formieren und transformieren wird. Er wird unmittelbar auf die Beziehungen sowohl der Patienten untereinander, als auch zwischen Gruppe und Gruppenleiter/in zurückweisen. Daraus ergeben sich nun Freiheiten des musikalischen Ausdrucks für den Therapeuten/die Therapeutin, die über das Abwarten, das Begleiten und Sich-Anpassen (attuning, matching, mirroring, holding) hinausgehen – vorausgesetzt es gelingt, die Musik an die Stelle des Dritten innerhalb eines intersubjektiven Beziehungsgeschehens zu setzen bzw. darauf hinzuwirken, dass dies geschehen kann.

Wie aus dem vorangegangen hervorgegangen sein dürfte, öffnen also Kernelemente der Empathie, nämlich Wechselseitigkeit und Intersubjektivität einerseits und Anerkennung des Unkommunizierbaren andererseits den Blick für die Erkenntnis, dass neben Korrespondenz- und Kontingenzerfahrungen die verändernde Potenz des Improvisierens in der Musiktherapie nicht zuletzt auch in dem Angebot liegt, das Befremdende ernsthaft an sich herankommen zu lassen.

Literatur:

Amati, S. (1990): Die Rückgewinnung des Schamgefühls. Psyche 44, 724–740
Becker, M. (2003): Die besondere Form der Sprachlosigkeit in der Beziehung zu schwer-mehrfachbehinderten Menschen – Der Rationale Mythos. Hochschule Magdeburg-Stendal (FH) 9.7.2003, unveröff. Vortragsmanuskript, 22 Seiten
Carr, L. Iacobini, M. et. al. (2003): Neural mechanisms of empathy in humans: A relay from neural systems for imitation to limbic areas. In: ww.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.0935845100
Eschen, J. T. (Hg.) (2002): Analytical Music Therapy. London
Hadley, S. (Hg.) (2003): Psychodynamic Music Therapy: Case Studies. London
Katz Nirensztein, S. (2003): The Knight Inside the Armor: Music Therapy with a Deprived Teenager. In: Hadley, S. (Hg.) (2003): Psychodynamic Music Therapy: Case Studies. London
Louven, C. (2004): Die Beurteilung der Gefühlsqualitäten von Stimmimprovisationen. Ein Vergleich von Ton- und Videoaufnahmen. Musiktherapeutische Umschau 25,2, 144–153
Mahns, W. (2003): Speaking without Talking: Fifty Analytical Music Therapy Sessions with a Boy with Selective Mutism. In: Hadley, S. (Hg.): Psychodynamic Music Therapy: Case Studies. London
Metzner, S. (2004): Einige Gedanken zur rezeptiven Musiktherapie aus psychoanalytischer Sicht. In: Frohne-Hagemann, I. (Hg.): Rezeptive Musiktherapie. Wiesbaden
Priestley, M. (1983): Analytische Musiktherapie. Stuttgart
Reemtsma, J. P. (1998): Im Keller. Hamburg
Treurniet, N. (1981): Psychoanalyse und Selbstpsychologie. Psyche 39, 905–941 (1985)
Wellendorf, F. (1999): Jenseits der Empathie. Forum der Psychoanalyse 15, 9–24
Wigram, T., DeBacker, J. (Hg.) (1999): Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry. London
Wosch, T. (2002): Emotionale Mikroprozesse musikalischer Interaktionen. Münster / New York / München / Berlin

Prof. Dr.sc.mus. Susanne Metzner, Hochschule Magdeburg-Stendal, FB SGW, Postfach 3655, 39011 Magdeburg

Music Therapy as a Way to Enhance Lucidity in Persons with Dementia in Advanced Stages

Hanne Mette Ochsner Ridder, Aalborg

Abstract

Instead of describing dementia as a permanent state of non-lucidity, where the person is not reasonable and reachable, dementia is described as a condition where periods of confusion and dimness might alternate with clear and lucid mental states. In these states, the person with dementia is present and attentive and is able to interact with others. Theories of person-centred care give a basis of ideas that focus on personhood and see psychosocial needs as important in order to establish a caring environment. The use of songs in individual music therapy is applied to illustrate an approach that enhances episodes of lucidity by using cuing- and arousal-regulating techniques and building up a safe and secure relation to the person with dementia. This leads to important states where the therapist has a possibility to meet psychosocial needs, hereby improving quality of life in persons suffering from dementia in advanced stages. The text is illustrated with case material and is partly based on a PhD thesis (Ridder 2003). The thesis was supervised by David Aldridge and carried out in collaboration with Aalborg University and gerontopsychiatric unit II, nursing home Caritas.

Zusammenfassung

Anstatt Demenz als einen andauernden Zustand geistiger Unklarheit zu beschreiben, in dem der Mensch unvernünftig und unerreichbar ist, ist Demenz als eine Verfassung zu sehen, in der Phasen der Verwirrtheit und Abwesenheit in Wechselbeziehung mit klaren und wachen geistigen Zuständen auftreten. In diesen Phasen ist der von Demenz betroffene Mensch präsent, aufmerksam und fähig, mit anderen in Kontakt zu sein. Theorien der person-zentrierten Pflege bieten eine Basis, die sich auf das Personsein bezieht und die psychosozialen Bedürfnisse als notwendig wahrnimmt für die Etablierung eines pflegenden Milieus. Die Verwendung von Liedern in der Einzelmusiktherapie wird als eine geeignete Methode dargestellt, um die Phasen der geistigen Klarheit mit Hilfe von Stichwort gebender und Erregung regulierender Technik zu steigern und eine vertrauensvolle und Sicherheit gebende Beziehung zu dem Menschen mit Demenz aufzubauen. Dies führt zu dem wichtigen Umstand, in dem der Therapeut die Möglichkeit hat, den psychosozialen Bedürfnissen zu begegnen und sie zu befriedigen und damit die Lebensqualität der Menschen mit fortgeschrittener Demenz zu verbessern. Der Text beinhaltet eine Falldarstellung und basiert zum Teil auf einer Doktorarbeit (Ridder 2003). Sie wurde von David Aldridge begleitet und durchgeführt in Zusammenarbeit mit der Aalborg Universität und der Gerontopsychiatrie Station II eines dänischen Altenheims namens Caritas.

Introduction

Mrs C is 80 years old. She is a small chubby woman dressed in colourful, fancy chintz dresses. Mostly you will find her sitting in an armchair with her eyes closed. Or you will see her when she potters about in a slightly stooping, but vigorous and stable gait. Mrs C suffers from severe dementia and lives in a special care unit. She seems to be living in her own world, although peer residents and staff surround her. In a gentle voice a flow of words comes out of her mouth – endless monologues, where she expects no answer, e. g. „Surely it was nicer. It was nicer, it was the nicest, surely it was, it was. He is out buying a new kitchen … Well, give her a call, then she said that she had heard it … Let life take it's course, he is sweet, he was, he was so sweet, yes he was, yes, yes, yes …" (Mrs C, sess. 15).

In contrast to these monologues, there are sudden glimpses in which Mrs C seems to be ‚beamed down' to a common reality. All of a sudden I have the impression that she ‚is here'. She seems to recognize that there are other people around her; she makes comments that are connected to our common reality, or acts in a way in which she relates to other people.

These periods of lucidity are connected with the key points of our music therapy sessions. It is here Mrs C looks directly at me, comments on my presence, joins in the songs that I sing to her, and expresses herself – not in a monologue – but in a dialogue. It is in these periods that it is possible for me or staff to give Mrs C a sense of being with other people, to break her isolation, to make her feel understood and appreciated, and in this sense to make it possible to meet her basic psychosocial needs.

Culture of Care

In this article I will put focus on episodes of lucidity in order to describe why music therapy with so-called „demented" persons has relevance. In German an episode of lucidity is called ‚ein klarer Augenblick'. Being lucid is the contrast of being demented, which in Latin means *out of* (de) *mind* (mens). Viewing a person as demented is devaluing this person and focussing on deficits and missing functions. Putting focus on *lucidity* in persons that might be described as *confused* and out of their minds seems contradictory, and demands a view on persons suffering from dementia as persons that still „are there" in spite of severe cognitive problems or dysfunctions. This might be related to our views on *coma* that in Greek means *deep sleep*, and where we in the health care system have been treating coma patients as if they „are not there", until works from e. g. Dagmar Gustorff show us that actually consciousless coma patients have momentary ‚conscious' experiences.

„We draw the conclusion that consciousness and wakeness are no equal states. Moreover, being consciousless does not exclude making experiences." (Gustorff 2002, p. 4)

Dementia is entirely different from coma, but both patient groups might be viewed as „out of their minds". This view is reflected in a culture of care where these groups are stigmatised as patients, and where concepts of identity and of psychosocial needs do not influence the work of care. In this article, I lean on the same epistemological ideas as psychologist and dementia researcher, Tom Kitwood. The concept of personhood is central to his work and is reflected in the title of his book from 1997: „Dementia reconsidered. The person comes first". He argues for a ‚neurology of personhood', referring to e. g. brain scientist Antonio Damasio's book „Descartes' Error" and seeing psychology and neurology as inseparable. Tom Kitwood defines a *new* culture of dementia care that develops into a many-sided model of ‚personal being'. The *old* culture of dementia care is due to a *malignant social psychology*, where the malignancy is part of our cultural inheritance and contains a long list of elements (e. g. disempowerment, infantilization, intimidation, objectification) that leads to depersonalisation of the dementia sufferer, even though the work of the caregivers is done with kindness and good intent.

Oliver Sachs, who is clinical professor of neurology at the Albert Einstein College of Medicine and consulting neurologist for Beth Abraham Hospital in New York, has given a broad group of readers the possibility to gain an understanding of the subjective world of patients with severe neurological problems, through his insightful case descriptions. Before going on with an elaboration on episodes of lucidity, I want to give a short description of the dementia syndrome and how it might lead to confusion. This makes it necessary to put focus on the *deficits* that are caused by dementia. In order to understand the needs and symptoms of persons with dementia, we need to understand the lacks and losses.

„Neurology's favourite word is „deficit", denoting an impairment or incapacity of neurological function: loss of speech, loss of language, loss of memory, loss of vision, loss of dexterity, loss of identity and a myriad other lacks and losses of specific functions (or faculties)". (Sachs 1985, p. 1)

Neurology's favourite word is, according to Sacks, deficit. In what Kitwood calls a malignant social psychology, focus is entirely on deficits and not on resources and competencies. In a person-centred culture of dementia care it is important to understand the losses and deficits, in order to be able to highlight resources and competencies.

Dementia leading to confusion

Mrs C has lost the ability to take care of herself. She is no longer able to plan her day, to get dressed, to prepare a meal, and to find her way. All these losses are due to severe changes in brain tissue that lead to cell death. For people suffering from dementia, there are many causes of loss of grey brain cells (neurons), and an absolutely certain diagnosis is not possible to make until autopsy. In the case of Mrs C, several small progressive strokes in small blood vessels in the brain have led to cell death. Her diagnosis says *vascular dementia*, stemming from the Latin word

vasculus, which means small blood vessels. When cells are not given nourishment and oxygen via the blood they die, and they die as well if a blood vessel ruptures and blood seeps into brain tissue. We also see cell loss when neuritic plaques or neurofibrillary tangles clump between cells, as described in e. g. Alzheimer's Disease, the most frequently diagnosed dementia type, and we see that neurons lose ability to communicate when neurotransmitter activity is reduced. It is important to notice that dementia is not a disease entity in itself: „The dementia syndrome is a cluster of behavioural symptoms that may or may not point to a disease, but dementia is not a disease entity in and of itself." (Zilmer & Spiers 2001)

The most common subgroups of dementia after Alzheimer's disease are Lewy-body dementia, multi-infarct (vascular) dementia, AIDS dementia, alcoholic dementia, herpes encephalitis, boxer's syndrome, heavy metal poisoning, and diseases named after Pick, Creutzfeldt-Jakob, Huntington, Parkinson, Wilson, and Binswanger.

Very different symptomalogies are represented, but in WHO's diagnostic criteria ICD-10 or in DSM-IV some general main features are described. One of these is *loss of cognitive or intellectual function*. Progressively losing cognitive or intellectual function means first of all losing your job and your ability to make proper decisions and take responsibility. Our memory system is very complex (see Ridder 2004) and losing memory is not only losing the ability to remember where you put your glasses, or what Denmark's capital is called, or the first time you danced with your partner. Apart from losing old memories (retrograde amnesia), a person with dementia might also lose the ability to encode and learn new information (anterograde amnesia). It is clear that when a person loses memories – learned material and the ability to plan and relate to new things – the whole existence of this person is threatened. When a person is confronted with dementia and loses cognitive functioning, he or she is confronted with existentialistic questions such as: „Who am I?" and „What is most important to me?" – unless the person shows symptoms of anosognosia, meaning that he or she is unaware of his/her own illness. Anosognosia is mostly related to lesions in association cortex (Gade 1997) and therefore is expected to be a symptom with persons in highly advanced stages of dementia with global cognitive deficits.

It is clear that symptoms of dementia are expressed very differently when we see that the dementia syndrome covers all different kinds of degenerative and progressive types of brain damage. But these different diseases are similar in that they lead to what we could call confusion. This confusion is related to disturbances of a variety of abilities, either the ability to find the right nouns when talking, to recognise a cup as a cup, to follow a certain sequence of movements and acts when dressing, or abilities to remember – confusion that might be described with the following terms: aphasia, agnosia, apraxia, and amnesia.

Confusion leading to isolation

Instead of seeing a person with dementia as globally ‚demented', we see a *person* who suffers confusion of different cognitive functions. This confusion is due to primary neurodegeneration that confronts the person with changes in details of daily living. When the person with dementia loses the ability to communicate, take responsibility, understand intentions of other people, remember, plan, etc., he or she might get more and more isolated when it becomes problematic to be part of social interactions in normal daily living. Confusion leads to isolation, which means that the primary neurological symptoms lead to secondary psychosocial symptoms.

In the book, ‚Performing Health', David Aldridge (in press) defines dementia as a ‚dialogic degenerative disease' and in this way he stresses a very severe consequence of dementia: that on top of the neurologic degenerative disease the person's ability to enter dialogue with others is affected. The consequences of dementia have such terrifying perspectives because a dementia disease not only leads to confusion of cognitive abilities; it also makes it very difficult for a person to interact and engage with others and to be part of a community.

Mrs C has been a very active member of her church for a long time. Now she is unable to focus attention for longer periods, or to be part of what is actually happening around her. Her presence in church service is very challenging to others, as she potters about, talks to herself or organizes songbooks, flowers or other things that need to be put in order. No longer able to be part of communities, she is isolated from former ways of being with other people – unless groups are created where her ways of acting are acceptable (see Wood et al. 2004).

In dementia literature „behavioural disturbances" are very often described as one of the main symptoms of dementia. The term reflects an attitude towards behaviours (such as pottering about, calling somebody over and over again, organizing things, etc.) as meaningless, purposeless and inappropriate. The term BPSD is suggested to replace the more negative view on problem behaviour that is included in the term behavioural disturbance". BPSD is an abbreviation for Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia and includes symptoms of psychosis, delusions, paranoia, hallucinations, aggression, hyperactivity, and depression. Psychological symptoms of dementia are underestimated or even ignored in traditional dementia care and treated with restraints and use of strong sedative medication. Kitwood argues that the lack of attention to psychological symptoms are due to a view on persons with dementia as persons that lack insight or – as described above – a view on these patients as demented or not-present.

„The view that people with dementia lack insight, or even that they have ceased to be subjective beings, rationalized a lack of attention to their distress, and justified substituting to mere behaviour modification for true engagement. Stage theories implied that the pathway of global deterioration was inevitable, and so legitimated the reduction of care to the meeting of obvious physical need." (Kitwood 1997, p. 141)

When psychological symptoms are ignored in a traditional culture of dementia care, it is not relevant to work with strategies that focus on meeting psychosocial needs. A person without insight is a body with no spirit, in line with contemporary views on Descartes and what we see as his distinction between matter and mind. This paradigm is to be replaced with a humanistic view, in order to integrate ideas about person-centred care. From a humanistic viewpoint, it is not enough to treat a person in the health care system without considering both physiological needs and psychosocial needs.

Relevant to humanistic theories are Abraham Maslow (1908–1970), who described a hierarchy of needs: physiological needs, safety, affiliation, esteem and self-actualisation, and Carl Rogers' (1902–1987) client-centred therapy. Erik Erikson (1902–1994) contributed with a focus on social relationship and described psychosocial development, stressing the interaction between the person and the psychical and social environment. Parts of these theories are further developed and changed, e. g. with a more integrative view on Erikson's 8 developmental stages of man.

When a person with dementia is confused about ‚reality', and is isolated from a giving interaction with other people, the following feelings are difficult to handle: fear of abandonment, fear of being controlled, sense of persecution, fear of humiliation, sense of being excluded, frustration at deficits, sadness at loss of familiar life, anxiety about being a burden, frustration at loss of abilities, feeling worthless, etc. This domain of ‚negative' experiences is described by Kitwood (1997, p. 78) and is connected with *global states* of terror, misery, rage, and chaos, or *‚burnt-out' states* of despair, depression, vegetation, exhaustion, and apathy.

Kitwood sees it as a possibility for a person with dementia „to move out of fear, grief and anger, into the domain of positive experience" (Kitwood 1997, p. 84). In order to do this the primary task is to maintain personhood. This makes it possible to meet psychosocial needs. Kitwood defines a cluster of five main psychological needs (*Attachment, Comfort, Identity, Occupation, Inclusion*) that come together in one central need for *Love*.

Not only does Kitwood mean that it is possible to avoid the global and non-reversible states of chaos or vegetation, he also provokes traditional dementia care by suggesting that person-centred care even might lead to a ‚rementing' process. In this rementing process, the psychosocial environment affects neuronal growth so that periodically we witness the brain compensates or even repairs neural losses.

„We have hints from several studies of ‚rementing' that good care promotes better nerve function; it is possible that it also creates the conditions that allow some degree of neuroregeneration." (Kitwood 1997, p. 101)

Kitwood and other researchers (Bender & Cheston 1997; Cheston 1998) represent an optimistic view on dementia, where a focus on deficits widens to include resources and personhood, and makes it possible to speak of *quality of life* and *promoting health,* even if the person suffers from a dementia disease. This makes it also relevant to look at episodes of lucidity in persons that now and then seem confused.

Episodes of lucidity

Mrs C and I are having our 15th music therapy session. I find her at the unit, and we walk together to the music therapy room. She appears in a good mood, chuckles and verbalizes. As we have done all the first 14 times, we take seats on the sofa, and I am about to start our hello-song. But instead Mrs C starts singing. She sings her own self-made song/improvisation in a gentle voice with a smile on her face. After one minute she stops, and she does not sing any more in the session, except for a few stanzas of her favourite song in the last part of the session.

Even though Mrs C speaks a lot to herself, she rarely sings. In our first music therapy sessions she does not sing whatsoever and now in this session *she* is the one that initiates singing. I suggest this is a lucid interval. Mrs C is very clear in her expression and we are meeting in a meaningful act. We share an experience even if we do not talk and even if I do not sing with her, but listen to her, look at her, and move to the beat of her song.

In a doctoral dissertation from Umeå University in Sweden, Ketil Normann (2001) investigates episodes of lucidity in people with severe dementia. His research shows that episodes of lucidity appear when there is a close relation between the person with dementia and his/her communication partner, and when the relation is characterized by a situation without demands, but by acceptance and support.

As part of his research, Normann interviewed 16 licensed practical nurses and 4 registered nurses at 3 nursing homes in northern Norway. They had all worked with persons suffering from dementia for 4–24 years, with an average experience at 9½ years. The interviewees were asked to narrate episodes „where a patient with severe dementia appeared unexpectedly clear“ (Normann 1998, p. 1296). Results from transcriptions and content analysis showed 92 examples of episodes of lucidity. In a majority of these episodes the person with dementia would *talk* (n=83), and only 9 examples were episodes where the person *acted* in a relevant way, but without talking (Normann 2001, p. 32). This might reflect that episodes of lucidity lead to increased ability to verbal functioning *or* it reflects that staff are mostly inclined to observe and register episodes of lucidity when a person talks.

I believe that both options are possible: that the focused psychological state – that is characteristic for episodes of lucidity – leads to increased verbalising, but equally that we mostly register episodes where a person speaks comprehensively, as these episodes are clearer and more unambiguous to us. To me, Mrs C appeared unexpectedly clear when she started our session by singing, but it is obvious that characterizing this as an episode of lucidity is subjective and needs to be related to the context in order to be described more objectively.

In Normann's definition of episodes of lucidity, he refers to „situations when people who normally lack conversational skills suddenly surprise their conversation partner and speak and/or act lucidly in a way that is not normal for them“ (Normann 2001, p. 7). He includes speaking as well as acting, although most of the interview examples describe episodes in which the person with dementia speaks. I

believe that the reason for this is that verbal narratives are more valid for us to pass on to colleagues than observations of other persons' actions and interactions. Acts are more complex to refer to, as they are much more interwoven with the context. Saying a clear, relevant, and even wise sentence is one clear sign of lucidity. Performing a relevant act (finding the way out to the nice spot with flowers in the garden, hiding your purse at an ingenious place where you know *you* (and not some others) will find it tomorrow, pack clothes for the weekend into a suitcase, etc.) might as well be signs of episodes of lucidity for persons with dementia. But if we do not see this act as relevant and understandable, we do not consider it an episode of lucidity.

In my understanding of episodes of lucidity, I want to stress that lucidity might be expressed verbally, as well as in acts with objects or in interaction with other persons. A person with dementia who has severe cognitive deficits might periodically show confusion, but might also show episodes of lucidity. In these situations, the person seems to be in the present moment, seems to have an understanding of his or her presence in a certain context, interacts in a relevant manner, and seems to experience meaning. In the Swedish medical doctor, Karin Sundin's words, the person has a „sense of understanding and being understood" (Sundin 2001).

In Normann's interviews, staff describe that in these situations they are able to ‚reach' or to be in contact with the person with dementia. Some find this important and fruitful to daily care situations, and Normann finds it striking that the carers' descriptions disclosed a positive attitude towards the patients with severe dementia and a relationship with the patients that was positive (Normann 1998, p. 1296). Other carers find the episodes of lucidity unpleasant because the unexpected lucid state of mind in the person they care for make them feel uncertain and afraid. I guess it is difficult to handle, when apparently ‚non-responsive' or ‚demented' patients actually have clear moments, where they in different ways express an understanding of a common reality.

In order to investigate how common episodes of lucidity are viewed, Normann asked staff to fill out questionnaires in Västerbotten County, Sweden. With 4297 residents living in nursing homes, 3804 questionnaires were returned. Ninety-two of these residents were rated to suffer from severe dementia and more than half of these residents (52) were described to show episodes of lucidity.

Breaking the isolation

Normann's investigation shows that episodes of lucidity occur with people suffering from severe dementia. His research explores the phenomenon of lucidity, but it does not give objective measures of the phenomenon. For further research, it would be relevant to correlate episodes of lucidity with physiological change, such as change in different parameters of arousal level. But first of all, we need to ask why these episodes of lucidity are important? An answer to this might be that in periods of lucidity, it is possible to enter dialogue and to break the isolation that is

a secondary symptom of the dementia disease. When persons with dementia have a lucid interval, emotions that are present here-and-now might be shared with others and validated, or memories from long ago that still have a meaning might surface. This might not only have a positive effect on quality of life, but on BPSD as well, as basic psychosocial needs are met. Another important question to ask is if episodes of lucidity happen occasionally?

Are episodes of lucidity occasional?

Normann defines episodes of lucidity as dependent on the interaction with the communication partner. Episodes of lucidity are connected with a *supportive attitude*, where the conversational partner avoids making demands on the patient, and are therefore not occasional episodes that happen out of the blue. A person, who has cognitive deficits, is dependent on others in order to enhance states of mind, where he or she is lucid and interacting. It is necessary with a caring environment, that the person with dementia is neither overwhelmed by demands and stimuli, or sub challenged by too few experiences.

It is possible to measure electrical activity of neurons by attaching electrodes to different places on the head. This EEG technique will show various cyclic changes in our rhythms of consciousness. A narrow focus, hyper arousal and anxiety is typically associated with high *Beta* activity (18–35 Hz) or *Gamma* activity (35+ Hz), whereas low *Beta* (12–15 Hz) and *Alpha* (8–12 Hz) activity of brain waves is associated with relaxed, passive, but wakeful states (Zillmer & Spiers 2001). Humans respond to rhythms that relate to day and night, but we also respond to shorter rhythms that follow 90-minute cycles of heightened and lowered brain arousal (ibid. p. 408). These biological rhythms of consciousness, that I here will relate to episodes of lucidity, make it clear that episodes of lucidity are not only dependent on a caring environment but also on biological premises. This means that Mrs C might need a small nap before she is ready for engaging with others, or that she needs to be awakened with e. g. movements or fresh air.

Strong medication and extreme states (that Kitwood calls *burnt-out states* or *states of* e. g. *misery* and *chaos*), that are a result of a *malignant social psychology*, assumably makes it difficult for episodes of lucidity to occur if the person is kept in a low arousal state.

If episodes of lucidity are seen as important in order to meet psychosocial needs, it means that methods of regulations – where focus is on states of mind where the person is most alert – must be considered in a caring environment. In this sense it seems relevant to further investigate ways to enhance episodes of lucidity.

Ways to enhance episodes of lucidity

Generally it is suggested by researchers like Tom Kitwood and Ketil Normann that episodes of lucidity – or momentary rementing episodes – will occur when we carry out person-centred care, where there is focus on creating a relation with the person with dementia.

According to Kitwood, personhood is enhanced when we strengthen a positive feeling, when abilities are nurtured, or when helping to heal some psychic wound. In order to enhance personhood, Kitwood's work elaborates on different types of positive interaction.

When episodes of lucidity are seen as essential to interaction with other persons, it is important to understand these episodes in a broad sense that not only deals with a logical recognition of what is going on, but on an extended view on recognition in many respects.

In the following, I shall suggest different strategies that I see as important in order to enhance episodes of lucidity. Attention is a basic element to enhance lucidity. It is therefore important to initially work with *cuing techniques* in which the person with dementia is helped to draw his or her attention from other things to a common reality. This is not to be confused with *reality orientation* that in the 1980s was a very common strategy in dementia care. It was seen as important that persons with dementia were orientated to *our* reality. What is relevant in person-centred interaction is that a recognizable ‚frame' is built up around the interaction. Once the person with dementia, via clear cues (e. g. the first songs), is able to recognize this ‚frame', that defines the interaction, the frame does not have to be negotiated every time the person with dementia is invited to engage in an interaction.

The next relevant step is to regulate arousal level. This is elaborated on in Ridder (2003). A balanced arousal level is important in the way we perform and interact with others. If a person is trapped in one extreme – a hyper aroused state – a high-frequency asynchronous activity is seen in the brain, the sympathetic nervous system is on high speed and so called stress hormones (e. g. noradrenaline) is released in the blood. In this state, the person is able to focus intensively on one thing, e. g. an important test. As a metaphor, we might imagine a person with binoculars who is able to focus on details that he spots far away, but who is unable to view the scene or landscape as a unified whole, and has to adjust the binoculars before taking in information about very close things.

The other extreme that might trap the person is a hypoaroused (hypo-aroused) state, with slow heartbeat and activation of the parasympathetic nervous system. The neurologist, Joseph LeDoux (1998), states that „without arousal, we fail to notice what is going on – we don't attend to the details" (LeDoux 1998, p. 289). Metaphorically we might see a person who instead of binoculars looks at the landscape from a tower. He might have a broad view, but at the same time is dissociated from things, and even if he observes something going on, he is not able to react or intervene. Both extremes distance the person from the present moment, a

moment that e. g. is described by Daniel Stern (2004). In order to enhance episodes of lucidity it seems relevant to include *regulating techniques,* so that the person with dementia avoids getting trapped in either a state of hyper- or hypoarousal.

The third important point is to build up a relation with the person with dementia. This is described in person-centred care:

> Person-centred care facilitated lucidity as the care providers then used a confirming and listening approach, were interested in the person with severe dementia and let her / him initiate and direct the conversation. Other forms of support were to avoid making demands on people with severe dementia and interrupting and correcting during conversations. Being aware of and having an interest in the person with the disease, creating a close relationship and sharing joint activities are also ingredients of a person-centred care according to this study. (Normann 2001, p. 7)

There are many ways of carrying out person-centred care and implementing activities that include cuing- and arousal regulating techniques. The use of e. g. ‚reminiscence therapy', ‚Marte Meo methods', ‚validation- and holding-interactions', and integration of ‚life history' in dementia care are useful assets to person-centred care. From my clinical work at a gerontopsychiatric unit, I have seen that the use of *music therapy* is unique. With music, it is possible to

- *frame the setting*. Music is a useful way of cuing and in this way compensating for missing memory functioning (Ridder 2004; Ridder *in press*).
- *regulate*. Music consists of dynamic elements reflected in e. g. form, pulse, tempo, modality, and timbre that might be used to either stimulate or sedate the person with dementia (Wigram et al. 2002; Ridder 2003).
- *create a relation*. By singing or playing music together, participant and therapist are sharing musical experiences with an opportunity to express coherence and meaning (Ruud 1998; Pedersen 2000; Ridder 2005).

Music therapy as a method to enhance episodes of lucidity

In the following, I shall illustrate how I have worked with cuing- and arousal regulating techniques in music therapy with Mrs C. In this example, the music therapy consists of singing well known songs, but using the songs with different foci. The advantage of singing in individual music therapy is that participants only have one source (the music therapist) on which to focus; the auditory, visual and tactile stimuli all originate there. With some persons with dementia in advanced stages, instruments can be confusing and distract attention away from the relationship. When I, as the music therapist, sing to a person with dementia, I am inviting him / her to a mutual activity. I could do this in other ways, e. g. by listening to music together, song creation, dancing, choir singing, or by using vibroacoustic or vibrotactile stimulation (see Ridder *in press*). In this material, I put focus on the use of singing in individual music therapy.

As described in the beginning, Mrs C potters about during the day, talking to herself. She seems very isolated and it is difficult to ‚reach' her. It has been a severe problem that Mrs C would hit staff during personal care in the morning, and in order to avoid these episodes she is prescribed anti-psychotic medication (Risperdal, ½ mg.). She is treated as well with antidepressive medication (Cipramil, ½ mg.), because of her negative emotional valance and withdrawal from social activities. On a cognitive test (MMSE), Mrs C scores 0 (out of 30), indicating severe cognitive problems. Mrs C is 80 years old and has been a resident at the unit for 3 years, after having been moved from the local residential home, where daily care became too problematic. She was born in a big family with 7 children, and she and her husband, who visits her regularly, had 2 children.

Mrs C participates in 18 individual music therapy sessions. During all sessions, she remains seated in the sofa besides me and does not get up a single time to potter about or to leave. In our first session, she sits with her eyes closed most of the time. During the second session, she verbalizes constantly, talking in a steady flow with words that do not seem related to what is going on. During the first 6 sessions, she now and then looks directly at me and smiles or verbalizes, but in a way that does not reflect a clear ‚contact' or lucid interval. She seems to like the setting, but sometimes, when we start, her flow of words has a negative character even though her voice is neutral (e. g. in session 2, 10:50 am: „because that's a whore, that's a damned whore, yes yes, that's what it is, that's what it is, yes, yes, yes, yes, … because I don't want to be here any more, because I don't like you anymore, because …") changing gradually to be more positive (session 2, 11:05 am: „look that sweet one over there").

In these sessions, I keep singing, even if Mrs C sits with her eyes closed. My first step is to set a frame for our music therapy sessions and to build up our relation. She does not recognize me and does not know what is going on. I therefore see the songs, the context and my presence as cues that gradually will give her information about what is going to happen. I sing the same „hello" song every time. I sing her name, shake hands with her, and sing what we are going to do. Because of her severe cognitive deficits, stability, repetition and a high frequency of sessions are important. We therefore have daily sessions which last about 20–25 minutes and which have a very clear structure. The songs function as cues that inform about what is going on and when the session starts and ends.

A change occurs in session 7. Now we have a stable structure, or frame, and I introduce the „sofa-dancing". In all sessions but one, Mrs C shows a very low heart rate level that might indicate a low arousal level. If I can regulate her arousal level without over stimulating her, it would hopefully bring her to a state with the highest optimum for episodes of lucidity. The sofa-dancing combines vigorous rhythmic movements with vivid folk songs that she likes very much. In session 7, Mrs C closes her eyes after the two first songs, and opens her eyes only a few times during my next 7 songs. After a pause that lasts almost 3 minutes, in which I do not sing, Mrs C opens her eyes. I sing a folk song to her, and with the refrain I take her hands and ‚dance' with her. Mrs C laughs and states: „You are sweet, yes,

yes. Yes, this we can!“ (11:08 am). We continue the ‚dancing‘ in the next song. Mrs C laughs and joins me in the song for a short while! In the next song she closes her eyes, but I have a song ready for her, and when she opens her eyes I sing „Oh Susanne“. Again she joins me in the song – and then she takes over and sings to me. Afterwards she comments: „Yes, we have seen it … yes we have. Yes, yes, yes it is.“ (11:12 am).

To me, Mrs C’s way of being present and actively taking part in the session reflects an episode of lucidity. It seems that it has been possible to build up a secure setting and a safe relationship, by using the songs as cues. By making use of the dynamic features of a well known folk song, Mrs C’s arousal level is regulated to a level where she shows environmental attention and interacts in a relevant manner. After this session, Mrs C has sung all together 19 times. One time is in session 15 where, as described above, she starts the session by singing to me. One time is after the end of session 10, where she remains in the sofa, presumably sleeping. A quarter of an hour later I pass the room and see her sitting, singing to herself – still with her eyes closed. The rest of the events, in which Mrs C is singing, happen in the *last* part of the session, but never when I sing the very last song, indicating closure. Even if I do the sofa-dancing in the beginning of a session, Mrs C does not join in. This indicates that Mrs C needs the way the session is structured; she needs to adapt gradually to what is going on, she needs her small naps, and later the rhythmic stimulation combined with the songs, in order to experience episodes of lucidity.

It is not possible to generalize from one single case, but hopefully this example illustrates one way of applying music therapy with persons in advanced stages of dementia, creating a frame and a relation that enhance episodes of lucidity. When this is possible, the next important step is focusing on psychosocial needs. Mrs C very clearly enjoys the episodes where she is actively engaged in the music therapy and in these moments her isolation is broken. It is difficult to say if this is having an influence on her daily life. Kitwood would clearly have answered yes, as reflected in the citation below. None the less Mrs C stopped taking both antidepressive and antipsychotic medication 6 weeks after ending the 4-week period with music therapy. Antipsychotic medication was resumed after a period in which Mrs C again became aggressive during morning care. Antidepressive medication was stopped with good results.

As care improves the long-term patterns of dementia may prove to be very different from those described in the older literature, and epitomized in the standard stage theories. We may reasonably expect to find far less vegetation – possible none at all. There should be a much higher level of sustained well-being, and in a proportion of cases the kind of long-term therapeutic changes that I have described. Dementia will then be a different set of clinical conditions from those we have inherited, and which are described in the standard textbooks of today. (Kitwood 1997, p. 101)

Conclusion

Episodes of lucidity are here used to describe events where a person in advanced stages of dementia expresses him-/herself in a way that is present, attentive and relevant. The events are not sporadic or occasional appearances, and in a person-centred culture of care it is possible to make a basis for these episodes to occur. In a music therapeutic setting, songs are employed in order to elicit periods of lucidity, using cueing- and arousal regulating techniques, and in this way breaking the isolation that is a devastating follower of the dementia disease. When a person that often seems to be in a confused state of mind is periodically lucid, it is possible to break the isolation, to make the person feel understood and appreciated and in this way having basic psychosocial needs met.

Perspectives

When I teach music therapy students or nursing staff, and I want to illustrate music therapy work with persons suffering from dementia, I find it very useful to show video clips where ‚something' happens. Very often there seems to be a relation between episodes when-something-happens and episodes of lucidity. When I show these video clips, I assume this gives a picture of music therapy where *lots* of things happen *all* the time. Why show video examples where apparently ‚nothing' happens – where the participant is in a state of non-lucidity? Such video examples will show me singing, and the person with dementia sleeping or wandering about or occupied with replacing songbooks or other objects. But actually these episodes, where the person with dementia is non-present/non-lucid, occupy a great deal of the time, especially in the beginning of the whole therapeutic process, as well as in the beginning of each music therapy session. This makes it important for students or staff to experience that it does not mean that their therapy, care, or activities are not optimal because ‚nothing' happens. It takes time to build up a relation and to build up structure and cues. Episodes of lucidity are the peak experiences in a therapy session or in daily care, and stand out like tips of icebergs where we only see a very small part of the whole. It is important not to force the episodes of lucidity to happen, but carefully to build up and lay the ground so they happen in a natural flow.

With ‚normal' music therapy clients that do not have attention disorders and cognitive deficits, it seems irrelevant to focus on episodes of lucidity. But we all experience both phasic and context-dependent fluctuations in consciousness, and strategies that focus attention and concentration seem to be relevant when we work with emotional expression, creativity, and imagination. This leads us to Helen Bonny's descriptions of *altered consciousness* in Guided Imagery and Music (see Bonny 1999; Bonde 2002; Ruud 2003), Csikszentmihalyi's theory of *flow* describing deep concentration in a complex activity (Csikszentmihalyi 2003), and Carl Rogers concepts of *congruence* in connection with empathy and unconditional positive regard (Rogers 1961). These theories give very interesting perspec-

tives on the here delimited episodes of lucidity, and make it relevant in a pragmatic way to pick out and integrate techniques and methods into the music therapy field from a wide spectrum of theories.

References:

Aldridge, D. (Ed.) (2000): Music Therapy in Dementia Care. London

Aldridge, D. (in press): Music Therapy in Neurological Health Care Settings. Performing Health. London

Bender, M., Cheston, R. (1997): Inhabitants of a lost kingdom: a model of the experiences of dementia. Ageing and society 17, 513–532

Bonde, L. O. (2002): Guided imagery and music – and beyond? A book essay. Nordic Journal of Music Therapy 11,2, 167–171

Bonny, H. (1999): Music and Consciousness. Nordic Journal of Music Therapy 8,2, 171–179

Cheston, R. (1998): Psychotherapeutic work with people with dementia: A review of the literature. British Journal of Medical Psychology 71, 211–231

Csikszentmihalyi, M. (2003): Materialism and the Evolution of Consciousness. In: Kasser, T., Kanner, A. D. (Eds.): The Struggle for a Good Life in a Materialistic World. Washington DC, 91–106

Damasio, A. R. (1995): Descartes' Error. London

Gade, A. (1997): Hjerneprocesser. Cognition og neurovidenskab. København

Gustorff, D. (2002): Songs without words – Music Therapy with coma patients in intensive care. In: www.musictherapyworld.net/modules/archive

Kitwood, T. (1997): Dementia reconsidered. The person comes first. Buckingham

LeDoux, J. (1998): The emotional brain. New York

Normann, H. K. (1998): Episodes of lucidity in people with severe dementia as narrated by formal carers. Journal of Advanced Nursing 28,6, 1295–1300

Normann, H. K. (2001): Lucidity in people with severe dementia as a consequence of person-centred care. Umeå University Medical Dissertations. New Series

Pedersen, I. N. (2000): Inde-fra eller ude-fra – orientering i terapeutens tilstedeværelse og nærvær. In: Lindvang, Hannibal, Pedersen (Eds.): Den musikterapeutiske behandling – teoretiske og kliniske refleksioner. Årsskrift 2000, Musikterapi Klinikken. Aalborg Psykiatriske Sygehus – AAU

Ridder, H. M. (2003): Singing Dialogue. Music therapy with persons in advanced stages of dementia. A case study research design. Unpublished Ph.D.-thesis, Aalborg University

Ridder, H. M. (2004): When dialogue fails. Music therapy with elderly with neurological degenerative diseases. Music Therapy Today (online), Vol. V, Issue 4. In: http://musictherapyworld.net

Ridder, H. M. (2005): Music therapy with the elderly: complementary data as a rich approach to understanding communication. In: Aldridge, D. (Ed.): Case study designs in music therapy. London

Ridder, H. M. (in press): An overview of therapeutic initiatives when working with persons suffering from dementia. In: Aldridge, D. (Ed.): Music Therapy in Neurological Health Care Settings. London

Rolvsjord, R. (1998): Når musikken minner om livet. Musikalsk samhandling som reminisens. En infallsvinkel til musikkterapi i geriatrien. Nordic Journal of Music Therapy 7,1, 4–13

Rogers, C. (1961): On Becoming a Person. Boston, MA

Ruud, E. (2003): „Burning Scripts". Self psychology, affect consciousness, script theory and the BMGIM. Nordic Journal of Music Therapy 12,2, 115–123

Ruud, E. (1998): Music therapy: Improvisation, communication, and culture. Gilsum

Sachs, O. (1985): The man who mistook his wife for a hat. London

Sundin, K. (2001): Sense of „understanding and being understood" in the care of patients with communication difficulties. Doctoral dissertation, Umeå Universitet, Sweden

Wigram, T., Nygaard Pedersen, I., Bonde, L. O. (2002): A comprehensive guide to music therapy. London

Wood, S., Verney, R., Atkinson, J. (2004): From therapy to community: making music in neurological rehabilitation. In: Pavlicevic, M., Ansdell, G. (Eds.): Community Music Therapy. London

Zilmer, E. A., Spiers, M. V. (2001): Principles of neuropsychology. Belmont

Hanne Mette Ochsner Ridder, Institut for Musik og Musikterapi, Aalborg Universitet, Kroghstræde 6, 9220 Aalborg Ø, Denmark. E-mail: hm@musikterapi.org

Vom Suchen und Finden: musiktherapeutische Handlungsformen und deren Beobachtung in einer prozessorientiert geführten ambulanten Gruppenmusiktherapie bei Patienten mit Alzheimer Demenz

Jan-Peter Sonntag, Ute Hennings, Hans Ulrich Schmidt, Tomas Müller-Thomsen, Hamburg

Zusammenfassung

Bei wachsender Anerkennung der Bedeutung musiktherapeutischer Behandlung von Patienten mit Demenz stellt sich zunehmend die Frage, durch welche speziellen musiktherapeutischen Zugangswege Behandlungseffekte erzielt werden können. Untersucht wird eine über den Zeitraum von einem Jahr (40 Sitzungen) durchgeführte ambulante Gruppenmusiktherapie für Patienten mit leicht- bis mittelgradiger Alzheimer Demenz. Von externen Beobachtern und regelmäßiger Videodokumentation begleitet, gibt die Auswertung und Beschreibung dieser Gruppentherapie Hinweise auf die Entstehung und Entwicklung musiktherapeutischer Handlungsformen, die für diese Patientengruppe angemessen erscheinen. Eine besondere Bedeutung kommt der Rolle freier musiktherapeutischer Improvisation, dem Singen von Liedern, sowie dem Austausch über die Erkrankung zu.
Bei der Vorstellung einiger ausgewählter Sequenzen des Videomaterials in einer qualitativen Psychotherapie-Forschergruppe rückte insbesondere durch die Außenbetrachtungsperspektive der für diese Patientengruppe interessante Aspekt der Psycho- und Gruppendynamik stärker in den Vordergrund.

Abstract
Searching and Finding: Music Therapy Treatment Forms and Recorded Observation in Process Oriented Out-Patient Group Music Therapy for Clients with Alzheimer-type Dementia

With the growing recognition of the importance of music therapy treatment for people with dementia, questions are raised regarding specific music therapy approaches in achieving treatment goals. Out-patient group music therapy for patients with mild to moderate levels of Alzheimer-type dementia is studied over a time-frame of one year (40 sessions). External observation and regularly scheduled video documentation offer direction to the assessment and evaluation of the group therapy, as well as in developing music therapy intervention forms, appropriate for this patient group. Special emphasis is put upon the role of free music improvisation, the singing of songs, and illness-related verbal exchange. By presenting selected video-clip sequences from a psychotherapeutically qualitative based research team, external observation provides perspective, emphasizing interesting aspects of the patients' psycho- and group dynamics.

Einleitung

Die vorliegende Arbeit entstand im Zuge der Auswertung einer über die Dauer eines Jahres durchgeführten ambulanten Gruppenmusiktherapie für Patienten mit Alzheimer Demenz (AD) am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE). Die Gruppe fand als primär klinisches Versorgungsangebot im Rahmen eines Forschungsprojektes statt, das sich mit Fragestellungen der Anwendung künstlerisch-psychotherapeutischer Verfahren bei dementiellen Erkrankungen befasst. Parallel zu der Musiktherapiegruppe erhielt eine zweite Gruppe für ein Jahr Kunsttherapie; diese wird gesondert untersucht. Die Gruppen wurden nicht randomisiert. Eine Kontrollgruppe ließ sich aus organisatorischen Gründen nicht bilden. Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf den musiktherapeutischen Anteil des Forschungsprojekts.

Die therapeutischen Möglichkeiten (eine gute Übersicht gibt Grümme (1997)) bei dementiellen Erkrankungen werden derzeit unter einer Vielzahl wissenschaftlicher Fragestellungen beforscht. Angesichts der auch mittelfristig nicht zu erwartenden ursächlichen Behandelbarkeit der Krankheit rücken vor allem im Bereich der nichtmedikamentösen Therapien Aspekte der Lebensqualität und des subjektiven Wohlbefindens Betroffener in den Mittelpunkt. Im Sinne einer personenzentrierten Sicht auf die Demenz, wie etwa durch Kitwood (2000) vertreten, spielen neben den neurologisch-neuropsychologischen Einschränkungen die Persönlichkeit, die Lebensgeschichte und die Umwelt des erkrankten Patienten insbesondere bezüglich der Krankheitsverarbeitung eine wichtige Rolle. Dadurch gewinnen neben kognitiven Einschränkungen die Handlungsmöglichkeiten sowie das Gefühls- und Beziehungsleben an Bedeutung.

Wie kaum eine andere Therapieform, die in grundsätzlich psychotherapeutischer Orientierung schöpferisches, kreatives und künstlerisches Handeln als Medium des Selbstausdrucks in der therapeutischen Beziehung fokussiert, spricht die Musiktherapie diese Aspekte der Demenz unmittelbar an. Allerdings besteht trotz großer Anerkennung der Musiktherapie durch Praxis-Institutionen sowohl der Altenhilfe als auch der Gerontopsychiatrie[1] nach wie vor großer Bedarf an wissenschaftlicher Evaluierung künstlerischer Verfahren (vgl. Muthesius 1997).

Spätestens seit Grawes Metaanalyse (1994) bemühen sich zunehmend auch die künstlerischen Verfahren um den Nachweis therapeutischer Effizienz. Nach wie vor ist Musiktherapie z. B. kein sog. Richtlinienverfahren, so dass die ambulante Kostenerstattung ein großes Problem darstellt. Nicht zuletzt unter dem Druck der Kostenträger konzentrieren sich die Forschungsbestrebungen der vergangenen Jahre deshalb auf bessere Nachweise zur Wirksamkeit und Effektivität musiktherapeutischer Behandlungssettings.

Häufig, vor allem in Studien des angloamerikanischen Sprachraumes, lehnen sich musiktherapeutische Forscher an das medizinische Modell dementieller Erkrankungen an (vgl. z. B. Gerdner 2000, Koger et al. 1999, Grümme 1998) und konzentrieren sich auf dessen Theoreme. So wird die Musikwirkung auf bestimmte (Begleit-)Symptome der Demenz untersucht, in dem Bestreben, Ergebnisse

zu quantifizieren und therapeutische Interventionen reproduzierbar und in ihrer Wirkung vorhersagbar zu machen (vgl. Smeijsters 1997). Das UKE-Forschungsprojekt legte insofern einerseits einen deutlichen Schwerpunkt auf den Bereich der Messbarkeit therapeutischer Wirkmechanismen.

Zusätzlich jedoch wurden Probleme der therapeutischen Methodik und des therapeutischen Prozesses untersucht, da die Frage nach einem angemessenen musiktherapeutischen Methodenrepertoire für Patienten mit Demenz in der Fachwelt nach wie vor kontrovers behandelt wird. In beschreibender Form wurden von uns spezifische Wesenszüge, Prozesse und Qualitäten innerhalb der Therapiegruppe herausgearbeitet, welche wiederum die Wahl der Methoden und Handlungsformen beeinflussen. Die hier vorliegende Arbeit wird speziell über diesen Teil der Studie berichten, sich also auf qualitative Forschungsfragen beziehen. Ziel ist es, über Beobachtungen, Therapienachbesprechungen und die Auswertung von Videomitschnitten quasi zu „ertasten", wo die methodischen Besonderheiten dieser Gruppenmusiktherapie lagen. Somit wird in Bezug auf die Gesamtstudie ein *Nebeneinander* von qualitativen und quantitativen Forschungsperspektiven erzielt, wodurch einer weitverbreiteten Forderung im Bereich der Psychotherapieforschung entsprochen wird (Aldridge 1996, Wosch 2002). Erste Analysen der quantitativen Daten ergaben, dass sich zwar die Stimmung, die vor und nach den Therapiesitzungen gemessen wurde[2], nach den Sitzungen gebessert hatte, dieses jedoch aufgrund der geringen Stichprobengröße nicht signifikant wurde. Ähnliches gilt für die Veränderungen von Depressivität und Verhaltensauffälligkeiten über den gesamten Beobachtungszeitraum. Die endgültigen Berechnungen stehen jedoch noch aus.

Gruppenteilnehmer und therapeutisches Setting

Die Gruppenteilnehmer waren Patienten der Gedächtnissprechstunde am UKE, sie wurden in diesem Rahmen untersucht.

Name:	Alter:	MMSE:
Frau D.	74	27
Herr N.	77	18
Frau K.	62	24
Frau H.	82	22
Herr P.	75	26

(MMSE 18 war Einschlusskriterium)
Alle Teilnehmer hatten eine nach NINCDS-ADRDA Kriterien (McKann 1994) diagnostizierte wahrscheinliche Demenz vom Alzheimer Typ. Die Einstufung der kognitiven Beeinträchtigung erfolgte mit der Mini-Mental Status Examination (MMSE, Folstein 1975). Insgesamt können 30 Punkte erreicht werden, ab 26 Punkten gilt das Vorliegen einer Demenz als wahrscheinlich. Da dieses Instrument

im oberen Bereich jedoch nicht besonders sensitiv ist, kann auch bei maximaler Punktzahl bereits eine Demenz vorliegen. Im mittleren Bereich (24–12 Punkte) bildet der Punktwert das Ausmaß der kognitiven Beeinträchtigung auf einem Kontinuum relativ gut ab.

Die Musiktherapiegruppe fand über den Zeitraum eines Jahres einmal wöchentlich nachmittags über 90 Minuten statt. Bis auf Fr. K., eine alleinstehend lebende Teilnehmerin, wurden die Teilnehmer von ihren Ehepartnern begleitet, die sich während der Therapiesitzung in einem Wartebereich aufhielten. Nicht alle Teilnehmer konnten bei jeder Sitzung anwesend sein. Kuraufenthalte, somatische Erkrankungen oder schlicht die Tatsache, dass fortschreitende örtliche Desorientierung das Auffinden des Therapieraums zur rechten Zeit verhinderte, zählten zu den Gründen.

Der Therapieraum war mit einem Stuhlkreis, Aufnahmegeräten, einer Einwegscheibe und folgendem musiktherapeutischen Instrumentarium ausgestattet:

Kantele (3)	Djembe (1)	Xylophon (1)
Kalimba (4)	Tablas (1 Paar)	Sen-Plates (2)
Small Percussions	Klangschalen (3)	Glockenspiel (1)
Monochord (1)	Koreanischer Gong (1)	Tamtam (1)
Gitarre (1)	Mundharmonika (1)	Balaphon (1)

Die Gitarre wurde von der Therapeutin in der Regel zur Liedbegleitung verwendet. Die Mundharmonika war ein Privatinstrument von Fr. H. und wurde von der Patientin regelmäßig mit in die Sitzung gebracht.

Die Musiktherapeutin und die Beobachter

Für die Gestaltung der Musiktherapiegruppe spielte die methodische Offenheit der durchführenden Musiktherapeutin eine besondere Rolle. Sie hatte Auswirkungen auf die Auswahl der musiktherapeutischen Handlungsformen, insbesondere im Hinblick auf den Einsatz freier Improvisation.

Über die Teilnehmer der Gruppe waren der Therapeutin nur minimale Vorinformationen (im wesentlichen Name und Alter) zugänglich. Alle übrigen Informationen wurden in den Therapiesitzungen selbst gewonnen, was interessante Hinweise auf diagnostische Qualitäten von Musiktherapie im Hinblick auf Demenz gab (vgl. dazu Aldridge 1999, 286ff), ein Aspekt, auf den im Rahmen dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden kann.

Diese Voraussetzungen weisen bereits auf einen tastenden, suchenden und prozessorientierten Charakter der Musiktherapiegruppe hin, der auch die therapeutische und z. T. Forschungs-Grundhaltung dieser Untersuchung maßgeblich beeinflusste.

In der Perspektive qualitativ orientierten wissenschaftlichen Vorgehens sollte besonders auf die Problematik eingegangen werden, dass Person und Vorwissen eines Untersuchers bereits das beeinflussen, was er im untersuchten Material sucht

und findet. Da der Therapeut selbst als Beobachter des therapeutischen Geschehens oft bereits zu stark fokussiert, indem er z. B. subjektiv erfolgreich empfundene Interventionen in den Vordergrund stellt bzw. sich von ihnen leiten lässt, wurde ein externer Beobachter hinzugezogen. Dadurch ergab sich die Möglichkeit, durch eine von der Notwendigkeit therapeutischen Procederes losgelöste Perspektive, Entwicklungsprozesse der Gruppe und der musiktherapeutischen Handlungsformen erleben und beschreiben zu können.
Eine weitere Außenperspektive wurde durch den Einsatz eines Videofilmers erzeugt, der seinerseits aufgrund seiner persönlichen und beruflichen Ausrichtung (Schauspieler, Produzent von Dokumentarfilmen u. a. in der Psychiatrie) dokumentierte und später aus dem Material selektierte.
Schließlich bot die Vorstellung einiger Sequenzen des Videomaterials in einer Arbeitsgruppe für qualitative Forschung eine weitere Möglichkeit der Reflexion, die besonders auf die dynamischen Aspekte der Therapie fokussierte.

Vorannahmen und Beobachtungsfokus der Untersuchung

Ausgangspunkt waren die aus praktischen Erfahrungen in der Musiktherapie mit Demenz entwickelten Annahmen über mögliche Prozessqualitäten einer Gruppentherapie: Angenommen wurde, dass die Entwicklung der Beziehungen von AD-Patienten in einer ambulanten Gruppenmusiktherapie von chaotisch-unsicheren zu geordneten, Sicherheit vermittelnden Strukturen verlaufen könnten. Anders ausgedrückt: Das Erleben des „Fremdseins“, das bei fortschreitender Krankheit gewissermaßen den „Normalzustand“ eines Demenzerkrankten darstellt, könnte eine Reduktion im zunehmenden Vertrautwerden mit der Gruppe sowie dem musiktherapeutischen Setting und Material erfahren.
Es bestand also die Vermutung, dass die Gruppenteilnehmer angesichts hirndegenerativer Prozesse mit einhergehender Desintegration des sozialen Lebens in prozessorientierter Gruppentherapie Kommunikationsstrukturen und -inhalte, die ihnen Sicherheit und Orientierung bieten, wieder- und neu finden können. Bei voraussichtlicher Abnahme der kognitiven Leistungen könnten somit psychosoziale Kompetenzen, die ein stärkeres subjektives Wohlbefinden ermöglichen, erhalten bleiben oder sich sogar verbessern.
Der Beobachtungsfokus wurde auf die Entwicklung von musiktherapeutischen Handlungsformen gelenkt, da sich hier beziehungs- und vertrauenstiftende Verhaltensmuster zeigen, in denen gleichzeitig die Persönlichkeiten der Teilnehmenden im Sinne einer Ressourcenaktivierung in der Musiktherapie Kontur gewinnen könnten.

Untersuchtes Material

Der Beobachter nahm regelmäßig einmal im Monat hinter einer Einwegscheibe an der Therapiegruppe teil. Die daraufhin angefertigten Protokollnotizen sowie Aufzeichnungen der anschließenden Besprechungen mit der durchführenden Mu-

siktherapeutin und einer Psychologie-Praktikantin dienen neben den Beobachtungen selbst als Materialgrundlage. Weiteres Material erschließt sich über die Videomitschnitte, ebenfalls in einmonatigen Abständen. Es standen insgesamt Material aus 7 Beobachtungssitzungen sowie 8 Videodokumente in ungefähr gleichmäßiger Verteilung über den gesamten Therapiezeitraum zur Verfügung.

Ergebnisse

Im nun folgenden Ergebnisteil werden die für die Therapie wesentlichen Formen musiktherapeutischen Handelns untersucht. Selektion und Interpretation des Materials geschahen in Zusammenarbeit der Therapeutin, des Beobachters sowie des Projektleiters. Die Darstellung erfolgt mit deskriptivem Schwerpunkt, um möglichst nah an den beobachteten Phänomenen zu bleiben. Beachtung finden vor allem Prozesse und Qualitäten, die i. S. der Vorannahmen über die Etablierung von haltgebenden Strukturen auffallen.

Die Patientengruppe wurde im Sinne einer prozessorientierten Gruppenmusiktherapie verlaufsoffen geführt. Charakteristika der entstehenden Beziehungen, Inhalte und Themen waren ausschlaggebend für die Wahl des therapeutischen Materials und der Methoden. Die durchführende Musiktherapeutin war nicht auf eine bestimmte Methodik festgelegt. Die *Handlungsformen* entwickelten sich aus einem Wechselspiel von Angeboten seitens der Therapeutin und Wünschen oder Vorschlägen der Teilnehmer. Auf vier Handlungsformen soll näher eingegangen werden. Sie spielten in der Therapie quantitativ und / oder qualitativ eine wesentliche Rolle:

Begrüßungsritual
Singen von Liedern
Freie Improvisation
Gespräche

In der Darstellung findet sich jeweils ein allgemeiner, die Gesamtgruppe betreffender Teil, der durch die Charakterisierung der einzelnen Patienten in Form von kurzen „Steckbriefen“ ergänzt wird. So sollen die individuellen Umgangs- und Erlebensformen im Bezug auf die jeweilige Handlungsform verdeutlicht werden.

Begrüßungsritual

Bereits in den ersten Sitzungen etablierte sich, angeregt durch die Therapeutin, ein Begrüßungsritual. Im Laufe der Therapie war dies die einzige Sequenz, die vorgeplant und festgelegt war. Die weitere Gestaltung der Stunden entstand aus den aufkommenden Themen, wobei Inhalte und methodische Bausteine aus vorangegangenen Sitzungen zum Tragen kamen. Mit dem Begrüßungsritual leitete die Therapeutin eine Befindlichkeitsrunde ein. Die große Klangschale wurde von einem Teilnehmer angeschlagen oder kurz gespielt. Anschließend fragte die The-

rapeutin nach dem Befinden des Teilnehmers. Dann wurde die Klangschale an den nächsten Teilnehmer weitergereicht.

Mit diesem Begrüßungsritual verschaffte sich die Gruppe einen gemeinsamen „Einstieg", durch den jeder einzelne in seiner Individualität wahrnehmbar werden konnte. Die Patienten konnten sich untereinander wiedererkennen (sowohl im psychologischen als auch im Sinne einer konkreten Gedächtnisleistung), was sich z. B. in Bemerkungen wie „Machen Sie's doch so, wie sie immer machen" (Frau D.) widerspiegelt. Gegenüber anderen Instrumenten (zu Beginn der Therapie wurde auch die Kalimba für das Ritual ausprobiert) schien die Klangschale übrigens kaum mit der Vorstellung musikalischer Leistung assoziiert zu sein, was den geriatrischen Patienten den Zugang deutlich erleichterte. Der individuelle Umgang mit dem Ritual wird in den folgenden „Steckbriefen" deutlich, die jeweils mit einem charakteristischen Satz (oft ein Zitat des Patienten) überschrieben sind, und in die einerseits Aussagen der Patienten, andererseits Wahrnehmungen und Interpretationen der Beobachter einfließen:

Frau D. *I do it my way*

Während sich die anderen Patienten mehr oder weniger ausgeprägt der Spielweise Herrn Ns. angepasst haben (ein einziger Schlag mit langer Nachklingzeit), entwickelt Frau D. im Laufe der Therapiesitzungen eine eigene Spielweise: Mit dem Holzgriff des Schlegels schlägt sie ein rhythmisches Motiv auf den Rand der Schale, oftmals dem Rhythmus eines innerlich gehörten Liedes folgend. Kokett weist sie darauf hin: „Darf ich wieder ein bisschen rumpuzzeln?!". Damit signalisiert sie Identifikation mit einer unangepassten Seite: „Ich mache gern so ...", oder (ironisch): „Ich mach das doch immer falsch." Diese Haltung findet ihre Analogie in den humorvoll abwehrenden Äußerungen zur Krankheit, die wohl eher ihrem Ehemann als ihr selbst Schwierigkeiten bereite.

Herr N. *... macht Lust auf Macht.*

Mit einem kräftigen, plötzlichen, aber auch ein wenig unkontrollierten Schlag, bringt Herr N. die große Schale laut zum Klingen: „Herrlich!" Wie ein Insignium der Macht hält er sie in die Höhe. „Wenn ich die fallen lasse ..." – ein Ausdruck von Potenz, eingebettet in joviales Lachen. Auf der anderen Seite lauscht er manchmal hingegeben dem Ton nach, äußert seine Faszination über den langen Nachklang. Manchmal wendet er sich dabei auch an die anderen Teilnehmer: „Wer hört noch was?" Die Klangschale ist das einzige Instrument, an dem Herr N. während der Therapie wirklich Gefallen gefunden hat. Auch bei Improvisationen bevorzugt er dieses Instrument.

Frau K. *„Das ist mein Misston – innerlich."*

Fr. K. nutzt das Begrüßungsritual häufig, um sich offen über ihr Befinden zu äußern. Häufig erzählt sie von ihrer Niedergeschlagenheit, von unzufriedenstellenden Erlebnissen: „Letztes Wochenende hab' ich mir versalzen lassen, das soll mir nicht wieder passieren." Die Musik bezieht sie unmittelbar auf ihre Stimmung; sie

repräsentiere „meine Dunkelheit, düstere Gedanken, Gehetztheit.“ Dabei kommt es auch vor, dass sie zu weinen beginnt. Auf der anderen Seite berichtet sie auch, wenn es ihr gut geht.

Frau H. *Hier kann ich meine Not mitteilen.*
Bereits während des Begrüßungsrituals äußert Frau H. ihr Anliegen an die Gruppe und die Musiktherapie. Sie thematisiert die Krankheit und äußert, ermutigt durch den Gesichtsausdruck der Therapeutin, Niedergeschlagenheit: „Es gibt Zeiten, wo ich nicht mehr mag.“ Immer wieder käme sie in schwierige Situationen: „... dass ich plötzlich nicht mehr zu meinem Arzt finden kann.“ Gleichzeitig fände sie in ihrer Familie, besonders bei ihrem Ehemann, großen Halt. Sie verspüre das Bedürfnis, problematische Situation vor ihm aus Rücksichtnahme zu verschweigen und wisse, dass sie die Musiktherapie vertraulich zur Aussprache über diese Themen nutzen könne: „Das erzähle ich nicht meinem Mann, aber hier kann ich es ja sagen“.

Herr P. *„Der helle Klang, der inspiriert, ja.“*
Der Zugang, den Herr P. zu diesem Ritual hat, kann als vorwiegend ästhetisch bezeichnet werden. Lange lauscht er dem Klang der großen Schale nach und betont mit verhaltenem Stolz die Sensibilität seines Gehörs. Über sein Befinden äußert er sich meist nur positiv.

Das Singen von Liedern

Von Beginn an spielte das Singen von Liedern eine gewichtige Rolle. Obwohl die Therapeutin von sich aus zunächst keine besondere Betonung auf dieses Medium legte, entwickelte es sich zum musikalischen Hauptelement der meisten Sitzungen.
Liedvorschläge kamen sowohl von Seiten der Therapeutin als auch von den Teilnehmern. Eine Kontinuität im Hinblick auf die Entwicklung einer gemeinsamen „Gruppenkultur“ durch ein *Liedrepertoire* wurde durch die Therapeutin insofern unterstützt, als sie Lieder, die in einer Sitzung besondere Bedeutung hatten, zur nächsten Sitzung für alle kopierte. Die Therapeutin übernahm insofern die Funktion einer „externen Gedächtnisträgerin“, welche Einfälle und Eindrücke aus der Therapie sammelt und behält. Im gleichen Maße wurden von denjenigen Gruppenmitgliedern, die über ausreichende Gedächtnisleistung verfügten, Lieder wieder aufgegriffen.

Zusätzlich zu den spontanen Einfällen diente ein *Liederbuch,* welches von den meisten Patienten als Quelle genutzt wurde. Allerdings hatte das Vertiefen ins Liederbuch oftmals ein Abnehmen der Bereitschaft zur Folge, mit der Gruppe zu kommunizieren. Liedvorschläge wurden beliebiger und die Beteiligung einseitiger. Bezüglich der Einbindung fortgeschrittener erkrankter Patienten (Hr. N.) hatten sie jedoch einen deutlichen Nutzen (z. B. durch Ermutigen, einen verantwortungsvollen Beitrag zum Gruppengeschehen zu leisten).

Was *Liedgattungen* anbelangt, waren in der Therapie vorwiegend Jahreszeitenlieder, Lieder aus dem Lebenslauf, Heimatlieder (vor allem in plattdeutscher Mundart) und parodistische Umdichtungen zu hören.
Im Verlauf der Therapie ordneten sich einzelnen Patienten bestimmte Lieder zu, die immer wieder in Verbindung mit ihnen erklangen. Dabei wurden sie entweder vom Patienten selbst, von der Therapeutin oder einem anderen Gruppenmitglied eingebracht. Diese Schlüssellieder wurden zu einer Art „klingender Visitenkarte"; in ihnen verdichteten sich grundlegende Lebensthemen. Die Patienten nutzten das Singen „ihrer" Lieder in unterschiedlicher Art und Weise, wobei sich mit der Zeit eine oder mehrere charakteristische Bedeutungen als wesentlich manifestierten. Sie sind im folgenden wieder in Form von „Steckbriefen" zusammengefasst, die diesmal mit Schlüsselliedern überschrieben sind.

Frau D. *„In Lauterbach hab ich mein Strumpf verlor'n"*
„Weiße Rosen aus Athen"
Im offenen Gespräch und der freien Improvisation ist Fr. D. zurückhaltend. Häufig wirkt sie mit der Zeit abwesend, mitunter zieht sie sich gezielt zurück und wartet auf ihren „Turn". Ihre Zeit kommt, wenn Lieder gesungen werden. Manchmal fordert sie diese Handlungsform offensiv ein. Die o. g. Lieder weisen auf ihren Geburtsort sowie den Wohnort ihrer Tochter hin. Mehrmals nutzt die Therapeutin diese Lieder, um Frau D. wieder „reinzuholen", wenn sie während einer längeren Gesprächsphase „abdriftet". Das Liedersingen ist ihr „Auftrag" an die Musiktherapie, ihr Motiv, Woche für Woche zu erscheinen. Es soll ihr Heiterkeit ermöglichen, die ihr sonst fehlt: „Sie wissen doch, was ich am liebsten tue: Singen. Das macht fröhlich.", „Die Singerei, das macht Spaß." Beim Singen wirkt sie vital, engagiert und auch motorisch aktiv. Lieder können für sie wie ein sicherer Hafen, eine Ressource sein, auf die sie sich zurückziehen kann.

Herr N. *„An de Eck von de Steenstroot"*
Als früherer Bewohner der Steinstraße in Hamburg Altona ist Hr. N. von Kindesbeinen an mit diesem Lied verbunden. Wann immer er es in die Therapie einbringt, lässt er Erzählungen aus seinem Leben folgen. Manchmal präsentiert er mit Effet eine vulgär-parodistische Umdichtung des Liedes: „... steht ne Olsch mit But. Se knippt de Been tosam, weil sie mal mut." Gefühle von Erfolg und Kompetenz, der Stolz, Eindruck auf die Gruppe zu machen, scheinen ihm wichtig zu sein. Sie stehen im Gegensatz zu vollständiger Zurückgezogenheit in Phasen der Therapie, in denen Hr. N. nicht unmittelbar beteiligt ist (z. B. wenn andere von sich erzählen).

Frau K. *„Wolgalied"*
Frau K. gibt das Singen als Hauptbeweggrund für die Teilnahme an der Musiktherapie an: „Musik befreit die Seele." Sie habe in mehreren Chören gesungen, diese Aktivität jedoch aufgrund ihrer Erkrankung aufgeben müssen. Wohl aber beteiligt sie sich aktiv, und es entsteht bisweilen der Eindruck einer Art „Co-Therapeutenschaft". Häufig wirkt diese Aktivität wie zum Zwecke der Abwehr depressiver

Anteile. Frau K. animiert die Gruppe mehrmals erfolgreich zum Handeln (Tanz, Musizieren, Klatschen). Manchmal, wenn sie einen Liedtext nicht erinnern kann, wird sie beim Singen an ihre Krankheit erinnert und darüber traurig.

Frau H. *„Am Brunnen vor dem Tore“*
„An der Saale hellem Strande“
„Guter Mond, du gehst so stille“

Durch die Musiktherapie erinnert Frau H. sich wieder, dass sie eine Mundharmonika hat. Diese bringt sie von da an zu fast jeder Sitzung mit. In Verbindung mit dem Instrument sind es vor allem sentimentale Stimmungslagen, die Frau H. durch Lieder ausdrückt oder auch in sich entstehen lässt. In anschließenden Gruppengesprächen, an denen sie häufig einen Hauptanteil hat, schweift sie mit „nach innen gerichtetem Blick“ durch Erinnerungen und teilt diese der Gruppe mit, allerdings häufig, ohne dabei mit den anderen in Dialog zu treten. Musikalisches Handeln der Art des Liedersingens verbindet sie mit der Zeit, als sie an der Wandervogelbewegung teilnahm. Ihren Bruder, der Gitarre spielte, erwähnt sie dabei mit Stolz. Eines Tages teilt sie mit, dass ihre alte Mundharmonika verstimmt sei, nicht mehr richtig klinge. Diese Wahrnehmung wird von Therapeutin und Beobachtern nicht geteilt. Vielleicht schreibt sie ihr eigenes Unvermögen den Eigenschaften des Instruments zu. In der Folgesitzung hat sie sich dann sogar ein neues Instrument gekauft.

Herr P. *„Guter Mond, du gehst so stille“*

In aufrechter, aufmerksamer und wohlwollender Grundhaltung nimmt Herr. P. vorwiegend rezeptiv an dieser Handlungsform teil. Dem Singen schreibt er eine stimmungsaufhellende Wirkung zu: „Das Singen macht doch fröhlich.“ Aus seinen Erzählungen wird eine sehr differenzierte Musikauffassung deutlich; er betont häufig: „Ich komme aus einem musikalischen Elternhaus.“ Sein Vater habe Klavier gespielt, er selbst Akkordeon. Auch ein Opernabonnement erwähnt er. Im Laufe der Therapie wird er deutlich aufgeschlossener.

Auch für die Gruppe als Gesamtes hatten bestimmte Lieder besondere Bedeutung. Meist angeregt durch einzelne Patienten, halfen sie, eine Gruppenidentität herzustellen. Bei aufkommender Unsicherheit erschienen z. B. Hamburger Lieder wie ein „sicherer Hafen“, an dem alle „andocken“ konnten. Wörtlich drückte dieses Frau H. so aus: „‚Stadt Hamburg an der Elbe Auen‘, das ist doch unser Lied!“ Auch Jahreszeitenlieder erschienen häufig in dieser Funktion. Gemeinschaftsstiftende Lieder boten überdies die Chance der Beteiligung auf unterschiedlichen kognitiven und sozial-emotionalen Ebenen; dies ist hinsichtlich der ungleichen Fähigkeiten der Patienten, sich an rein sprachlichen Interaktionen zu beteiligen, eine wichtige Qualität des Mediums Musik.

Weitere Funktionen, die Lieder in den Sitzungen hatten:
- Schaffen von Erfolgserlebnissen
- Animation zum Handeln (Tanz, Musizieren, Klatschen)
- Symbolisieren von Lebens- und Sterbensthemen
- Strukturierung der Therapiesitzung
- Erinnerungsaktivierung, Reminiszieren
- Erzeugen von Kompetenzgefühlen

Freie Improvisation

Unter den vier beschriebenen Handlungsformen ist die freie musiktherapeutische Improvisation zweifellos diejenige, welche am nachdrücklichsten von der Musiktherapeutin und nicht von den Patienten in das Gruppengeschehen eingebracht wurde. Allerdings ging die Initiative für das freie Spiel zunächst von den Patienten aus: Hr. N. und Hr. P. probierten in einer Sitzung recht vorbehaltlos verschiedene Instrumente aus.
Sämtlichen Patienten war diese Form des musikalischen Spiels neu und unvertraut, so dass sich die Erfahrungen mit dieser Methode schon allein dadurch von anderen Handlungsformen (wie z. B. dem Singen von Liedern) unterschieden. Auf die Fachdiskussion zur Frage der Indikation oder gar Zulässigkeit dieser Methode bei Patienten mit Demenz, an der sich seit einigen Jahren die musiktherapeutischen Geister scheiden (vgl. Tüpker 2001, 111f), soll hier nicht näher eingegangen werden, da sie eher für den innerdisziplinären Diskurs von Interesse ist. Immerhin jedoch sollte festgehalten werden, dass die Erfahrungen aus dem hier beschriebenen Forschungsprojekt keine eindeutige Positionierung für den einen oder anderen Standpunkt zulassen. Zu ambivalent, unterschiedlich und auch widersprüchlich waren die Haltungen sowohl der Patienten als auch des Projektteams gegenüber freien Spielformen.
Dargestellt werden im folgenden wieder zunächst auf das Individuum bezogene Beobachtungen und Bedeutungsgebungen in Steckbriefform, überschrieben mit einer charakteristischen Aussage des Patienten. Im Anschluss folgen zusammenfassende, die Gesamtgruppe betreffende Beobachtungen und Interpretationen.

Frau D. *„Ich kenn mich da nicht aus, man müsste üben können."*
In der freien Improvisation zeigt sich Fr. D. eher verhalten. Oft hört sie nur zu, lässt die anderen spielen. Ein akzeptierendes, wohlwollendes Abwarten, das aber auch von Bedenken geprägt ist: „Ich will (durch das Improvisieren, d. Verf.) niemandem auf die Nerven gehen." Manchmal fordert sie gezielt Handlungsformen ein: „Das Ding da, das spielen Sie doch auch noch?" Gemeint sind damit die Gitarre und das Singen. Irgendwie scheint sie sich dadurch vergewissern zu wollen, ob sie für die „Strapaze" des Improvisierens noch belohnt wird.
Wenn sie einmal ein Instrument wählt, um mitzuspielen, so meist das Glockenspiel, das sie leise bedient, als ob sie niemanden stören möchte. Häufig meint sie, sie könne das doch gar nicht, da komme nichts richtiges bei raus: „Ein richtiges

Lied habe ich nicht hingekriegt.“ Man müsse es mal mit nach Hause nehmen, um zu üben. Fr. D. glaubt, ein bestimmtes Lied spielen zu müssen, und wenn sie spielt, versucht sie z. B. auch auf Rhythmusinstrumenten Lieder zu reproduzieren.

Herr N. *„So aus dem Stehgreif krieg ich das nicht hin.“*
Herr N. steht der freien Improvisation kritisch gegenüber: „Ich seh’ das schon kommen, wir müssen Musik machen.“ Mit großem Widerstand probiert er zwar aus, findet jedoch schnell etwas, das er kritisieren oder ablehnen kann. Anders als Fr. D. schreibt er die Defizite den Instrumenten zu: „Das klingt doch gar nicht.“ „Wer hat denn das gebaut?“ „Da fehlen Töne, da kann man gar nicht drauf spielen.“
Einmal lässt er sich durch eine Spielvorgabe einbinden, die ihm die „musikalische Leitung“ zuspricht. „Alle spielen nur, wenn Hr. N. spielt“. Dabei genießt er sichtlich das Gefühl von Einfluss und Kontrolle.
Phantasie entwickelt er in der verbalen Beschreibung der Musik. Häufig verwendet er dabei Bilder aus der Natur: „Was soll ich dann sagen? Einsamkeit lebt in der Natur, ... Vogelschwarm, ... kann man träumen.“ Obwohl er in den Improvisationen die Harmonie vermisst, findet er etwas Verklärtes, Märchenhaftes in ihnen. Dann aber wiederum auch: „Wie ein Radiergummi, irgendwie dumpf.“

Frau K. *„Es liegt alles im Moll-Bereich.“*
Frau K. steht der Improvisation offen gegenüber. Bei ihr wird eine Entwicklung deutlich: die Patientin „lernt“, das freie Spiel für sich zu nutzen. Besonders versucht sie, in der Musik ein Gespür für ihre innere Gestimmtheit zu bekommen, um diese dann in Klänge zu kleiden. Häufig stößt sie dabei auf Trauer und Niedergeschlagenheit. In den Nachgesprächen der Improvisationen wird deutlich, wie wichtig es ihr ist, sich mit ihren Befindlichkeiten mitzuteilen: „Das befreit doch die Seele, wenn man sich öffnet.“ In ihrem Mitteilungsbedürfnis wird eine starke soziale Not offenkundig, die vermutlich daraus entsteht, dass sie zu Hause keinen Partner hat, mit dem sie ihr Leid teilen kann.
Auf Vorschläge und Input der Therapeutin reagiert sie sensibel und meist zustimmend, als wolle sie es ihr unbedingt recht machen, sie als „Freundin“ / „Partnerin“ gewinnen. Ihr Engagement in den Improvisationsteilen wirkt demzufolge manchmal wie ein Versuch, sich den phantasierten oder realen Erwartungen der Therapeutin anzupassen.

Frau H. *„Es lockert das Gemüt.“*
Frau H. entwickelt eigene Bilder und Erinnerungen im Zusammenhang mit der improvisierten Musik: „Ich bin durch die Sommerwiese gegangen.“ Sie ist in der Lage, die Themenvorgaben der Therapeutin phantasievoll aufzugreifen. Psychodynamisches Geschehen ist bei ihr in den Improvisationen wenig wahrnehmbar. Auch die Nachgespräche im Projektteam ergeben in dieser Hinsicht kaum Resultate.

Herr P. *„Ich nehme mein Xylophon wieder."*
Einerseits probiert Herr P. gern neue Instrumente aus. Andererseits hat er das „ordentliche" Xylophon bereits in den ersten Improvisationen für sich entdeckt und wählt es immer wieder aus. Häufig in Sorge, nicht „richtig" zu spielen, versucht auch er, sich auf bekannte Strukturen zu besinnen. Auf dem Xylophon sucht und findet er bekannte Melodien, was Freude und auch Stolz in ihm auslöst.

Aspekte, die auf alle Patienten in unterschiedlichem Ausmaß zutrafen:

- Freie Improvisation hatte vorwiegend diagnostischen Wert. Der therapeutische Effekt war fraglich. Es drückten sich deutlich Bewältigungsstrategien in der Suche nach Sinn und Struktur aus.
- Der Aufforderungscharakter von Musikinstrumenten blieb bei allen Patienten erhalten. Er lässt möglicherweise bei fortgeschrittener Erkrankung erst dann nach, wenn die Fähigkeit, Gegenstände zu identifizieren, gestört ist. In fast jedem Fall probierten die Patienten die Instrumente kurz aus.
- Bevorzugt wurden Instrumente mit langer Nachklingzeit, wie z. B. Saiteninstrumente im Gegensatz zu perkussiven Klängen.
- Das Spiel hatte häufig den Charakter eines beziehungsarmen Nebeneinanders.
- Je niedriger das Ergebnis der Mini-Mental Status Examination (MMSE) war, desto weniger schien ein Nutzen freier Improvisation in der Gruppenmusiktherapie zu bestehen.

Gespräche

In einer Therapiegruppe mit anderen Patienten derselben Diagnose zu sein, bedeutete für die Teilnehmenden sowohl eine Konfrontation als auch eine Entlastung. Ein Teil der Patienten nutzte die Gruppe, um sich – allerdings auf recht unterschiedliche Weise – über das gemeinsames Schicksal auszutauschen. Z. B. tauschten sich zwei Patientinnen über ihre Ängste und Depressionen aus und signalisierten damit die Bereitschaft zu konfliktorientiertem Arbeiten. Aufhänger waren zumeist konkrete Alltagserlebnisse wie z. B. das Verlaufen auf dem Weg zum Arzt.
Andere Patienten äußerten explizit, die Krankheit „vor der Tür" lassen zu wollen, um sich in der Musiktherapie aktiv handelnd ihren Ressourcen zuwenden zu können.
Während das Singen von Liedern hauptsächlich eine gemeinschaftsstiftende Funktion hatte, kamen in den Gesprächen eher individuelle, persönliche Themen zum Tragen. Neben der bereits erwähnten Krankheitsbewältigung dominierten hier Erzählungen aus dem Lebenslauf im Sinne von Reminiszenz und Lebensrückschau.
In den Gesprächssequenzen der Musiktherapie wurden häufig die Partner thematisiert, wobei die Gelegenheit, angesichts einer zunehmenden Abhängigkeit einmal etwas ohne den Partner zu tun, sehr positiv erlebt wurde.

Auch für diese Handlungsform finden sich die individuellen Charakterisierungen, überschrieben mit „typischen“ Äußerungen der Patienten, in Steckbriefform:

Frau D. *„Ich komme schon zurecht.“*
Auch in den Gesprächen wird deutlich: Frau D. ist gekommen, um gemeinsam Lieder zu singen. Sie beteiligt sich selten von sich aus, sondern reagiert auf Fragen oder wartet geduldig ab.
Sie beteuerte öfters, dass sie mit der Erkrankung gut zurecht käme: „Es muss ja weitergehen. Es läuft sich alles zurecht.“ Nach einigen Sitzungen räumt sie jedoch ein, dass sich ihr Leben verändert hat: „Ein bisschen vergesslich bin ich geworden durch die Krankheit. Wenn ich noch arbeiten müsste, hätte ich auch Probleme. Das Kuchenbacken klappt nicht mehr.“
Alles in allem habe jedoch eher ihr Mann Probleme mit ihrer Vergesslichkeit als sie: „Der schimpft manchmal mit mir, dass ich nicht mehr alles so schaffe. Aber ich finde, es geht alles noch ganz gut.“ Schwierigkeiten, die im Alltag auftreten, bagatellisiert oder verleugnet sie. Freudigen Themen des gegenwärtigen Lebens wie z. B. einer Reise zu ihrer Tochter nach Athen wendet sie sich hingegen gern zu.

Herr N. *„Ich lebe so wie ich lebe.“*
Obwohl seine Introspektionsbereitschaft sehr gering ist und er auf Nachfrage eher Widerstand zeigt („Mein Innerstes kenn ich selbst, mehr will ich nicht weitergeben.“), erzählt Herr N. besonders zu Beginn des Therapiejahres mehrmals sehr ausführlich aus seinem Leben. Dabei berührt er wiederholt Konfliktthemen, verleugnet diese aber bei Nachfragen. Dennoch wird deutlich, dass er die Gelegenheit nutzt, um Lebensrückschau in Bereiche zu halten, die er z. B. in seiner Ehe nicht thematisiert: „Wenn meine Frau das hier hören würde ..., sind die Mikrofone aus?“
Wenn andere Teilnehmer verbal aktiv sind, zieht er sich eher zurück und wirkt bald abwesend. Seine kognitiven Beeinträchtigungen betreffen bereits das Sprachvermögen, außerdem ist er schwerhörig. Die Krankheit verleugnet er und stellt die Vergesslichkeit eher als eine Tugend dar. Einer, der nicht vergessen könne, sei arm dran und: „Ich bin alt genug, vergessen zu dürfen.“

Frau K. *„Wir sind doch alle betroffen.“*
Frau K. ist wesentlich jünger als die anderen Teilnehmer und auch anders motiviert in der Musiktherapie. Sie lebt allein und hat sich somit eigenständig für die Teilnahme entschieden. Sie ist bestrebt, bewusst mit ihrer Erkrankung umzugehen, äußert, unter der Diagnose stark zu leiden und hat ein großes Bedürfnis, über die Krankheit zu sprechen. Im Freundeskreis gehe sie nicht so offen mit der Erkrankung um, deshalb sei ihr der Austausch mit anderen Betroffenen wichtig.

Frau H. *„Ja, so war das damals ...“*
In Frau H.s verbalen Beiträgen gibt es enge Bezüge zwischen der Musik und ihren Erinnerungen und Assoziationen. Sie trägt maßgeblich dazu bei, dass sich die

Stundenverläufe meist in einem Wechselspiel zwischen Musik und Gespräch einpendeln (anders als in der Musiktherapie mit anderen Patientengruppen, wo die Musiksequenzen klarer von verbalen abgegrenzt sind). Die Musik, vor allem die Lieder, regen Frau H. zu Reminiszenzaktivität an. Häufig schwelgt sie in langen Monologen in ihren Erinnerungen.

Herr P. *„Es geht alles seinen Gang".*
Herr P. schien sich mit Herrn N., der sich freimütig und ungehemmt selbst über leidvolle Abschnitte seines Lebenslaufes äußert, zu identifizieren. Durch häufiges Beipflichten, Bestätigen und Unterstützen bringt er das zum Ausdruck. Darüber hinaus ist er in den verbalen Sequenzen eher zurückhaltend. Wenn, dann erzählt er gerne von seiner Kindheit und Berufszeit. Die Erkrankung erwähnt er nur auf Nachfrage: „Ich kann es überspielen."

Abschließend sei noch auf einen interessanten Nebeneffekt der Gruppentherapie hingewiesen: Die meisten Patienten wurden von ihren Partnern zur Therapie begleitet, die sich während der Sitzung im Wartebereich aufhielten. Im gegebenen Krankheitsstadium war niemand verlässlich in der Lage, die Klinik ohne Unterstützung aufzusuchen. Frau K., die alleinstehend lebt, verspätete sich häufig, da sie bspw. in den falschen Bus eingestiegen war. Obgleich die Ereignisse im Wartebereich nicht Gegenstand der Untersuchungen waren, wurde deutlich, dass auch die Partner die Möglichkeiten des Austausches rege nutzten. Im Laufe des Jahres etablierte sich dieses Setting zu einer Art „Gesprächsgruppe vor den Toren" des Therapieraums. Dazu Frau N. im Abschlussgespräch: „Wir haben auch manche Träne vergossen. Für uns war das auch Therapie."
Die Möglichkeit, sich in Abwesenheit des Partners auszutauschen, schien auch hier ungewöhnlich und eine wichtige Voraussetzung zur offenen Aussprache zu sein.

Schluss

Dargestellt wurden ausgewählte Aspekte einer einjährigen Gruppenmusiktherapie mit Patienten mit leicht- bis mittelgradiger Demenz vom Alzheimertyp. In die Ergebnisse der Untersuchungen gingen Wahrnehmungen und Interpretationen ein, die aus der Beobachtung (Einwegscheibe, Videodokumentation), aus dem Erleben der Therapeutin und aus Äußerungen der Patienten gewonnen wurden. In Gruppendiskussionen des Projektteams wurde über die Relevanz der gewonnenen Ergebnisse entschieden, wobei stets versucht wurde, das Gruppenspezifische zu sehen und Verallgemeinerungen zu vermeiden, um den Charakter einer qualitativen Pilotstudie zu wahren.
Die beschriebenen musiktherapeutischen Handlungsformen sind auf Erlebens- und Verhaltensebene der Rahmen eines Patienten-Therapeuten-Systems, das zu einer relativ großen Stabilität gelangte, die für Menschen mit Demenz wichtig sein kann. Eindeutige Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Effizienz der einzelnen Therapiekomponenten lassen die Ergebnisse in dieser Form nicht zu. In den Abschluss-

sitzungen der Musiktherapie wurden die Patienten selbst nach dem Nutzen des Angebots befragt. Einige ihrer Äußerungen sind an den Schluss gestellt, da sie einen guten Einblick in die Vielschichtigkeit des Therapieprozesses geben:

Frau D.
„Mein Problem, ... wo die einzelnen Städte (Wohn- bzw. Urlaubsorte, d. Verf.) sind."
„Er (ihr Ehemann, d. Verf.) leidet unter mir."
„Ich komme immer irgendwie zurecht."
„Die Freude über die Musik, die Singerei, das macht Spaß."

Herr N.
„Ich nehme ziemlich wenig mit, weil die Fragen, die hier gestellt werden, ganz was selbstverständliches sind."
„Ich bin manchmal gelöster, wenn ich hier rausgehe. Wenn ich das sehe, was hier so manches Mal in der Welt herumschwirrt unter den Menschen ..."
„Ich habe mich mitbeteiligt, aber nicht so direkt."
Wie es ihm gefallen habe: „Anonym amüsiert."

Frau K.
„Von jedem nehme ich was mit, weil sie mit ihren Gefühlen anders umgehen als ich. (...) Sie ersticken nicht daran."
„Musik überhaupt ist etwas Befreiendes. Das befreit doch die Seele, wenn man sich öffnet dabei."

Fr. H.
„... dann sollen wir alle gesund sein?"
„Dann sagen wir alle die Namen von rechts nach links."
„Ein netter Nachmittag. Ich freue mich immer darauf."
„Man konnte hier ganz frei sein."
„Ich habe ein Gedächtnis für die Liedtexte!"
„Ich bin immer für Musik: ein Ausgleich für die Seele."
„Kummer abgeladen, auch wenn manche Träne geflossen ist."
„Dass Therapie so lustig werden kann, wie wir das gehabt haben, das habe ich ja nicht gedacht. Aber es liegt ja auch am Zusammenspiel."

Herr P.
„Ich bin sehr gerne hier."
„Hat mir sehr gefallen und mich auch immer gut über die Runden gebracht."

Literatur:

Aldridge, D. (1996): Auf dem Weg zur Entwicklung einer europäischen Wissenschafts- und Forschungskultur für Musiktherapie. Musiktherapeutische Umschau 17, 6–16

Aldridge, D. (1999): Musiktherapie in der Medizin – Forschungsstrategien und praktische Erfahrungen. Bern

Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R. (1975): Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patient for clinician. Journal of Psychiatric Research 12, 189–198

Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen

Gerdner, L. A. (2000): Effects of Individualized Versus Classical „Relaxation" Music on the Frequency of Agitation in Elderly Persons With Alzheimer's Disease and Realted Disorders. International Psychogeriatrics 12,1, 49–65

Grümme, R. (1997): Eine kommentierte und systematisierte Bibliographie über die deutschsprachigen Publikationen zur Musiktherapie mit alten Menschen und zu angrenzenden Gebieten. Musiktherapeutische Umschau 18, 205–223

Grümme, R. (1998): Situation und Perspektive der Musiktherapie mit dementiell Erkrankten. Regensburg

Kitwood, T. (2000): Demenz – Der Personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern

Koger, S. M. et al. (1999): Is Music Therapy an Effective Intervention for Dementia? A Meta Analytic Review of Literature. Journal of Music Therapy XXXVI,1, 2–15

McKhann G., Drachman D. M. F, Katzman R., Price D., Stadlan, E. M. (1994): Clinical diagnosis of Alzheimer's disease. Neurology 34, 939–944

Muthesius, D. (1997): Musiktherapeutische Beiträge zu einem veränderten psychosozialen Versorgungsbedarf alter, erkrankter Menschen. Musiktherapeutische Umschau 18, 79–93

Smejsters, H. (1997): Musiktherapie bei Alzheimerpatienten. Eine Metaanalyse von Forschungsergebnissen. Musiktherapeutische Umschau 18, 268–83

Tüpker, R., Wickel, H. H. (Hg.): (2001) Musik bis ins hohe Alter – Fortführung, Neubeginn, Therapie. Münster / Hamburg / London

Wosch, T., Frommer, J. (2002): Eine Methode zur Erfassung von emotionalen Mikroprozessen. Musiktherapeutische Einzelfallprozessforschung. Psychother Psych Med 52, 433–435

Jan-Peter Sonntag, Durchschnitt 13, 20146 Hamburg, jansonntag@gmx.de

Anmerkungen:

[1] Z. B. wird in den Rahmenrichtlinien der sog. besonderen stationären Dementenbetreuung der Stadt Hamburg die Musiktherapie ausdrücklich vor allen anderen Therapieverfahren empfohlen.

[2] Das Bearbeiten der Fragebögen, das vor und nach der Therapiesitzung für diese Messungen notwendig war, kann im Rahmen des Therapieprozesses als Ritual angesehen werden, welches in Einzelfällen einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Gestimmtheit des Patienten in der eigentlichen Sitzung nahm.

Körpertambura – ein neues musiktherapeutisches Instrument

Bernhard Deutz und Cordula Dietrich, Berlin

Zusammenfassung

Die Autoren beschäftigen sich in ihrem Beitrag mit einem von Bernhard Deutz neu entwickelten Saiteninstrument zur Auflage auf den menschlichen Körper, der *Körpertambura*. Hintergrund für dessen Entstehung war der von musiktherapeutischer Seite geäußerte Wunsch nach einem Körperinstrument für die rezeptive Arbeit mit Bettlägerigen (Wachkomapatienten).
Das Instrument stieß auf großen Anklang bei Therapeuten aus verschiedensten Bereichen, was die Autoren hier zum Anlass nehmen, Einsatzmöglichkeiten und Wirkungsspektrum der Körpertambura genauer zu beleuchten.
Zunächst wird dieses neue Therapieinstrument vorgestellt, wobei auf die Charakteristika der unterschiedlichen Klangqualität von Monochord- und Tamburaklang sowie die Besonderheiten von *Körperinstrumenten* näher eingegangen wird.
Anhand der klinischen Erfahrungen von Dietrich in ihrer eigenen psychotherapeutischen Arbeit, in die sie rezeptive musiktherapeutische Elemente einbezieht, werden mehrere Fallbeispiele vorgestellt. Daran schließt sich an die Zusammenfassung der Ergebnisse einer von Deutz durchgeführten Therapeutenbefragung.
Anhand dieser Beispiele werden abschließend therapeutische Einsatzmöglichkeiten der Körpertambura diskutiert.

Abstract
The Body Tambura, a New Instrument for the Music Therapy Field

The authors concern themselves in this presentation with Bernhard Deutz's newly developed stringed instrument, the body tambura, which is superimposed upon the human body. The background for its conception was the wish within the field of music therapy for a body instrument in receptive work with bedridden clients (comatose patients).
The instrument was met with great approval from therapists in diverse fields, motivating the authors to shed light upon the body tambura's application possibilities and the spectrum of its effectiveness. To begin with, this new music therapy instrument is introduced, and a closer look is taken at the varying tone qualities inherent to the timbre of the monochord and the tambura, as well as the uniqueness of body instruments.
Drawing from Dietrich's clinical experience in her own psychotherapeutic work, which includes elements of receptive music therapy, several case studies are presented. Following this, a summary of a survey among therapists, carried out by Deutz is given. Drawing from these examples, therapeutic application possibilities of the body tambura are then discussed.

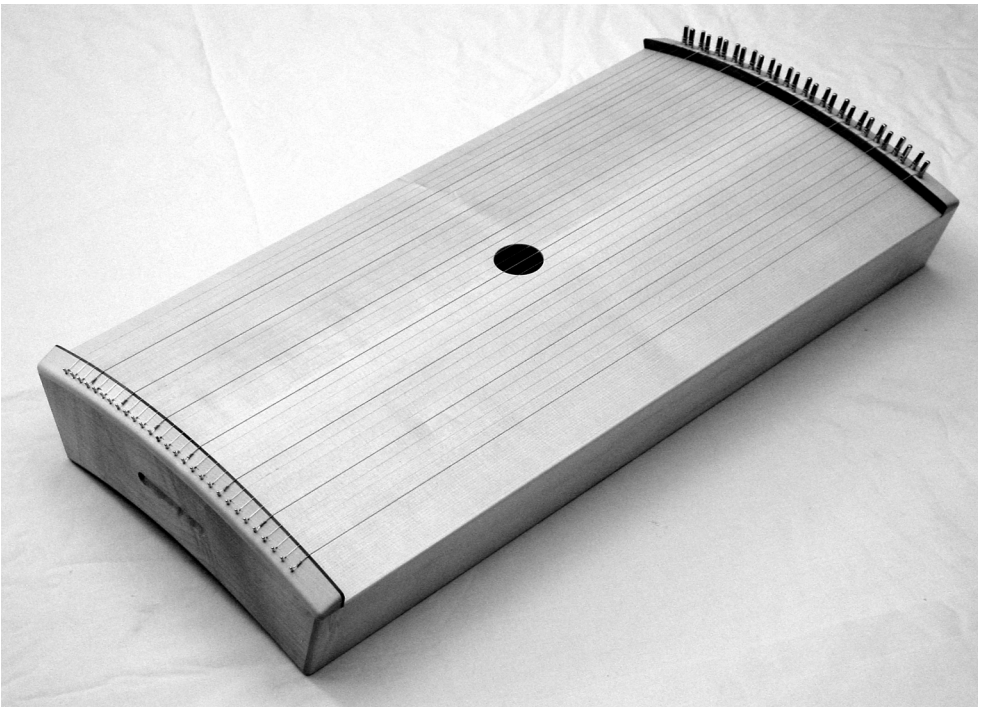
Vor zweieinhalb Jahren entwickelte der Instrumentenbauer Bernhard Deutz ein neues therapeutisches Saiteninstrument zur Auflage auf den menschlichen Körper, genannt *Körpertambura*. Der sehr leicht gebaute Korpus ist mit einem körpergerecht gewölbten Boden ausgestattet und auf der Resonanzdecke als Klanginstrument mit 28, d. h. 7 x 4 Saiten in der Stimmung der indischen Tanpura (A – d – d – D) bespannt.
Anlass für die Neuentwicklung war zunächst die Anfrage einer Musiktherapeutin nach einem handlichen Körperinstrument für die rezeptive musiktherapeutische Arbeit mit Bettlägerigen (Wachkomapatienten).
Die Intention und instrumentenbauerische Idee zur Entwicklung dieses neuen Instruments war, durch gezielte, behutsame Auflage eines Klangkörpers bestimmten Körperregionen (z. B. Rücken, Brust, Bauch oder Beckenbereich) intensiv Energie zuzuführen. Beim gleichmäßigem Anstreichen der Saiten durch die Therapeutin (Anm.: Wir haben uns in diesem Beitrag aus Gründen der Vereinfachung entschieden, durchgängig die weibliche Sprachform zu verwenden, wenn von Therapeuten und Patienten die Rede ist, auch wenn natürlich immer auch beide Geschlechter gemeint sind!) entsteht für die Bespielte eine feine Vibration und ein zart einhüllender Klangraum. Die Durchlässigkeit, Atmung und Körperwahrnehmung werden gefördert. Die Wirkung des sehr zarten Klangs soll auf eine sanfte Weise entspannend und stimulierend zugleich sein können.
In der Folgezeit stieß die Körpertambura auf außergewöhnlich starke Resonanz bei Therapeutinnen aus verschiedensten Arbeitsbereichen – so auch bei Cordula Dietrich.
In Verbindung mit einem Vortrag auf der *Ulmer Werkstatt für musiktherapeutische Grundlagenforschung* Anfang 2004 (Anm.: Dort stand erstmals die Rolle des Instruments im therapeutischen Prozess im Mittelpunkt einer musiktherapeutischen Fachtagung.) wurde bei einer von Deutz durchgeführten Fragebogenerhebung bei Therapeutinnen, die mit der Tambura arbeiten, die positive Resonanz auf das neuartige Instrument in vielfältiger Weise bestätigt.
Cordula Dietrich, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, in eigener Praxis tätig, beschäftigt sich seit Abschluss ihres Medizinstudiums u. a. in einer musiktherapeutischen Selbsterfahrung mit dem rezeptiven Einsatz von Musik in der Behandlung von Patienten. Im Zusammenhang mit ihrer Erforschung der Siddhamedizin, einer traditionellen, ganzheitlichen südindischen Naturheilkunst, die auch mit Yoga und Meditation verbunden ist (Dietrich 2002), faszinierte sie bei der von Bernhard Deutz entwickelten Körpertambura sowohl der erdende und gleichzeitig transzendierende Klang als auch die besondere Bauweise. Sie begann die Körpertambura in die therapeutischen Behandlungen zu integrieren. Eingehende klinische Erfahrungen mit der Körpertambura und die Ergebnisse ihrer Befragung – von 46 zufälligen Interessentinnen nach einer einmaligen körpertherapeutischen Behandlung von 10 Minuten sowie die Ergebnisse der bereits erwähnten, von Deutz durchgeführten Befragung –, werden in diesem Beitrag dargestellt.
Zunächst jedoch werden wir den Entstehungszusammenhang dieses neuen Therapieinstrumentes thematisieren. In diesem Teil geht es auch um die Frage der

heilenden Qualität des Tamburaklanges im Unterschied zum Monochordklang – unter dem besonderen Aspekt der bei diesem Instrument möglichen Körpererfahrungen. Daran anschließend sollen seine Einsatzmöglichkeiten aus therapeutischer Sicht dargestellt und diskutiert werden.

Beschreibung des Instruments

Die Körpertambura besteht aus einem rechteckigen, hölzernen Korpus in den Abmessungen 70 x 33 x 8 cm (L x B x H).
Im Querschnitt – von der Stirnseite aus betrachtet – ist der Korpus auf der Auflagefläche konkav gewölbt. Der Radius der Wölbung ist so gewählt, dass er sich gut dem menschlichen Körper anpasst, ohne einzuengen. Die Auflagefläche ist dadurch verbreitert und legt sich wie eine Hülle auf den Bespielten. Legt man das Instrument einer erwachsenen Person in der Körpermitte auf, so ergeben sich aus der Korpuslänge Berührungspunkte zwischen Schultern und Beckenregion.

Abb. 1 Körpertambura



Der Korpus ist aus natürlich gewachsenen, massiven, feinjährigen Tonhölzern gefertigt, die eine gute Statik (Rahmen aus Bergahorn) und optimales Schwingungsverhalten als „Hör“- wie als „Fühl“-Instrument (gespannte bzw. konvex gewölbte Resonanzdecke sowie gebogene Auflagefläche aus Bergfichte) gewährleisten.
An den Stirnseiten befinden sich Griffmulden, an denen sich das Instrument mit sicherem Griff so auflegen bzw. abnehmen lässt, dass ein versehentliches Berühren des Bespielten ausgeschlossen ist.
Das Instrument hat ein Gewicht von ca. 2200 g. Die Bauweise ist – in Hinblick auf Materialstärken und -qualität – so angelegt, dass der Klangkörper so leicht wie möglich ist. Eine gewisse Schwere ist aber für eine gute Schwingungsübertragung notwendig und kann – verteilt auf den ganzen Oberkörper – durchaus als sehr angenehm empfunden werden.
Als Spielweise empfiehlt sich – ähnlich dem Monochordspiel – ein sehr gleichmäßiges, konfluentes Anstreichen der Saiten mit den Fingerkuppen, im Wechsel der beiden Hände. Perkussive Klänge, Nebengeräusche (Fingernägel) und mechanische Erschütterungen durch zu heftiges Spiel sollten dabei vermieden werden.
Das Instrument ist sehr kompakt und gestattet mobilen Einsatz besonders auch am Krankenbett, wo große Klangkörper wie Monochorde zu sperrig sind.

Abb. 2a Wachkomapatient

Abb. 2b Wachkomapatientin

Neben ihren besonderen Eigenschaften als rezeptives Körperinstrument kann die Körpertambura natürlich auch als Saiteninstrument im aktiven Spiel eingesetzt und ähnlich wie ein Monochord gespielt werden: z. B. auf dem Schoß, vor dem Spieler liegend – oder auch zwischen 2 Spielern, die auf der relativ breiten Spielebene gleichzeitig nebeneinander spielen können. (Anm.: Die Therapeutenbefragung ergab, dass von diesen Möglichkeiten auch rege Gebrauch gemacht wird; da der Focus unseres Beitrags aber auf der rezeptiven Ebene liegen soll, werden wir hierauf nicht weiter eingehen.)

Abb. 3 Wachkomapatient spielt aktiv auf Tambura

Inzwischen (März 2005) gibt es ca. 50 Körpertamburas, die vorwiegend von Musiktherapeutinnen, in zunehmendem Maße aber auch – und zwar deutlich mehr als andere Instrumente – von Behandlerinnen aus anderen Gesundheitsbereichen eingesetzt werden (Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Atemlehrer, Yogalehrer, Sterbebegleiter).

Die spezifische Qualität von Saiteninstrumenten mit gleichgestimmten Saiten (Monochord und Tambura)

Die Körpertambura gehört zu den *Klanginstrumenten* mit gleichgestimmten Saiten, ist aber anders gestimmt als das unter Musiktherapeutinnen mittlerweile viel verwendete Monochord.
Die Charakteristika dieser beiden Klänge sollen im Folgenden etwas genauer dargestellt werden.
Das Monochord, dessen gleichgestimmte 13 und mehr Saiten mit den Fingern sanft berührt und gleichmäßig angestrichen werden, ermöglicht in besonderer Weise das Erleben von anhaltenden Schwingungen, die eine feine Klanghülle und einen Klangteppich von großer Leichtigkeit erzeugen. Durch die jeweils im Augenblick angestrichene Saite werden alle anderen Saiten zugleich mit in Schwingung versetzt: Eben dies ist – physikalisch betrachtet – „Resonanz (von lat. resonare

= wiederhallen, wiederschallen, wieder und wieder ertönen)“, das „Mitschwingen eines Körpers in der Frequenz eines anderen Körpers“ (Küllmer, 1986, S. 13).
Da die Saiten des Monochords im Prim-Abstand (1 / 1) gestimmt sind, entsteht ein zunächst absolut schwebungsfreier Klang, eine vollkommene Konsonanz. Über diesen Klangteppich legt sich eine auf natürliche Weise und nach bestimmten Gesetzmäßigkeiten entstehende nach oben hin offene, sphärisch anmutende Obertonmelodie.
Das Instrument fordert vom Spieler wenig Spieltechnik und Energie. Ein gutes Monochord gibt quasi mehr zurück als hineingegeben wird – und sein Klang hat eine überaus nährende Qualität, der geradezu dazu einlädt, in ihn hineinzukriechen; dieser vermag Glücksgefühle von kosmischer Verbundenheit bis hin zu „ozeanischer Selbstentgrenzung“ (Strobel, 1999, S. 109) auszulösen. Zugleich kann die Reinheit und völlige Offenheit dieses Ein-Klangs auch als bodenlos und beängstigend empfunden werden.
Der Tamburaklang erscheint demgegenüber unverfänglicher, geschlossener, Halt gebender und erdender. Vorbild der Tambura ist die Stimmung der indischen *Tanpura*. (Anm.: Die europäische Schreibweise wird benutzt, wenn von der Tambura-Stimmung und dem von B. D. danach benannten Instrument gesprochen wird, das nicht eine Kopie der indischen Tambura darstellt.) Diese gehört zur Familie der Langhalslauten und ist als 4-saitiges Borduninstrument in der klassischen indischen Musikkultur absolut unverzichtbar; dies jedoch nicht nur im musikalischen Sinne, sondern auch in spiritueller Hinsicht und wegen der besonderen heilsamen Qualitäten ihres Klangs: „Nicht umsonst wird in Südindien die Tanpura auch zur Geburtsvorbereitung genutzt, indem die werdenden Mütter das Instrument an ihren Bauch halten und dazu singen“(Hess, 2005, o. S.). „Sie ist das einzige Mittel zum Vergessen zu gelangen. Wie die Fluten der Lethe löschen ihre Klänge die Vergangenheit und tilgen die Einsamkeit. Sie führen uns in unser Wesen, damit wir aus dem Kern unseres innersten Seins heraus singen können. Hat der Klang der Tanpura sich einmal in unser Bewusstsein eingedrängt, scheint nichts anderes mehr von Belang zu sein“ (Menon, 1988, S. 50) (Anm. dazu: „Lethe, in der griech. Mythologie ein Strom der Unterwelt, von dem die Verstorbenen trinken, um ihr ird. Dasein zu vergessen“ (Meyers, 1981, Bd. 13, S. 106).
Die Intervalle der Tamburastimmung sind in ihrer musikalischen Grundaussage als *Bordun* zugleich auch elementare Bestandteile abendländischer Musik, ja kulturübergreifend eine Grundessenz des „Weltenklangs“.
Auf der Ebene der musikalischen Proportionen enthält dieser Klang (Anm.: Die Körpertambura ist gestimmt auf a – d’ – d’ – d, in der indischen Musik ist die absolute Tonhöhen nicht festgelegt.) neben dem Einklang auch Polarität: die vollkommene Konsonanz der Prime der beiden Grundtöne **d’**(1 / 1), die Unter-Oktave **d** (2 / 1), das erste und reinste musikalische Intervall mit ebenfalls völliger Schwebungsfreiheit der Obertöne zueinander, sowie (auf die Unteroktave bezogen) die Quinte **a** (3 / 2), deren Obertonreihe mit jedem 3. Teilton zusammentrifft bzw. (auf den Grundton bezogen) die Quarte (4 / 3), deren Obertöne mit jedem 4.Teilton des Grundtons übereinstimmen.

„Diese vier Töne prägen den Grundtoncharakter des Tanpuraklanges. Der harmonische, wohlproportionierte Oktavraum ist hier nicht nur ideal oder theoretisch vorgegeben, sondern wird fassbar und auch erfahrbar im tatsächlichen Klang der einzelnen Töne, die, nacheinander angeschlagen, in der Gesamtheit des Obertongewebes zusammen erklingen und sich überlagern“ (Glorian, 1995, S. 48).
Bei der indischen Tanpura wird diese Überlagerung durch die spezifische Wölbung des Steges befördert, der einen sehr langsam ausklingenden, sirrenden, und nach seinem Abschwellen erneut anschwellenden Ton erzeugt. Im Zusammenklang der vier nacheinander angeschlagenen Saiten entsteht ein rhythmisch leicht pulsierender Klangteppich, für dessen Klangentfaltung und -wirkung neben dem Sirren auch die Reihenfolge der angeschlagenen Töne von Bedeutung ist: Der Klang beginnt aufsteigend mit der Quarte zum verdoppelten Grundton und endet sanft auf der Basis: der Unteroktave.
Diese Abfolge scheint sehr bedeutsam für die beim Tamburaklang erfahrbare Qualität des *Geerdetseins*: Der Klang öffnet sich im Quartsprung nach oben hin in unermessliche, himmlische Sphären, um anschließend wieder sanft auf dem Boden der Bassoktave anzukommen und aufs Neue über die Quinte in die Höhe aufzusteigen. Der Ton hat „weder Anfang noch Ende (...) Er ist nicht teilbar. Jeder Augenblick des Klangs ist selbst Anfang, Mitte und Ende“ (Menon, 1988, S. 47).
Für die Körpertambura mit ihren 7 x 4 Saiten ist – gleichmäßige Spielweise vorausgesetzt – klanglich charakteristisch die Verschmelzung der verschiedenen Töne zu *einem* stehenden Klang. Auf der energetischen Ebene erzeugt die Reihenfolge des Anstreichens der Saiten in der oben beschrieben Weise eine erhebende Wirkung, die gleichzeitig Basis und Sicherheit gibt.
Auffällig ist eine gewisse natürliche „Dur-Lastigkeit“ des Klangs, die sich physikalisch aus dem besonders intensiv hörbaren 5. Oberton, der Dur-Terz, ergibt. Hörphysiologisch entspricht dem das Phänomen der Kombinationstöne, die als subjektive Klangerscheinung im Innenohr entstehen, wenn zwei verschiedene Töne gleichzeitig erklingen. Beim Zusammenklang von Unteroktave und Unterquinte entsteht zusätzlich die Durterz des Grundtons (ausführlicher dazu. Glorian, 1995, S. 52ff).
Dieses Klangphänomen könnte mit verantwortlich sein für die heitere Grundgestimmtheit, die das Instrument nach eigenen Beobachtungen und Berichten vieler Therapeuten erzeugt.

Klang und Körper

Der besondere Reiz und die beschriebene Klangwirkung von Instrumenten mit gleichgestimmten Saiten legen es nahe, diese Klänge auch körperlich erfahrbar zu machen. Wenn wir uns die eingangs zitierte Definition von Resonanz in Erinnerung holen, so wird deutlich: Schwingt ein Saiteninstrument als Klangkörper in der Verbindung der beiden Resonatoren Saite und Instrumentenkorpus, so tritt bei den Körperinstrumenten der menschliche Körper als erweiterter Resonanzraum und schwingender Körper hinzu. Der auf einem solchen Körperinstrument

Behandelte nimmt dessen Schwingungen nicht allein über die Ohren, sondern mit dem ganzen Körper, über die Knochenleitung, über die Haut und auch zellulär auf. Er erlebt dabei ein „Verschmelzen“ mit dem Klangkörper und kann so sich selbst, seinen eigenen Körper als Instrument erfahren. „Die Aufnahme der Schallwellen durch die Haut, die Körperhaare und der mit ihnen verbundenen peripheren Nervenenden ist ein Vorgang, den man als „tastend-empfangendes, nach außen gerichtetes Hören bezeichnen könnte“ (Cramer, 1999).
So entwickelten verschiedene Instrumentenbauer in den vergangenen 20 Jahren Liegemonochorde und Klangliegen.
B. D. hat selbst 1996 auf dem Weltkongress für Musiktherapie erstmals einen Klangstuhl vorgestellt. Erlaubt das Liegen ein völliges körperliches Loslassen und fördert Tiefenentspannung und Regression, so ermöglicht der Klangstuhl demgegenüber der Bespielten eine intensive Entspannung im Sitzen, die mit innerer Aufrichtung und der Erfahrung von Erdung einher geht – unterstützt durch den Bodenkontakt über die Füße. „Dies schafft die größtmögliche Ähnlichkeit mit der Klangwahrnehmung in der Gebärmutter, in der das Kind die Klänge vom Herzen der Mutter, die Darmgeräusche und die Geräusche der Blutgefässe in erster Linie als Körperschwingung wahrnimmt und erst in zweiter Linie als Klang über das Gehör“ (Hess, a.a.O.).
Die großen Resonanzkörper, Klangliege wie auch Klangstuhl, sind im Hinblick auf die beim Spiel entstehenden tieffrequenten Schwingungen und Vibrationen sehr „wuchtig“ und legen die Therapeutin zudem auf Grund ihrer Abmessungen auf einen bestimmten Einsatzort fest. Demgegenüber ist die Körpertambura ein bedeutend mobiler und vielseitiger einsetzbares Instrument, das zunächst – im körperlichen Auflagebereich – eher „lokal“ wirkt, dies jedoch unmittelbar. Legt man das Instrument in der Körpermitte auf, so werden durch die sehr feinen Schwingungen die Herzregion, der Bauch und die Atmung direkt angesprochen.
„Der reine Grundklang der Tanpura lässt sich vor allem in der Tiefenentspannung einsetzen, da er beruhigend wirkt und eine „innere Massage“ auf das Nervensystem ausübt. Gleichzeitig wird mit dem Anteil der hohen Frequenzen der Obertöne über das Ohr die Gehirnrinde angeregt und energetisiert, während sich Herz- und Atemrhythmus fast unmerklich verlangsamen (Glorian, 1995, S. 59).
Bei der Körpertambura ist diese Wirkungsebene in besonderer Weise angesprochen. Sorgen die hohen Töne eher für die sehr feine und obertonreiche akustisch erlebbare Klanghülle, so sind die gedeckter klingende Unteroktave und -quinte eher vibratorisch wahrnehmbar und fühlbar.

Klinische Aspekte

Die Frage nach der heilenden Qualität des Tamburaklangs im Unterschied zum Archetypus des Monochordklangs kann nur auf der Grundlage von Forschungen über die kulturellen Bedingungen des Einsatzes auch der indischen Tanpura fundiert beantwortet werden. Diese diente der für den hiesigen Kontext entwickelten Körpertambura zwar als Vorbild, doch müssen Wirkungsweisen kulturabhängig

analysiert werden. Aussagekräftige Ergebnisse liegen derzeit dazu noch nicht vor; wir beschäftigen uns jedoch weiter mit dieser Frage.
Im folgenden werden C. Dietrichs Erfahrungen mit der Körpertambura in ihrer therapeutischen Arbeit dargestellt. In den von ihr durchgeführten tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien integriert sie rezeptive musiktherapeutische Elemente. Dabei wird die Körpertambura gespielt, zunächst jedoch ohne Auflage auf den Körper. Mehrere Beispiele zeigen den Einfluss des akustisch wahrgenommenen Klangs auf den therapeutischen Prozess bzw. die Reaktionen der Patientinnen. Weitere Fallbeispiele beziehen sich auf rein körperorientierte Arbeit, bei der das Instrument auf den Körper aufgelegt wird. Abschließend werden Einsatzmöglichkeiten der Tambura eingehend diskutiert.

Klinische Erfahrungen bei Einsatz der Körpertambura im therapeutischen Prozess

Ausgehend von der eigenen Begegnung und Erfahrung mit dem Instrument setzt C. D. die Körpertambura auf zweierlei Weise in der therapeutischen Arbeit ein. Im Folgenden werden die Erfahrungen der behandelnden Therapeutin (C. D.) beschrieben.

1. Hören des Klangs der Tambura

Der Patient liegt entspannt rücklings auf einer Liege. Die Behandelnde sitzt am Fußende auf einem Stuhl und spielt die Tambura für 5–10 Minuten. Zuvor hat sie mit dem Patienten vereinbart, dass er ein Zeichen gibt, wenn Unwohlsein während des Klangerlebens auftritt. Nach Verklingen der Musik gibt sie ihm Zeit, sich zu sammeln. Dann besprechen sie das Erlebte. Die Behandlung schließt ab mit einigen angeleiteten leichten Körperdehnungsübungen.

Innerhalb der Behandlung einer 32jährigen Verwaltungsangestellten wurde die Körpertambura bereits kurz nach Beginn der Therapie eingesetzt. Die Patientin litt unter einer *Dysthymie* bei *depressiv-zwanghafter Persönlichkeitsstruktur (ICD 10 F 34.1)*. Zu Beginn der Therapie klagte sie über Überforderungserleben, Konzentrationsstörungen, Antriebsschwäche und Minderbelastbarkeit. Sie könne den Haushalt sowie ihre beruflichen Anforderungen nicht mehr bewältigen. Sie fühle sich immer wertloser; die Angst, zu versagen werde immer größer. Nach einigen Gesprächsstunden wurde der Patientin eine Klangerfahrung mit der Tambura angeboten. Die Patientin zögerte und bat, bis zur nächsten Stunde überlegen zu dürfen. Heute wolle sie gerne erst einmal den Klang hören. C. D. erklärte ihr den Aufbau des Instrumentes und spielte es kurz an. Beim nächsten Termin erläuterte die Patientin ihre Bedenken. Sie habe das Gefühl, eine solche Behandlung nicht verdient zu haben, das Spiel des Instruments sei doch sicher anstrengend für die Behandelnde. Schließlich willigte sie in die Behandlung ein. Während des Spiels lag die Patientin mit geöffneten Augen rücklings auf der Liege. Allmählich entspannte sie sich und schloss nach einigen Minuten die Augen. Nach

der zehnminütigen Behandlung berichtete die Patientin ihre Erfahrungen. Es sei ihr sehr schwer gefallen, sich auf die Behandlung einzulassen; einerseits sei sie durch den Klang neugierig geworden, dann wiederum habe sie geglaubt, eine solche Behandlung nicht zu verdienen. Sie sei nun froh, sich darauf eingelassen zu haben. Der Klang habe sie sehr entspannt; sie habe die Musik sehr genossen. Im Laufe der Behandlung habe sie innere Bilder gesehen, wie sie in der Natur ganz ruhig und still sitze und sie habe diese Situation sehr genossen. Dann sei ein Moment harmonischen Beisammenseins mit ihrer Mutter und mit Freunden in ihr entstanden, sie habe sich sehr wohl gefühlt. Jetzt nach der Behandlung fühle sie sich sehr gestärkt. Wir wiederholten die gleiche Behandlung während der folgenden 4 Sitzungen. In den weiteren Gesprächen wurde das Bedürfnis nach Freizeit und Natur thematisiert, nach Musik und dem Kontakt mit Freunden. Mittlerweile trifft sich die Patientin regelmäßig mit einigen Freundinnen. Sie spielt mit dem Gedanken, das Klavierspielen wiederaufzunehmen, das sie als junges Mädchen bis zum Abitur regelmäßig gepflegt hatte.
Die Behandlung mit der Körpertambura verhalf dieser Patientin zur Wertschätzung ihrer eigenen Gefühle von Entspannung. Die verdrängten Ressourcen von Naturerleben, Musik und Freizeit konnten von ihr unmittelbar erlebt und anschließend reaktiviert werden.

Eine 24jährige Frau wurde mit der Diagnose einer Anpassungsstörung (ICD 10 F 43.2) behandelt. Die Patientin hatte die Therapie auf Grund zunehmender Minderbelastbarkeit, Konzentrationsstörungen, Versagensängsten, sowie Grübelneigung und Schlafstörungen begonnen. Sie stand kurz vor dem letzten Examen ihres Studiums und hatte Angst, die Prüfung nicht zu bestehen. Auslösend für die Dekompensation war eine vorausgegangene Praktikumphase in Südafrika, wo sie von einem jungen Mann körperlich bedrängt worden war, dessen Gefühle sie nicht erwiderte. Im Verlauf der Therapie wurde deutlich, wie traumatisch dieses Ereignis für die Patientin war. Sie lehnte in der nachfolgenden Zeit jegliche Begegnung mit Afrika ab, konnte sich nicht vorstellen, jemals wieder dorthin zu reisen. Die Situation spitzte sich zu, als sich kurzfristig eine Möglichkeit für sie ergab, nach Afrika zu reisen. In dieser Phase begann C. D. die Tambura in ihre Therapie zu integrieren. Sie bat die Patientin, sich mit dem Rücken auf die Liege zu legen und die Augen zu schließen. Ihr gegenüber sitzend, spielte sie 10 Minuten auf dem Instrument. Während des Spiels beobachtete sie ein leichtes Zittern der Augenlider der Behandelten. Anschließend berichtete die Patientin, sie habe den Klang als sehr wohltuend erlebt und sich leicht entspannen können. Allmählich habe sie ein Kloßgefühl im Hals gespürt, als müsse sie weinen, dagegen habe sie sich aber innerlich sehr gewehrt. Dann seien Bilder in ihr entstanden von Afrika und den Orten, die ihr besonders vertraut und lieb waren. Sie habe sich mit ihrem jetzigen Freund am Strand sitzen sehen, habe das Meer und die Sonne genießen können. Sie sei auch jetzt noch glücklich und erfüllt von diesen inneren Bildern und habe erfahren, wie wichtig dieses Land für sie sei. Am Ende dieser Therapiestunde weinte sie. Zwei Wochen später reiste sie nach Afrika.
Dieser Patientin war es, begleitet durch den Tamburaklang, möglich, den enormen Widerstand zu überwinden, der den emotionalen Zugang zu ihren positiven Eindrücken und Erfahrungen aus Afrika blockierte. Dadurch wurde nachfolgend ein sehr konstruktiver therapeutischer Prozess möglich.

Eine 33jährige Studentin wurde auf Grund einer *chronisch depressiven Entwicklung* und *Angsterkrankung (ICD 10 F 41.2)* behandelt. Zum Zeitpunkt des Therapiebeginns klagte sie über Ein- und Durchschlafstörungen sowie plötzlich auftretende Angstzustände, besonders, wenn sie sich unter Menschen aufhalte. Wenn sie beispielsweise gemeinsam mit Menschen esse, bekomme sie plötzlich Beklemmungsgefühle. Ihre Kehle sei dann wie zugeschnürt, sie habe Magenschmerzen, verspüre ein Hitzegefühl im Körper und könne nicht mehr weiter essen. Diese Symptomatik sei vor 6 Wochen nach der Trennung von ihrem Lebenspartner nach einer 10jährigen Beziehung aufgetreten.
In den ersten therapeutischen Sitzungen wurde Rationalisierung als Hauptabwehrmechanismus bei der Patientin deutlich. Dadurch konnte sie eine Trauerreaktion vermeiden, es begann stattdessen ein depressiver Prozess. Als die Therapie weiter fortgeschritten war, setzte C. D. die Körpertambura erstmals ein. Zu Beginn der Therapiestunde stand die Tambura auf einem Regal; die Patientin nahm im Sessel daneben Platz und fragte, was für ein Instrument das sei. Schon beim Erklären des Aufbaus kamen ihr die Tränen. Als das Spielen begann, weinte sie erstmalig in der Therapie. C. D. spielte nur sehr kurz und vereinbarte mit ihr, das Instrument in den folgenden Stunden mit zu integrieren. In der nächsten Stunde kamen der Patientin beim Hören des Klangs erneut die Tränen. In den folgenden Stunden hörte sie den Klang liegend, mit geschlossenen Augen. Hinterher beschrieb sie jeweils, dass sie zum ersten Mal wirklich ihren Körper wahrgenommen und erstmalig auch ein gutes, angenehmes Körpergefühl erlebt habe. In ihrem Körper seien durch die Musik Blockaden gelöst worden. Sie habe sehr gut entspannen können und fühle sich jetzt sehr ruhig.
Durch den Einsatz der Tambura innerhalb der Therapie begann ein sehr konstruktiver Prozess der Körperwahrnehmung. Die Patientin erlebte, angeregt durch die Klangerfahrung mit der Tambura, nun auch außerhalb der Therapie vergleichbare angenehme Körpergefühle. Sie schilderte beispielsweise einen Besuch im Theater, wo sie sich beim Erklingen von Musik in diesem Stück wohlig und in ihrem Körper entspannt gefühlt habe. Sie nutze den Tamburaklang in ihrer Erinnerung auch dann für sich, wenn sie in Momenten von Belastung und Überforderung den Drang verspüre, eine Zigarette zu rauchen. Dies gebe ihr dann die Kraft nicht zu rauchen.

Bei einer 50jährigen Sachbearbeiterin, die wegen eines schweren *Erschöpfungssyndroms mit Somatisierung* (ICD 10 F 48.0/F45.0) behandelt wurde setzte C. D. die Körpertambura am Anfang von drei Therapiestunden ebenfalls ein. Die Patientin klagte häufiger über unklare Oberbauchbeschwerden und Kopfschmerzen, eine organische Ursache für diese Symptomatik sei nicht gefunden worden. Sie fühle sich kraftlos und ohne Energie, alles werde ihr zu viel, und sie habe Angst, den Alltag nicht mehr bewältigen zu können. Bei der Klangbehandlung lag die Patientin mit geschlossenen Augen auf dem Rücken, C. D. spielte, ihr gegenüber sitzend, für 15 Minuten. Hierbei verstärkten sich die Oberbauchschmerzen der Patientin zunächst. Dann erlebte sie ihren Körper als „innerlich zitternd“, es traten innere Bilder ihres Arbeitsplatzes auf. Allmählich konnte sie sich entspannen und die körperlichen Symptome reduzierten sich. Sie visualisierte Situationen am Strand, im Ausland, Momente, in denen sie sich sehr wohl fühlte. Die Oberbauchschmerzen besserten sich durch die Behandlung deutlich. Sie fühlte sich sehr entspannt.

2. Körperorientierte Arbeit

Dem auf dem Rücken oder Bauch liegenden Patienten wird die Tambura direkt auf den Körper gelegt. Zuvor schildert der Patient oder die Patientin verspannte oder schmerzende Körperbereiche, die für 10 Minuten bespielt werden.

In dieser Weise wurde eine 35jährige Frau, die über Rückenschmerzen im Bereich der LWS klagte, einmalig behandelt. Die Patientin litt unter *Adipositas permagna* (ICD 10 E 66.8) mit ca. 50 kg Übergewicht. Im Anschluss an die Behandlung fühlte sie sich sehr entspannt. Sie beschrieb das Klangerlebnis als eine besondere Erfahrung. Ihr Körper habe sich sehr leicht angefühlt, sie habe ihn für einen kurzen Moment nicht gespürt. Auch ihre Rückenschmerzen seien nun schwächer, sie fühle sich besser. Sie habe vor, an Gewicht abzunehmen.
Bei dieser Patientin führte das Erleben der körperlichen Schwerelosigkeit, der Loslösung von ihrem übergewichtigen Körper zu dem Bedürfnis, an Gewicht abzunehmen.

Eine 36jährige Patientin klagte über unklare Schmerzen im Unterbauch. Bei ihr war eine *Hysterektomie* (ICD 10 Z 90.7*)* bei Verdacht auf *Uteruscarcinom* (ICD 10 C 55) durchgeführt worden. Seit der Operation litt die Patientin unter dieser Schmerzsymptomatik. Die operativen Nachuntersuchungen waren unauffällig. Sie wurde während 8 Sitzungen, jeweils einmal wöchentlich für 10 Minuten mit der Tambura behandelt. Dazu legte sie sich auf den Rücken, das Instrument lag auf den Unterbauch. Während der ersten Behandlung spürte sie die Klangvibration im Bauchbereich, ausstrahlend in beide Beine und beide Arme. Den Bereich der entfernten Gebärmutter erlebte sie wie ein dunkles, gefühlloses Loch. Bei der zweiten Behandlung konnte sie kein Loch mehr abgrenzen; das Gefühl verwischte sich zu den Beinen und zu den Armen hin. Außerdem beklagte sie ein Gefühl der Übelkeit in der Magengegend. Während der folgenden Behandlung nahm sie wohliges Körpergefühl wahr, auch jetzt war kein Loch mehr abgrenzbar. Diese Empfindung schilderte sie auch in der folgenden Sitzung; es traten erstmalig auch innere Bilder von einem großen Baum auf einer Wiese auf, auf den sie sich zu bewegte. Während der folgenden Behandlung beschrieb sie ein körperliches Verlustgefühl, verbunden mit innerer Leere und viel Traurigkeit im Körper. Sie musste weinen. In der nächsten Sitzung spürte sie erstmalig zunächst eine Taubheit der Bauchdecke, dann ein Kribbeln und ein sich anschließend entwickelndes Wärmegefühl. Die Schmerzen ließen nach. Beim folgenden Termin schilderte sie eine erhebliche Verbesserung der geklagten Unterleibsbeschwerden. Auch in den anschließenden Sitzungen stellte sich ein Kribbeln an der Bauchdecke mit anschließender Wärmeentwicklung ein, die Schmerzen ließen dauerhaft nach.
Durch die Behandlung mit der Körpertambura konnten der abgewehrte Trauerprozess über den Verlust der Gebärmutter angeregt und die Gefühle der Ohnmacht, Hilflosigkeit und Überforderung angesichts der lebensbedrohlichen Erkrankung und der sich daraus ergebenden Belastungen für Familie und Partnerschaft thematisiert werden.

Eine 94jährige Patientin wurde 10 Tage nach einem Schlaganfall behandelt. Sie war bettlägerig und komatös, ihre Atmung war durch ein *Lungenödem* (ICD 10 J 81) er-

schwert. Das auf die Brust gelegte Instrument wurde leise angespielt. Allmählich atmete die Schwerkranke leichter, der Körper entspannte sich. Durch den Klang lösten sich die Anspannungen im Körper, auch die Gesichtsmimik wirkte gelöster, die Atmung wurde freier. Nach einer halben Stunde verstarb sie friedlich.

Im Februar 2005 behandelte C. D. im Rahmen einer Hilfsaktion in Südindien ein 15jähriges Mädchen, das von der Tsunamikatastrophe betroffen war. Von der dolmetschenden indischen Krankenschwester war zu erfahren, dass sich das Mädchen gerade alleine am Strand befand, als die Tsunamiwelle das Dorf erreichte, wo sie mit ihren Eltern und zwei Geschwistern lebte. Sie konnte sich direkt in Sicherheit bringen. Es dauerte aber einige Stunden, bis sie erfuhr, dass weder ihren Eltern, noch ihren Geschwistern und Freunden etwas zugestoßen war. Sie beklagte nun, 6 Wochen nach dem Ereignis ,folgende Beschwerden: Immer wenn sie die Augen schließe, sehe sie die riesige Welle vor sich und werde von Angst um ihr Leben befallen. Auch habe sie sofort Angst um ihre Eltern, Geschwister und Freunde, fühle eine Unsicherheit, ob sie noch am Leben seien. Sie könne nicht richtig schlafen, wache häufig auf und sei sehr beunruhigt. In der Schule falle es ihr sehr schwer, sich zu konzentrieren. Eine Weile wurde ihre Situation erörtert, sie erzählte von ihrer Familie und ihren Freundinnen. Im Anschluss daran wurde sie mit der Körpertambura behandelt. Im Beisein der indischen Krankenschwester legte sie sich auf den Rücken und schloss die Augen. Beim sanften Anspielen der Saiten entspannte sie sich etwas, ihre Augenlider flatterten. Mit Hilfe der Krankenschwester wurde die Patientin während des Spiels über ihr Erleben befragt. Sie sagte, dass sie wieder die Welle sähe, sie sei sehr groß und bedrohlich. Erschrocken öffnete sie die Augen, Während des weiteren Spiels hielt die Krankenschwester ihre Hand. Die Patientin entspannte sich, die Augenbewegungen ließen nach. An die Behandlung von ca. 10 Minuten Dauer schlossen sich einige Körperdehnungsübungen an. Diese Behandlungsmodus wurde an weiteren 4 Tagen wiederholt. Zum letzten Behandlungstermin brachte die Patientin ihre Freundin mit und bat darum, während der Behandlung ihre Hand halten zu dürfen. Anschließend berichtete sie über eine Normalisierung ihres Schlafrhythmus. Sie könne wieder durchschlafen, auch habe sich die Konzentration in der Schule sehr gebessert.
Bei dieser Patientin war durch die kurzzeitige Behandlung mit der Körpertambura eine seelische Entspannung möglich. Im vertrauensvollen therapeutischen Rahmen konnte sie die traumatisierende Situation erneut erleben. Der direkte körperlichen Kontakt zu ihrer Freundin während der Behandlung wirkte unterstützend im therapeutischen Prozess.

Einmalige körpertherapeutische Behandlungen von 10 Minuten Dauer

46 Interessentinnen wurde von C. D. eine einmalige körpertherapeutische Behandlung mit der Körpertambura von 10 Minuten Dauer angeboten – mit der Bitte, im Anschluss daran einen Fragebogen auszufüllen. Alle Behandelten (Männer und Frauen) fühlten sich subjektiv gesund und beklagten lediglich unspezifische körperliche Allgemeinbeschwerden. Es stellten sich insgesamt 12 Männer im Alter zwischen 30 und 75 Jahren sowie 34 Frauen im Alter zwischen 24 und 68 Jah-

ren aus den verschiedensten Berufsgruppen zur Verfügung. Beklagte Körperbeschwerden waren bei sechs der behandelten Männer unspezifische Schmerzen im Lendenwirbelbereich sowie Schulter und Nackenverspannungen (einmalig) und Schmerzen in allen Körpergelenken (einmalig). Die behandelten Frauen beklagten folgende Beschwerden: 12 der Probandinnen klagten über Schmerzen im LWS-Bereich, 10 über Schulter und Nackenverspannungen, 3 über Kopfschmerzen. Folgende Fragen beantworteten die Probanden im Anschluss an die Behandlung:

1. Leiden Sie an speziellen Krankheiten?
2. Nehmen Sie Medikamente ein?
3. Leiden Sie unter körperlichen Beschwerden?
4. Wie fühlten Sie sich körperlich während der Behandlung? (Wärme, Schmerzverstärkung, Anspannung, Leichtigkeit …)
5. Wo spürten Sie die stärkste Klangresonanz im Körper?
6. Beschreiben Sie bitte kurz, wie Sie sich vor und nach der Behandlung körperlich / seelisch fühlten.
7. War Ihnen die Behandlung angenehm?

Die Fragebögen wurden geschlechtspezifisch ausgewertet. Es fiel auf, dass über die Hälfte der Männer und Frauen, die sich subjektiv als gesund einschätzten, über Schmerzen im LWS-Bereich klagte. Ebenso verursachten Schulter-Nacken Verspannungen ein häufig geklagtes Körpermissgefühl. Keiner der Behandelten nahm Medikamente ein. Die Beschreibung des körperlichen Befindens während, vor und nach der Behandlung fiel in der Gruppe der befragten Frauen auffallend differenzierter aus. (Anm.: Diese Beobachtung wirft die Frage nach dem genderspezifischen Erleben auf. Die Beeinflussung der Wahrnehmung des körperlichen Befindens durch die jeweilige genderspezifische Sozialisation muss offenbar mit bedacht werden.)

Kulturelle Einflüsse unterstützen oder versperren die Wahrnehmung und das Erleben des Körpers. Während der körperlichen Behandlung mit der Tambura wurden von 2/3 der Probanden ausschließlich körperliche Empfindungen berichtet. Imaginationen traten selten auf. Häufig wurde eine Veränderung der Atmung im Sinne einer Vertiefung und Befreiung geschildert. Der Körper wurde sowohl sehr leicht als auch sehr schwer erlebt; es entwickelten sich Wärmeempfinden und Entspannung.

Das Befinden vor und nach der Behandlung zeigte eine deutliche Besserung bei unspezifischen Rückenbeschwerden und Schulter-Nackenverspannungen. Nahezu alle Probanden beschrieben eine sehr entspannende körperliche Wirkung. Zwei Probanden nahmen keine körperlichen Veränderungen wahr. Alle anderen beurteilten die Behandlung als angenehm.

Von vielen Patienten wurde durch die Behandlung mit der Körpertambura eine direkte Einwirkung auf die Atmung beschrieben – im Sinne eines tieferen, befreiteren Atemgefühls, verbunden mit einem entspannten und wohligen Körpergefühl. Bei der Klangbehandlung einer Sterbenden mit Lungenödem konnte die vertiefte und erleichterte Atmung beobachten werden. Die Körpertambura

kann immobilen, schwerstkranken oder auch sterbenden Menschen zu einer Verbesserung der Atmung durch den Klang verhelfen. Hier befindet sich offenbar ein wichtiger Ansatzpunkt für die Behandlung mit der Körpertambura.
Wir wollen daher im Folgenden auf die besondere Rolle der Atmung im Zusammenspiel von Körper und Seele etwas näher eingehen.
Rein anatomisch versteht man unter Atmung die Versorgung des Organismus mit Sauerstoff und die „Entsorgung" von Kohlendioxyd. Man unterscheidet zwischen Zwerchfell- und Rippenatmung, sowie Bauch- und Brustatmung (Lippert 1990 S. 142). Durch die Verbindung des Zwerchfells mit der Bauchmuskulatur werden die Bewegungen des Zwerchfells teilweise von dieser kompensiert, so dass man die Zwerchfellatmung vereinfacht auch Bauchatmung nennt. Jede Atembewegung besteht aus zwei Phasen, dem Einatmen (Inspiration) und dem Ausatmen (Expiration). Der wichtigste Atemmuskel ist das Zwerchfell.
Durch körperliche Anstrengungen, aber auch bei heftigen Gefühlen, können sich Atemrhythmus und Atemfrequenz verändern. Neben der rein physiologischen und anatomischen hat die Atmung auch eine seelische Verbindung zum menschlichen Körper. Sie ist ein Zeichen von Gebärden, eine Form von Ausdrucksverhalten innerhalb der zwischenmenschlichen Kommunikation und nicht zuletzt ein Repräsentant der Befindlichkeit (Lippert 1990 S. 143). In der Atmung lassen sich drei Aspektpaare des Atemerlebens beschreiben: Teilhabe und Austausch, Macht und Ohnmacht, Anziehung und Abstoßung. In ihrem Ausdruck verbirgt sich hinter der Seufzeratmung Kummer, Sehnsucht, Müdigkeit oder auch Erleichterung. Husten kann ein Zeichen von Protest und Aggression sein, und schließlich wird in der Kommunikation mit der Welt die Sprache von Atem getragen (Klussmann 1992, S. 108). Seelische Konflikte können sich durch die Atmung ausdrücken und schwere körperliche Symptome verursachen, beispielsweise beim psychogenen Asthma bronchiale oder der Hyperventilationstetanie.
Die Reaktionen auf diese einmaligen Behandlungen zeigen, dass die Körpertambura als Körperinstrument gezielt einsetzbar ist. Der Kontakt zwischen Therapeutin und Patientin ist ein sehr direkter und der Klang erreicht den Körper des Patienten ganz unmittelbar.

Abb. 4 Indischer Patient wird bespielt

Erste Erfahrungen von Therapeutinnen aus anderen Bereichen

Im Folgenden wollen wir weitere Therapeutinnen zu Wort kommen lassen, die bereits mit der Körpertambura arbeiten und deren Rückmeldungen für die Weiterentwicklung der Körpertambura hilfreich waren. Denn die Neuentwicklung therapeutischer Instrumente erfordert die Verbindung von künstlerisch-gestalterischen und handwerklichen mit musikalischen und therapeutischen Aspekten und Fragestellungen.
B. D. vertraut als Instrumentenbauer zunächst auf ein sehr intuitives Vorgehen u. a. hinsichtlich Ergonomie eines Klangkörpers, seinen Einsatzmöglichkeiten und dem Wirkungsspektrum des Klangs. Umso größere Bedeutung hat dabei der intensive Austausch mit Musiktherapeutinnen im interdisziplinären Dialog, der kreative Fantasie und Offenheit verlangt und fördert. Neue Instrumente wollen erprobt werden und die Frage, wozu, bei wem und unter welchen Bedingungen ihr Einsatz sinnvoll erscheint, kann nur im therapeutischen Alltag beantwortet werden.

Bei aller Faszination für das Wirkungsspektrum der Klänge ist es notwendig, diese vor dem Hintergrund des therapeutischen Settings und nicht in einem mechanistischen Sinne zu betrachten, „so als würde der Klang einen Reiz darstellen, der eben eine bestimmte Wirkung auslöst. (...). Von wohl entscheidender Bedeutung aber ist die therapeutische Beziehung und die Frage, ob über den Klang eine Kommunikation zu Stande kommt“ (Strobel, 1999, S. 127).
Das überraschend große Interesse an der Körpertambura gab B. D. die Gelegenheit, in relativ kurzer Zeit eher kleine Modifikationen der Bauweise vorzunehmen und einige Therapeutinnen über ihre ersten Erfahrungen zu befragen.
Anlässlich seines Vortrags bei der 16. Ulmer Werkstatt für Musiktherapeutische Grundlagenforschung im Februar 2004 führte er eine ausführliche Befragung dieser Therapeutinnen durch. Die folgende Zusammenfassung ist das Ergebnis von 12 Antworten (11 Frauen, 1 Mann) aus folgenden Arbeitsbereichen: Musiktherapie (6x), Psychotherapie (3x), Ergotherapie (1x), Coaching (1x), ehrenamtliche Sterbebegleitung (1x).
Die Befragten arbeiten in verschiedensten Bereichen: mit schwerst behinderten Kindern und Erwachsenen, Wachkomapatienten, Patienten mit psychischen bzw. psychosomatischen Störungen, in der Entspannungsarbeit, im Palliativbereich und mit Sterbenden.
Die im Folgenden vorgestellten Ergebnisse sind den Fragebögen entnommen. Einige Fragen wurden hierbei weggelassen, da die hierauf geäußerten Antworten in diesem Zusammenhang wenig relevant schienen.
Sämtliche Zitate im Folgenden, z. T. mit Namensnennung, stammen aus den ausgefüllten Fragebögen.
Die Befragung hatte nicht den Anspruch, wissenschaftlichen Standards gerecht zu werden. Obwohl die im Hinblick auf den Erfahrungszeitraum mit dem Instrument in ihrer Ausführlichkeit höchst unterschiedlichen Äußerungen subjektiv waren, wurde versucht, die Essenz der Antworten zusammenzufassen bzw. Äußerungen wörtlich zu zitieren, um so einen Überblick über erste Erfahrungen mit diesem neuen Instrument geben zu können.

Ergebnisse der Befragung der TherapeutInnen durch B. Deutz

Bei welchen Klienten ist der rezeptive Einsatz des Instruments nach Ihrer Erfahrung und / oder Vorstellung indiziert bzw. nicht indiziert?

Häufig genannt wurden Menschen mit somatischen und psychosomatischen Störungen: bei Schwierigkeiten mit der eigenen Körperwahrnehmung, vermindertem Körpergefühl bis Gefühllosigkeit (bei Depressionen) oder bei gefühlsmäßiger Abspaltung von Körperpartien, ferner bei Schmerzpatienten, Traumatisierten, Menschen mit Atemproblemen (z. B. Asthma), Wachkomapatienten.

Der Einsatz des Instruments kann hier ein Angebot zur Kontaktaufnahme mit dem eigenen Körper sein. Mehrere Therapeutinnen sprechen von dem großen Bedarf vieler Patientinnen nach körperlicher Entspannung, Berührung und Ge-

borgenheit – und der zugleich großen Scheu davor. „Die massierende Wirkung des Instruments erfüllt viele Sehnsüchte, kann dabei vielleicht besser angenommen werden als eine unmittelbare Körpermassage“ (Birgit van Beuningen).
Die Frage der Indikation / Kontraindikation bei Missbrauch und Psychosen wurde konträr beantwortet. Eine Therapeutin bejaht ausdrücklich den Einsatz bei frühen Störungen, Missbrauch, Inzest und Trauma – sofern eine sehr stabile therapeutische Beziehung zwischen Therapeut und Klient bestehe. Sie setzt das Instrument bei allen Patientinnen ein, „wo Verbindung und Verbundenheit abgerissen ist“.

Der (einzige) männliche Therapeut unter den Befragten schloss für sich als Mann den Einsatz des Instruments bei weiblichen Klienten definitiv aus, wenn auch nur ansatzweise der Verdacht von Missbrauchserfahrungen vorliege.

An welcher Stelle im therapeutischen Prozess setzen Sie das Instrument ein; bitte beschreiben Sie kurz den therapeutischen Rahmen, in dem Sie das Instrument verwenden?

Die Körpertambura wird häufig zur Entspannung und zum Loslassen eingesetzt – zum Einstimmen am Beginn einer Therapiestunde oder (häufiger genannt) zum Ausklang. „ In der Regel gegen Ende der Sitzung, wobei genug Zeit zum Nachspüren bleiben muss. Möglich ist aber auch der Einsatz gleich zu Beginn, z. B. wenn ein Patient vor lauter Anspannung oder Beklommenheit oder Verzweiflung kaum sprechen kann.“ (Annette Cramer)
Eine Musiktherapeutin verwendet die Tambura in der Einzeltherapie mit schwerst behinderten Kindern zur Entspannung und Aktivierung eigener Impulse sowie zum Anbahnen vokaler Reaktionen durch Singen zum Instrument; in der Gruppe zur Aktivierung sehr zurückhaltender Kinder.
Birgit van Beuningen schreibt über ihre Arbeit mit Wachkomapatienten: „(Ich) beginne (...) mit einer Inizialphase – ein Ritual bestehend aus einem immer wieder kehrenden Lied oder einer körperlichen Berührung oder persönlicher Ansprache. Dann beginne ich mit der wahrnehmungsschwachen Seite, lege das Instrument möglichst großflächig auf der Körperseite an und spiele gleichmäßig oder dem Atemrhythmus des Patienten folgend etwa 10 Minuten. Dann wechsele ich zur anderen Körperseite, lege möglichst an der gleichen Stelle an. Bei manchen Patienten wandere ich den gesamten Körper ab und begleite diese Reise verbal, um dem Wachkomapatienten Wahrnehmungsrückmeldung zu geben.“

Eine Psychotherapeutin arbeitet mit dem Instrument „in ganz normalen tiefenpsychologisch orientierten Therapiesitzungen mit Kassenpatienten. Immer dann, wenn es um Verdichtung geht, um Intensivierung des Kontakts mit sich selbst, um Zuwachs an Vertrauen, Sicherheit, Geborgenheit.“

Welche Wirkungen/Reaktionen (körperlich, psychisch) erwarten Sie bzw. haben sie feststellen können?

Die Antworten auf diese Frage kreisen in unterschiedlicher Weise um das Thema Entspannung. Eine Psychotherapeutin berichtet über Entspannung, Wohlgefühl, viele innere Bilder, Wärme, starke Körperempfindung und Erleichterung der Atmung (auch bei Sterbenden).

Die chronisch bauchkranke Patientin (schwerste Obstipation) einer anderen Psychotherapeutin „sieht in ihrem Bauchraum herrliche Farben, fühlt sich innerlich erleuchtet, schwebend, selig."

Andere Patienten dieser Therapeutin hatten „ähnliche, auf jeden Fall sehr beglückende Erlebnisse."

Eine schwerst behinderte Frau im Rollstuhl, die gar nicht kommuniziert und sich auch nicht berühren lassen mag, erlebt den Klang – zunächst sehr zurückgezogen – rein akustisch, nimmt im Laufe einer Sitzung langsam mehr und mehr Kontakt mit dem Instrument auf, nimmt dieses schließlich in den Arm und würde am liebsten hineinkriechen. Anschließend ist sie viel offener für den Kontakt zu ihrer Ergotherapeutin.

Eine Musiktherapeutin beobachtete bei schwerst behinderten Kindern „primär Entspannung, aber auch Impulse zum selber Ausprobieren und Vokalisierungen."

Bei den Wachkomapatienten einer Musiktherapeutin setzte zumeist körperliche Entspannung und eine Synchronisierung der Atmung mit der Schwingung des Instruments ein, manchmal nach einer „Erstverschlechterung im homöopathischen Sinne" (d. h. zunächst Anspannung und Atemirritation). Nach ihrer Erfahrung ist Vorsicht geboten bei Patienten mit spontanen, heftigen Spasmen.

Eine andere Musiktherapeutin erlebte, dass Wachkomapatienten häufig mit Lachen reagieren und sehr „da" sind.

Eine Musiktherapeutin betonte, dass das Klangerleben zunächst starkes Assoziationspotenzial freisetzt, bei längerem Vertrautsein mit dem Instrument dann auch Entspannung eintritt.

Eine Musiktherapeutin schreibt: „Inneres Raumgefühl, Licht kommt in den Körper, Bilder von Wasser, Tropfen ..., Energieströme, die durch den ganzen Körper fließen ... Schwachstellen im Körper werden sanft aktiviert."

Eine Psychotherapeutin spricht von großer Tiefenentspannung, wohlig umhüllt und geborgen sein, Ruhe, Empfindung von Bodenständigkeit und Leichtigkeit zugleich, Verbundenheit, Aufhebung des Abgetrenntseins und Empfindung von Liebe. „Ausgespannt sein zwischen Himmel und Erde".

In einem Managertraining beobachtete die Trainerin bei ca. 90% der Teilnehmer sehr große Entspannung bei anschließend erhöhter Präsenz, mehr Aufgeschlossenheit und intensiver Gruppenatmosphäre. Die restlichen 10% fanden den Klang unangenehm.

Welche Rolle spielt der persönliche Kontakt beim Einsatz dieses Instruments, wie verändert er sich?

Übereinstimmend wird von vielen Seiten die große Bedeutung einer guten, vertrauten therapeutischen Beziehung als Grundvoraussetzung für den Einsatz des Instruments betont.

Nur dann kann der Klang wirken – so die Überzeugung auch einer Klientin.

„Der persönliche Kontakt wird inniger."
„Wichtig sind Haltung und Zustand des Spielers, auch die Spielweise, da sich diese direkt durch das Instrument auf den Klienten überträgt," ebenso ein feines Gespür dafür, wann es genug ist.

Eine Sterbebegleiterin empfindet das Spielen als intim, da auch sie in eine meditative Stimmung kommt.
Einige Therapeutinnen sind mit ihrer Aufmerksamkeit während des Spiels ständig beim Klienten. „Ich beobachte während des Spielens das Gesicht, die Hautfarbe, die Gliedmaßen, unruhige Bewegungen mit Fingern und Händen oder mit den Füßen, die Atemphasen. Beim ersten Einsatz mit dem Instrument frage ich auch: ‚Wie fühlen Sie sich?' oder: Ist es angenehm?' oder: ‚Alles in Ordnung?' Im Laufe der Sitzungen kann sich der Klient immer mehr fallen lassen, dabei spüre ich deutlich das zunehmende Vertrauen zu mir und damit auch meine immer größere Verantwortung." (Annette Cramer)

Können Sie mit diesem Instrument etwas bewirken, was mit anderen Instrumenten nicht möglich ist?

Die Antworten auf diese Frage überschneiden sich z. T. mit jenen auf die frühere Frage nach Wirkungen und Reaktionen bzw. sind etwas unspezifisch.

Eine Musiktherapeutin sieht ein der Körpertambura ähnliches Wirkungsspektrum durchaus auch bei anderen Instrumenten.
Eine Therapeutin hebt besonders hervor die Intimität in Verbindung mit der gleichzeitig intensiven körperlichen Stimulanz und der positiven Wirkung des heiteren, hellen Tamburaklangs.
„Eine Tiefenentspannung, die schon nach wenigen Minuten einsetzen kann, ohne dass der Patient bewusst dazu etwas tun muss (...). Das ist mit keinem anderen Instrument so gut möglich wie mit einem Saiteninstrument, das an den Körper angelegt werden kann und das nicht zu viel an Klangmaterial bietet" (Annette Cramer).
„Ja, diese Innigkeit im Kontakt mit sich selbst, Liebe, erreiche ich so mit keinem anderen Instrument."

Können Sie von ihrer Empfindung her etwas sagen zum Wirkungsspektrum des Tamburaklangs – im Unterschied zum Monochordklang?

Der Tamburaklang „ist freundlicher, leichter, stimmungsaufhellender. (...) erlaubt mehr melodiöse gesangliche Begleitung, hat m. E. häufig einen höheren Aufforderungscharakter." (Birgit van Beuningen)
„Das Monochord erscheint vielen strenger, herber – die Körpertambura weicher, sanfter."
„Ich empfinde es als zarter."
„Durch die größere Klangvielfalt wird schneller der Kopf angesprochen und damit das Assoziationspotenzial (...). Für Patienten, die sehr „kopflastig" in die Praxis kommen, kann das sehr angenehm sein. Der Klang der Tambura wirkt „durchrieselnd", während der Klang des Monochords eher zentriert. Er kommt zunächst zentral im Bauch-Becken-Raum an und kann sich von da ausbreiten oder auch irgendwo – in verspannten Bereichen – festsetzen.
Für Imaginationen wie z. B. das musikalisch-katathyme Bilderleben ziehe ich trotz der Assoziationswirkung den ursprünglichen Monochordklang vor, weil er keinen Mischklang anbietet, archaischer ist und damit dem Klienten in der Imagination mehr Spielraum und Freiraum bietet. Der Monochordklang hat mehr „Tiefe"; er kann sehr schnell auch Schattenseiten aufdecken. Der Tamburaklang ist unverfänglicher, weil durch die Klangmischung mehrere Bereiche des Menschen „angetönt" werden. Was unheimlich scheinen könnte, wird durch das Ohr, das sich „seine" Klangmischungen im Tamburaklang sucht, schnell wieder „weggewischt" (Annette Cramer).
„Der Monochordklang nimmt einen eher mit irgendwohin, der Tamburaklang führt zu sich hin. Ich suche den Klang nicht auf wie beim Monochord, sondern er kommt zu mir, ist inmitten meiner selbst. Dies gibt viel mehr Sicherheit und Geborgenheit und das Gefühl, geliebt zu sein, ein Zuhause zu haben (...)."

Abschließende Betrachtungen über Einsatzmöglichkeiten der Körpertambura und ihre heilsame Wirkung

Die vorangegangenen Beschreibungen erster Erfahrungen mit der Körpertambura lassen den Schluss zu, dass dieses neue Instrument auf verschiedensten Feldern eine Bereicherung des körperbezogenen rezeptiv-therapeutischen Instrumentariums darstellt – und zwar über den eigentlichen musiktherapeutischen Bereich hinaus.
Durch die Zunahme komplexer Krankheitsbilder und chronischer Leiden bei immer mehr Menschen in unserer Gesellschaft sind ganzheitliche Heilmodelle von besonderer Notwendigkeit. In der psychosomatischen Medizin und der Psychotherapie wird nach Methoden behandelt, die Körper, Geist und Seele als ganzheitlichen Organismus verstehen. Auch in der Gesundheitsvorsorge sind ganzheitliche Konzepte wertvoll, die bereits vor Krankheitseintritt Zusammenhänge zwischen Körper und Seele erklären und Menschen zu einer gesünderen Lebensweise anregen können.

Zur heilsamen Qualität des Klangs der Körpertambura im Vergleich zum Monochord liegen noch keine wirklich aussagekräftigen Ergebnisse vor. Eine wissenschaftliche Betrachtung über den (auch) therapeutischen Gebrauch der Tanpura in Indien und den Einsatz eines verwandten Klanginstruments in Europa wäre notwendig, um sich diesen Klangqualitäten und heilenden Wirkungen weiter annähern zu können.
Die bisherigen Berichte zeigen allerdings, dass der Klang auf eine sehr unmittelbare Weise auf die behandelten Patienten wirkt.
Besonders in jenen therapeutischen Zusammenhängen scheint die musiktherapeutische Behandlung mit der Körpertambura sinnvoll, wo schnelle körperliche Entspannung geboten ist und wo Verspannungen, Schmerzen und eine Beeinträchtigung der Atmung im Focus stehen. Dazu gehören psychosomatische und psychiatrische Krankheitsbilder, die häufig mit körperlichen Beeinträchtigungen einhergehen.
Im Zeitalter der Zunahme stressbedingter Erkrankungen in Form körperlicher Verspannungszustände kann der auf den Körper wirkende Klang der Körpertambura unmittelbar Linderung verschaffen.
Im Sinne einer sanften Körpersensibilisierung kann das Instrument therapeutisch allgemein bei Störungen der Körperwahrnehmung eingesetzt werden.
Es ermöglicht den Patienten zunächst einen Einstieg in das unmittelbare Gefühl körperlicher Entspannung und erleichtert ihnen die Kontaktaufnahme mit anderen Entspannungsverfahren, beispielsweise dem autogenen Training.
Innerhalb psychotherapeutischer Prozesse kann der Klang ebenfalls unterstützend und lösend auf die Befindlichkeit der Patientin einwirken, indem er zur Überwindung starker psychischer Wiederstände, zur Ressourcenaktivierung und natürlich auch zur allgemeinen körperlichen Entspannung beiträgt.
Auch werden Imaginationsprozesse gefördert, die in der weiteren Gestaltung des therapeutischen Prozesses sehr hilfreich sein können.
Im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung mit der Körpertambura sind posttraumatische Belastungsstörungen (z. B. Missbrauchserfahrungen) und Psychosen gesondert zu betrachten. Der Einsatz der Tambura kann bei diesen Diagnosestellungen sehr hilfreich sein, wenn eine sehr stabile therapeutische Beziehung zwischen Therapeut und Patient besteht.
Bei der Behandlung Schwerstkranker, nach Operationen oder auch in der Sterbebegleitung wird der Körper des Patienten auf sanfte Weise berührt, ohne durch die Auflage des sehr leichten Instrumentes belastet zu werden. In all diesen Fällen kann der Klang, wie bereits angesprochen, unmittelbar auf die Atmung einwirken.
Vorstellbar ist der Einsatz des Instruments auch in angrenzenden Bereichen der Gesundheitsfür- und vorsorge, z. B. während der Schwangerschaft und der Geburtsvorbereitung.
Ältere, bettlägerige Menschen könnten in Hinblick auf ihr allgemeines leiblich-seelisches Wohlbefinden von einer regelmäßigen Klangbehandlung in ihrer eigenen Wohnung profitieren. (Anm.: Im Hinblick auf die immer weiter steigende Lebenserwartung unserer Bevölkerung sind zukünftig große Probleme in der sozia-

len und medizinischen Versorgung alter Menschen zwangsläufig zu erwarten). In diesem Sinne ist die Körpertambura auch präventivmedizinisch von Interesse.
Neben einem flexiblen, einfachen Transport des Instrumentes ist hier die Tatsache von Vorteil, dass die Spieltechnik auch für Interessierte ohne Vorerfahrungen bei entsprechender Anleitung relativ leicht erlernbar ist und nicht unbedingt besondere musikalische Fertigkeiten verlangt. Immens wichtig wäre natürlich hier eine intensive Selbsterfahrung, d. h. die Bereitschaft, das Wirkungsspektrum der Klänge zunächst am eigenen Leibe zu erleben.
Wo immer auch die Körpertambura zum Einsatz kommen mag, sind ein sehr vertrauensvoller, therapeutischer Rahmen und ein äußerst behutsames, vorsichtiges Vorgehen der Therapeutin unerlässlich.

Literatur:

Cramer, A. (1999): Wenn Klang fühlbar wird. In: Neander, K. (Hg.): Musik und Pflege. Stuttgart
Cramer, A. (2005): Erfahrungen mit dem therapeutischen Monochord der Ton-Transfer-Therapie. In: Dosch, J., Timmermann, T. (Hg.): Das Buch vom Monochord. Wiesbaden
Dietrich, C. (2002): Siddhamedizin. Vorstellung einer traditionellen, ganzheitlichen Naturheilkunst. Dissertation Köln
Glorian, F. (1995): Indische Ragas – Inhalt und Struktur. In: Neubäcker, P. (Hg.): Harmonik & Glasperlenspiel. München
Hess, P. (2005): Der Einsatz des Monochordes in der Psychiatrie. In: Dosch, J., Timmermann, T. (Hg.): Das Buch vom Monochord. Wiesbaden
Klußmann, R. (1992): Psychosomatische Medizin. Springer, Berlin / Heidelberg
Küllmer, E. (1986): Mitschwingende Saiten. Bonn
Lippert, H. (1990): Lehrbuch der Anatomie. München / Wien
Roche (1987): Lexikon der Medizin. München
Menon, R. (1988): Abenteuer Raga. Leimen
Meyers Großes Taschenlexikon. Mannheim / Wien / Zürich 1981
Schmucker, A. (2004): Die klanggeleitete Trance nach Wolfgang Strobel. In: Frohne-Hagemann, I. (Hg.): Rezeptive Musiktherapie. Wiesbaden
Strobel, W. (1999): Die klanggeleitete Trance in der Psychotherapie. In: ders. (Hg.): Reader Musiktherapie. Wiesbaden

Bernhard Deutz, KlangWerkStatt, Christburger Str. 31, 10405 Berlin,
bernhard@deutz-klangwerkstatt.de
Dr. med. Cordula Dietrich, Käthe-Niederkirchener-Str. 5, 10407 Berlin,
corduladietrich@web.de

Zur Bedeutung bildgebender und elektromagnetischer Verfahren für Musik und Musiktherapie

Thomas Stegemann, Hamburg

Zusammenfassung

Ziel dieses Artikels soll zum einen sein, eine Einführung in die Grundlagen der Gehirnanatomie und -funktionen zu geben, um darauf aufbauend eine Verknüpfung zu elektromagnetischen und bildgebenden Verfahren herzustellen. Zum anderen sollen beispielhaft Ergebnisse aus neurowissenschaftlichen Studien aus den Bereichen Musikphysiologie, Musikmedizin und Musiktherapie referiert werden, um Chancen und Limitationen der verschiedenen methodischen Ansätze sowie deren Bedeutung für Forschung und weitere Entwicklung der Musiktherapie auszuloten.

Abstract
The Role of Neuroimaging and Electromagnetic Techniques in Music and Music Therapy

The purpose of this study is to present an introduction to fundamental brain structure and function as a basis for, and in combination with, electromagnetic and neuroimaging techniques. Furthermore, exemplary results from neuroscientific research in the areas of neurobiological music processing, music medicine and music therapy are reviewed, illustrating the possibilities and limitations of these methods, as well as their significance to further development and research in music therapy.

Einleitung

„Es pflegen etliche Ärzte ihre Patienten durch eine liebliche Musik zu kurieren.
Wie kann die Musik in eines anderen Menschen Leib wirken? (…)“

Johannes Kepler (1571–1630)

Diese Frage war weder zur Zeit Keplers ein neuer Gedanke, noch könnte behauptet werden, sie wäre heute schon zu beantworten. Nichtsdestotrotz stellt sie für die Musiktherapie eine, wenn nicht *die* zentrale Frage dar. Auf der Suche nach Antworten auf diese Frage (nach dem, was wir bisher wissen, scheint zumindest klar, dass es nicht *die* Antwort geben kann) muss es zunächst einmal darum gehen, das geeignete Vehikel für diesen Weg auszumachen. Auch hier können wir davon ausgehen, dass es unterschiedlicher Ansätze zur Annäherung an diese Fragestellung bedarf.
Ein Ansatz, der aus der Hirnforschung kommt, versucht zu ergründen, wie Musik im Gehirn wahrgenommen, verarbeitet und entziffert wird. Der letzte Schritt – die Entzifferung oder Dekodierung von Musik – ist vielleicht das größte Geheimnis. Denn es gibt in unserem Gehirn, von außen betrachtet, keine Töne, keine Farben, keine Wärme oder Kälte, keinen Geruch und keinen Geschmack, sondern lediglich

elektro-chemische Impulse, die sich substanziell nicht voneinander unterscheiden. Was aber macht dann den Unterschied zwischen einer Beethoven-Sonate und einem Fünf-Gänge-Menü aus? Ein entscheidendes Moment für die Differenzierung dessen, was wir wahrnehmen, fühlen und erleben, ist die Lokalisation von Erregungsimpulsen innerhalb bestimmter Gehirnareale.
Die Suche nach dem Ort eines „Musikzentrums", so Altenmüller (2002), also nach Großhirnarealen, in denen Musik verarbeitet wird, begann bereits im 19. Jahrhundert anhand von Hirnläsionsstudien. Dabei wurde das Verhalten hirngeschädigter Patienten untersucht. Aus den Leistungseinbußen – etwa der Unfähigkeit, ein Lied zu erkennen – wurde geschlossen, dass der Ort der Schädigung mit der betreffenden Fähigkeit zusammenhängen müsse. Obwohl diese Methode verschiedensten Einschränkungen unterworfen ist, konnten Wissenschaftler zum Beispiel die Orte der Sprachverarbeitung im Gehirn schon damals recht gut bestimmen. Wo und wie das Gehirn Musik verarbeitet, blieb dagegen auf Grund widersprüchlicher Befunde unklar. Es zeigte sich, dass musikalische Leistungen sowohl nach Schädigung der linken als auch der rechten Hirnhälfte ausfallen können. Solche Defekte treten nicht nur bei Beeinträchtigung der Hörareale des Temporal-Lappens auf, sondern auch dann, wenn Frontalhirn und Parietalregionen betroffen sind.
Weitere Fortschritte, so führt Spitzer (2002) aus, wurden erst erzielt, als es im Rahmen von Operationen am Gehirn möglich wurde, das Gehirn direkt elektrisch zu stimulieren. Dieses Verfahren dient in erster Linie dazu, anhand der Reaktion des Patienten genau festzulegen, wo beispielsweise ein bestimmter Schnitt im Gehirn gemacht werden kann, ohne wesentliche Hirnfunktionen zu beeinträchtigen. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse, die sich daraus ergeben, sind also eher ein „Nebenprodukt". Tatsächlich fand man aber bei der Reizung mancher Patienten während der Operation am Temporal-Lappen musikalisches Erleben, wie in einer Beschreibung von Penfield & Perot (1963) dargestellt: „Bei der Patientin N. C. kam es bei Stimulation des Punktes Nr. 23 auf der ersten Temporalwindung jedes Mal zum musikalischen Empfinden, und das Orchester spielte immer solange wie die Stimulation andauerte." (zitiert nach Spitzer (2002, S. 180)).
Mit diesen und ähnlichen Untersuchungen konnte somit eindeutig nachgewiesen werden, dass das Erleben von Musik – wie auch das Erleben anderer Sinnesmodalitäten – durch direkte Reizung bestimmter Regionen des Gehirns (re-)produziert werden kann.
Mittlerweile stehen der Hirnforschung mit EEG und moderneren bildgebenden Verfahren Möglichkeiten zur Verfügung, die die Untersuchung von Struktur und Funktionen des menschlichen Gehirns nicht-invasiv und in vivo erlauben.

Hirnphysiologische Grundlagen

Im Folgenden sollen die Charakteristika der Hirnanatomie und -physiologie erläutert werden, die als Grundlage zum Verständnis der elektromagnetischen und bildgebenden Verfahren in der Hirnforschung notwendig erscheinen. Wie fast überall in der Natur zeigt sich auch beim Menschen eine klar gegliederte Struktur:

sein Körper setzt sich aus unterschiedlichen Organen und Organsystemen zusammen. Ein Organ wird aus verschiedenen Geweben gebildet. Als Gewebe bezeichnet man einen Verbund von Zellen mit gleicher Funktion und Bauart. Die Zellen schließlich sind die kleinsten Bau- und Funktionseinheiten des Organismus. Diese Einteilung soll als Raster dienen, um Struktur und Funktion des Gehirns, seiner Gewebetypen und der Nervenzelle zu beleuchten.

Gehirn und Neuroplastizität

Offensichtlich ist das Gehirn mehr als nur die Summe seiner Teile. Gäbe man in einer 8-Millionen-Stadt wie New York jedem Einwohner 10.000 Schnüre in die Hand, um sich mit anderen Einwohnern zu verbinden, so müsste man sich das Netzwerk des menschlichen Gehirns immer noch um ein Tausendfaches größer vorstellen. Laut Spitzer (2002) entspricht die Aufnahme- und Verarbeitungskapazität unseres Gehirns in etwa der Informationsmenge von 300 Megabyte pro Sekunde. Diese enorme Leistungskapazität des menschlichen Gehirns wird durch eine außerordentliche Fähigkeit zu neuronalen und genetischen Anpassungsvorgängen im Zentralnervensystem noch um ein Vielfaches erhöht. Diese Adaptationsprozesse an die Lebenserfahrung eines Organismus werden als Neuroplastizität bezeichnet. Erstaunlicherweise sind diese Erkenntnisse relativ neu. Bis vor etwa 20 Jahren ging die Wissenschaft noch davon aus, dass es sich beim Gehirn um ein überwiegend statisches Organ handelt, dessen Zellen die Fähigkeit zur Regeneration verloren haben. Dass dieses Dogma widerlegt werden konnte, gehört bisher sicherlich mit zu den wichtigsten Ergebnissen, die durch die wissenschaftlichen Anstrengungen während der letzten Jahre erzielt werden konnten. Neuroplastizität findet auf verschiedenen Ebenen (Synapse, Nervenzelle, kortikale Karte) und in verschiedenen Zeiträumen (Sekunden und Stunden bis Monate und Jahre) praktisch zeitlebens statt. Die Verarbeitung von Musik durch das Gehirn sowie die durch Musik hervorgerufenen Veränderungen desselben stellen ein als ideal zu bezeichnendes Modell für die Neuroplastizität dar. Bezogen auf die Musik bedeutet dies nicht mehr und nicht weniger, als dass jede Form von gehörter und gemachter Musik zu funktionellen und / oder strukturellen Veränderungen im menschlichen Gehirn führt. Dies zeigt sich z. B. im Vergleich zwischen Musikern und Nicht-Musikern: Schlaug et al. (1995) fanden bei ersterer Gruppe einen vergrößerten vorderen Balken (Corpus callosum), der wichtigsten Verbindung zwischen den beiden Hirnhälften. Elbert et al. (1995) konnten zeigen, dass sich das für die Finger der linken Hand zuständige kortikale Areal bei Gitarristen und Geigespielern um 1,5 bis 3,5 cm vergrößert, wenn vom frühen Kindesalter an viel geübt wurde.

Das Wissen um diese Vorgänge ist nicht nur grundlagen-theoretisch, sondern auch klinisch-praktisch von Interesse. Zum Beispiel für die Rehabilitationstherapie nach Schlaganfällen, aber zunehmend auch für die Konzeption, Durchführung und Evaluierung von Psychotherapie.

Hirngewebe und Blut

Das Nervengewebe von Gehirn und Rückenmark ist in graue und weiße Substanz aufgeteilt, wobei sich die graue Substanz hauptsächlich aus den Zellkörpern der Nervenzellen (Neurone) zusammensetzt und die weiße aus langen Fortsätzen, den Axonfasern. Die Axone fast aller Neurone sind von einer lipidhaltigen Substanz umgeben, die ihnen die weißliche Farbe verleiht.
Außer dem Nervengewebe finden sich noch weitere Gewebetypen im Gehirn, bzw. an dieses angrenzend. Dazu gehören das Epithelgewebe (z. B. von Blutgefäßen), Binde- und Stützgewebe (z. B. Knochenstrukturen) und Muskelgewebe. Daneben lassen sich verschiedene Flüssigkeiten (v. a. Blut und Liquor) differenzieren. Die aufgeführten Gewebearten zeichnen sich u. a. dadurch aus, dass sie sich in ihrem Wassergehalt unterscheiden. Dies ist, wie wir noch sehen werden, ein entscheidendes Merkmal für die bildliche Darstellung weißer und grauer Substanz in der Kernspintomographie.
Das Blut hat im menschlichen Organismus vielfältige Aufgaben zu erfüllen. Eine der wichtigsten stellt die Transportfunktion dar: das Blut befördert Sauerstoff und Nährstoffe (z. B. Glukose) zu den Zellen und führt gleichzeitig Kohlendioxid und Stoffwechselabfallprodukte wieder ab. Obwohl das Gehirn bei einem durchschnittlichen Gewicht von ca. 1300 Gramm mit nur 2% am Körpergewicht beteiligt ist, verbraucht es 15 bis 20 Prozent des Herzminutenvolumens, womit die Bedeutung der Blutversorgung des Gehirns dokumentiert wird. Dabei werden insbesondere die Regionen mit Sauerstoff und Glukose angereichertem Blut versorgt, die gerade besonders aktiv sind. Dieser inzwischen auch experimentell nachgewiesene Zusammenhang zwischen Blutfluss und Hirnaktivierung ist das wesentliche Paradigma, auf das sich die funktionelle Bildgebung stützt. In diesem Zusammenhang ist noch eine Besonderheit zu erwähnen: der Chemiker und Doppelnobelpreisträger Linus Pauling hatte herausgefunden, dass sauerstoffreiches Blut geringfügig andere magnetische Eigenschaften besitzt als sauerstoffarmes – eine Erkenntnis, die etwa ein halbes Jahrhundert später zur Entwicklung der funktionellen Kernspintomographie führen sollte.

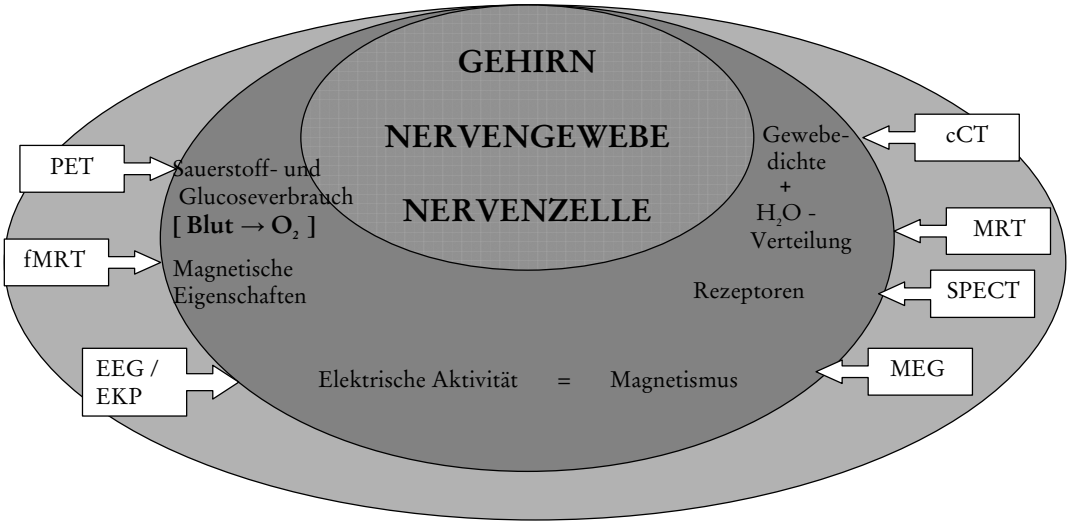
Nervenzelle (Neuron)

Bei einem Neuron handelt es sich um einen speziellen Typ einer lebenden Zelle, die auf Erregung und Erregbarkeit spezialisiert ist. Das typische Neuron besteht aus einem Zellkörper, von dem mehrere kurze Fortsätze, die Dendriten, sowie ein einziger langer Fortsatz, das Axon, ausgehen. Die Dendriten erhalten elektrische Impulse von anderen Neuronen und leiten diese weiter an den Zellkörper. Das Axon leitet die Erregungen in die entgegen gesetzte Richtung, nämlich vom Zellkörper zu den Dendriten anderer Neurone und zu Muskeln und Drüsen. Diese Erregung ist ein mit empfindlichen Instrumenten messbarer elektrischer Strom, das so genannte Aktionspotenzial. Das bedeutet, dass sich in Regionen mit erhöhter Hirnaktivität ein zeitlich synchrones Muster von elektrischen Entladungen fin-

den und registrieren lässt. Bereits im 19. Jahrhundert zeigte der dänische Chemiker und Physiker Ørsted, dass elektrischer Strom ein Magnetfeld erzeugt. Auch dieses Phänomen konnte sich die Bildgebung durch das Verfahren der Magnetenzephalographie (MEG) zu Nutze machen.
Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass die Zellen in unseren Sinnesorganen distinkte physikalische Reize in Impulse umwandeln, welche von unserem Nervensystem weiterverarbeitet werden. Hinter diesem, auf den ersten Blick einfachen Prinzip steckt jedoch ein komplexes System von Verarbeitungsmodi. Spitzer (2002, S. 173) schreibt dazu: „Auf der Ebene einzelner Neuronen des Hörkortex lassen sich beispielsweise zwar solche finden, die bei einem Ton einer bestimmten Frequenz anfangen zu feuern und aufhören, wenn der Ton aufhört. Dies ist aber nur eine Möglichkeit der ‚Antwort' kortikaler Neurone. Andere feuern dauernd mit einer bestimmten Rate und hören damit auf, wenn der Ton kommt. Wieder andere feuern nur dann, wenn sich gerade etwas ändert. Wie diese Kodes dann miteinander im Einzelnen verrechnet werden, um zu einer einheitlichen Wahrnehmung zu führen, ist noch nicht völlig geklärt. Noch bis vor etwa zwei Jahrzehnten lag es daher im Bereich der Spekulation, wie das Gehirn mit Tönen und Musik umgeht. Dies hat sich geändert. (…)"

Eine Synopsis der dargestellten Prinzipien der Hirnphysiologie gibt die folgende Abbildung:

Abb. 1 Grundlagen der Hirnphysiologie. Innerer Ring: Strukturebenen. Mittlerer Ring: Gewebe- und Zellcharakteristika. Äußerer Ring: Bildgebende Verfahren.



Legende: PET = Positronen-Emissions-Tomographie, fMRT = funktionelle Magnetresonaz-Tomographie, EEG = Elektroenzephalogramm, EKP = Ereigniskorrelierte Potentiale, cCT = kraniale Computertomographie, MRT = Magnetresonanztomographie, SPECT = Single-Photon-Emissions-Computertomographie, MEG = Magnet-Enzephalographie

Zu diesen Fortschritten in Bezug auf das Verständnis der Enkodierung und der Repräsentation von Musik im Gehirn während der letzten zwei Jahrzehnte haben die elektromagnetischen und bildgebenden Verfahren einen nicht unwichtigen Beitrag geleistet. Die wichtigsten dieser Methoden sollen im Folgenden kurz dargestellt werden.

Elektromagnetische und bildgebende Verfahren

Elektromagnetische Verfahren

Die Elektroenzephalographie (EEG) registriert die bioelektrischen Erscheinungen der Hirntätigkeit, wie das EKG die der Herzaktion aufzeichnet. Dabei werden Potenzialschwankungen der Hirnrinde (Eindringtiefe 1–2 cm) im µV-Bereich gemessen, was in etwa einem Zehntel der Spannung des EKG entspricht. Während das klinische Routine-EEG mit einer Ableitung von 15–25 Elektroden auskommt, werden für wissenschaftliche Fragestellungen bis zu 256 Elektroden verwendet, was die Ortsauflösung und „Tiefenschärfe" erheblich verbessert. Trotzdem bleibt die räumliche Auflösung im Vergleich zu den bildgebenden Verfahren eher mäßig. Der große Vorteil des EEG liegt in der zeitlichen Auflösung, die im Millisekunden-Bereich liegt.

Field et al. (1998) untersuchten 14 chronisch depressive, weibliche Jugendliche mittels EEG und Speichelproben im Ruhezustand, während und nach dem Hören einer 23-minütigen Rockmusik-Aufnahme. Es zeigte sich, dass die mit negativem Affekt einhergehende und für Depressive typische rechtsseitig frontal akzentuierte Aktivierung abnahm und auch der Level des Stresshormons Cortisol in der Speichelprobe sank. Die Autoren schlossen aus ihrer Untersuchung, dass ein positiver Effekt der Musik auf die physiologischen und biochemischen Parameter schon nachweisbar war, obwohl sich subjektiv bei den untersuchten Patientinnen noch keine Stimmungsveränderung bemerkbar gemacht hatte.

Die Ereigniskorrelierten Potentiale (EKP) sind eine Sonderform des EEG und verkörpern einen eigenständigen Forschungsansatz. Unter ereigniskorrelierter Aktivität versteht man hirnelektrische Potenzialverschiebungen, die bei sensorischer Reizung (z. B. durch akustische (AEP) oder visuelle Stimuli (VEP) wiederholbar und mit gleicher Charakteristik auftreten. Die Isolation dieser umschriebenen Potenziale erfolgt durch eine Mittelungstechnik, wodurch die charakteristischen Kurven aus dem Rauschen der Spontanaktivität extrahiert und sichtbar gemacht werden können. Den einzelnen Komponenten der EKP können spezifische kognitive Funktionen zugeordnet werden, z. B. bei der Sprach- und Musikverarbeitung, bei Gedächtnisaufgaben und Prozessen der visuellen Aufmerksamkeit.

In einer Untersuchung an insgesamt 62 Männern und Frauen konnten Koelsch et al. (2003) mittels EKP erstmals Geschlechtsunterschiede in der Verarbeitung von Musik nachweisen. Die in eine harmonische Akkordfolge eingefügten Neapolitanischen Akkorde bzw. Halbton-Cluster führten bei Frauen zu einer bilateralen

Generierung der music-syntactic mismatch negativity (MMN), bei Männern dagegen zu einer überwiegend rechts-hemisphärisch ausgeprägten Aktivierung.

Die Magnetenzephalographie (MEG) ist ein neueres Verfahren, das die Ableitung der magnetischen Aktivität des Gehirns ermöglicht. Grundlage des Biomagnetismus sind homogen ausgerichtete Neuronenverbände, deren Aktivierungen sich durch postsynaptische Potenziale makroskopisch addieren und orthogonal zu den Stromquellen des EEG stehen (Boelmans und Meuth, 2003). Ein Vorteil des MEG gegenüber dem EEG ist die höhere räumliche Auflösung.

Gunji et al. (2003) präsentierten in einem Experiment 11 Probanden unterschiedliche Klänge, die von Streichinstrumenten bzw. der menschlichen Stimme (professionelle Sängern) erzeugt wurden. Es zeigte sich, dass die durch die menschliche Stimme hervorgerufene Aktivierung (sustained field, SF) bilateral stärker ausgeprägt war als die durch die instrumentalen Klänge evozierte. Dieses Ergebnis wird von den Autoren dahingehend interpretiert, dass die Verarbeitung der menschlichen Stimme (ohne phonologische Information) mit einer spezifischen Aktivierung der auditorischen Cortices in beiden Hemisphären einhergeht. Dies unterstreicht die besondere biologische Bedeutung humaner Laute für den Menschen.

Strukturelle bildgebende Verfahren

Unter die strukturellen bildgebenden Verfahren fallen Methoden, mit denen es möglich ist, das Gehirn in vivo abzubilden. Der Durchbruch auf diesem Gebiet wurde erst durch die Einführung computergestützter Verfahren Ende der 1960er Jahre erreicht. Während man bei konventionellen Röntgenaufnahmen etwa 20–30 Grauabstufungen unterscheiden kann, entwickelten Cormack und Hounsfield eine Röntgen-Technik, mit der mehr als 200 Abstufungen ermöglicht wurden: die Computer-Tomographie (CT).
Bei der CT wird mittels Röntgenstrahlen eine Serie von Schnittbildern des Gehirns aufgenommen. Der Patient liegt mit seinem Kopf im zylindrischen Innenraum des Tomographen. Auf der einen Seite befindet sich eine Röntgenröhre, deren Strahlung den Kopf des Patienten durchdringt und auf der anderen Seite von einem Röntgendetektor aufgefangen wird. Der Detektor ist jedoch keine Fotoplatte wie beim konventionellen Röntgen, sondern ein Sensor, der mit einem Computer verbunden und weit empfindlicher ist. Röntgenröhre und Sensor drehen sich automatisch um den Kopf des Patienten. Alle Messergebnisse werden in den Computer eingespeist und dort zu einem CT-Scan verrechnet. Anschließend wird die Röhre entlang der Körperachse parallel verschoben und das Verfahren mehrmals wiederholt. Aus diesen Schnittbildern kombiniert der Computer dann ein mehrdimensionales Bild des Gehirns.

Die Magnetresonanztomographie (MRT) oder Kernspintomographie beruht auf den magnetischen Eigenschaften der Körpergewebe, die mit dem Kernspin der Wasserstoffatome zusammenhängen. Werden diese einem starken Magnetfeld ausgesetzt (ein Kernspintomograph ist letztendlich ein großer Magnet, dessen Anzie-

hungskraft tausendmal größer ist als das Magnetfeld der Erde), so verhalten sich die Atomkerne wie winzige Kompassnadeln und richten sich nach dem äußeren Magnetfeld aus. Durch Einstrahlung eines Hochfrequenzpulses – im Prinzip einer Radiowelle – wird die durch das permanente Magnetfeld bestehende Längsmagnetisierung in eine Quermagnetisierung umgewandelt. Die Atomkerne werden in ihrem Spin (einer Art Kreiselbewegung) gekippt. Wird dieser Hochfrequenzpuls wieder abgeschaltet, kippen die Atomkerne wieder in ihren Ausgangszustand zurück und senden nun selber eine elektromagnetische Welle aus. Diese Welle wird von Spulen im MR-Gerät gemessen und dient als Grundlage der Signaldetektion. Da die Dichte der Wasserstoffatome abhängig vom Gewebetyp unterschiedlich ist, entstehen Bilder mit unterschiedlichen Grauabstufungen, die hochauflösende Abbildungen des Gehirns ermöglichen. Da das Verfahren auf der Reagibilität des Gewebes gegenüber wechselnder Magnetfelder beruht, kann der Einsatz von Röntgentechnik und der damit verbundenen Strahlenbelastung vermieden werden, was einen wesentlichen Vorteil für die Anwendbarkeit darstellt.

1995 konnten Schlaug et al. mittels MRT zeigen, dass Musiker (im Vergleich zu Nicht-Musikern) einen vergrößerten Balken (Corpus Callosum) aufweisen. Diese Untersuchung und spätere Befunde sprechen dafür, dass mit der ausgeprägteren Verbindung der beiden Hirnhälften auch eine verbesserte Integration der motorischen Fähigkeiten (z. B. beim Klavierspielen) einhergeht.

Zu den neueren Verfahren gehört das Diffusion Tensor Imaging (DTI), welches gleichfalls auf dem Prinzip der MR-Technik beruht. Es erlaubt die Darstellung von Nervenfaserverbindungen in der weißen Substanz im lebenden Gehirn.

Hierzu liegt bislang lediglich eine einzige Studie vor: Schmithorst und Wilke (2002) untersuchten mit DTI ebenfalls Musiker und Nicht-Musiker. Die gefundenen Veränderungen der Architektur der weißen Substanz (u. a. auch im vorderen Bereich des Corpus callosum) wurden dem musikalischen Training zugeschrieben.

Funktionelle bildgebende Verfahren

Im Gegensatz zu den strukturellen Verfahren, mit Hilfe derer sich anatomische Gehirnbilder erzeugen lassen, bieten die funktionellen Verfahren die Möglichkeit, dem Gehirn „bei der Arbeit zuzusehen“.
Zu den Methoden aus dem nuklearmedizinischen Bereich gehören die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) sowie die Einzelphotonen-Emissionstomographie (SPECT).
Grundprinzip der PET ist die radioaktive Markierung von Sauerstoff oder Glukose, so dass sich die jeweilige Substanz gut verfolgen lässt. Als Marker wird in diesem Fall ein radioaktives Atom (Beta-Plus-Strahler) verwendet, das einen instabilen Kern enthält, der mit sehr hoher Geschwindigkeit Positronen aussendet. Positronen sind den Elektronen ähnliche Elementarteilchen, die sich von diesen darin unterscheiden, dass sie nicht negativ, sondern positiv geladen sind.

Der radioaktive Marker wird intravenös injiziert und gelangt mit dem Blutstrom ins Gehirn. Die ausgesandten Positronen stoßen mit Elektronen in anderen Molekülen im Gehirn zusammen. Die Elektronen und Positronen vernichten sich dabei gegenseitig – man sagt sie „zerstrahlen" – und bilden zwei Photonen mit charakteristischer Energie (Gamma-Strahlung). Da diese hochenergetischen Gamma-Strahlen weite Strecken zurücklegen können, passieren sie problemlos die Schädeldecke und treffen anschließend auf Sensoren, aus deren Signalen ein Bild des arbeitenden Gehirns errechnet wird. Glukose bzw. Sauerstoff reichern sich vorwiegend in den Gehirnregionen mit dem aktuell höchsten Bedarf an – also dort, wo „am schwersten gearbeitet" wird. Dies macht man sich zu Nutze, indem man die gewonnenen Bilder mit Aufnahmen aus dem Ruhezustand vergleicht. Daraus ergeben sich Hinweise, wo genau im Gehirn bei einer bestimmten Leistung oder einem definierten Erlebnis eine Aktivierung stattfindet.

Blood und Zatorre (2001) untersuchten 10 Musiker mit PET, während diese ein jeweils selbst ausgewähltes klassisches Musikstück hörten, das stark positiv konnotiert sein und beim Hören eine „Gänsehaut" hervorrufen sollte (was in 77% der Fälle auch tatsächlich eintrat). Einen mit der Stärke dieser Emotionen assoziierten Durchblutungsanstieg fanden die Autoren in Gehirnarealen, die Teil des „Belohnungssystems" darstellen, welches durch biologisch relevante Stimuli – wie Sex und Essen – oder auch Drogen aktiviert wird.

Die SPECT arbeitet nach einem ähnlichen Prinzip und wird am häufigsten für Rezeptorligandenstudien eingesetzt, welche z. B. Aussagen über die Verteilung von Rezeptoren in bestimmten Arealen des Gehirns erlauben.

In einer Einzelfallstudie untersuchten Genc et al. (2001) eine 48-jährige Patientin, die seit ihrem 32. Lebensjahr unter musikogenen epileptischen Anfällen litt. Darunter wird eine besondere Form der Epilepsie verstanden, bei der die Anfälle durch Musik ausgelöst werden. Außer einer CT und MRT wurde auch eine SPECT vor und während des Anfalls durchgeführt. In der SPECT-Untersuchung zeigte sich eine vermehrte Durchblutung im Bereich des rechten vorderen und medialen Schläfenlappens. Diese Ergebnisse unterstützen die Annahme, dass der rechte Schläfenlappen eine wichtige Rolle in der Musikverarbeitung spielt und dass mediale Strukturen in Bezug auf den affektiven Inhalt von Musik bei musikogener Epilepsie von Bedeutung sein könnten.

Die derzeit vielversprechendste Methode stellt die funktionelle Magnetresonanztomographie (fMRI) dar. Diese macht sich die oben bereits erwähnten besonderen magnetischen Eigenschaften des Blutes zu Nutze. Vom roten Blutfarbstoff, dem Hämoglobin, ist bekannt, dass es abhängig vom Oxigenierungsgrad, also der Beladung mit Sauerstoff, seine Struktur ändert. Dies hat einen Einfluss auf seine magnetischen Eigenschaften. Mit Hilfe der MR-Technik können feinste Änderungen des magnetischen Feldes detektiert werden, wie sie beispielsweise abhängig vom Sauerstoffverbrauch in den betreffenden Hirnarealen verursacht werden. Somit kann das Blut als körpereigenes Kontrastmittel genutzt werden. Dieser Me-

chanismus wird als Blood-Oxigenation-Level-Dependent-Effect (BOLD-Effekt) bezeichnet. Mittels der fMRI ist es möglich, kognitive Funktionen und auch emotionale Prozesse des Gehirns mit einer räumlichen Auflösung im Bereich von einem Millimeter und einer zeitlichen Auflösung im Bereich von einer Sekunde zu kartieren.

In Science wurde 2002 eine fMRI-Studie veröffentlicht, in der Janata et al. eine Region im rostromedialen präfrontalen Kortex identifizieren konnten, in der die zwölf Dur- und Molltonarten selektiv repräsentiert sind. Herausgefunden hatten die Autoren dies, indem sie 8 Probanden im Kernspintomographen Melodien vorspielten, die systematisch durch alle Tonarten modulierten. Dieses Paradigma war, mit verschiedenen expliziten Aufgabenstellungen (z. B. Erkennen eines Klangwechsels (Flöte statt Klarinette)) verbunden, mehrfach wiederholt worden. Mittels einer Regressionsanalyse ließen sich die Areale isolieren, die spezifisch beim Wechsel in eine bestimmte Tonart aktiviert wurden. Die Repräsentation tonaler Strukturen scheint aber im Gegensatz z. B. zu visuellen Objekten topographisch nicht absolut, sondern dynamisch angelegt zu sein. Die Ergebnisse der Studie unterstützen Hinweise darauf, dass der mediale präfrontale Kortex eine wichtige Schnittstelle in der Verschaltung sensorischer, kognitiver und affektiver Informationen bei der Musikrezeption darstellt.

Wichtig ist dabei zu bedenken, dass es sich auch bei der fMRI nur um eine indirekte Darstellung von Hirnaktivierung handelt. Walter (2003, S. 67) schreibt dazu: „Die fMRT misst kein absolutes Signal, sondern nur relative Unterschiede. Die ‚Aktivitätskarten' des Gehirns sind in Wirklichkeit farbkodierte statistische Signifikanzkarten".

„Fenster des Geistes" und „Musik im Kopf" – Implikationen für die Musiktherapie

Wenngleich die neurobiologische Forschung in der Musik(-therapie) noch immer am Anfang steht, kristallisieren sich doch allmählich bestimmte Konzepte heraus, die bei aller Vorsicht als Fundament für weiterführende Studien angenommen werden können. Es kann heute davon ausgegangen werden, dass es im Gehirn nicht ein „Musikzentrum" gibt, sondern dass Musikrezeption und aktives Musizieren zum einen modular organisiert sind, und zum anderen sich überlappend auf verschiedenen Ebenen hierarchisch angeordnet sind (Altenmüller, 2003). Des Weiteren kann als wahrscheinlich gelten, dass – wie bei anderen komplexen Fähigkeiten (z. B. der Sprache) auch – umschriebene Hirnareale bzw. distinkte Verbindungen zwischen Neuronengruppen (Schleifen oder circuits) existieren, die spezifische Aufgaben innerhalb des „musikalischen Netzwerkes" innehaben. Dieser Prozess der Spezialisierung spiegelt sich auch in der Lateralisierung von Hirnfunktionen wider (d. h. bei bestimmten Aufgaben lässt sich eine stärkere Aktivierung der einen oder anderen Hemisphäre finden).

Während das Konzept einer einfachen Links-Rechts-Dichotomisierung in Bezug auf Sprach- und Musikrepräsentation im Gehirn als überholt gelten darf, zeigt sich die Lateralisierung von umschriebenen Funktionen z. B. in der Verarbeitung von Tonhöhenänderungen (sequential pitch variations) in posterioren Bereichen des rechten oberen Temporallappens. Dagegen wurde für die Interpretation von Zeitstrukturen (metric interpretation) eine bilaterale Repräsentation im anterioren oberen Temporallappen gefunden (Liégeois-Chauvel et al., 1998).

Zudem scheint es so zu sein, dass individuelle Muster der Musikprozessierung in hohem Maße abhängig von den subjektiven Vorerfahrungen (z. B. der Lernbiographie) sind, wie Altenmüller et al. (1997) in einer EEG-Studie nachweisen konnten. Hüther (2004, S. 19) spricht in diesem Zusammenhang von „erfahrungsabhängiger Plastizität neuronaler Verschaltungen".

Abschließend soll die Frage behandelt werden, inwiefern die Musiktherapie im Allgemeinen, aber auch der praktisch tätige Musiktherapeut im Besonderen, von den oben aufgeführten Verfahren bzw. von dem Wissen um diese profitieren kann. Nicht nur unter den Vorzeichen einer auf (Kosten-)Effizienz zielenden Gesundheitspolitik, sondern auch auf den Anspruch einer wissenschaftlich begründeten Therapieform bezogen, wird es für die Musiktherapie in Zukunft darum gehen, ein möglichst einheitliches Konzept zu Wirkungen und Nebenwirkungen, Indikationen und Kontraindikationen sowie Heilungschancen und Grenzen der musiktherapeutischen Behandlung vorzulegen und öffentlich zu vertreten. Damit kommen wir wieder zur eingangs von Johannes Kepler aufgeworfenen Frage: „Wie kann die Musik in eines anderen Menschen Leib wirken?" oder moderner formuliert „Was wirkt wie?". Die elektromagnetischen und bildgebenden Verfahren bieten eine Reihe vielversprechender Ansätze, der Beantwortung dieser Kernfrage für die Musiktherapie näher zu kommen. Daher möchte ich der „3-W-Frage" eine „3-E-Antwort" gegenüber stellen.

1. Evolution

Obwohl die Musiktherapie zusammen mit der verbalen Psychotherapie zu den ältesten psychosozialen Therapieformen gezählt werden darf, steckt sie als wissenschaftliche Disziplin noch immer in den Kinderschuhen. Die dafür angeführten Gründe sind so vielfältig wie widersprüchlich. Es wird dann eine Zukunft für die Musiktherapie (auch im deutschen Gesundheitswesen) geben, wenn sie sich einem „Evolutionsprozess" nicht verschließt. Dazu bedarf es einer Fort- und Weiterentwicklung in Praxis und Theorie. Insbesondere für den Bereich der Grundlagenforschung könnten neurowissenschaftliche Methoden einen entscheidenden Beitrag leisten.

2. Evidenz

Die Forderung nach einer „evidenz-basierten Musiktherapie" würde wohl ähnlich wie in der Medizin zunächst eher Kopfschütteln und Stirnrunzeln verursachen. Andererseits muss die Erwartung (z. B. von Patientenseite) an den Therapeuten

legitim sein, dass dieser eine Vorstellung hat von dem, was er bei jenem „auslöst". Und zwar nicht nur auf der Verhaltensebene, sondern auch auf neurobiologischer Ebene. Diese „Erkenntnis" sollte nicht rein empirisch, sondern auch wissenschaftlich nachweisbar belegt sein.

3. Evaluation

Von zunehmender Wichtigkeit für den Stellenwert therapeutischer Verfahren stellt sich der Wirksamkeitsnachweis dar. Das bedeutet: eine Behandlungsmethode wird dann angewendet (und bezahlt) werden, wenn sie einer anderen in ihrem „outcome" überlegen ist. Daran wird sich auch die Musiktherapie messen lassen müssen. Deshalb sind Evaluationsstudien im Bereich der Musiktherapie und Musikmedizin von höchster Priorität für die kommenden Jahre. Dass die Auswirkungen von Musik oder musiktherapeutischen Interventionen auf den einzelnen Patienten zum einen schwer zu objektivieren, zum anderen noch schwieriger zu validieren sind, wird niemand ernsthaft anzweifeln. Daher wird es notwendig sein, qualitative und quantitative Forschungsansätze in einer Weise zu verbinden, die es erlaubt, individuellen und musiktherapie-immanenten Besonderheiten ebenso Rechnung zu tragen wie psychologisch-medizinischen Forschungsstandards in der Psychotherapie-Evaluation.

Für Evolution, Evidenz und Evaluation von Praxis und Forschung in der Musiktherapie stellen die elektromagnetischen und bildgebenden Verfahren eine große Chance dar. Gerade die nicht-invasiven Methoden ermöglichen einen Blick durch die „Fenster des Geistes" und bieten die Gelegenheit, der „Musik im Kopf" und ihren Auswirkungen nachzuspüren. Diese Verfahren werden interdisziplinär eine immer größere Rolle nicht nur in der Grundlagenforschung, sondern in absehbarer Zukunft auch in Diagnostik, Therapieplanung und -evaluation und schließlich auch in der Prävention spielen. Zudem können einige Methoden auch selbst als therapeutische Verfahren eingesetzt werden (z. B. Transkranielle Magnetstimulation (TMS) oder auch Formen des EEG (z. B. Meister et al., 1999)).

Literatur:

Altenmüller, E., Gruhn, W., Parlitz D. et al. (1997): Music learning produces changes in brain activation patterns: a longitudinal DC-EEG-study. Int. J. Arts Med. 5, 28–34

Altenmüller, E. (2002): Musik im Kopf. Gehirn & Geist 1, 18–25

Altenmüller, E. (2003): How many music centres are in the brain? In: Peretz, I., Zatorre, R. (Hg.): The cognitive neuroscience of music. New York

Blood, A., Zatorre, R. (2001): Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion. PNAS 98(20), 11818–11823

Boelmans, K., Meuth, S. (2003): Bildgebung auf makroskopischer Ebene. In: Budde, T., Meuth, S. (Hg.): Fragen und Antworten zu den Neurowissenschaften. Bern

Elbert, T., Pantev, C., Wienbruch, C., Rockstroh, B., Taub, E. (1995): Increased cortical representation of the fingers of the left hand in string players. Science 270 (5234), 305–7

Field, T., Martinez, A., Nawrocki, T., Pickens, J., Fox, N., Schanberg, S. (1998): Music shifts frontal EEG in depressed adolescents. Adolescence 33(129), 109–116

Genc, B. O., Genc, E., Tastekin, G., Iihan, N. (2001): Musicogenic epilepsy with ictal single photon emission computed tomography (SPECT): could these cases contribute to our knowledge of music processing? Eur J Neurol 8(2), 191–194

Gunji, A., Koyama, S., Ishii, R., Levy, D., Okamoto, H., Kagigi, R. et al. (2003): Magnetencephalographic study of the cortical activity elicited in human voice. Neurosci Lett, 348(1), 13–16

Hüther, G. (2004): Ebenen salutogenetischer Wirkungen von Musik auf das Gehirn. Musiktherapeutische Umschau 25,1, 16–26

Janata, P., Birk J. L., Van Horn, J. D., Leman, M., Tillmann, B., Bharucha, J. J. (2002): The cortical topography of tonal structures underlying western music. Science 298, 2167–70

Koelsch, S., Maess, B., Grossmann, T., Friederici, A. (2003): Electric brain responses reveal gender differences in music processing. Neuroreport 14(5), 709–713

Liégeois-Chauvel, C., Peretz, I., Babai, M., Laguitton, V., Chauvel, P. (1998): Contribution of different cortical areas in the temporal lobes to music processing. Brain 121, 1853–67

Meister, M., Einsle, R., Brunner, J., Rhyner, K. (1999): Psychofonie – eine Neurophysiologische Klangtherapie bei Migräne. Praxis 88, 946–49

Schlaug, G., Jancke, L., Huang, Y., Staiger, J., Steinmetz, H. (1995): Increased corpus callosum size in musicians. Neuropsychologia 33(8), 1047–1055

Schmithorst, V., Wilke, M. (2002): Differences in white matter architecture between musicians and non-musicians: a diffusion tensor imaging study. Neurosci Lett 321(1–2), 57–60

Spitzer, M. (2002): Musik im Kopf. Stuttgart

Walter, H. (2003): Können Hirnforscher Gedanken lesen? Psychologie heute 30, 64–69

Dr. med. Thomas Stegemann, Im Tale 20, 20251 Hamburg, tstegemann@gmx.de

Musiktherapie und Sozialrecht[1]

Peter Mrozynski, München und Stefan M. Flach, Burggen

Zusammenfassung

Der Beitrag erläutert die für die Musiktherapie (möglicherweise) relevanten gesetzlichen Regelungen in der Bundesrepublik Deutschland. Dazu wird die Zuordnung zu Heilmitteln und/oder Maßnahmen der Eingliederungshilfe diskutiert und auf Leitsätze höchstrichterlicher Rechtsprechung zurück gegriffen. Zur weiteren (sozialleistungs-) rechtlichen Absicherung wird eine konzeptionelle Verortung der Musiktherapie gefordert.

Abstract
Musik Therapy and Social Law

The article comments on the legal provisions which might be significant for music therapy in the Federal Republic of Germany. Methods of curing and steps to social integration are discussed with reference to head notes of Supreme Courts decisions. Clarity and definiteness are necessary to safeguard the entitlement to social security benefits.

In diesem Beitrag werden die wesentlichen sozialrechtlichen Regelungen erläutert, die für die Musiktherapie von Bedeutung sein können.
Vorab ist zu erwähnen, dass es innerhalb des Sozialrechts kaum Spielräume für die Musiktherapie gibt und es deswegen im Folgenden hauptsächlich darum geht, zu erläutern, warum dies der Fall ist. Weiter ist aufzuzeigen, dass Musiktherapie nur in einem äußerst engen Rahmen in das Leistungssystem zu integrieren ist. Es besteht praktisch keine Rechtsprechung zur Musiktherapie, doch sind einige höchstrichterliche Entscheidungen und Leitsatzurteile anwendbar.

Zur Kostenübernahme musiktherapeutischer Leistungen ist von den Leistungsträgern her betrachtet vor allem an Krankenkassen und Sozialhilfeträger zu denken; auch Jugendämter könnten in Betracht kommen. Letztere erbringen jedoch aufgrund einer gesetzlichen Verweisung dieselben Leistungen wie die Sozialhilfeträger, so dass sich daraus keine zusätzlichen Gesichtspunkte ergeben (abgesehen davon, dass das Jugendhilferecht in § 35a 8. Sozialgesetzbuch (SGB VIII)[2] das Vorliegen einer Behinderung erfordert, während im Sozialhilferecht[3] nach einer wesentlichen Behinderung gefragt ist).

Krankenhilfe

Die Leistungen der Krankenversicherung sind im 5. Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt und beschrieben in § 1 SGB V (Solidarität und Eigenverantwortung):
„Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszu-

stand zu verbessern."
Zu den Leistungen wird ausgeführt: „Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen"[4].
Außer ärztlicher Behandlung gibt es im Sozialleistungsrecht der Krankenkassen im Wesentlichen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. Im Zusammenhang mit Musiktherapie ist ausschließlich an die Erbringung eines Heilmittels zu denken. Heilmittel haben sich im letzten Jahrzehnt zu therapeutischen Dienstleistungen entwickelt.

Am Beispiel der Ergotherapie soll dies näher aufgezeigt werden; gleichzeitig sei auf Analogien in den Leistungsbeschreibungen hingewiesen (gerade auch, da Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten historisch begründet eine Abgrenzung zur Ergotherapie suchen!).

Auszug aus den Heilmittelrichtlinien:

Die Maßnahmen der Ergotherapie (Beschäftigungs- und Arbeitstherapie) dienen der Wiederherstellung, Entwicklung, Verbesserung, Erhaltung oder Kompensation der krankheitsbedingt gestörten motorischen, sensorischen, psychischen und kognitiven Funktionen und Fähigkeiten. Sie bedienen sich komplexer aktivierender und handlungsorientierter Methoden und Verfahren, unter Einsatz von adaptiertem Übungsmaterial, funktionellen, spielerischen, handwerklichen und gestalterischen Techniken sowie lebenspraktischen Übungen. Sie umfassen auch Beratungen zur Schul-, Arbeitsplatz-, Wohnraum- und Umfeldanpassung.

20.1 Motorisch-funktionelle Behandlung
Eine motorisch-funktionelle Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Störungen der motorischen Funktionen mit und ohne Beteiligung des peripheren Nervensystems und der daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen[5]. Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum/r

- Abbau pathologischer Handlungs- und Bewegungsmuster
- Aufbau und Erhalt physiologischer Funktionen
- Entwicklung oder Verbesserung der Grob- und Feinmotorik
- Entwicklung oder Verbesserung der Koordination von Bewegungsabläufen und der funktionellen Ausdauer
- Verbesserung von Gelenkfunktionen einschließlich Gelenkschutz
- Vermeidung der Entstehung von Kontrakturen
- Narbenabhärtung
- Desensibilisierung bzw. Sensibilisierung einzelner Sinnesfunktionen
- Schmerzlinderung
- Erlernen von Ersatzfunktionen
- Verbesserung der eigenständigen Lebensführung, auch unter Einbeziehung technischer Hilfen

20.3 Hirnleistungstraining / neurologisch orientierte Behandlung
Ein Hirnleistungstraining / eine neuropsychologisch orientierte Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Störungen der neuropsychologischen Hirnfunktionen, insbesondere der kognitiven Störungen und der daraus resultierenden Fä-

higkeitsstörungen. Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum/r

- Verbesserung und Erhalt kognitiver Funktionen wie Konzentration, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit
- Orientierung, Gedächtnis sowie Handlungsplanung und Problemlösung
- Erlangen der Grundarbeitsfähigkeiten
- Verbesserung der eigenständigen Lebensführung, auch unter Einbeziehung technischer Hilfen

Man könnte das Problem von den Leistungserbringern in der Krankenversicherung her angehen und feststellen, dass vor allem Krankengymnasten, Logopäden und Ergotherapeuten in Betracht kommen. Die Praxis verfährt im Allgemeinen so, als gäbe es einen Numerus clausus der Leistungserbringer in der Krankenversicherung. Das Bundessozialgericht (BSG) hat jedoch anders entschieden und festgestellt, dass das SGB V keine Berufsgruppe als Leistungserbringer festschreibt[6]. So hat es entschieden, dass anstelle von Logopäden auch Linguisten zur Versorgung zuzulassen sind[7]. Inzwischen machen sich die Osteopathen auf den Weg, ihre Zulassung zur Versorgung durchzusetzen. Zugelassen werden kann ein Leistungserbringer nur, wenn er den Nachweis einer für die Leistungserbringung erforderlichen Ausbildung erbracht hat. Diese Ausbildung muss also nach bestimmten Qualitätskriterien geordnet sein und zu einem Abschluss führen. Interessant ist, dass dies keine staatlich geregelte Ausbildung sein muss, jedenfalls dann nicht, wenn der Berufsabschluss typischerweise nicht durch eine staatlich geregelte Berufsausbildung erlangt wird[8]. Daran müsste also die Zulassung der Musiktherapie nicht scheitern. Entscheidend ist nur die überprüfbare fachliche Qualifizierung.

Warum gibt es also Schwierigkeiten?
Sie leiten sich aus einem für die Krankenversicherung sehr wesentlichen, allgemeinen Kriterium ab. In seiner Rechtsprechung unterscheidet das BSG zwischen der relativen Gesunderhaltung und der gezielten Behandlung einer Krankheit. Insbesondere kann Heilmittel nur eine Dienstleistung sein, die gezielt der Krankenbehandlung dient. Es genügt nicht, dass sich eine bestimmte Maßnahme vorteilhaft auf die Gesunderhaltung auswirkt.
Es gibt einige Berufe, die haben sehr viel mit Krankheit und Behinderung zu tun und gehören dennoch nicht zum Leistungsspektrum der Krankenversicherung. Umstritten und noch nicht endgültig entschieden ist dies beispielsweise bei der Diätassistentin.
Rechtlich viel schwieriger ist die Auseinandersetzung um die Hippotherapie und neuerdings um die Petötherapie. Bei diesen beiden lassen sich zwei gegenläufige Entwicklungen feststellen:
Während in der Vergangenheit im Bereich der Hippo(Reit)therapie eine relativ großzügige Verordnungspraxis zu verzeichnen war, hatte es eine andere Methode, die Petötherapie, noch schwer, als Heilmittel anerkannt zu werden. Beide sind vor allem für behinderte Kinder von Bedeutung.

Das BSG hat inzwischen zur Hippotherapie ausgeführt, das sie bei In-Kraft-

Treten des SGB V ein neues Heilmittel gewesen sei, da der Bundesausschuss[9] nicht entschieden habe, dass sie zur ärztlichen Versorgung gehöre. Deswegen war gemäß § 138 SGB V[10] eine Empfehlung in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V[11] erforderlich. Daran fehlte es. Deswegen ist die Hippotherapie solange von der vertragsärztlichen Verordnung ausgeschlossen, bis der Bundesausschuss eine Anerkennung ausspricht. Damit ist nicht mehr zu rechnen, weil erstens das BSG die Auffassung vertritt, die Hippotherapie würde nicht über die behindertengerechte Gesundheitsförderung hinausreichen[12] und sie zweitens inzwischen aufgrund der Auflistung in Anlage 2 der Heilmittelrichtlinien von der Verordenbarkeit im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung ausgeschlossen ist[13].

Etwas anders stellt sich die Rechtslage bei der Petötherapie dar. Es handelt sich dabei um eine Behandlungsmaßnahme bei infantiler Cerebralparese, die der ungarische Arzt Petö entwickelt hat. Als Heilmittel ist sie zurzeit noch umstritten[14]. Diese Therapie wird aber mit Erfolg im Rahmen der Leistungen nach §§ 39, 40 BSHG[15] eingesetzt. Von rechtlichem Interesse ist diese Methode deswegen, weil am Kinderzentrum in München erprobt wird, ob sie als Heilmittel anerkannt werden kann. Zeitgleich hat das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) entschieden, dass die Petötherapie als Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung[16] anzuwenden ist.

Für eine mögliche Zuordnung von Musiktherapie lässt sich daraus schließen, dass sie nur dann ein Heilmittel sein kann, wenn sie gezielt zur Behandlung einer Krankheit dient, also mehr als für die Gesundung vorteilhaft ist. Wenn man dies bejahen kann, dann kommt es auf die für diese Aufgabe qualifizierende Ausbildung an. Lässt sich auch diese Frage bejahen, so bleibt noch der dornenreiche Weg der Empfehlung der Behandlungsmethode durch den Gemeinsamen Bundesausschuss[17]

Heilmittel-Richtlinien Erster Teil Anlage 2
Nichtverordnungsfähige Heilmittel im Sinne dieser Richtlinien

Nachfolgend werden benannt

a) Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nach Maßgabe der Anlage 1 nicht nachgewiesen ist

- Hippotherapie
- Isokinetische Muskelrehabilitation
- Höhlentherapie
- Musik- und Tanztherapie
- Magnetfeldtherapie ohne Verwendung implantierter Spulen (Magnetfeldgeräte zur Anwendung bei der invasiven Elektro-Osteostimulation unterliegen den Regelungen über die Verordnung von Hilfsmitteln)
- Fußreflexzonenmassage
- Akupunktmassage
- Atlas-Therapie nach Arlen
- Mototherapie
- Zilgrei-Methode

Wenn man nun daran denkt, dass die Musiktherapie auch in einem Krankenhaus geleistet werden kann, so ergibt sich dadurch nichts Neues für ihre Einordnung als Heilmittel. Die Aufgaben des Krankenhauses sind schon immer umfassend definiert. Krankenhausbehandlung kommt zwar nur in Betracht, wenn eine akute Behandlungsbedürftigkeit besteht. Ist diese jedoch gegeben, so umfasst das Leistungsspektrum auch Maßnahmen, die man im ambulanten Bereich der relativen Gesunderhaltung zuordnet. Insbesondere verfügen Krankenhäuser auch über Ernährungsberater und Sozialdienste. Allerdings ist auch hier schnell die Grenze erreicht, wenn man an den Fall denkt, dass ein psychisch Kranker gelegentlich länger als medizinisch notwendig im Krankenhaus verbleibt, weil er nur dort die richtige psycho-soziale Versorgung (oder eben auch Musiktherapie) erhält, die außerhalb des Krankenhauses jedenfalls nicht von der Krankenkasse geleistet wird.

Mit Blick auf Heilmittel ist folgendes festzuhalten:
Gerade die zunächst divergierenden Entscheidungen des BSG und des BVerwG zur Petötherapie machen deutlich, wie sehr man darauf achten muss, welche Aufgaben in einem Teil des Sozialrechts zu erfüllen sind. Die Krankenversicherung ist hier außerordentlich eng geregelt.

Eingliederungshilfe

Demgegenüber sind die Aufgaben der Eingliederungshilfe[18] wesentlich umfassender. Eine Maßnahme, die bei einem behinderten Kind beispielsweise der Erlangung zu einer angemessenen Schulbildung dient, kann zwar nicht als Heilmittel wohl aber als eine Leistung nach § 54 SGB XII erbracht werden. Ziel des Heilmittels ist eben immer die Gesundheit. Eine angemessene Schulbildung kann auch ein krankes oder behindertes Kind erlangen. Wie schmal der Grat für eine Abgrenzung ist, zeigen die Heilmittel-Richtlinien. Zu den Aufgaben der Ergotherapie und damit auch der Krankenkassen gehört die Schulanpassung. Damit ist die Erlangung von Basisfähigkeiten gemeint, die Voraussetzung dafür sind, dass ein Kind überhaupt die Schule besuchen kann. Eine unterrichtsbegleitende Förderung ist als Heilmittel dagegen nicht mehr möglich.

In den Vorschriften zur Eingliederungshilfe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen wird der Gleichheitsgrundsatz des Grundgesetzes (GG) der Bundesrepublik Deutschland verwirklicht. In Artikel 3 Absatz 3 GG wurde durch Bundesgesetz[19] folgender Satz 2 eingefügt:
„Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden."
Im System der sozialen Hilfen sind die daraus resultierenden Maßnahmen auf der Säule der sozialen Förderung[20] angesiedelt.
Dass die Aufgaben der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen umfassender sind, erklärt sich u.a. daraus, dass der Gesetzgeber – anders als bei der Akutbehandlung – nicht davon ausgeht, dass eine Heilung das Ziel der Maßnahme ist bzw. dieses Ziel keineswegs immer erreicht werden muss. Selbständiges Ziel der Eingliederungshilfe, dass neben die Eingliederung tritt, kann immer auch sein, ein Leben mit

der Behinderung zu ermöglichen. Deshalb kommt es bei bestimmten Maßnahmen der Eingliederungshilfe nicht darauf an, dass sie gezielt der Heilung dienen.

§ 54 SGB XII Leistungen der Eingliederungshilfe

(1) Leistungen der Eingliederungshilfe sind neben den Leistungen nach den §§ 26[21], 33, 41 und 55 des Neunten Buches insbesondere

1. Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung, insbesondere im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und zum Besuch weiterführender Schulen einschließlich der Vorbereitung hierzu; die Bestimmungen über die Ermöglichung der Schulbildung im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht bleiben unberührt
2. Hilfen zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule
3. Hilfe zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit
4. Hilfe in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsverhältnissen nach § 56
5. nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen zur Sicherung der Teilhabe der behinderten Menschen am Arbeitsleben

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben entsprechen jeweils den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit.

(2) Erhalten behinderte oder von einer Behinderung bedrohte Menschen in einer stationären Einrichtung Leistungen der Eingliederungshilfe, können ihnen oder ihren Angehörigen zum gegenseitigen Besuch Hilfen gewährt werden, soweit es im Einzelfall erforderlich ist.

§ 53 SGB XII Leistungsberechtigte und Aufgabe

(1) Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. Personen mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung können Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten.

(2) Von einer Behinderung bedroht sind Personen, bei denen der Eintritt der Behinderung nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Dies gilt für Personen, für die vorbeugende Gesundheitshilfe und Hilfe bei Krankheit nach den §§ 47 und 48 erforderlich ist, nur, wenn auch bei Durchführung dieser Leistungen eine Behinderung einzutreten droht.

(3) Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

Damit gelangt man gleichsam von dem subsidiären System der Sozialhilfe wieder zurück zur Sozialversicherung, speziell zu den Aufgaben der Rehabilitation. Klarzustellen ist zunächst, dass ihre Aufgaben nicht auf die Eingliederung in das Erwerbsleben beschränkt sind. Diese Zielsetzung gilt nur für die Rentenversicherung.

In § 11 Abs. 2 SGB V[22] wird für die Krankenversicherung allgemein formuliert, dass es Aufgabe der Rehabilitation ist, u. a. eine Behinderung zu beheben oder zu mindern.
Die Behinderung wird in § 2 SGB IX über die Gefährdung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, kurz über das Integrationsrisiko, definiert.

§ 2 Absatz 1 Satz 1 SGB IX Behinderung
Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit[23] mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist[24].

Fazit

Es bleibt festzustellen, dass Kostenübernahmen für musiktherapeutische Leistungen im derzeitigen Sozialrecht zumindest schwierig sind. Für Maßnahmen der Krankenhilfe im Rahmen kassenärztlicher Versorgung ist Musiktherapie (genauer: „Musik- und Tanztherapie“[25]) in Anlage 2 der Heilmittelrichtlinien als nicht verordenbares Verfahren aufgelistet.
Liegt eine (wesentliche) Behinderung vor oder droht eine solche[26], kann Musiktherapie im Rahmen von Maßnahmen der Eingliederungshilfe zum Tragen kommen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass dies häufig in der Trägerschaft der Sozialhilfe angesiedelt ist und nach dem Grundsatz „Anspruch auf Sozialhilfe hat, wer sich nicht selbst helfen kann und keine Hilfe von anderen erhält“[27] eine Überprüfung und den Einsatz eigenen Vermögens und Hilfeverpflichtungen von Angehörigen auslöst. Das Gesetz regelt die Ausnahmen[28].

Paradox erscheint hierzu die Praxis, in der Musiktherapie bei schwer behinderten Menschen, in der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder sowie bei schwersten Sprach-, Kommunikations- und Sozialisationsstörungen hilfreich und effektiv eingesetzt wird und bei speziellen Indikation Behandlungsmittel der Wahl ist.

Um zu einer befriedigenden Kostenübernahmeregelung zu kommen, ist zuallererst an die Musiktherapie die Frage der eigenen (konzeptionellen) Verortung zu stellen:
Heilmittel? Ergotherapie? Medizinische Rehabilitation? Psychotherapie? Heilpädagogische Maßnahme? Teil einer Komplexleistung beispielsweise im Rahmen der Frühförderung? Psychosoziale Behandlung? Soziotherapie? ...

Dabei ist zu beachten, dass die finanziellen Spielräume eng sind und es deshalb wenig aussichtsreich erscheint, auf eine eigenständige, neu im Gesetz zu eta-

blierende Lösung für Musiktherapie speziell oder die künstlerischen Therapien allgemein zu warten.

Um die jetzigen Möglichkeiten zu erkennen, zu nutzen und weiter auszubauen, ist es für Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten unabdingbar, selbst zur Fachfrau und zum Fachmann für „Sozialrecht und Musiktherapie" zu werden, sich entsprechend weiter zu bilden[29] und das Grundverständnis des Systems der sozialen Sicherung in Deutschland allgemein sowie die speziellen Regelungen im Rahmen von Kranken- und Eingliederungshilfe zum Thema von Seminaren in musiktherapeutischen Studiengängen zu machen[30].

Literatur:

Bayerische Landeszentrale für politische Bildung (2001): Verfassung des Freistaates Bayern, Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. München

Beck-Texte (2005): SGB II, Grundsicherung für Arbeitssuchende, SGB XII, Sozialhilfe. München

Beck-Texte (2002): SGB Sozialgesetzbuch. München

Flach, St. M. (1997): Standpunkt – Musiktherapie auf dem freien Markt. Musiktherapeutische Umschau 18, 3, 242–245

Flach, St. M. (2002): Wer soll das bezahlen …? Musik und Gesundsein. Heft 4. Lilienthal

Flach, St. M. (2004): … damals, im Jahr 2004 … Eine Rückschau auf die Gegenwart. Musiktherapeutische Umschau 25,4, 376–377

Mrozynski, P. (2002): SGB IX Teil 1, Regelungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen, Kommentar. München

Wormit, A., Hillecke, T., Flach, St. M., Bolay, H. V. (2001): Ambulante Musiktherapie. Ergebnisse der internen Datenerhebung 1999 des Netzwerks ambulant und freiberuflich tätiger Musiktherapeuten. Musik-, Tanz- und Kunsttherapie. 12. Göttingen

Professor Dr. Peter Mrozynski, Professor für Sozialrecht an der Fachhochschule für Sozialpädagogik, München

Stefan M. Flach, Musiktherapeut BVM, im Rehabilitationszentrum Peiting-Herzogsägmühle, in freier Praxis und in der Lehre in sozialen Einrichtungen (in Deutschland, Italien und Ungarn).

Anmerkungen:

[1] überarbeitete Fassung des Vortrages vom Mitgliedertag des BVM am 2. Oktober 2004 in der Bildungs- und Begegnungsstätte Wartaweil, Herrsching am Ammersee

[2] Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche

[3] § 53 12. Sozialgesetzbuch (SGB XII)

[4] § 2, Absatz 1, Satz 2 SGB V

[5] Konzeptionell wie sprachlich wird hier Bezug auf die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation

WHO genommen. Die ICF dient als länder- und fachübergreifende einheitliche Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person.
In Deutschland wurde die Gestaltung des 9. Sozialgesetzbuches (SGB IX) „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen", wesentlich durch die Vorläuferfassungen der ICF beeinflusst. Nähere Informationen finden sich auf der Webseite des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) unter www.dimdi.de; Schulungsunterlagen finden sich beim Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VdR) unter www.vdr.de.

[6] § 124, SGB V lautet: Absatz 1 „Heilmittel, …, dürfen an Versicherte nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden." Absatz 2 „ Zuzulassen ist, wer 1. die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzt, …"

[7] Das Bundessozialgericht hat am 25.9.2001 grundsätzlich in Form eines Leitsatzes dazu Stellung genommen und im konkreten Fall entschieden, dass beispielsweise „außer Logopäden auch Klinische Linguisten zur Leistungserbringung in Teilbereichen der Sprachtherapie zugelassen werden" können.
Nach diesem Leitsatz des Bundessozialgerichtes ist äußerst fragwürdig, ob Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten aus der Heilmittelerbringung generell ausgeschlossen werden können.

[8] BSG SozR 3–2500 § 124 Nr. 9

[9] Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen; heute: Gemeinsamer Bundesausschuss.

[10] § 138 SGB V lautet. „Neue Heilmittel. Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte dürfen neue Heilmittel nur verordnen, wenn der Bundsausschuss der Ärzte und Krankenkassen zuvor ihren therapeutischen Nutzen anerkannt und in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat."

[11] § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V lautet: „Sie (Anm.: die Bundesausschüsse) sollen insbesondere Richtlinien beschließen über die ... 6. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie ..."

[12] BSG SozR 3-2500 3138 Nr. 22; vgl. jetzt die Heilmittelrichtlinien BAnz 2001 Nr. 118a

[13] vgl. Heilmittelrichtlinien

[14] Vgl. G. Beisenherz, Die Etablierung der konduktiven Förderung in Deutschland: Rechtsprobleme bei der Durchsetzung einer medizinischen Innovation

[15] Bundessozialhilfegesetz; ab 1.1.2005: §§ 53, 54 SGB XII

[16] § 40, Abs. 1 Ziffer 4 BSHG

[17] Derzeit ist Musiktherapie nicht nur in den Empfehlungen nicht enthalten, sondern in Anlage 2 der Heilmittelrichtlinien explizit als „Musik- und Tanztherapie" von der kassenärztlichen Verordenbarkeit ausgeschlossen.

[18] Maßnahmen zur Eingliederungshilfe werden für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen erbracht und sind im 9. Sozialgesetzbuch (SGB IX) sowie im Sozialhilferecht (früher Bundessozialhilfegesetz, seit 1.1.2005 SGBXII) und Jugendhilferecht (SGB VIII) geregelt.

[19] Bundesgesetz vom 27. Oktober 1994, BGBl. I S. 3146

[20] die vier Säulen des Systems der sozialen Sicherung umfassen: 1. soziale Sicherung, 2. soziale Entschädigung, 3. soziale Förderung und 4. Sozialhilfe

[21] Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, insbesondere (Abs. 2 Ziffer 1–7 a.a.O.): Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, Früherkennung

und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie, Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung, Hilfsmittel sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

[22] § 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V lautet: „Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern".

[23] vgl. Fußnote 5

[24] Die weitere Differenzierung und Zuordnung zu körperlichen, geistigen und seelischen Behinderungen findet sich in der Verordnung zu § 60 SGB XII (Eingliederungshilfeverordnung).

[25] Heilmittelrichtlinien

[26] vgl. § 2 SGB IX

[27] bedürftigkeitsabhängige Sozialleistungen

[28] beispielsweise ergeben sich diese aus § 92, Abs. 2 SGB XII (Sozialhilfe) und § 91 SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe)

[29] Der BVM veranstaltet Fortbildungen zu diesem Themenkomplex.

[30] Seit 2002 ist am Institut für Musiktherapie (Ltg. Prof. Dr. H.-H. Decker-Voigt) der Hochschule für Musik und Theater, Hamburg, ein entsprechender Lehrauftrag installiert.

Dissertationen

Toward a Notion of Community Music Therapy
Synopsis and contextualization of (parts of): Stige, Brynjulf (2003): Elaborations toward a Notion of Community Music Therapy[1]

Brynjulf Stige

Abstract

The last few years the term community music therapy increasingly has come into circulation, and with it fresh debates about the relevance and meaning of the term and of the practices it refers to. How could community music therapy be described and defined? What characteristics of human nature and late modern culture indicate the relevance of community music therapy? What preliminary descriptors could be developed for community music therapy practice? What are the implications for the discipline and profession of music therapy? These are the research questions addressed in my dissertation *Elaborations toward a Notion of Community Music Therapy* (Stige, 2003). In the dissertation, available literature resources in four countries are examined as a foundation for the elaboration of a metatheoretical platform from which the history, relevance, and significance of community music therapy could be accounted for. The present article summarizes and contextualizes some of the results of the study. I have chosen to focus upon my reading of three German contributions to relevant literature (Schwabe, Seidel, and Frohne-Hagemann), before I outline aspects of sociocultural contexts for the current developments of community music therapy, and then some of the results of the study, such as a description and definition of community music therapy.

Zusammenfassung

In den letzten Jahren ist der Begriff „Community Music Therapy" sehr bekannt geworden und hat lebendige Debatten in Bezug auf Relevanz, Bedeutung und Anwendung ausgelöst. Wie kann man „Community Music Therapy" beschreiben und definieren? Welche Charakteristika der menschlichen Natur und der Kultur der Postmoderne sprechen für eine gemeindenahe musiktherapeutische Praxis? Welche Implikationen entstehen für die Disziplin und das Berufsbild der Musiktherapie? Meine Dissertation *Elaborations toward a Notion of Community Music Therapy* (Stige, 2003) befasst sich mit diesen Forschungsfragen. In der Dissertation wird verfügbare Literatur aus vier Ländern unter Berücksichtigung von Geschichte, Relevanz und Bedeutung *gemeindenaher Musiktherapie* zum Zwecke der metatheoretischen Ausarbeitung untersucht. Der vorliegende Beitrag fasst einige der Ergebnisse dieser Studie zusammen. Ich beschreibe zunächst drei Ansätze aus der deutschen Literatur (Schwabe, Seidel und Frohne-Hagemann), gehe dann auf Aspekte des soziokulturellen Kontexts ein, die für

die gegenwärtige Entwicklung „gemeindenaher Musiktherapie“ relevant sind und umreiße anschließend die Ergebnisse der Studie.

Introduction

Where does a story begin? This is the opening question of my dissertation *Elaborations toward a Notion of Community Music Therapy* (Stige, 2003). I used this simple question as route to an exploration of some of the personal, professional, and socio-cultural contexts of the investigation.

The personal context includes reflections instigated by a question one of my first clients – Knut – asked back in 1983. Together with five other adults with Down's syndrome, Knut was member of a group that was about to start their first session of music therapy. For a series of reasons the music therapy room did not belong to the institution where the members of the group lived at that time (and where we usually worked) but was part of the community music school of the town. This turned out to make a difference. The room that we used was also used by the local marching band, of which there were several pictures on the walls. As the group members entered the room they did not head for the chairs that we had put out. Instead they went right over to one of the walls and started to study the pictures more closely. A great enthusiasm spread among the group members: „The band!“ „Look at that!“ „The drum!“ „The uniforms!“ When we finally sat down, Knut asked: „May we too play in the band?“ (Stige, 2003, 4)

I cannot go into the rest of the story here, but I can share how Knut's short and simple question got me thinking. It challenged so much of what I had learned as a music therapy student. I „knew“ that music therapy was about using music within the context of a therapeutic relationship, with goals related to personal development and with boundaries defined for time and space. Music therapy was not about leaving the music therapy room in search of a local marching band! Still, my colleague and I felt that Knut's question was important. One of his problems was segregation from his local community, and our appraisal was that this was a relational problem as much as an individual one. The trajectories toward change would relate to development of new attitudes and traditions in the local community as much as to Knut's personal development. His simple question thus called for a serious rethinking of our approach. In many ways Knut's question was „wild“. It had a subversive quality to it. The marching band was among the most prestigious establishments in town, and Knut belonged to a marginalized group that traditionally did not belong to such an establishment. Maybe I liked that subversive quality. But could this be more than a dream? (see Kleive & Stige, 1988; Stige, 1993 / 1996).

Experiences such as the one described above are linked to struggles about values, including the values of inclusion and equality, and I consider them to be central elements of the personal context of my elaborations toward a notion of community music therapy. A very different context is the debate on community music therapy that has been going on internationally the last few years; see the discussions in *Voices* (www.voices.no). In the weeks of the final writing up of this article,

this debate has again been intensifying, with Ruud (2004) suggesting that community music therapy should be defined as „*the reflexive use of performance based music therapy within a systemic perspective*," Stige (2004b) arguing that this is a problematic and limiting definition, Ansdell (2005) delivering a plea for „fuzzy recognition" rather than „final definition," and Garred (2005) warning against the (con)fusion of the terms „music therapy" and „community music," etc. In my judgement, the relevance of this professional debate is understood better if seen in relation to processes of modernization in late capitalist societies (see the next section).

Since community music therapy is a relatively new and controversial notion and the practices supporting it to a large degree are uninvestigated, the research focus of my doctoral study is expressed in a series of exploratory questions:

- What is it? How could community music therapy be described and defined?
- Why bother with it? What characteristics of human nature and late modern culture indicate the relevance of community music therapy?
- How, where, when, and with whom? What preliminary descriptors could be developed for community music therapy practice?
- So what? What are the implications for the discipline and profession of music therapy?

The purpose of the study is qualitative description and clarification of terms, theory building and critique. In this article there is no space for a detailed discussion of the epistemological and methodological considerations that inform the study, but a few brief comments could be made: I am elaborating on a term belonging to a field in which I am an active agent myself. This situation asks for reflexive methodology (Alvesson & Sköldberg, 2000) to a degree that goes beyond the traditional observation that qualitative researchers allow themselves to be actively and personally involved rather than being distanced observers. My contribution in relation to the research question is therefore bound to be partial; I have to acknowledge that what I can develop is *one* qualified perspective on what community music therapy could be.

Given this basic assumption, I have not considered it possible to use a neat set of pre-defined research procedures in this study. The research process has been characterized by participatory and gradual development of knowledge, through fieldwork, theory development, dialogue, and critique. No conventional conception of method, with clearly defined design, procedures for data „collection" and analysis, or techniques for evaluation of validity and reliability, has then been attainable for the study. This is not to say that the study is based upon arbitrary procedures. *Abduction,* or inference to the best explanation, has been the basic strategy of discovery: When a striking or surprising aspect has been noticed, I have tried to establish the descriptions that could best illuminate or explain this. In this process a continuous zigzag movement between empirical material, theory, and metatheory has been endorsed.[2]

In the present article there will be limited space for illumination of the theoretical elaborations of the dissertation, but I will start with a brief description of socio-cultural context, before I focus upon some aspects of the literature review, a few of the theoretical elaborations suggested by the review, and then, finally, upon some of the results and conclusions of the study.

Socio-cultural Context

Community music therapy has been called a „new name for an old game," „professional suicide," a „Big British Balloon," and a few other less flattering things lately. In contrast, I suggest that there are reasons to take this „new" term and turn in music therapy much more seriously. I consciously put the word „new" in inverted commas, since there are obviously several important roots involved and since we already have related terms such as „music milieu therapy," „environmental music therapy," „ecological music therapy," „systemic music therapy," and „social music therapy" in circulation. Choice of term is probably the less interesting aspect here. What I find more important is to take interest in understanding why more and more music therapists try to redefine the boundaries and premises of their music therapy practices. In other words: What is the current socio-cultural context of the emerging practices of and discourse on community music therapy?
In my dissertation I approach this question through an examination of literature on late modernity. Continuing processes of modernization lead to socio-cultural changes, such as for instance individualization and specialization (Giddens, 1991; Crook, Pakulski & Waters, 1992). This development is ambivalent; it represents new possibilities as well as new problems for most people. With reference to the Danish researcher Henrik K. Nielsen (1993, 23ff), I argue that:

… modernity liberates individuals from traditional social structures and taken-for-granted meanings, a liberation that also leads to a loss, so that *individual search for identity and meaning* is a basic characteristic of the modern condition. Identity is then understood not as a base or established foundation, but rather as a continuous project, an act of balancing the loss of tradition with the new possibilities created by the same loss. Modernity leads to individualism in the sense that individuals of a society experience a higher degree of choice and possibilities for self-definition. The immediate community is less of a *given* than in traditional societies; new contexts with different possibilities and limitations may be sought after. To what degree modernity leads to an asocial individualism characterized by lack of solidarity is another question, and again one that is answered through struggles in concrete contexts (Stige, 2003, 33).

If individuality is a *project* in late modernity, then the same thing could be said about community. We cannot take community for granted (anymore, if we ever could). Rather, community could be considered a complimentary project to the ever-lasting search for individuality. This socio-cultural situation contextualizes the current interest for community music therapy among clients and therapists.

We could also understand aspects of the emerging awareness about community music therapy if we take a look at what seems to be happening with the discipline and profession of music therapy. In relation to processes of modernization in late modernity, the two concepts of *hyper-differentiation* and *de-differentiation* may be illuminative: As scholarly disciplines gradually have been differentiated into sub-disciplines and specialized research fronts, *fragmentation* of knowledge and research interests could be described as the preliminary result. Eventually, however, new conglomerates may develop, when scholars from the research fronts of several disciplines and sub-disciplines discover that they share interests (Crook, Pakulski & Waters, 1992, 70). To my judgment, community music therapy could be seen in the double perspective suggested here; it represents hyper-differentiation (as a specialization of music therapy, which again is a specialization of music and of therapy) and de-differentiation (as a new multidisciplinary conglomerate) at the same time.[3]

The thesis here, then, is that community music therapy may partly be understood as a set of responses to challenges given by international developments in society and culture, such as processes of modernization in late modern societies. The consequences I have seen for this study are that community music therapy practices necessarily are characterized by complexity, contingency, and continuous change. This, and the fact that the specific term community music therapy is not firmly established, of course made a conventional literature review problematic to perform. What, then, were the strategies I used when selecting literature for review? I searched databases, using a broad range of related keywords, such as milieu therapy, sociotherapy, and social therapy, as well as environment, context, and culture. I actively used my own pre-understanding of the field. And, finally; through dialogue and discussion with several good colleagues I got much help and many ideas (and I want to express my gratitude for this).

Because of language and space limitations I decided to concentrate the review on music therapy literature from four countries: Germany, Norway, Britain, and the US. These contexts were chosen because it was possible to find a *tradition* of relevant literature, that is, in these countries there have been several authors writing about related issues over a number of years.[4]

Three German Perspectives

Of the four traditions of literature that I examined in the dissertation, I have chosen here to focus upon the German literature. This is, of course, partly due to the context of the publication of this article, but there are also other reasons for taking interest in the German literature. There are several interesting discussions of social and political dimensions in the German music therapy literature, including some

early critical discussions of music, music therapy, and society (see, for instance, Geck, 1972 / 1977).
I will concentrate on a brief presentation of three perspectives developed by German music therapists, which of course in no way will give a comprehensive overview. What I want to do is to present three different contributions that together give a broad (not complete) picture of the German literature on issues of relevance for the current international debate on community music therapy. Until the unification of East and West Germany in 1990, there were two separate German traditions of music therapy. I still choose to represent these texts under one heading, since the main text to be discussed here by the central pioneer of music therapy in former DDR, Christoph Schwabe, was published as late as in 1998, partly in response to changes in culture and society due to the unification process. In addition to Schwabe, I will discuss texts of Almut Seidel and Isabelle Frohne-Hagemann, who both have contributed with social perspectives on music therapy.

Christoph Schwabe: Social Music Therapy

Former East Germany (DDR) was, to my knowledge, the only country in communist Eastern Europe with a strong tradition of music therapy. Christoph Schwabe was a central pioneer of the discipline in this country. From 1960 to 1980 he worked as music therapist at the Nervenklinik at the University of Leipzig, and from 1980 to 1992 as docent in psychology at the Academy of Music in Dresden. In 1969 he was co-founder of the music therapy section of the East German Society for Arts Psychotherapies. Schwabe's most renowned books are probably *Aktive Gruppenmusiktherapie für erwachsene Patienten* (1983) and *Regulative Musiktherapie* (1987), but the text that I have chosen to discuss here, and which is more central to the focus of this study, is *Sozialmusiktherapie* (Schwabe & Haase, 1998).
While this book – as well as the label Sozialmusiktherapie – is relatively recent, Schwabe underlines that this is an approach with a history of about forty years of development. The argument in the book is based upon a discussion of the human condition, including a specific notion of the *individual.* Schwabe underlines that individuals are never single or isolated; they interact with, relate to, and depend upon others:

Der Individuumsbegriff darf hier nicht unmittelbar gleichgesetzt werden mit dem Singlebegriff. Es geht hier zunächst nicht um die Beschreibung einer wie auch immer Idealform eines Seinzustandes, sondern um die Charakterisierung der Abhängigkeitsbeziehung zwischen den einzelnen Menschen und anderen (Schwabe & Haase, 1998, 13).

Consequently, a specific notion of the *social* – in which the individual and the collective reciprocally constitute each other – is used as the core theoretical notion in Sozialmusiktherapie. The argument is both local *and* general: The *local* aspect is linked to how music therapy in former DDR had to adjust to the social and cultural changes after the unification of the two German states. The more *gen-*

eral argument is that *human existence basically is social,* that is, it is proposed that the collective and the individual levels of human existence make each other up. Schwabe's notion of social existence is therefore not limited to social structure, but includes the domain of interpersonal communication. Based upon this premise Schwabe describes social life through use of the notions *proximity* (Nähe) and *distance.*

Proximity is related to being *open* to others, to the experience of *connection* to others, and is therefore also linked to a certain *lack of protection. Distance* is related to *being different,* to the establishment of *boundaries,* and therefore to *self-protection.* Taken together this illuminates how social contact is the path to liberation but at the same time represents *hazards* and *risks.* Social health is therefore the capacity for balancing proximity and distance in encounters with other persons as well as with one's own inner life (Schwabe & Haase, 1998, 15).

The development of *social competency* is considered the main goal of music therapy. The second section of the book is devoted to the description of principles of practice based upon this assumption, and in the third and final section several colleagues of Schwabe describe how the principles operate in context, when music therapists work with children with learning problems, students of a community music school, people with alcohol problems, or patients with psychiatric problems, etc. One interesting characteristic of this section is that Schwabe clearly distinguishes between what he calls *social* (non-clinical) and *clinical* settings. This is more than a practical division of working sites; it is related to a discussion of clinics and health institutions as sites of power struggles in which representatives of some disciplines and professions have the power to neglect and reject other disciplines and professions.

Schwabe discusses this both in relation to clinical contexts and in relation to social contexts such as schools. In the school system, for instance, Schwabe considers Sozialmusiktherapie helpful and relevant in many cases, but this is opposed by regulations that say that therapy should not be given as part of the services of German schools. Similar debates concerning how to define and label music therapy in schools and other social settings are probably common in many countries. What distinguishes Schwabe's contribution is the clarification of how notions of therapy are institutionally and politically constituted, with the concurrent double edge to his conclusion: First, he criticizes medicine and psychology for neglecting a category of disorders (a group of pathologies that he has labeled „social illness"). Second, he suggests that due to this situation, and the institutionalized power-struggles among disciplines and professions, music therapists cannot restrict themselves to working in clinics and conventional health institutions. In order to serve people in need, music therapists must go beyond efforts of becoming recognized as psychotherapists in conventional clinics. They must „walk out on the streets" and offer their services in non-clinical settings.

What is proposed then, is that music therapists actively work against the limitations of institutional constraints. They should not restrict themselves to conventional therapy in conventional clinics, but should experiment with new ways of

working in non-clinical contexts. The authors note that this requires awareness and careful reflection. There are several differences between working in clinical and in social settings. In the latter, the conditions are less pre-structured and predictable (organizational frames are more open, indications for therapy less defined, etc.). The therapy process in social settings is not protected by the „safe space" that the walls and frames of an institution may constitute. This puts new demands on the music therapist, who has the responsibility for creating necessary boundaries for client and therapist (Schwabe & Haase, 1998, 164ff).
A final note should be made on Schwabe's contribution: The value of focusing upon resources (personal strengths as well as social and cultural paths to growth and support) is illuminated, often implicitly but sometimes also explicitly. This theme has later been given a separate treatment by Schwabe (2000).

Almut Seidel: Music Therapy in Social Work

The Frankfurt-course, established in 1988 with Almut Seidel as head of studies, has developed a unique profile in stressing the social dimensions of music therapy. Two of Seidel's articles will be discussed here, as they represent condensed and focused presentations of several years of practical experience, theory development, research, and teaching in relation to music therapy as social education and social work.
In a discussion of Sozialpädogische Musiktherapie, Seidel (1992) sums up twenty years of experience and advocates the integration of music therapy in the professional task of the social worker. At the Fachhochschule Frankfurt social workers have been trained to become music therapists who integrate music as part of their repertoire of interventions in relation to a range of tasks and professional responsibilities. Seidel's article starts with five vignettes, which in an effective way demonstrate the dilemmas and real world challenges that suggest the relevance of social-educational approaches to music therapy. The first vignette, for instance, tells about Frau A., a social worker and music therapist who is responsible for a group of multiply handicapped children. She is critical to the fragmentation of these children's everyday lives due to the fact that they have several individual sessions of therapy every day (speech therapy, physical therapy, occupation therapy, etc.). Instead of adding music therapy to this list of individual therapy sessions, Frau A. tries to *integrate* music therapy elements in the everyday routines of the group, with focus upon the development of healthy *communication* and *relationships.*
After these vignettes Seidel outlines some principles for Sozialpädogische Musiktherapie. This is an interdisciplinary and integrative approach, located at the „crossroads" of clinical music therapy and social education. An integration of systems perspectives with client-centered perspectives is also involved. The music therapist works with *persons in context,* that is; the focus is upon helping persons to grow and develop in their everyday life situations. The clients in question are suffering due to interpersonal, social, and cultural problems, but have not yet been

hospitalized or diagnosed. Seidel underlines that Sozialpädogische Musiktherapie is not operating on the basis of diagnosis-specific information, since this belongs to the clinical field. The focus is not treatment of symptoms but the facilitation of processes that may enhance growth and development in both person and context. The theoretical foundation for this approach to music therapy is therefore not theories about disorders and psychopathology, but theories about socialization and health. In relation to this, Seidel stresses the value of working with communication and relationships through musical improvisation, and argues that Sozialpädogische Musiktherapie in these respects can learn from more conventional and clinical approaches to music therapy. An important difference, at the practical level, relates to the boundaries each context of work affords, that is, social-educational music therapists usually work in a less protected space than clinical music therapists, and they need to negotiate boundaries very carefully (Seidel, 1992, 301–303).

In another article, Seidel (1996) underlines that the efforts of integrating music therapy in social work in Germany has led to a broader range of sites for music therapy practice, as well as development and refinement of approaches, techniques, and relevant theories. The focus of social work, according to Seidel, is the empowerment of marginalized groups in society. She also suggests that social work represents an important corrective and supplement to conventional therapy, since preventive strategies more than reactive (curative) strategies are developed. A central notion in Seidel's discussion is *everyday life,* and she proposes that social work is everyday-oriented; it is based on an acknowledgement of the complexity of everyday situations and aimed at supporting individuals, groups, and communities in their efforts of dealing with the challenges of everyday life. Social work then is related to enabling and empowerment and is basically building on and strengthening the clients' own strategies for dealing with the tasks and situations of everyday life (the experience of deceit and deficit, of barriers and rejections, of protest and dissent, of ineffective processes of learning, and so on). The goal is to help people to develop their capacity for self-help.

Therapy comes in when the strategies chosen for dealing with everyday problems break down, and therapy is characterized by a certain distance to everyday life and by a reduction of the complexity of situation that characterizes everyday life. Seidel's (1996) argument then is that there is a continuum between everyday life and therapy. There is no clear line between the two fields. Individual needs and values, cultural patterns, and socioeconomic structures determine how separate or connected they will be and how they overlap. Seidel's argument is that music therapists with competency in social work will be able to deal with this continuum in a constructive way and to adapt their work to the needs and resources of each client.

Isabelle Frohne-Hagemann: Music as Experience and Expression of Solidarity

Isabelle Frohne-Hagemann has been a major contributor to the German literature on music therapy theory since the mid-1970s. Her work has for many years been inspired by Gestalt principles, as developed within the school of *Integrative Therapy,* with Hilarion Petzold at the Fritz Perls Institute in Hückeswagen as the leading figure. In the context of this study, it is interesting to note how she consciously has integrated psychotherapeutic and sociotherapeutic perspectives in her discussions (Frohne, 1986; Frohne-Hagemann, 1998).

In 2001 Frohne-Hagemann published *Fenster zur Musiktherapie,* a stimulating collection of previously published papers. In one of the chapters of this book, Frohne-Hagemann discusses how Integrative Musiktherapie defines and situates itself in the landscape of therapeutic approaches. Referring to Petzold, Frohne-Hagemann argues that psychotherapy is a narrow conception and that one instead should speak of „Humantherapie"; therapy devoted to the development of the whole person. Integrative Musiktherapie therefore goes beyond conventional *treatment.* It is concerned with the enabling of human beings and with personality development. This includes sociocultural and political elements, and Frohne-Hagemann speaks against any devaluation of social and educational elements of therapy processes. The argument is based on a conception of humans as fundamentally *creative beings.* In this perspective it is not enough to treat or heal, it is also necessary to help the client to grow and develop. Based on this premise, Frohne-Hagemann, with reference to Petzold, describes four „roads" to growth and health: 1) Bewusstseinsarbeit / Sinnfindung. 2) Nachsozialisation – Grundvertrauen. 3) Erlebnisaktivierung – Persönlichkeitsentfaltung. 4) Solidaritätserfahrung – Metaperspektive und Engagement (Frohne-Hagemann, 1990 / 2001, 98ff).

The first road, work with consciousness and the exploration of meaning, is psychotherapy, as originally conceptualized; to make what is unconscious conscious, to integrate thoughts and emotions, to process and work through experiences of intrapersonal conflicts, etc. This work is focused upon the client's development of increased understanding of his or her own inner life. What makes this achievable is *not* any readymade knowledge that the therapist could teach in any conventional sense. It is rather a question of insight growing out of the interpersonal relationship between client and therapist. Frohne-Hagemann (1990 / 2001, 103–105) suggests that *free improvisation* (as „open experiment" and intersubjective practice) is an especially suitable approach to this kind of work in music therapy. Through improvisation and verbal reflection new meaning may be negotiated between client and therapist.

The second road, which is linked to the first and the third, is work with resocialization and further socialization, basic trust, and nurturing. This approach too is related to the exploration of meaning, but more as *building of meaning* than as disclosure. This is psychotherapy as it has been conceptualized in theories discussing the needs of clients suffering from traumas and deficits more than from intrapersonal conflicts. Usually this way of working requires long term therapy

processes with a high responsibility on the therapist, who must offer the client the balanced measures of nurture and frustration that best can promote growth. Frohne-Hagemann (1990/2001, 106–109) argues that these clients initially often lack the capacity for reflection through language, and that work through music and other expressive modalities may be helpful for the development of the needed *identity* and awareness of oneself in relation to others.

The third road, activation of experience and work with personality development, is based upon the growth potential linked to *positive emotions and experiences.* This road to health has been explored by numerous approaches to self-help groups and self-experience groups, in which the participants work with their sensibility, expressiveness, and fantasy, as well as their flexibility and communicative capacity. These groups have the function of being a *facilitating environment* (as described by Carl Rogers). This third road to growth and health is situated on the borderline between education and therapy, according to Frohne-Hagemann (1990/2001, 109–111), and could aim at counteracting the experience of *Entfremdung* that life in society may have created in the individual. She advocates that the importance of music for this way of working is related to its potential as *communal and pleasurable activity and experience*, and that this potential should be used much more actively among music therapists, for instance in the shape of working with rock bands with adolescents or arranging musical parties for elderly people. An example of a receptive approach is also given, where clients in a group could bring with them their favorite music and share their experiences of it. This is not psychotherapy in the conventional sense of working with consciousness, meaning, re-socialization, and trust, but it is still therapeutic in that basic human needs for growth and health are met. The clients may be helped to develop new perspectives on life and new creative capacities for expression and communication.

The fourth road described by Frohne-Hagemann is the experience of solidarity, metaperspective, and engagement. Solidarity, which is related to engagement and responsibility for the interests of the other, is seen in contrast to narcissistic and self-absorbed strategies of interaction as well as to self-effacing strategies. The fourth road is therefore not independent of the three others; self-awareness, tolerance, dignity, and identity are considered pre-requisites of true solidarity.[5] Frohne-Hagemann (1990/2001, 112–113) underlines quite clearly the danger of becoming „ignorante[n] Weltverbesserer," and advocates that determined attempts of developing metaperspectives are necessary in order to counteract this. Metaperspectives in this context means theories about society and about the cultural and social factors that lead to health problems in individuals, groups, and communities. Concrete aspects of this work in therapy could be use of and reflection on the functional music of the everyday world. In engagement with music as *experience and expression of solidarity,* Frohne-Hagemann suggests that possibilities for a better acknowledgment of oneself as a *historically situated* human being exist; one is given the possibility of exploring one's position in one's own subculture, and thus also of developing intercultural solidarity.

As we can see, Frohne-Hagemann places herself in a tradition arguing for the value and relevance of social perspectives on music therapy, and she does this through the development of an argument for an *integrative* approach. Psychotherapy and sociotherapy belong together and are dependent on each other in ways comparable with the relationship between our two hands, Frohne-Hagemann (1990/2001, 112) advocates. For this music therapist, therefore, the notion of awareness includes *personal* and *social awareness* as well as *cultural critique.*

Music Therapy and the Socio-cultural Resources of Everyday Life

The texts that I have reviewed here challenge some common principles of music therapy as individualized practice, by adding social and cultural elements to the discussion. The authors referred to belong to different discourses and the writings take quite different frames of reference. No attempts will be made here to evaluate these frames. Instead, I will try to clarify part of what I think we could learn from these texts.

Schwabe has argued for a new model of music therapy, which he labels Sozialmusiktherapie. Seidel has expanded the notion of music therapy in the direction of social work, and Frohne-Hagemann has challenged a narrow conception of music psychotherapy. In other words; their agendas have been quite different and a direct comparison of their contributions would not make sense. I still find it meaningful to present these texts together and in that way try to establish inter-textual relations between them. The texts are hardly about the same theme or „thing", in any concrete or restricted way, but they could be read together in a search for family resemblances.[6] While I cannot take it for granted that the authors referred to would accept or appreciate community music therapy as the family name of their work, relationships between the practices and discourses referred to will hopefully be acknowledged.

The three German authors referred to in this section exemplify a growing group of music therapists that take interest in why and how music therapy could be made more open for the socio-cultural resources of everyday life. They propose that collaboration and social resources, as well as participation in culture, are important for growth and health, and that music therapists therefore should develop flexible approaches in order to be able to contribute to the mobilization of such resources, even when this could imply that conventional boundaries of music therapy are challenged. These ideas suggest several issues to examine in an elaboration toward a notion of community music therapy. For instance: To what degree should psychological and socio-cultural dimensions be treated as separate or as integrated processes? My interpretation of the literature reviewed is that it points in the direction of the second alternative, but this is a complex question which requires careful consideration, and implications for music therapy theory and practice need to be examined in more detail.

One notable thing in reviewing the German literature is that there are hardly any references to related traditions of music therapy in other countries. I found a simi-

lar situation in the literature from the three other countries, especially in the British and American literature, where there were few references to the German tradition. In other words; the four traditions discussed in the dissertation seem to have been developed relatively independently. While this certainly reveals a need for increased international communication in music therapy, my focus has not been to discuss why such communication has been missing. Instead, I have focused upon the interesting fact that these separate but related socially oriented traditions of music therapy actually *did* develop, with less focus upon why they were separate and more upon why they actually developed.

At least two assumptions could be established: First, the requests for a social and community-oriented music therapy reflect a universal and basic characteristic of the potential of music in relation to health and therapy. Second, these requests have developed as responses to sociocultural changes that have been shared between contexts, even though specific differences between these contexts exist. In other words: A communal and sociocultural approach to music therapy is „natural," that is, it is based upon tendencies and possibilities in music that exist cross-culturally, so that communal aspects will tend to be part of music therapy practices as they develop in different times and cultures. And / or: The simultaneous requests for a more sociocultural practice of music therapy in the four countries could be an indication of specific sociocultural developments in late modern societies. These two assumptions could complement each other and are not necessarily contradictory.

In the dissertation I therefore discuss the notions of humankind, music, culture, community, health, and therapy thoroughly. In this short article it is not possible to include or refer to these discussions in any detail, but some brief synopses will be given, and most of the notions will be implicitly present when I later in the article will turn to the results presented in the two final chapters of the dissertation, where I – through use of the elaborations of the eight previous chapters – try to present an outline of a notion of community music therapy.

Human Nature and Music Culture

Music may produce *shared focus* and *shared experience*, and it is therefore a commonplace suggestion that music may be a powerful tool for social integration, promoting the experience of community. Music, then, is experienced strongly in the here and now, as shared and evolving time. This is implicit in Trevarthen and Malloch's (2000) concept of Communicative Musicality in mother-infant interaction. Music also seems to have powerful functions of integration in larger social contexts; in communities and possibly in societies at large (Østerberg, 1997).[7]

How, then, could claims such as these be linked to a notion of music in community music therapy? In the dissertation I approach this question by examining some of the established notions of music in music therapy. One strong tradition goes back to the American pioneer of music therapy, E. Thayer Gaston. In an often-cited essay, „Man and Music," Gaston (1968) starts his argument by stating that

music is human behavior, and that music therapy therefore naturally belongs to the behavioral sciences (of which he includes and highlights psychology, anthropology, and sociology).[8] Gaston was a pioneer in including evolutionary perspectives in music therapy theory, while he at the same time was sensitized to the fact that music is culturally defined. In this way he developed a conception of music with biological, psychological, and socio-cultural dimensions. This breadth is valuable and important, in my judgment. The limitation of Gaston's perspective is linked to the metatheory he subscribed to, especially his basic assumptions about research and knowledge.

> In all the uses of music, no laws of nature are abrogated. Music and its influences can be studied scientifically, using the methods of the behavioral sciences (Gaston, 1968, 27).

Gaston subscribed to the idea that there is one general scientific approach in investigation and analysis, and that this does not include the qualitative and interpretive methods of the humanities. In this respect there is an interesting tension in Gaston's (1968) essay. His own argument is developed relatively freely, and not solely based upon evidence in any strict sense of that term. To support his line of reasoning he refers to scientific literature from a nomothetic tradition, but also to interpretive texts from anthropology, and even to his own personal everyday observations. If subscribing to a concept of truth that underlines interpretive coherence, this style of argument would be perfectly legitimate, but as Gaston's text reads, there is a discrepancy between his own style of argumentation and the scientific „credo" he promoted. More seriously, the argument that music should be studied scientifically, when seen in the perspective that I argue is implied in the context of Gaston's essay, is problematic for further investigation of many of the themes Gaston in his text argues are important, such as the social, emotional, and communicative character of music.
My appraisal is therefore that community music therapy needs a different conception of music than the one developed by the American tradition that Gaston pioneered. One way of describing the tradition after Gaston is that music is used as a *means.* In contrast, several authors have argued that music in music therapy more helpfully could be conceptualized as a *medium* (e. g. Aigen, 1995; Garred, 2002). Aigen bases his argument on John Dewey's (1934) *Art as Experience,* where it is distinguished between a means and a medium. A means that is its own end is by Dewey named a *medium,* and Aigen exemplifies in the following way:

> Dewey observes that there are two kinds of means: those that are external to what is accomplished and those that are incorporated in the outcome. When we travel just to get to a desired location our trip is a mere means that we could just as well do without; alternatively, when we travel for the pleasure inherent in the experience, our trip becomes a *medium* for aesthetic enjoyment. In this latter example, it does not make sense to say that we would just as well do without the trip in accomplishing our goal because our goal *is* the trip. When we characterize something as a medium it is because we observe a certain identity or unity of means with ends … (Aigen, 1995, 238–239).

This distinction Aigen finds applicable for music therapy, and he argues that music in music therapy never should be reduced to a means; it should be a *medium* for interpersonal, emotional, and aesthetic experiences. This argument and the suggestion that aesthetics is connected to everyday experience as well as to art could be relevant for community music therapy in several ways. I am still reluctant to using the term „music as medium" as a foundation for the understanding of music in community music therapy. I am not convinced that it covers the broad range of uses and functions that music may have when music therapy is practiced in social and inclusive contexts and communities, and I am not pleased with the tendency of polarising music as means and music as medium (which easily leads to polarization of human nature and culture). In search for a concept relevant for community music therapy, I think a more integrative theoretical position could be fruitful. In trying to develop this, I have followed the path suggested in cultural psychology (see Vygotsky, 1978; Cole, 1996), where evolutionary perspectives (phylogeny), cultural history, and the development of the individual (ontogeny) are seen in relationship.

Evolutionary perspectives on music have been vitalized recently due to developments in biomusicology (Wallin, Merker & Brown, 2000), and I find Ellen Dissanayake's (2000, 2001) concept of *protomusicality* central. Dissanayake suggests that the evolution of the species has furnished human beings with a (biologically based) capacity for communication through sounds and movements. This human capacity is *cultivated* in ontogeny, and there is no legitimate foundation for a music therapy theory neglecting the social and cultural aspects of musicing. Music therapists and music therapy theory, therefore, needs to take interest in *musics* (music in plural), that is; the wealth of different cultural traditions of music and music making available for groups and individuals at any time. This is an insight that for some years has been promoted by for instance Even Ruud (1987/1990).

From this, it is not possible to conclude that there is *one* specific notion of music of relevance for music therapy. In phylogeny, human sensitivity and interest for sound has evolved, a fact that to some degree may support the idea of using music as direct *means* in therapy. Dissanayake's (2000, 2001) concept of protomusicality clarifies, however, that humans' interest for sound and movement is linked to their capacity for communication, which is an argument for the relevance of a quite different notion, namely music as communicative *medium.* A simplified description of this change in perspective is that what should be studied is not only how people *react* to music but also how they *interact* through music. As outlined above, my appraisal is that not only a notion of music as means, but also a notion of music as medium, may be insufficient. Notions of music linked to dyadic communication mediated through music must be supplemented by broader notions of relationships constituted and maintained through music. Only then will we be able to explore and understand community music therapy as social and resource-oriented musicing in relation to everyday contexts.

I have chosen to use the term *musicing* (Small, 1998) for elaboration of such a broader perspective. Implications go beyond seeing music as a verb instead of

as a noun; they include the study of music as *situated activity.* Some alternative metaphors could be helpful in illuminating aspects of this broader notion. Musicing as situated activity represents an *ecology;* a situation where relationships are performed and perceived. Music, then, is more than a „thing" human reacts to or a „tool" they act and interact through; it is a multidimensional and continuously changing *milieu* allowing not only for monologues and dialogues but also for „polylogues" where an aggregate of biological, psychological, and sociocultural processes interact. This has a transactional character; agents, activities, and artifacts change and develop over time through processes of mutual influence.

The complexity of the above description suggests that no single metaphor is adequate for the illumination of music in community music therapy, but I have chosen to concentrate on *music as ecology,* as this metaphor already has some foothold in the discipline and since it conveys the complexity and multiplicity of relations involved.[9] I do not propose that this metaphor makes the already established metaphors of music as means or medium superfluous. No ecology of performed relationships could develop if music did not operate as means and medium, that is, if there were no direct stimulation or mediated communication. And I am not suggesting that „music as ecology" is relevant for community music therapy practices only. I expect many music psychotherapists, for instance, to take interest in the metaphor. Differences of application will relate to the scope of the metaphor, that is, whether one is focusing upon the ecology of the microsystem of a music psychotherapy process or whether one also includes the meso-, exo-, and macrosystem levels (cf. Bronfenbrenner, 1979) that gain importance in community music therapy practices.

The claim that has been illuminated in this section is that music in music therapy could be conceptualized as an ecology constituted as *acts of musicing,* that is, as performed relationships in a given sociocultural context. Musicing is inevitably related to *protomusicality* (the human biological capacity for communication through sound and movement), to *musics* (the wealth of musical traditions developed in cultural history), and to life histories (which reflect cultivated capacities and the personal experience of what musics could afford).

Culture and Community, Health and Music Therapy

As further contextualization of the current interest for community music therapy, the elaborations of the dissertation proceed with a discussion of notions such as culture, community, health, and music therapy. The perspective I take suggests that culture, as ways of life and as differentiated and de-differentiated lifestyles, is shaping people and shaped by people, in conscious and non-conscious ways, some of the latter being related to human nature as evolved in phylogeny (Stige, 2002a). If culture is more than a context that shape people, but also a process that people actively shape together, culture's relationship to communication and community becomes crucial. The notion of community that I propose is therefore:

A community is a group of people who share space and practice, enduringly or temporarily, and who are shaping and being shaped by a culture of commitment (Stige, 2003, 198).

That a community is a group of people may seem self-evident, but it warrants some comments, since groups may be small or large and may exist for different reasons or purposes. I will not attempt to give any specific classification concerning size, but the vernacular distinction between intimates, friends, and acquaintances could represent a guideline here. A community is generally larger than the small circles of intimates and friends, and therefore more typically has the size of a (little or large) circle of acquaintances.

If community is a group of people living or coming together, the dimension of shared *space* is involved, and we must remember that individuals may experience community as space in quite different ways. The experience of barriers and of accessible trajectories depends upon social status and personal resources. This is not to say that communities may not carry the potentials of solidarity and shared efforts for equal opportunities, but it reminds us about the ambivalent character that communities may have.

Shared *practice* is related to *production* of artifacts (ranging from technical tools to works of art) and of meanings (shared experiences where sounds, words, and actions interpret each other). Practice may then involve both goal-directed action, communicative action, and emancipation.[10] Production is related to present needs and ecological conditions of a community, as well as the cultural values shaped by history, and the group's vision of the future.

A community, as a group of people sharing space and practice, may exist *enduringly* or more *temporarily.* An enduring community is of course not an everlasting structure, but the members see it as a relatively stable arrangement. A village or city neighborhood could be a typical example; there is no obvious or predictable end or time limitation. On the other side, there are communities that more clearly have a temporary quality, such as the community of a hospitalized group of people.

As a social and cultural phenomenon, a community is *shaping* its members and in return *shaped* by them. The members are not a product of the community or vice versa. Instead, a complex process of *transaction* is involved, and descriptions of unidirectional processes of influence will therefore not suffice when communities are to be studied.[11] This suggests that a community is neither an immutable structure nor a free space. For instance, a community is usually characterized by a *culture of commitment,* that is, there will be customs and technologies developed by the community in order to ensure some form of experience of solidarity, responsibility and obligation. Sometimes the group members feel that the reciprocal responsibility is „natural" and desirable, for instance when it is fueled by strong and positive experiences of togetherness, accomplishment, or identity. Other times the obligations may be experienced as burdens and restrictions.

Why do communities exist? I assume we often may forget to ask this question, since we may experience a community as a given. It is the neighborhood where we happen to live or the institution where we work or are hospitalized, etc. Other

times we more consciously choose to be part of communities, as means to an end or as an end in itself. Community, as experience, social structure, and culture of commitment, may on one side represent a common pool of resources to the benefit of its members, but it may also be endangered by self-centered individuals or it may represent repressive structures endangering the autonomy of self-realizing individuals. Communities do therefore not represent a neutralization of the ambivalence of the late modern condition (Fornäs, 1995). Instead, we could see community as an available and ambivalent resource for the individual, and vice versa.

How, then, could this notion of community be linked to the notion of health? I consider this a crucial question, since I accept Bruscia's claim that the music therapist's main role responsibility is to help the client to promote health (Bruscia, 1998, 21).[12] The concept of health has been subject to much philosophical and scholarly discussion, and health is of course also a concern for most lay people. Health is related to life and death, as well as to quality of life. Our ability to deal with these issues is not obvious, while our interest in them is. In modern societies people live longer than before and they have access to therapies and health services that nobody in the generations before could even dream of. This new situation has *not* reduced the need for talking about health issues, rather the opposite. Some suggest that this interest for health is becoming unhealthy; „health has become almost a religion," and/or: „our preoccupation with health reveals the luxury problems of egocentric individuals." This criticism is understandable, and worth considering, but I suggest that the following perspective is more fruitful: The discourse on health expresses longings and dreams about the self and the social world (Pausewang, 1999). For many people in late modern societies, health has become a productive metaphor when talking about themes of self and society.

The contemporary discourse on health, then, usually is concerned with much more than the question of not being sick. If one wants to explore possibilities for focusing upon health promotion in wider contexts, it is then necessary to clarify what this could mean. How can we, for instance, integrate an understanding of the psychological, social, and cultural-historical dimensions to human existence in our conception of health? This question suggests that we need to go beyond the dichotomy of objectivist notions of health as biological balance and relativist and humanistic notions of health as subjective experience.

One attempt of getting beyond objectivist and relativist notions of health is developed by the Danish philosopher Ole Dreier (1994). Taking the cultural psychology of Vygotsky (1978) and the activity theory of Leontjew (1979) as a point of departure, Dreier attempts to outline a dialectical conception of health. He acknowledges the individual aspects of health, as personal conditions and qualifications for *participation in social life*, but also stresses that health is related to people's *mutual care* to ensure the development of the conditions and qualifications of each person. Health is neither just my interest for myself or others' interest for me, but the mutual and general interest and care for each person's possibility for participation, Dreier (1994, 199) claims. In this way Dreier locates health neither in body nor in person or society, but as a quality of human *interactions and activities.* To state

this is both more and less than giving an alternative definition of health. It does not, for instance, mean that conventional conceptions of health stressing biological and individual factors are irrelevant, only that they are partial. Dreier's intention is hardly to „define" health in any exact manner; he is rather suggesting an alternative path to follow.

Exactly how and how much music and health are linked is an empirical question. My errand here is theoretical. What has been outlined above is a *relational* notion of health, and my proposal is that this notion is compatible with the relational notion of *musicing* that was discussed in the previous section. Mutual interest and care for each person's possibility and participation in a community may be expressed through musicing between clients and therapists, as well as in relationships to other people and contexts. In conclusion, I propose the following notion of health:

Health is a quality of mutual care in human co-existence and a set of developing personal qualifications for participation. As such, health is the process of building resources for the individual, the community, and the relationship between individual and community (Stige, 2003, 207).

This inclusive notion brings health closer to being a metaphor in a discourse about desired personal and social relationships in late modernity than to being a specific biomedical construct. While references and arguments may vary, it seems that practices that are labeled community music therapy (and related practices such as those outlined in the literature review) more often than not have been legitimized through use of an inclusive notion of health. If this is correct, community music therapy will differ from conventional modern music therapy in several ways.

My practical experiences support this assumption. When I have presented my work with community music therapy in conferences and seminars, a typical response from the audience has been: „This is interesting, but is it music therapy?" I find it impossible to answer such questions without making a distinction between three conceptual levels in the definitions of music therapy: music therapy as discipline, as profession, and as practice. I have chosen to use the following definitions of discipline and profession as basis:

Music therapy as discipline is the study and learning of the relationship between music and health (Stige, 2002a, 198).

Music therapy as profession is a community of scholar-practitioners who have a recognized training and competence qualifying for a social role [in relation to promotion of health], with specific obligations and rights in relation to clients, colleagues, other professions, and the public (Stige, 2003, 224)

This is the context for my claim that music therapists at the level of *practice* quite often do (and should do) „things" that are *not* considered therapy in the conventional modern meaning of that term (curative work in clinical settings). A variety of musi-

cal activities in social and cultural contexts may promote health and may therefore be of interest for the discipline and profession of music therapy. „Music therapy“ is the family name, so to say, but this does not imply that we all play the same game.
In short, the argument given in this section is that *culture* is linked to human co-existence, that *community* is related to a culture of commitment, and that *health* is related to mutual care and thus to culture as well as to community. Music therapy, then, as a discipline and profession focusing upon relationships between music and health, needs to expand the focus to include work with social and cultural processes. One of the terms that have been used internationally lately in attempts of describing such an expansion of focus is *community music therapy,* and I will continue by presenting the definition and description proposed in my dissertation.

Community Music Therapy – How could it be Defined?

The above discussions suggest that the pre-understanding I had before the study started, namely that community music therapy could best be described as an area of practice,[13] was limited and limiting. In summing up the arguments of the dissertation, I therefore produced the following definition:

Community Music Therapy may be defined at three levels, as a notion referring to an area of practice and to probable future developments of a sub-discipline and a professional specialty:

Community Music Therapy as an area of professional practice is situated health musicing in a community, as a planned process of collaboration between client and therapist with a specific focus upon promotion of sociocultural and communal change through a participatory approach where music as ecology of performed relationships is used in non-clinical and inclusive settings.

Community Music Therapy as emerging sub-discipline is the study and learning of relationships between music and health as these develop through interactions between people and the communities they belong to.

Community Music Therapy as emerging professional specialty is a community of scholar-practitioners with a training and competence qualifying them for taking an active musical and social role in a community, with specific focus upon the promotion of justice, equitable distribution of resources, and inclusive conditions for health-promoting sociocultural participation (Stige, 2003, 454).

This definition is developed in response to the first research question of the study. The three other research questions (which relate to what makes community music therapy relevant to be concerned with, how it could be practiced, and what the implications for the discipline and profession are) could *not* be answered through definition. My pre-understanding in respect to these issues was summarized in the glossary of *Culture-Centered Music Therapy* (Stige, 2002a, 328). The elaborations

of the dissertation challenged several aspects of this pre-understanding, and the following précis – with one paragraph in response to each of the four research questions – was developed as an alternative:

Community Music Therapy is an area of professional practice *and* represents plausible future developments in the direction of sub-discipline and professional specialty. As practice, Community Music Therapy is value-based, concerned with giving voice to the relatively disadvantaged and characterized by participatory approaches to health musicing through flexible use of inclusive arenas and with agendas that include individual as well as communal and sociocultural change, pleasure and performance as well as solidarity and struggle.

Community Music Therapy capitalizes upon the capacity for communicative and communal musicing inherent in human protomusicality and cultivated as situated musics. Broad currents in contemporary culture contextualize the current developments: In the perspective of sociocultural changes in late modern societies, Community Music Therapy may simultaneously be considered an example of hyper-differentiation and de-differentiation. It is a specialization of the specialized practice of professional music therapy, but it is also a new synthesis of clinical and everyday practices that have been separated by processes of modernization. Community Music Therapy practices are compatible with several shifts the last few decades concerning health policies in most late modern countries, such as a stronger emphasis upon health as quality of life, the tendency to work in communities instead of in institutions, and more emphasis upon health promotion, enablement, and democratic relationships.

Community Music Therapy is usually practiced in inclusive settings; that is, in non-clinical settings of clinical arenas or in open community settings. It may be practiced in interplay with more conventional therapeutic practices in clinical settings, and direct as well as indirect roles in relation to clients are appropriated. Activities and artifacts applied are selected among available *resources* at the individual and communal level, and the process is usually *participatory* in that roles are flexible and collaborative, rituals inclusive, and rationales negotiated and consequently commonly polyphonic. Rather than being based on diagnoses and referrals from experts, indications for Community Music Therapy grow out of negotiated needs related to *specific situations* of individuals, groups, and communities. Individuals and groups of priority include persons who are vulnerable to environmental factors and have limited or inadequate context-transforming power. Communities of priority include milieus threatened by cultural or material poverty, injustice, violence, and conflict.

The development of Community Music Therapy as a vitalized area of practice in professional music therapy has several implications for discipline and profession. For the discipline, a central implication is that the request for inter-disciplinary and integrative theory increases, as does the request for research on communal musicing and on health as participation, performance, and mutual care. For the profession, major implications include that ethical responsibilities, professional identities, and strategies for institutionalization of Community Music Therapy, need to be examined (Stige, 2003, 456).

The definition and précis given above, suggests that *community music therapy could be described as an area of practice and a field of study concerned with health promoting linking of individuals and communities through musicing.*
Linking of individuals and communities is multifaceted, as are the relationships between private and public aspects of human life, and I therefore suggest that community music therapy is complementary and not contrary to more conventional practices of modern music therapy. This proposal does not exclude the possibility of „dangerous knowledge" being produced through the development of community music therapy, that is, knowledge that may challenge taken-for-granted assumptions in more established practices.

A Simplified Description

I have described community music therapy practice as *relational;* it is focused upon the relationships between individuals, groups, and communities. Participatory processes and collaborative aspects must then be taken very seriously, and practice must be culturally and socially linked to context. Community music therapy practices focus upon the *promotion of health,* but not necessarily as health care delivery. Activities in other sectors of society, such as education and cultural life, are included in the scope of contexts worked with and through.
Community music therapy involves the development and application of *inclusive* rituals with open and flexible rules for participation. Boundaries such as time frames may also be flexible, allowing for adjustments as client-community relationships evolve. The participatory procedures and the flexibility of approach suggested here do not, however, indicate that there are no limits for community music therapy practice. The principles that I outline in the dissertation are based upon the metaphor of music therapy as *giving voice,* and therefore imply a *value-based practice* giving priority to *the relatively disadvantaged* in a context.
Community music therapy practice could therefore be described as *mobilization of resources through participatory procedures* in processes where the agents may be involved in multiple and flexible roles. Through use of concepts that I previously have developed for description of music therapy processes (Stige, 2002a, 207–230), the clarifications given above may be summarized in the following way:

- Agendas expanded: From a focus mainly upon individual change to a more active interest also for communal change (which involves developments of relationships between individuals and communities)
- Arenas unlocked: From clinical and discrete settings to use of more open and inclusive settings (which may be public or semi-public)
- Agents involved in new ways: From expert-directed work to participatory processes (where the roles and responsibilities of the agents are negotiated flexibly)
- Activities and artifacts applied with a broader range of functions: From music as means or medium to an inclusive application of music as performance of relationships (music as ecology, including music as means and medium).

For illumination of some main tendencies I will in Figure 1 present a simple model of parameters distinguishing community music therapy from other areas of music therapy practice.

Figure 1: Parameters of community music therapy practice, with medical music therapy as clarifying counter-example. Other areas of music therapy practice, such as didactic music therapy or music psychotherapy, could usually be placed somewhere in between the two extremes (specific location depending upon specific model).

Medical Music Therapy		*Community Music Therapy*
Individual change	←——→	Communal change
Expert-directed approach	←——→	Participatory approach
Clinical/discrete settings	←——→	Non-clinical/inclusive settings
Music as means	←——→	Music as ecology

The figure suggests that community music therapy occupies one area of the larger field of music therapy. Practices informed by scientific perspectives on medicine (see e. g. Thaut, 2000) are constructed as a contrasting area, since basic assumptions about goals, roles, settings, and mechanisms clearly differ between the two sub-areas. The figure also suggests that there is a large middle territory, which may be occupied by areas of practice such as didactic music therapy and music psychotherapy. Depending upon practical context and the theoretical assumptions guiding the work, such practices may have goals related to individuals or individuals in context, they may be more or less client-centered, they may be linked to discrete or semi-inclusive settings, and they may utilize music as means and / or communicative medium, or as ecology within the given setting. In other words, areas of practice do not exist as separate entities; they overlap, merge, and interact in several ways. Community music therapy in its most radical form may be described as an extreme on a continuum of possibilities for music therapy practice. As an area of professional practice, community music therapy could not be equaled to everyday musicing, however. It is more precisely described as an *interface* between clinical practices and everyday practices.

Final Comments

In a chapter in Pavlicevic and Ansdell's (2004) book *Community Music Therapy*, I wrote:

I can only tell you what community music therapy is for me, and perhaps for some other people, in the hope that this will help you work it out for yourself (Stige, 2004a, 92).

For some people, the modesty of this statement contrasts the energy I have put into producing definitions and clarifications of terms in my dissertation. This relates to the current debates, mentioned in the beginning of the article. There is currently no consensus internationally as to how community music therapy should be defined, or in fact, whether it should be defined at all. In this situation I have felt that what I can offer is *one* perspective that has been helpful for my own understanding, in the hope that some people will find it helpful (or at least worth discussing). Mercedes Pavlicevic, in a recent contribution to the debate, has written:

Like many, I have been following the Community Music Therapy moderated debate in VOICES, but unlike some, perhaps, I have felt somewhat perplexed: all this talk about what's been written, defined, described, explained – has left this empiricist and practitioner somewhat uncomfortable and dissatisfied, particularly since, as I understand it, Community Music Therapy – apart from being something we talk about (or, to put it more elegantly, a discursive field) is also something that we do (Pavlicevic, 2005).

This request for more interest for the *doing* of community music therapy is probably timely. For me it is also a reminder about the need to clarify what I think the definitions proposed in this article could be used for. I do not think they could be used directly in attempts of dealing with the practical demands, ethical dilemmas, and communication challenges of the everyday doing of the music therapist's work. These things need to be negotiated in context, and the negotiations will be informed by scholarly knowledge as well as by personal and local knowledge. In contrast, elaborations and definitions such as those produced in my dissertation are probably more helpful for the self-reflexive work of music therapy students, practitioners, researchers, and theorists. The elaborations may, if they are found helpful, question our conceptions of the discipline and profession, and in this way indirectly influence the practical work.
I hope, therefore, that in the future the *doing* and the *discussing* will not be polarized too much. We need both. As an emerging international discourse, community music therapy may have the potential of integrating knowledge and ideas that so far have been fragmented and partly undeveloped in music therapy. We need, for instance, much more knowledge about how (and why and where and with whom) the doing is done, and about how this is experienced by the participants. In other words; there is a need for ethnographically informed studies on community music therapy processes. The present author is currently engaged in an international re-

search project where ethnographically informed description of community music therapy practices in four different countries (England, Israel, Norway, and South Africa) will be developed. In the future, there will hopefully be descriptions of the doing, as a ground for the discussing, from many other countries.

References:

Aigen, K. (1995): „An Aesthetic Foundation of Clinical Theory: An Underlying Basis of Creative Music Therapy." In: Kenny, Carolyn (ed.): Listening, Playing, Creating: Essays on the Power of Sound. Albany: State University of New York Press.

Alvesson, M., Sköldberg, K. (2000): Reflexive Methodology: New Vistas for Qualitative Research. London: Sage Publications.

Ansdell, G. (2002a): „Community Music Therapy and the Winds of Change – A Discussion Paper." In: Kenny, C., Stige, B. (eds.) (2002): Contemporary Voices of Music Therapy: Communication, Culture, and Community. Oslo: Unipub forlag.

Bronfenbrenner, U. (1979): The Ecology of Human Development. Experiments by Nature and Design. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bruscia, K. (1998): Defining Music Therapy (Second Edition). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

Cole, M. (1996): Cultural Psychology. A Once and Future Discipline. Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press.

Crook, S., Pakulski, J., Waters, M. (1992): Post Modernization. Change in Advanced Society. London: Sage.

Dewey, J. (1934): Art as Experience. New York: G. Putnam's Sons.

Dissanayake, E. (2000): „Antecedents of the Temporal Arts in Early Mother-Infant Interaction." In: Wallin, N. L., Merker, B., Brown, S. (eds.): The Origins of Music. Cambridge, MA: The MIT Press.

Dissanayake, E. (2001): „An Ethological View of Music and its Relevance to Music Therapy." Nordic Journal of Music Therapy, 10(2), 159–175.

Dreier, O. (1994): „Sundhedsbegreber i psykososial praksis [Concepts of Health in Psychosocial Practice]." In: Jensen, U. J., Fuur Andersen, P. (eds.): Sundhedsbegreper i filosofi og praksis. Århus, DK: Philosophia.

Fornäs, J. (1995): Cultural Theory, Late Modernity. London: Sage Publications.

Frohne, I. (1986): „Music Therapy in Social Education and Music Therapy in Psychiatry." In: Ruud, E. (ed.) (1986): Music and Health. Oslo: Norsk Musikforlag.

Frohne-Hagemann, I. (1990/2001): „Integrative Musiktherapie und ihr psychotherapeutische Selbstverständnis." In: Frohne-Hagemann, I. (2001): Fenster zur Musiktherapie. Musik-therapie-theorie 1976–2001. Wiesbaden, Germany: Reichert Verlag.

Frohne-Hagemann, I. (1998): „The ‚Musical Life Panorama' (MLP). A Facilitating Method in the Field of Clinical and Sociocultural Music Therapy." Nordic Journal of Music Therapy, 7(2).

Frohne-Hagemann, I. (2001): Fenster zur Musiktherapie. Musik-therapie-theorie 1976–2001. Wiesbaden, Germany: Reichert Verlag.

Garred, R. (2002): „The Ontology of Music in Music Therapy. – A Dialogical View." In: Kenny, C. B., Stige, B. (eds.): Contemporary Voices of Music Therapy: Communication, Culture, and Community. Oslo: Unipub forlag.

Garred, R. (2005): Fusing (or Confusing?) the Terms „Music Therapy“ and „Community Music“: A Plea for Clarification [Contribution to Moderated Discussions] Voices: A World Forum for Music Therapy. Retrieved January 31, 2005, from http://www.voices.no/discussions/discm4_09.html

Gaston, E. T. (1968): „Man and Music.“ In: Gaston, E. T. (ed.): Music in Therapy. New York: Macmillan Publishing.

Geck, M. (1972 / 1977): Musikterapi. Bot eller bedövning? En kritisk diskussion om musiken i samhället? [Musiktherapie als Problem der Gesellschaft]. Stockholm: Wahlström &Widstrand.

Giddens, A. (1991): Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age. Cambridge, UK: Polity Press.

Habermas, J. (1981 / 1996): Teorien om den kommunikative handlen [Theorie des kommunikativen Handles]. Aalborg, Denmark: Aalborg Universitetsforlag.

Kleive, M., Stige, B. (1988): Med lengting, liv og song [With Longing, Life and Song]. Oslo: Samlaget.

Leontjew, A. N. (1979): Tätigkeit – Bewusstsein – Persönlichkeit. Volk und Berlin: Wissen Volkseigener Verlag.

Nelson, G., Prilleltensky, I. (2005): Community Psychology. In Pursuit of Liberation and Well-being. New York: Palgrave MacMillan.

Nielsen, H. K. (1993): Kultur og modernitet [Culture and Modernity]. Aarhus, Denmark: Aarhus University Press.

Pausewang, E. A. (1999): Organizing Modern Longings. Paradoxes in the Construction of a Health Promotive Community in Norway. Oslo: Unpublished Masters Thesis, University of Oslo, Department of Anthropology.

Pavlicevic, M. (2005): Community Music Therapy: Anyone for Practice? [Contribution to Moderated Discussions] Voices: A World Forum for Music Therapy. Retrieved February 2, 2005, from http://www.voices.no/discussions/discm4_10.html

Pavlicevic, M., Ansdell, G. (2004): Community Music Therapy. London: Jessica Kingsley Publishers.

Ruud, E. (1987 / 1990): Musikk som kommunikasjon og samhandling. Teoretiske perspektiv på musikkterapien. [Music as Communication and Interaction. Theoretical Perspectives on Music Therapy.] Oslo: Solum.

Ruud, E. (2004): „Defining Community Music Therapy“ [online]. Voices: A World Forum for Music Therapy. Retrieved January 31, 2005, from http://www.voices.no/discussions/discm4_04.html

Schwabe, C. (1983): Aktive Gruppenmusiktherapie für erwachsene Patienten. Leipzig: Veb Georg Thieme.

Schwabe, C. (1987): Regulative Musiktherapie. Leipzig: Veb Georg Thieme.

Schwabe, C., Haase, H. (1998): Die Sozialmusiktherapie (SMT). Wetzdorf, Germany: Akademie für angewandte Musiktherapie Crossen.

Schwabe, C. (2000): „Wachstumsförderung versus musikalische Psychospekulation. Ressourcenorientierte Musiktherapie.“ In: Schwabe, Christoph, Ingeborg Stein (eds.): Ressourcenorientierte Musiktherapie. Wetzdorf, Germany: Akademie für angewandte Musiktherapie Crossen.

Seidel, A. (1992): „Sozialpädagogische Musiktherapie. Anmerkungen zu einem Praxis- und Ausbildungskonzept.“ Musiktherapeutische Umschau, 13, 4, 298–306.

Seidel, A. (1996): „Sozialwesen (Sozialarbeit/Sozialpädagogik)“ In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P., Weymann, W. (eds.): Lexikon Musiktherapie. Göttingen, Germany: Hogrefe.

Small, C. (1998): Musicking. The Meanings of Performing and Listening. Hanover, NH: Wesleyan University Press.

Stige, B. (1993/1999): „Music Therapy as Cultural Engagement. Or: How to Change the World, if Only a Bit.“ In: Aldridge, David (ed). (1999): Music Therapy Info, Vol. II, CD-Rom.

Stige, B. (2002a): Culture-Centered Music Therapy. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

Stige, B. (2002b): The Relentless Roots of Community Music Therapy [online] Voices: A World Forum for Music Therapy. Retrieved January 31, 2005, from http://www.voices.no/mainissues/Voices2(3)Stige.html

Stige, B. (2003): Elaborations toward a Notion of Community Music Therapy. Dissertation for the Degree of Dr. Art, University of Oslo, Department of Music and Theatre. Oslo: Unipub.

Stige, B. (2004a): „Community Music Therapy: Culture, Care, and Welfare.“ In: Pavlicevic, M., Ansdell, G. (eds.): Community Music Therapy – International Initiatives. London: Jessica Kingsley Publishers.

Stige, B. (2004b): „On Defining Community Music Therapy“ [online]. Voices: A World Forum for Music Therapy. Retrieved January 31, 2005, from http://www.voices.no/discussions/discm4_05.html

Thaut, M. (2000): A Scientific Model of Music in Therapy and Medicine. St. Louis: MMB Music.

Trevarthen, C., Malloch, S. (2000): „The Dance of Wellbeing: Defining the Musical Therapeutic Effect.“ Nordic Journal of Music Therapy, 9(2).

Vygotsky, L. (1978): Mind in Society. The Development of Higher Psychological Processes. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Wallin, N. L., Merker, B., Brown, S. (eds.) (2000): The Origins of Music. Cambridge, MA: The MIT Press.

Wittgenstein, L. (1953/1967): Philosophical Investigations. Oxford: Blackwell.

Østerberg, D. (1997): Fortolkende sosiologi II. Kultursosiologiske emner [Interpretive Sociology II. Aspects of the Sociology of Culture]. Oslo: Universitetsforlaget.

Brynjulf Stige, PhD, Associate Professor and Head of Music Therapy at Sogn og Fjordane University College, Faculty of Health Studies, Sandane.

Endnotes:

[1] Dissertation for the Degree of Dr. Art, University of Oslo, Department of Music and Theatre. The dissertation is published and may be ordered from post@unipub.no

[2] The elaborations could be characterized in the following way: They are 1) situated in late modernity, 2) using abduction as strategy of discovery, 3) developed with a culture-centered perspective, 4) informed by hermeneutics and Critical Theory, 5) sensitized to problems of representation, and therefore developed through „writing as dialogic aspect seeing“ (Stige, 2003, 27–61).

[3] If this thesis makes sense, we should expect to find similar developments in related disciplines, and I do think it is possible to find this. A larger and more established discipline such as psychology, for instance, has had a subfield called community psychology for more than 40 years now (Nelson & Prilleltensky, 2005).
[4] A preliminary version of parts of the literature review was published as an essay in Voices (Stige, 2002b). It should be noted that the choice of countries in the review – which undeniably is „ethnocentric" in that no countries from Asia, Africa, Oceania, or South America have been included – is based upon practical and technical criteria and does not suggest that I do not find the developments on these continents important.
[5] With reference to Rinast et al. (from 1979), Frohne-Hagemann (1990/2001, 109–111) describes these pre-requisites through use of four Ws: Wachheit, Wertschätzung, Würde, und Wurzeln.
[6] I am referring to Wittgenstein's (1953/1967) notion, originally developed in relation to language games. Games are similar in the same way as family members are similar, Wittgenstein argued: There may be common features among some members, others among others, but there is hardly any one feature shared by all members.
[7] Østerberg, as a sociologist, also stresses that music at times may attain powers of differentiation.
[8] The English word „science" is often used quite differently than the German „Wissenschaft." While the latter term, as far as I am informed, usually is used as an umbrella term covering the traditions of natural sciences as well as the humanities and the social sciences, the English term „science" may be used to denote the research traditions of the natural sciences (and traditions that subscribe to the same metatheoretical assumptions).
[9] For discussions of music as ecology, see for instance Ansdell (1997) and Bruscia (1998, 230).
[10] See (Habermas, 1981/1996).
[11] This proposal is in line with the transactional perspectives on human development suggested by cultural psychologists and many other scholars, see for instance (Cole, 1996).
[12] My notions of „client" and of „health" may be somewhat different from Bruscia's notions, however.
[13] Cf. Bruscia's (1998) use of the notion „area of practice."

Using a Music Therapy Collaborative Consultative Approach for the Inclusion of Young Children with Autism in a Child Care Program

Petra Kern, Chapel Hill, NC 27599, USA

Abstract

Young children with Autism Spectrum Disorder are increasingly included in conventional child care programs, receiving therapeutic services within the context of ongoing classroom routines. This article discusses the benefits of an inclusive environment and the rationale for providing embedded services, particularly the application of a collaborative consultative model of service delivery, for young children with autism. The following series of single case studies provides evidence that individually designed music therapy interventions can increase the independent performance of young children with Autism Spectrum Disorder during challenging child care routines and can be embedded by teachers in ongoing activities. To illustrate the research design of each study, staff development activities, interventions provided, and results, a case vignette example is presented for each experiment.

Zusammenfassung

Kleinkinder mit der Diagnose Autistisches Syndrom werden zunehmend in herkömmliche Kindertagesstätten integriert und erhalten ihre therapeutischen Maßnahmen im Kontext der alltäglichen Gruppenaktivitäten. Dieser Beitrag bespricht die Vorteile einer integrativen Umgebung und Gründe zur Einbindung von therapeutischen Maßnahmen, insbesondere der Anwendung eines kollaborativen Beratungsmodells für Kleinkinder mit frühkindlichem Autismus. Die folgende Serie von Einzelfallstudien liefert den Beweis, dass individuelle musiktherapeutische Interventionen die Handlungsfähigkeit von Kindern mit Autistischem Syndrom während für sie schwieriger Gruppenabläufe in einer Kindertagesstätte verbessern können und Erzieherinnen die Interventionen erfolgreich in den normalen Tagesablauf eingliedern können. Um das Forschungsdesign der einzelnen Studien, das Mitarbeitertraining, die angewandten Interventionen und die Ergebnisse anschaulich zu machen, werden Fallvignetten beispielhaft für jedes Experiment aufgeführt.

Young children with *Autism Spectrum Disorder* (ASD) frequently experience difficulties in making friends and participating in everyday routines and activities. Specific characteristics of autism, such as focusing on people in the environment, comprehending and using verbal and nonverbal language, playing meaningfully with toys and interacting with peers, may interfere with the ability to achieve group membership and engage in typical play and self-care activities. The social ecology of inclusive child care settings may influence these children's social engagement, learning and development positively. Thus, children with autism are increasingly being included in community-based child care settings, receiving their

therapeutic services in the context of ongoing class activities and routines. However, environmental arrangements and individualized interventions emphasizing the children's strength and needs are necessary for successful inclusion.

The purpose of the series of studies described here was to understand if individually designed music therapy interventions would increase the performance of seven young children with ASD during challenging routines in an inclusive child care program and to learn if teachers could embed the interventions in the ongoing classroom routine. The interventions addressed difficulties the targeted children faced during (a) the morning greeting routine, (b) multiple-step tasks within classroom routines, and (c) peer interactions on the childcare playground. The effects of the music therapy interventions were evaluated by using single-case experimental designs (ABAB withdrawal design, alternating treatment design, multiple baseline design), which allowed a controlled experimental approach to the investigation of a single child under different circumstances, as well as the flexibility to adapt the intervention to the child's needs and the particular treatment approach (Aldridge, 2005; Kazdin, 1982; Tawney & Gast, 1984). Research literature regarding inclusion, models of service delivery, and music therapy for young children with ASD was reviewed to support and inform the studies.

Inclusion: The socio-cultural environment is an integral force in a child's learning and development (Piaget, 1951; Stern, 2000; Vygotsky, 1978). Full inclusion of children with special needs in their natural environments – such as community-based interactive play settings – has been supported on ethical, legal, and educational grounds (Wilson, 2002; Wolery & Wilbers, 1994). For young children with ASD, whose social interactions and relationships, language and communication, and behaviors are significantly affected, early education, treatment, and involvement with typically developing peers can greatly enhance the child's ability to participate meaningfully in family and community life and to play a vital role in society (American Psychiatric Association [APA], 2000; Dawson & Osterling, 1997; Handelman & Harris, 2001; Kluth, 2003; National Research Council, 2001; TEACCH, 2004; Wolery et al., 2001).

Service delivery: The Division of Early Childhood (DEC) (Sandall, McLean, & Smith, 2000), as well as the Committee on Educational Interventions for Children with Autism (National Research Council, 2001), recommend that interventions for young children with autism be embedded in ongoing classroom routines. The rationale for inclusive service delivery is manifold (McWilliam, 1996; Wesley, 2004; Wolery & Wilbers, 1994): (a) to minimize stigma and isolation by having the child remain in class with her/his peers; (b) to capitalize on the child's naturally

occurring learning opportunities by providing support in context; (c) to increase the number of experiences that promote learning by addressing daily problems whenever they occur; (d) to promote social competence by keeping the child involved in activities with classroom peers; (e) to increase generalization by practicing the skills needed in the place they are needed; and (f) to ensure consistency by having all the adults working with a child be aware of the rationale for providing treatment and the implication of the intervention. To support the child's participation in naturally occurring environments, routines, activities, and social interactions, therapists work with the individual child or a group of children within the ongoing classroom routines, or as consultants to the classroom staff and families to embed therapeutic goals (National Research Council, 2001; Dunst et al., 2001; McWilliam, 1996, 2000; Sandall, McLean, & Smith, 2000; Wesley, 2004). This model of service delivery is referred to as „integrated", and occupational therapists, speech / language pathologists, physical therapists, and special educators have evaluated and successfully applied this model in inclusive child care settings (Dunn, 1996; Garfinkel & Schwartz, 2002; Rainforth & Roberts, 1996; Wilcox & Shannon, 1996). However, though music therapy services can either be provided directly to clients or through consultation with professionals and others directly involved with the client (American Music Therapy Association [AMTA], 2004), only 17% of the music therapists in the U.S. provide consultative services in educational settings (Register, 2002). Some attention has been paid to embedded treatments and the collaborative and consultative models of music therapy service delivery as effective strategies for including students with special needs within public school settings (Furman, 2002; Humpal, 2002; Johnson, 2002; Snell, 2002). Additionally, no formal research is currently available to describe whether or not integrated models of service delivery, especially collaborative and consultative strategies, are effective for serving young children with special needs in interactive play settings.

Music therapy: Music therapy has a long tradition of serving young children with special needs, especially those with autism (Alvin & Warwick, 1991; Nordoff & Robbins, 1977).

Studies on interest in music and relative strength of musical abilities in children with autism (e. g., Applebaum et al., 1979; Thaut, 1987, 1988), and the effectiveness of music therapy interventions in addressing the characteristics of autism is documented by anecdotal reports (e. g., Gottschewski, 2001; Gustdorff & Neugebauer, 1997; Nelson, Anderson, & Gonzales, 1984; Schumacher, 1994), as well as numerous research accounts (e. g., Brownell, 2002; Bunday, 1995; Kostka, 1993; Pasiali, 2004; Wimpory, Chadwick & Nash, 1995). Music therapy interventions address the challenges associated with autism in an intentional and developmentally appropriate manner and are effective in facilitating development of core skills and personal growth. Key strategies applied to educating children with autism – such as individualization, structure and predictability, and emphasis on the child's strengths and individual needs – are incorporated in music therapy treatments or are part of the nature of music itself (American Music Therapy Association [AMTA], 2002). Music therapy also strongly supports and facilitates inclusion of chil-

dren with special needs in various educational settings (Wilson, 2002). That said, the effectiveness of music therapy interventions for the inclusion and improvement of core skills in young children with autism enrolled in inclusive preschool settings is documented by few music therapists (Furman, 2001, 2002; Humpal & Wolf, 2003; Snell, 2002), and controlled studies of any kind are missing altogether.

The research study: This series of single case studies was conducted at the inclusive Family and Child Care Program of the Frank Porter Graham (FPG) Child Development Institute, which is affiliated with the University of North Carolina at Chapel Hill, USA (Frank Porter Graham Child Development Institute (FPG), 2004). The Family and Child Care Program enrolled about 80 children from six weeks of age to five years old. Children with and without disabilities attended the same classroom, where the philosophy followed developmentally appropriate guidelines (Bredekamp & Copple, 2002). Of the 30% of the children with various disabilities, 11 were diagnosed with ASD by external agencies using the Psychoeducational Profile-Revised (PEP-R) (Schopler et al., 1990), Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) (Lord et al., 1999), Vineland Adaptive Behavior Scales (Sparrow et al., 1984), Childhood Autism Rating Scale (CARS) (Schopler, Reichler, & Renner, 1988), clinical observation, and parent interviews. Classroom peers included both males and females from different ethnic groups and were ages two to five. All experiments were undertaken in the child care programs' inclusive classrooms or playground using the integrated therapy approach.

In all three studies, the music therapy interventions were designed and implemented by using a music therapy collaborative consultative model of service delivery. Parents and caregivers, classroom peers and classroom teachers participated in the interventions, in consultation with the music therapist. In each case, a unique song, matching the target child's personality and demands of the identified difficulties, was written by the author in collaboration with the classroom teachers. Specific goals, strategies, and procedures were individualized for each target child, and predictable routines, structured teaching, and visual cues, as generally used with children with ASD, were taken into consideration in the interventions' design. Staff development activities on the use of music therapy techniques were provided prior to each experiment, and peer-mediated strategies were applied to increase peer interactions for the study taking place on the child care playground (McGee, Morrier, & Daly, 2001). To illustrate the design of the studies, the interventions provided and the results of those interventions, a case vignette example is provided for each experiment (the morning greeting routine experiment actually involved two children, the multiple step tasks experiment had one participant, and the playground peer interaction experiment involved four children). Results of interventions for those children not represented in case vignettes were comparable to those that are introduced.

Case Vignette: Ben

For 10 months, three-year-old Ben attended the FPG community-based child care program five mornings a week. He was diagnosed with ASD and had difficulty transitioning from home to school. Each morning when his nanny brought him to school, Ben held on to her, cried or screamed and ignored any efforts of his teachers to welcome him. His nanny reported feeling „bad" about leaving Ben while he was upset, teachers „dreaded" the arrival of the child, saying things like „it's fine once he's here, but just getting him here is hard," and peers did not take notice of him and went about their play. His Mom and teacher hoped that he would learn to enter the classroom happily and independently, greet his peers during morning arrival time by communicating „hello" in some way, wave „good-bye," and engage in meaningful play.

Both Ben's Mom and his teachers noticed that he was interested in song activities, playing musical instruments, and listening to soft and mellow music. During an interdisciplinary team meeting, Ben's classroom teacher asked about the efficacy of music therapy interventions for Ben's challenging morning transition. The music therapist, familiar with the child, suggested using a greeting song incorporating the morning greeting routine in use by Ben's classmates. After the team agreed on five specific steps for the greeting routine and identified additional individual education goals, the music therapist composed in close collaboration with the classroom teachers a unique song tailored to the child's challenges, personality, and strengths. Together they worked out how the song intervention would fit into the existing morning routine. The music therapist provided training to the teachers and caregiver and modeled how to include Ben and his peers in the morning greeting routine.

Prior to implementing this new intervention, baseline data was collected about Ben's performance as he entered the classroom. That data indicated a low level of independent actions (M=23.3%) in greeting peers, separating from his nanny, and engaging in play. When the adults felt comfortable with using the song and Ben's new morning greeting procedure, the teachers implemented the intervention in the ongoing classroom routine. As soon as Ben entered the classroom, his nanny and classroom teachers sang each step of the greeting song to Ben. Ben entered the classroom and looked for a peer to greet by exchange a „hello" picture symbol. His teachers first prompted him to follow each step of the routine and then gradually withdrew their support. Peers began to cluster around him each morning, singing the song and wishing him a „good morning." However, this original implementation of the intervention did not change Ben's behavior significantly (M= 30%), because the „good-bye" part was still troublesome to him and triggered undesirable behaviors such as biting and scratching. After consulting with the music therapist, the teacher and caregiver decided that it was too hard for Ben to understand both concepts: greeting and saying good-bye. Therefore the decision was made to eliminate the good-bye part of the greeting routine and Ben's caregiver left after he entered the classroom smoothly. This modified version of the intervention improved Ben's independence in this routine immediately and significantly (M=60%).

To test the validity of the intervention, the morning greeting song was withdrawn for five days. Ben's independence dropped to a mean of 40%. When the greeting song was re-introduced, independence in following the greeting routine smoothly rose to a mean of 80%.

On many days Ben now enters the classroom with a smile on his face, joyfully jumps up and down, and vocalizes or names a peer to greet. The song intervention evokes a positive view and interest of peers toward Ben as evident in remarks such as „He doesn't cry anymore," or „He did a great job." Peer interaction frequently continues when Ben plays a hand drum that is offered to him as a toy to play with for the last step of the routine. Furthermore, teachers' and the caregiver's stress level has been reduced due to Ben's smooth transition during arrival time. Ben's Mom is very pleased and satisfied seeing her son's positive development and uses other songs to teach him skills at home.

Case Vignette: Andy

Andy was a 3-year old boy with ASD enrolled in the FPG inclusive child care program. His favorite activities were to identify letters and numbers, listen, dance, and sing to music. Clara, his classroom teacher, said: „Andy really responds well to music. He makes eye contact with me as soon as I start a melody. Singing songs with him during major transitions in the classroom helps him to understand what to do next." However, Andy tended to have difficulties with managing the required steps of classroom routines such as cleaning up his toys after free play. Cleaning up at different times throughout the child care day was a readily familiar routine for his classmates. Clara found it important to teach children to clean up because it keeps the classroom organized and functional.

Each child is expected to put toys back in the designated play area independently. To make the cleaning-up procedure a more fun activity for her class, she and the children would sing „Clean up" from Barney & Friends while putting toys in the designated area. Clara noticed that Andy stiffened his legs and body, flapped his arms, whined, tried to escape, and avoided cleaning up if she prompted him with words to engage in cleaning up. But when she sang the cleaning-up song to him in the same situation, he started to clean up his toys as his classmates did.

Using an alternating treatment design the music therapist verified that a song intervention helped Andy to participate more independently in this classroom routine. In collaboration the teacher and music therapist decided to design individual song interventions to help Andy to be more independent in additional self-care routines such as hand washing and toileting. The lyric of a pre-composed song were altered to the demands of hand washing, and for the toileting procedures the music therapist composed an individualized song.

Results indicated that the implementation of either form of the intervention (song intervention/lyric intervention) was successful in increasing Andy's independent performance for each self-care routine. However, the song intervention was more effective than the lyric intervention for the hand washing (song intervention M=66.0% versus lyric intervention M=57.1%) and cleaning-up procedures (song intervention M=66.6% versus lyric intervention M=36.7%), whereas for toileting the lyric intervention (M=38.2%) was slightly more effective than the song intervention (M=32.0%).

Case Vignette: Phillip

Phillip was a friendly four-year-old boy with a sense of humor and a good temperament. He was diagnosed with ASD and had particular difficulty with interacting with classmates and engaging in meaningful play. When his inclusive preschool class was let loose to run around on the playground, he wandered around aimlessly, flapped his arms, spun a leaf, or sat on a bench, unless his teachers involved him in a meaningful activity such as riding a tricycle. Sometimes children trailed around after him and engaged him in a little chasing game. Phillip did not know how to approach his classmates appropriately and frequently pushed or screamed at them. As play progressed, peers frequently teased him or were scared and ran away. Phillip's mom and teachers were not pleased by the childrens' interaction. Phillip's mom said she didn't like her son „being all by himself or rough to friends" while others played nicely with one another.

The music therapist observed Phillip's and his peers' behavior on the playground. She approached Phillip's classroom teachers Rebecca and Patricia and they engaged in defining the problem the children have. Together they evaluated possible strategies to improve Phillip's and his peers' playground interaction. Rebecca said that Phillip is amazingly adept in participating in musical activities. At the next interdisciplinary team meeting, Phillip's teachers and the music therapist suggested a music therapy intervention aimed to improve Phillip's playground peer interaction and play and engagement on the playground. Baseline measures indicated few positive interactions with peers (M=4.1%).

Earlier in the year, the music therapist initiated modification of the playground by adding an outdoor music center (Music Hut) on the child care playground. She and her colleagues realized that the opportunity to engage in musical activities might enhance the overall playground experience, especially for children with special needs. Additionally, she created and distributed a booklet and CD with songs incorporating instruments in the Music Hut for promoting therapeutic goals such as interaction, initiation, cooperative play, self-expression and awareness, attention, and body control among teachers.

The Music Hut enhanced meaningful play and engagement for many children with and without disabilities, but did not improve Phillip's peer interactions. In the experimental condition with the Music Hut alone, the number of positive peer interactions rose very little (M=6.3%). Phillip's mom and other specialists agreed that an individualized song intervention, which included targeted education goals and made use of intervention strategies already in use for Phillip, would be helpful. The intervention was also designed to use peers as formal and informal helpers. The intervention could then be embedded by Phillip's teacher in the daily playground routine to achieve positive peer relationships. After staff training, identifying Justin and Jacky as Phillip's peer buddies, Phillip's unique song was introduced to his class.

Shortly after, Phillip and Justin held hands and ran across the playground to the Music Hut, where Rebecca waited for them. Both were playing the gong in a loud fashion while singing, „I want to play the gong with you." Justin wanted to know if this song is called Phillip's Groove and jumped joyfully up and down when his teacher verified it. Next, Phillip initiated dancing and signed, „I want to dance with you." He took

Justin's hand and spun around with him. His eyes were sparkling and Justin commented, „This is my favorite part." This teacher mediated intervention resulted in an increase in positive peer interactions substantially (M=77.4%). During the peer-mediated phase of the intervention, Rebecca stepped out of the Music Hut and only provided support when needed, which resulted in a decrease in Phillip's interactions with peers (M=21.9%), though this was still a significant improvement over the baseline condition.

Conclusions

This cumulative case study illustrates that music therapy interventions are meaningful and effective for young children with autism, and can be successfully embedded in ongoing classroom activities and routines. The music therapy collaborative consultative approach was effective in enabling teachers to implement the interventions successfully. Through individualized song interventions, children with autism acquired and improved skills and social interactions with peers in the natural environment. Collaborative consultation, widely employed elsewhere in early intervention/early childhood special education to promote program sustainability, is an appropriate and effective way of providing music therapy treatment. Indeed, it allows for the expansion of music therapy services. Overall, music therapy enhances services for young children with autism. However, training of music therapists in collaborative consultative methods of service delivery, along with continued research into the effects of embedded music therapy interventions in inclusive child care programs, is warranted.

References:

Aldridge, D. (Ed.) (2005). Case Study Designs in Music Therapy. London, England; Bristol, PA: Jessica Kingsley Publishers.

Alvin, J., Warwick, A. (1991). Music therapy for autistic children (2nd ed.). Oxford, England: University Press.

Applebaum, E., Egel, A. L., Koegel, R. L., Imhoff, B. (1979). Measuring musical abilities of autistic children. Journal of Autism and Developmental Disorders, 9 (3), 279–285.

American Association of Music Therapy (AMTA) (2002). Music therapy and individuals with diagnosis on the autism spectrum. Retrieved December 16, 2004 from the Internet: http://www.musictherapy.org/factsheets/autism.html/

American Association of Music Therapy (AMTA) (2004). AMTA Member Sourcebook 2004, 185–186.

American Psychiatry Association (APA) (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.), Text Revision. Washington, DC: Author.

Bredekamp, S., Copple, C. (Eds.) (2002). Developmentally appropriate practice in early childhood programs (2nd ed.). Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.

Brownell, M. K. (2002). Musically adapted social stories to modify behaviors in students with autism: Four case studies. Journal of Music Therapy, 39 (2), 117–144

Bunday, E. M. (1995). The effects of signed and spoken words taught with music on sign and speech imitation by children with autism. Journal of Music Therapy, 32 (3), 189–202.

Dawson, G., Osterling, J. (1997). Early intervention in autism. In M. J. Guralnick (Ed.), The effectiveness of early intervention (pp. 307–326). Baltimore, MD: P. H. Brookes Publisher Co.

Dunn, W. (1996). Occupational Therapy. In R. A. McWilliam (Ed.), Rethinking pull-out services in early intervention: A professional resource (pp. 267–313). Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.

Dunst, C. J., Bruder, M. B., Trivette, C. M., Raab, M, McLean, M. (2001). Natural learning opportunities for infants, toddlers, and preschoolers. Young Exceptional Children, 4 (3), 18–25.

Frank Porter Graham Child Development Institute (FPG) (2004). FPG Child Care Center. The FPG Family and Child Care Program. Retrieved December 16, 2004 from the Internet http://www.fpg.unc.edu/childcare/

Furman, A. G. (2001). Young children with autism spectrum disorder. Early Childhood Connections, 7 (2), 43–49.

Furman, A. (2002). Music therapy for learners in a community early education public school. In B. L. Wilson (Ed.), Models of music therapy interventions in school settings (2nd ed) (pp. 369–388). Silver Spring, MD: The American Music Therapy Association, Inc.

Garfinkle, A. N., Schwartz, I. S. (2002). Peer imitation: Increasing social interactions in children with autism and other developmental disabilities in inclusive preschool classrooms. Topics in Early Childhood Special Education, 22, 26–38.

Gottschewski, K. (2001). Autismus aus der Innenperspektive und Musiktherapie [Autism from an inside-out perspective and music therapy]. In D. Aldridge (Ed.), Kairos V: Musiktherapie mit Kindern: Beiträge zur Musiktherapie in der Medizin (pp. 40–57). Bern; Goettingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber.

Gustorff, D., Neugebauer, L. (1997). Musiktherapie mit Bahman, einem autistischen Jungen: Eine Fallstudie [Music therapy with Bahman, an autistic boy: A case study]. In D. Aldridge (Ed.), Kairos I:Beiträge zur Musiktherapie in der Medizin, 12–13. Bern; Goettingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber.

Handleman, J. S., Harris, S. L. (Eds.) (2001). Preschool education programs for children with autism (2nd ed). Austin, TX: Pro-Ed.

Humpal, M. E. (2002). Music therapy for learners in an early childhood community interagency setting. In B. L. Wilson (Ed.), Models of music therapy interventions in school settings (2nd ed) (pp. 389–428). Silver Spring, MD: The American Music Therapy Association, Inc.

Humpal, M. E., Wolf, J. (2003). Music in the inclusive environment. Young Children, 58 (2), 103–107.

Johnson, F. (2002). Models of service delivery and their relation to the IEP. In B. L. Wilson (Ed.), Models of music therapy interventions in school settings (2nd ed) (pp. 83–107). Silver Spring, MD: The American Music Therapy Association, Inc. Kazdin, A. E. (1982). Single case research designs: Methods for clinical and applied settings. New York: Oxford University Press.

Kluth, P. (2003). You're going to love this kid. Teaching students with autism in the inclusive classroom. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Co. Kostka, M. J. (1993). A com-

parison of selected behaviors of students with autism in special education and regular music classes. Music Therapy Perspectives, 11, 57–60

Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P., Risi, S. (1999). Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS). Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

McGee, G. G., Morrier, M. J., Daly, T. (2001). The Walden Early Childhood Programs. In J. S. Handelman and S. L. Harris (Eds.), Preschool education programs for children with autism (2nd ed) (pp. 157–190). Austin, TX: Pro-Ed.

McWilliam, R. A. (Ed.). (1996). Rethinking pull-out services in early intervention: A professional resource. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.

McWilliam, R. A. (2000). It's only natural … to have early intervention in the environments where it's needed. Young Exceptional Children Monograph Series No. 2: Natural Environments and Inclusion, pp. 17–26. Denver, CO: The Division for Early Childhood of the Council for Exceptional Children.

National Research Council (2001). Educating children with autism. Committee on educational interventions for children with autism. In C. Lord, J. P. McGee (Eds.), Division of Behavioral and Social Science and Education. Washington, DC: National Academy Press.

Nelson, D. I., Anderson, V. G., Gonzales, A. D. (1984). Music activities for children with autism and other pervasive developmental disorders. Journal of Music Therapy, 21 (3), 100–116.

Nordoff, P., Robbins, C. (1977). Creative Music Therapy: Individual treatment for the handicapped child. NY, NY: John Day Books in Special Education.

Pasiali, V. (2004). The use of prescriptive therapeutic songs in a home-based environment to promote social skills acquisition by children with autism: three case studies. Music Therapy Perspectives, 22 (1), 11–20.

Piaget, J. (1951). Play, dreams, and imitation in childhood. NY, NY: Norton.

Rainforth, B., Roberts, P. (1996). Physical therapy. In R. A. McWilliam (Ed.). Rethinking pull-out services in early intervention: A professional resource (pp. 243–265). Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.

Register, D. (2002). Collaboration and consultation: A survey of board certified music therapists. Journal of Music Therapy, 39 (4), 305–321.

Sandall, S., McLean, M. E., Smith, B. J. (2000). EC: Recommended practices in early intervention / early childhood special education. Longmont, CO: Sopris West.

Schopler, E., Reichler, R., Bashford, A., Lansing, M., Marcus, L. (1990). Psychoeducational Profile-revised (PEP-R). Austin, TX: Pro-ED.

Schopler, E., Reichler, R., Renner, B. (1988). The childhood autism rating scale (CARS). Los Angeles, CA: Western Psychological.

Schumacher, K. (1994). Musiktherapie mit autistischen Kindern [Music therapy with autistic children]. Stuttgart, Germany: Gustav Fischer Verlag.

Snell, A. M. (2002). Music therapy for learners with autism in a public school setting. In B. L. Wilson (Ed.), Models of music therapy interventions in school settings (2nd ed) (pp. 211–275). Silver Spring, MD: The American Music Therapy Association, Inc.

Sparrow, S. S., Balla, D. A., Cichetti, D. C. (1984). Vineland Adaptive Behavior Scales. Circler Pines, MN: American Guidance Service.

Stern, D. N. (2000). The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and development psychology. NY, NY: Basic Books.

Tawney, J. W., Gast, D. L. (1984). Single subject research in special education. Columbus: Merrill.

Thaut, M. H. (1987). Visual versus auditory (musical) stimulus preferences in autistic children: A pilot study. Journal of Autism and Developmental Disorders, 17 (3), 425–432.

Thaut, M. H. (1988). Measuring musical responsiveness in autistic children: A comparative analysis of improvised musical tone sequences of autistic, normal and mentally retarded individuals. Journal of Autism and Developmental Disorders, 18 (4), 561–571.

Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children (TEACCH). (2004). Autism Primer: Twenty questions and answers (3rd edition). Retrieved December 16, 2004 from the Internet: http://www.teacch.com/teacch_i.htm.

Vygotsky, L. S. (1978). Mind in Society: The development of higher psychological progresses. Cambridge, MA: Harvard University Press. Wesley, P. (2004). Education flourishes in natural environments. All Together Now! (ATN), 10 (1), 3–5.

Wilcox, M. J., Shannon, M. S. (1996). Integrated early intervention practices in speech-language pathology. In R. A. McWilliam (Ed.), Rethinking pull-out services in early intervention: A professional resource (pp. 217–242). Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publisher Co.

Wilson, B. L. (Ed.). (2002). Models of music therapy interventions in school settings (2nd ed). Silver Spring, MD: The American Music Therapy Association, Inc.

Wimpory, D. Chadwick, P., & Nash, S. (1995). Brief report: Musical Interaction Therapy for children with autism: An evaluative case study with two-year follow-up. Journal of Autism and Developmental Disorders, 25 (5), 541–552.

Wolery, M., Watson, L., Garfinkel, A. N., Marcus, L., Coburn, J. (2001). Replication Manual: Center-Based Early Intervention Demonstration Project for Children with Autism. Unpublished Manual.

Wolery, M., Wilbers, J. (Eds.) (1994). Including children with special need in early childhood programs. Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.

Author Notes

This summary is based on work undertaken for my doctoral dissertation, completed under the direction of Prof. Dr. David Aldridge at the University of Witten-Herdecke, Germany. My deepest appreciation goes to the children and families, teachers and colleagues at the Family and Child Care Program of the Frank Porter Graham Child Development Institute, University of North Carolina at Chapel Hill for their participation, dedication, and collaboration in these studies.

Portions of this manuscript were modified and reprinted with permission of *Music Therapy Today.* The original article appeared under the title Kern, P. (2004). Making friends in music: Including children with autism in an interactive play setting. *Music Therapy Today (online) Vol. V,* Issue 4, August 2004, available at http://www.musictherapyworld.net.

Dr. rer. medic. Petra Kern, Music Therapist BVM, MT-BC, Frank Porter Graham Child Development Institute, 105 Smith Level Road, CB# 8180, Chapel Hill, NC 27599, USA, kern@mail.fpg.unc.edu

Was beeinflusst die Effektivität von Musiktherapie bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen?

Christian Gold, Sandane, Norwegen

Zusammenfassung

Der Bedarf an Wirksamkeitsforschung in der Musiktherapie wurde bisher zumeist mehr als eine Forderung von außen wahrgenommen denn als eine Fragestellung, die sich aus eigenem fachlichem Interesse ergibt. Mit einer Reihe von Studien hat der Autor versucht, auf die Frage nach der Wirkung der Musiktherapie im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie Antworten zu finden, die auch für die klinisch-musiktherapeutische Arbeit relevant sind.
Im ersten Teil, einer Meta-Analyse, wurden alle weltweit verfügbaren Studien neu zusammengefasst und neben dem durchschnittlichen Effekt auch die Rolle potentieller Prädiktoren (Art der Klienten und musiktherapeutischer Ansatz) untersucht. Im zweiten Teil, einer Effektivitätsstudie, wurden klinische Veränderungen während einer Einzelmusiktherapie bzw. Wartezeit bei insgesamt 136 Kindern und Jugendlichen erfasst. Dabei stand neben der durchschnittlichen Effektivität wiederum die Frage im Vordergrund, welche Variablen die Wirksamkeit besonders beeinflussen.
Das Ergebnis der Meta-Analyse zeigte ein äußerst positives Ergebnis: Elf Studien mit 188 Probanden zeigten zusammen einen deutlichen Effekt. Die Frage nach den Einflüssen von Störungsbild und musiktherapeutischem Ansatz konnte nicht endgültig geklärt werden. In der Effektivitätsstudie wurde die musiktherapeutische Arbeit im klinischen Alltag untersucht. Hier zeigten sich wichtige Einflussfaktoren hinsichtlich der Wirksamkeit: Die Klienten verbesserten sich am meisten, wenn die Musiktherapie auf die musikalische Interaktion und die verbale Aufarbeitung fokussiert war. Die Ergebnisse der Studien leisten einerseits einen Beitrag zur oft geforderten wissenschaftlichen Evidenz für die Wirksamkeit von Musiktherapie. Darüber hinaus liefern sie auch für die Praxis wichtige Anregungen und können dazu beitragen, die Lücke zwischen Forschung und Praxis zu verringern.

Abstract
What Influences the Effectiveness of Music Therapy with Psychologically Disturbed Children and Adolescents?

The need for research concerning the effectiveness of music therapy has been viewed, up to now, as more of a demand from external forces than as a question of interest raised by those in the field. The author attempts to find answers to these questions, regarding the effect of music therapy, in the area of child and adolescent psychiatry and their relevance to clinical music therapy work.
Beginning with a meta-analysis, all world wide attainable studies are newly summarized and the average level of effectiveness, together with the role of potential factors (type of client and music therapy method) researched. In the second part of the article, which is a study of effectiveness, clinical changes are captured during individual music

therapy and / or waiting periods, from a total of 136 children and adolescents. Here, once again, the level of effectiveness found on the average was closely related to questions regarding which variables influence effectiveness.
The results of the meta-analysis showed an very positive outcome; eleven studies with 188 clients showed, when taken together, a clear effect. The question of the impact of specific disorder type and music therapy method could not be conclusively clarified. In the study of effectiveness, the music therapy performance during the everyday clinical setting is researched. Important influential factors can be seen with regard to effectiveness, clients improved the most when the music therapy focused on musical interaction and related verbal processing. The results of the study are, on the one hand, a contribution to frequently demanded scientific conclusiveness, with regard to the effectiveness of music therapy. In addition, they supply important suggestions for the practice setting and could contribute to narrowing the gap between research and clinical practice.

Einleitung: Musiktherapie im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Das Feld der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein wichtiges Einsatzgebiet der Musiktherapie; manche musiktherapeutischen Modelle entstanden sogar hauptsächlich aus der Arbeit mit Kindern heraus. Ziele, Arbeitsweisen und Erfolge von Musiktherapie bei Kindern und Jugendlichen mit verschiedenen psychischen Störungen sind in zahlreichen Fallstudien belegt.
Das Feld der psychischen Erkrankungen im Kinder- und Jugendbereich ist breit gefächert und umfasst eine Vielzahl verschiedenster Störungen, die nicht immer klar voneinander abgrenzbar sind. Dies liegt unter anderem daran, dass sich Kinder in der Entwicklung befinden und sich somit auch Störungen erst entwickeln. Es gibt aber auch Hinweise, dass die Überschneidungsbereiche zwischen den einzelnen Störungen so stark – und Komorbiditäten so häufig – sind, dass die einzelnen Krankheiten als künstliche Kategorien gesehen werden müssen (Angold et al., 1999). Diese wären dann bestenfalls für die klinische Praxis nützlich, schlimmstenfalls jedoch stigmatisierend und selbsterfüllend. Eine grobe Einteilung der Störungen könnte die drei Kategorien vorwiegender Verhaltensstörungen, vorwiegend emotionaler und Anpassungsstörungen sowie vorwiegender Entwicklungsstörungen beinhalten.
Musiktherapeuten haben mit Klienten aus allen drei Kategorien zu tun, häufig auch mit Klienten, die mehrere Störungen zugleich aufweisen. Dementsprechend wenig störungsspezifisch ist zumeist die musiktherapeutische Arbeit. Die meisten Fallstudien berichten von einer stark individualisierten, prozessorientierten Musiktherapie mit deutlich psychotherapeutischer Ausrichtung. Diese findet häufig im Einzelsetting (aber auch in kleineren Gruppen) statt und kann sowohl im stationären Rahmen als Teil eines multidisziplinären Behandlungsangebots als auch ambulant als alleinige Therapie angeboten werden. Die Dauer kann von wenigen Wochen bis zu mehreren Jahren reichen. Therapieziele und beschriebene Veränderungen sind vielfältig und reichen von Symptomverbesserungen über soziale Ver-

änderungen (z. B. im interpersonellen Kontakt und der Ausdrucksfähigkeit, aber auch konkrete Veränderungen der Lebenssituation) bis hin zu Verbesserungen des allgemeinen Wohlbefindens oder der Lebensqualität allgemein (Bruscia, 1991; Haffa-Schmidt et al., 1999; Wigram & De Backer, 1999).
Musiktherapie ist in verschiedenen Ländern mittlerweile in stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie relativ gut verankert, teilweise auch in ambulanten Diensten. In freier Praxis wird Musiktherapie zwar ebenfalls angeboten, hier stellt aber die Finanzierung für sozial schwache Klienten häufig eine große Hürde dar. Gerade die ambulante Langzeitbetreuung wird dadurch oft nicht ermöglicht, obwohl generell Einigkeit besteht, dass frühe und nachhaltige Intervention bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen äußerst wichtig ist. Viele psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter setzen sich im Erwachsenenalter in gleicher oder veränderter Form fort, und grundlegende Veränderungen werden mit zunehmendem Alter zunehmend schwieriger. In klinischen Leitlinien findet Musiktherapie bisher meist keine Erwähnung (z. B. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie et al., 2003).

Die Forderung nach Wirksamkeitsforschung

Dass ein Bedarf an Wirksamkeitsforschung im Bereich der Musiktherapie bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen besteht, wurde wiederholt festgestellt. Allerdings wird dieser Bedarf von Musiktherapeuten bisher häufig mehr als eine Forderung von außen wahrgenommen denn als eine Fragestellung, die sich aus eigenem fachlichem Interesse ergibt. Diese „Außenperspektive“ ist zweifellos ein wichtiger Aspekt. Es geht ja nicht nur um die Aufteilung der „Fleischtöpfe“ unter den verschiedenen Professionen, sondern auch und vor allem darum, für die betroffenen Kinder die bestmögliche Behandlung bereitzustellen. Wenn man der Meinung ist, dass Musiktherapie für psychisch kranke Kinder und Jugendliche etwas Positives beizutragen hat, muss man Wirksamkeitsforschung fordern, um über die Aufnahme in Leitlinien schließlich eine zuverlässigere Finanzierung dieser Therapie zu erreichen. Welchen Standards diese Forschung zu genügen hat, wird natürlich ebenfalls „von außen“ vorgegeben. Daher rührt sicher ein wesentlicher Teil des Unwohlseins, das Wirksamkeitsforschung bei Musiktherapeuten im allgemeinen hervorzurufen pflegt.
Über der erhitzten Diskussion darüber, welche Art der Forschung von außen gefordert wird, wird oft vergessen, dass die Frage nach der Wirksamkeit der Musiktherapie eigentlich für Musiktherapeuten selbst von essentieller Bedeutung ist – also die „Innenperspektive“. Als Musiktherapeut arbeitet man in einem Feld, in dem der Erfolg der eigenen Arbeit häufig nur schwer zu beurteilen ist. Die Veränderungen, die wir sehen, sind meist subjektiv, oft äußerst subtil oder nur allmählich. Zudem haben wir aus dem Therapieraum eine eingeschränkte Perspektive und wissen oft zu wenig darüber, inwieweit sich Veränderungen in der Therapie auch außerhalb des Therapieraumes widerspiegeln. Unsere Klienten sind außerdem so vielfältigen anderen Einflüssen ausgesetzt, dass es schwierig ist, festgestellte Ver-

änderungen kausal auf die Therapie zurückzuführen. Nicht nur andere Therapien, die gleichzeitig stattfinden, auch sonstige, nicht primär therapeutisch intendierte Aktivitäten und Bemühungen, und nicht zuletzt das soziale Umfeld, von dem ja Kinder in besonderem Maße abhängig sind, spielen eine Rolle. All diese Faktoren erschweren eine zuverlässige Beurteilung der musiktherapeutischen Arbeit. Wenn man aber den Erfolg der eigenen Arbeit so schwer beurteilen kann – woher soll man dann zum einen die Zuversicht zur Fortsetzung dieser Arbeit nehmen, und woher zum anderen die Impulse zur Verbesserung und Weiterentwicklung der therapeutischen Arbeit?

Forschungsmethodischer Diskurs in der Musiktherapie

Die Diskussion darüber, welche Forschungsmethoden für die Beforschung der Musiktherapie adäquat und geeignet seien, sind in der Vergangenheit häufig polarisiert geführt worden, wobei die Unterscheidung meist entlang der Achse „qualitativ“ versus „quantitativ“ gemacht wurde. Qualitative Forschung wurde dabei häufig mit beobachtender, nicht-experimenteller, den Therapieverlauf wenig beeinflussender und am natürlichen Therapieprozess orientierter Forschung gleichgesetzt. Quantitative Forschung hingegen wurde mit experimenteller Forschung gleichgesetzt, die künstliche Therapiebedingungen schafft, womöglich den gesamten Inhalt einer Therapie in Form eines Manuals im vorhinein festlegt, und nur an objektiven Ergebnissen interessiert ist. In den letzten Jahren hat sich zum Glück eine gewisse Aufweichung und Annäherung dieser Extrempositionen abgezeichnet; an den Grundpositionen hat sich hingegen wenig geändert.
Alternative Möglichkeiten zur Unterteilung von Forschungsansätzen wären beispielsweise vorwiegend am Prozess versus der Wirkung interessierte oder vorwiegend hypothesengenerierende versus hypothesenprüfende Forschung. Meist wird man es mit Mischtypen zu tun haben. Es ist wichtig, festzustellen, dass quantitative Forschung experimentelle wie nicht-experimentelle (beobachtende) Designs umfasst. Sie kann sowohl den Prozess als auch die Wirkung betreffen und sowohl hypothesengenerierend als auch hypothesenprüfend sein.
Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Wahl der Forschungsmethodik mehr von der zu untersuchenden Frage abhängen sollte als von der zu untersuchenden Therapieform. Dinge, die nicht gezählt werden können, können naturgemäß nur nicht-zählend, also qualitativ, beschrieben werden. Zählbare Dinge ausschließlich qualitativ zu beschreiben, würde dagegen die Kommunikation erheblich erschweren und eine mögliche Konkretisierung verhindern. Allerdings bedarf es von Seiten der Forscher größerer Anstrengungen, die Analysen und Ergebnisse sowie deren Implikationen für Kliniker besser nutzbar zu machen. Neben den bereits erwähnten praxisnäheren Studiendesigns ist auch die Verwendung von Effektgrößen (anstelle von ausschließlichen „wirkt/wirkt nicht“-Aussagen) ein wichtiger Schritt in diese Richtung (Gold, 2004).

Fokus dieser Arbeit

Mit den hier beschriebenen Studien wurde versucht, auf die Frage nach der Wirkung der Musiktherapie Antworten zu finden, die auch für die klinisch-musiktherapeutische Arbeit relevant sind. Die Fragestellungen entstammen der klinischen Arbeit und können sowohl aus der „Außen-" wie aus der „Innenperspektive" gelesen werden. Im folgenden sollen aus klinischer Sicht die Ergebnisse einer Meta-Analyse sowie einer Effektivitätsstudie zusammengefasst werden.

Meta-Analyse

In einer Meta-Analyse (Gold, Voracek & Wigram 2004) wurden alle weltweit verfügbaren, methodisch und inhaltlich adäquaten Studien zusammengefasst. Neben der Frage nach der durchschnittlichen Effektgröße von Musiktherapie bei Kindern und Jugendlichen wurde auch die Rolle potentieller Prädiktoren (Alter, Störung, musiktherapeutischer Ansatz, Ergebnisvariable) untersucht.
Der wahrscheinlich wichtigste Schritt in einer Meta-Analyse ist die Suchstrategie. Gerade in einer kleinen Disziplin wie der Musiktherapie wird häufig gesagt und geschrieben, es gebe „keine" oder „wenig" Forschung auf einem bestimmten Gebiet. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass man mehr und mehr findet, je länger (und auf je vielfältigere Art) man sucht. Für diese Meta-Analyse wurde daher eine Kombination verschiedener Suchstrategien verwendet (elektronisch in mehreren Datenbanken, von Hand in musiktherapeutischen Fachzeitschriften, Befragung von Autoren etc. – siehe die Originalpublikation für genauere Angaben) und anschließend erst genauer ausgewählt, welche Studien den Kriterien entsprachen.
Die Einschlusskriterien für eine Meta-Analyse müssen genau spezifiziert sein. Die ersten amerikanischen Meta-Analysen in der Musiktherapie (Standley 1986) beispielsweise analysierten verschiedenste Arten des Einsatzes von Musik (von einfachem Musikhören über Musikmedizin bis zu Musiktherapie) gemeinsam; spezifische Aussagen sind dadurch nicht möglich. Die Kritik einer mangelnden Spezifizierung wurde auch an den ersten Meta-Analysen im Bereich der Psychotherapie (z. B. Smith & Glass, 1977) geäußert.
In der vorliegenden Meta-Analyse wurden Studien ausgeschlossen, die lediglich Effekte von Musik oder von musikpädagogischen Interventionen untersuchten. Ebenso mussten die Stichprobe und die Ergebnisvariable klinisch relevant sein, und das Studiendesign musste bestimmten Mindestanforderungen genügen. Da bisher keine Meta-Analyse über Musiktherapie bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen vorlag und wir erwarteten, dass es wenige den Kriterien entsprechende Studien geben würde, wurden alle psychischen Störungen sowie alle Studiendesigns mit gruppenweisem vorher / nachher-Vergleich inkludiert, aber die Voraussetzungen dafür wurden in der Analyse genau überprüft.
Insgesamt wurden elf Studien mit insgesamt 188 Probanden in die Meta-Analyse einbezogen. Die Studien waren in den Siebziger bis Neunziger Jahren durchgeführt worden, die überwiegende Anzahl stammte aus den USA. Das Ergebnis

zeigte, selbst nach Ausschluss der Studie mit dem stärksten Effekt, dass Musiktherapie bei Kindern und Jugendlichen mit einem breiten Spektrum von Störungen einen starken Einfluss ($d = 0.61$, $p < .001$) auf klinisch relevante Bereiche des Verhaltens und Erlebens hat. Der Effekt war statistisch homogen, also repräsentativ für die verschiedenen Störungen.

Für wen ist dieses Ergebnis nun bedeutsam? Meines Erachtens sowohl für Musiktherapeuten selbst wie auch für Außenstehende (seien dies Patienten, Kliniker anderer Professionen, Geldgeber oder Forscher). Vor allem die Relevanz für Außenstehende hat sich in den Monaten nach Erscheinen des Artikels durch Reaktionen von Psychologen, Ärzten und Wissenschaftsjournalisten aus den verschiedensten Ländern gezeigt. Aber auch die Annahme des Artikels selbst in einer großen interdisziplinären Zeitschrift, dem *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, zeigt für mich den Wert einer Forschung, die solchen scheinbar simplen Fragen mit wissenschaftlich strengen Methoden nachgeht. Diese simplen Fragen nicht aufzuhören zu stellen, sollte auch für Musiktherapeuten selbst wichtig sein – wie oben diskutiert.

Die zweite Frage nach den Prädiktoren der Wirksamkeit der Musiktherapie ist dennoch aus klinisch-musiktherapeutischer Sicht zweifellos die interessantere. Anstelle der einfachen Frage „wirkt Musiktherapie“ ist hier die Frage eher: wann und unter welchen Umständen wirkt welche Art von Musiktherapie bei welcher Art von Klienten in bezug auf welche Parameter? Man könnte theoretisch eine Vielzahl von Prädiktoren untersuchen, und es würde sicher nicht schwerfallen, entsprechende Fragen zu finden – unterscheiden sich doch praktisch alle Klienten, Therapeuten, Therapieverläufe voneinander. Dennoch sind hier praktische Grenzen gesetzt, insbesondere wenn das Datenmaterial beschränkt ist. Wir untersuchten daher nur wenige Prädiktoren: Alter, Art der Störung, Art der Musiktherapie, Art der Zielvariable. Da der Effekt, wie oben beschrieben, homogen war, waren signifikante Unterschiede hinsichtlich der Prädiktoren nicht zu erwarten. Dennoch wurden recht interessante Tendenzen gefunden. Beispielsweise waren sowohl diejenigen Störungen als auch diejenigen Zielvariablen, die mit „objektiv“ sichtbaren Verhaltensweisen zu tun haben, mit besonders starken Effekten verbunden. Es könnte sich also als ein falscher Mythos (oder auch falsche Bescheidenheit?) erweisen, dass Musiktherapie im Ergebnis „nur“ mit subjektiven Veränderungen des Erlebens zu tun hat.

Ebenso interessant war das Ergebnis hinsichtlich der theoretischen Ausrichtung der Musiktherapie. Psychodynamisch oder humanistisch orientierte Musiktherapie war wirksamer als solche mit verhaltenstherapeutischer Ausrichtung. Dies ist ein Ergebnis, das die klinische Erfahrung vieler Musiktherapeuten vermutlich eher bestätigt als die üblicherweise in der Psychotherapieforschung kolportierten Resultate. Dass Musiktherapie mit „eklektischer“ (oder integrativer) Ausrichtung am wirksamsten war, bestätigt hingegen die Ergebnisse aus der Psychotherapieforschung. Dieses Ergebnis ist vermutlich am sinnvollsten so zu interpretieren, dass eine individuelle Ausrichtung der Therapie auf den Patienten wichtig ist.

Stärken und Schwächen der Meta-Analyse

Generell können Ergebnisse von Wirksamkeitsforschung hinsichtlich ihrer methodischen Stärke auf einem Kontinuum gesehen werden, das angibt, als wie zuverlässig die Resultate angesehen werden können. Die Hierarchie ergibt sich dabei aus Überlegungen hinsichtlich der „internen Validität" (d. h. wie plausibel ist ein gefundener Effekt durch andere Vorgänge als die Musiktherapie erklärbar). Die folgende Hierarchie ist dabei weithin akzeptiert (Oxford Centre for Evidence Based Medicine, 2001):

- Meta-Analyse (mit Homogenität) von randomisierten Studien
- einzelne randomisierte Studie (mit schmalem Konfidenzintervall[1])
- Meta-Analyse (mit Homogenität) von nichtrandomisierten Studien
- einzelne nichtrandomisierte Studie
- Fallstudie

Es ist an dieser Stelle wichtig zu betonen, dass diese Hierarchie keine Aussage darüber beinhaltet, was „gute" oder „schlechte" Forschung ist. Beispielsweise kann eine Fallstudie wesentlich hilfreicher als eine randomisierte Studie sein, wenn es um Einblicke in den individuellen Therapieprozess geht. Die verschiedenen Arten von Forschung ergänzen sich also. Darüber hinaus muss betont werden, dass der zeitliche und finanzielle Aufwand für randomisierte Studien enorm ist und dass solche nicht gerechtfertigt sind, bevor „weichere" Studien positive Ergebnisse gezeigt haben.

Die vorliegende Meta-Analyse hatte ein homogenes Ergebnis und beinhaltete vorwiegend nicht-randomisierte Studien. Da bisher keine randomisierten Studien mit schmalem Konfidenzintervall vorlagen, bedeutet dies, dass die Meta-Analyse stärkere Evidenz bietet als die bisherigen Studien alleine. Gleichzeitig ist das höchste Evidenzniveau auch damit noch nicht erreicht. Die verwendeten Designs wurden transparent gemacht, und dadurch ist die „Stärke" der Ergebnisse für den Leser nachvollziehbar.

Die Meta-Analyse weist weitere Stärken auf. So wurde das Ergebnis unter Ausschluss der Studie mit dem größten Effekt erzielt. Darüber hinaus wurde keine Reliabilitätskorrektur durchgeführt, die den Effekt ebenfalls vergrößert hätte. Das Ergebnis ist also eine vorsichtige („konservative") Schätzung des „wahren" Effekts. Die Voraussetzungen für den Einschluss nichtkontrollierter Studien wurde sorgfältig geprüft. Ein Hinweis auf selektive Publikation signifikanter Studienergebnisse, die das Ergebnis verzerren könnte, wurde nicht gefunden. Mit anderen Worten: Man kann das Ergebnis drehen und wenden, wie man will, es wird nicht schlechter.

Andererseits weist die Meta-Analyse auch Schwächen auf, die allerdings in erster Linie in den inkludierten Studien begründet sind. Neben der erwähnten Verwendung von „weicheren" Studiendesigns ist dies vor allem die Breite der Einschlusskriterien. Es liegen bisher zu wenige Studien vor, um eine spezifischere Aussage hinsichtlich

bestimmter psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter zu treffen. Generell ähnelt die Meta-Analyse dadurch eher den frühen Meta-Analysen in der Psychotherapie (Smith & Glass, 1977) als den neueren, stärker medizinisch und diagnosespezifisch ausgerichteten Übersichtsarbeiten (z. B. Cochrane-Reviews).

Effektivitätsstudie

In der Effektivitätsstudie (Gold, 2003) wurden klinische Veränderungen während einer Einzelmusiktherapie bzw. Wartezeit bei insgesamt 136 Kindern und Jugendlichen mit standardisierten Fragebögen erfasst. Dabei stand neben der durchschnittlichen Effektivität die Frage im Vordergrund, wie Charakteristika des Klienten, des Therapeuten, der Musiktherapie sowie des Umfelds die Effekte beeinflussen. Im Gegensatz zur Meta-Analyse, in der experimentelle Studien über die Wirksamkeit („efficacy") zusammengefasst wurden, wurde in der Effektivitätsstudie die Arbeit im klinischen Alltag („effectiveness") untersucht. Dies kann sich aus vielen Gründen unterscheiden. Im klinischen Alltag haben Therapeuten meist eine hohe Zahl von Patienten zu bewältigen. Die Patienten haben oft eine Vielzahl von Störungen zugleich (Komorbidität), und die Ziele der Therapie sind entsprechend breit ausgerichtet. Im Gegensatz dazu sind die Patienten in experimentellen Studien oft hoch selektiert und die Therapieziele entsprechend eng begrenzt. Wahrscheinlich haben Therapeuten in experimentellen Studien auch häufiger die Möglichkeit, sich auf diese Klienten ganz besonders zu konzentrieren – geringere Fallzahl, spezielles Training und auch besonders intensive Supervision können zu größeren Effekten beitragen. So wurden in der Psychotherapieforschung im Kinder- und Jugendbereich entsprechende Diskrepanzen zwischen den Ergebnissen von Wirksamkeits- und Effektivitätsstudien gefunden (Weisz & Weiss, 1993).
Sowohl aus Gründen der Generalisierbarkeit als auch der Teststärke war uns eine große Stichprobe wichtig, möglichst auch der Einschluss von verschiedenen Therapeuten. Angestrebt wurde eine gegenüber dem klinisch-therapeutischen Alltag möglichst unverzerrte Stichprobe. Hinter diesem Ziel musste eine an sich wünschenswerte Randomisierung zurückstehen. Wir entschieden uns also für ein beobachtendes (quasi-experimentelles) Studiendesign mit einem prä-post-Vergleich zwischen einer Behandlungsgruppe und einer „natürlich vorkommenden" Kontrollgruppe aus bestehenden Wartelisten. Insgesamt nahmen 136 Kinder und Jugendliche an der Studie teil, darunter 75, die eine Musiktherapie begannen, und 61, die auf einen Therapieplatz warteten. Die Musiktherapie war immer im ambulanten Einzelsetting und wurde im Schnitt einmal wöchentlich à 45 Minuten angeboten. Fünfzehn Therapeutinnen und Therapeuten, alle mit Wiener Ausbildung und in Wien und Niederösterreich tätig, nahmen mit ihren Klienten an der Studie teil.
Die Diagnosen waren breit gefächert und ließen sich grob in drei Gruppen einteilen: emotionale und Anpassungsstörungen (n = 37), Verhaltensstörungen (n = 36) und Entwicklungsverzögerungen (n = 63). Viele hatten zusätzlich eine Störung auf der Achse 4 (somatische Störungen) oder 5 (psychosoziale Umstände) des ICD-10 Schemas.

Aufgrund der Breite der Störungen mussten auch die Outcome-Maße entsprechend breit angelegt sein. Die zentralen (primären) Outcomes umfassten Symptomatik, Kompetenzen und Lebensqualität. Diese wurden mit standardisierte Fragebögen (wie etwa die „Child Behaviour Checklist") im Urteil der Eltern (und wo dies möglich war, auch im Selbsturteil der Klienten) erfasst. Darüber hinaus gaben die Therapeuten eine Einschätzung der Veränderungen in diesen Bereichen und beschrieben kurz die wichtigsten Therapieinhalte mittels eines halboffenen Fragebogens. Alle beobachteten Veränderungen betrafen die ersten 25 Therapiestunden bzw. 7 Monate. Die Therapie konnte danach fortgesetzt werden und wurde dies auch in vielen Fällen; der Beobachtungszeitraum wurde aus Gründen der Durchführbarkeit begrenzt.

Die Gesamtergebnisse waren relativ ernüchternd: Zwar verbesserten sich die Therapiekinder hinsichtlich Symptomatik und Lebensqualität, aber das Ausmaß der Veränderungen war relativ gering (kleine bis mittlere Effektgröße). Im direkten Vergleich zwischen der Therapie- und der Wartegruppe (Varianzanalyse [ANOVA]) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede, lediglich hinsichtlich der Lebensqualität gab es eine Tendenz. Die Effekte waren insgesamt geringer als in der Meta-Analyse. Allerdings zeigte sich auch, dass die Therapiekinder am Beginn stärker beeinträchtigt waren als die Wartegruppe. Die am stärksten beeinträchtigten Kinder werden anscheinend eher vorgezogen werden als andere, die leichter warten können.

Es wurde bereits oben der mögliche Einfluss der Komorbidität angesprochen. In einer genaueren Analyse der Daten zeigte sich dieser Einfluss deutlich: Musiktherapie hatte signifikant größere Effekte auf die Symptomatik bei Klienten ohne komorbide Störungen. Da Klienten mit komorbiden Störungen häufig von experimentellen Studien ausgeschlossen werden, erklärt dies die Unterschiede in den gefundenen Effekten. Dieses Ergebnis belegt auch, dass die Ergebnisse experimenteller Studien häufig nur sehr beschränkt Gültigkeit für die klinische Realität aufweisen – und dies gilt sicher nicht nur für die Musiktherapie, sondern potentiell für alle Behandlungen von Psychotherapie bis zur Pharmakologie (siehe z. B. Rothwell, 2005). Die Klientengruppe, die mit einer Kombination von mehreren Störungen zur Therapie kommt, ist aber für die klinische Arbeit im allgemeinen, und möglicherweise speziell für die Musiktherapie, eine wichtige Gruppe. Aus den Ergebnissen dieser Studie wissen wir nicht, wie sich diese Gruppe Klienten nach mehr als 25 Therapiestunden entwickelt. Es ist gut möglich, dass es bei ihnen im Schnitt länger braucht, bis sich Therapieeffekte abzeichnen. Eine andere Möglichkeit wäre die Erhöhung der Frequenz. Die Studie zeigt jedenfalls, dass die Gruppe der komorbiden Klienten besonderes Augenmerk hinsichtlich der therapeutischen Betreuung benötigt. Interessant war auch, dass die Hauptdiagnose keinen signifikanten Einfluss auf die Effekte der Musiktherapie hatte. Dies könnte als Hinweis darauf gesehen werden, dass die klinische Diagnose für die Indikation zur Musiktherapie keine entscheidende Rolle spielt.

Ein weiteres interessantes Ergebnis wurde bei der Analyse der Therapieinhalte gefunden. Für diese Analyse wurden nur die Daten der Therapieklienten verwendet (ohne die Wartelistengruppe) und der Einfluss der Therapieinhalte auf den The-

rapieoutcome mit einem Regressionsmodell untersucht. Es zeigte sich, dass sich die Klienten am meisten verbesserten, wenn die Musiktherapie auf Musik und Gespräch fokussiert war und nicht-musikalische Medien ausgespart blieben (bzw. nicht unter den drei häufigsten Therapietechniken waren). Dies betraf vor allem Veränderungen hinsichtlich Symptomatik und Belastungen des sozialen Umfelds. Bereits vor der Studie hatten die 15 Therapeuten angegeben, dass sie nicht-musikalische Spiele in der Therapie mit Kindern regelmäßig verwendeten – es war also nicht so, dass lediglich bei besonders ‚schwierigen' Klienten darauf ausgewichen wurde. Eher deutet dieses Ergebnis darauf hin, dass zum einen die Musik in der Musiktherapie eine spezifische Bedeutung und eine besondere Stärke hat – eine alte Weisheit für Musiktherapeuten – und dass dieses spezifische Medium in der klinisch-musiktherapeutischen Arbeit mit Kindern zu unrecht vernachlässigt wurde. Dies muss nicht bedeuten, dass nicht auch außermusikalisches Spiel einen Wert in der Therapie haben kann – in der Musiktherapie beispielsweise zum Beziehungsaufbau oder in Zeiten des Widerstands; dennoch bietet die musikalische Interaktion, besonders in der Improvisation, besondere subtile Möglichkeiten der gleichzeitigen Interaktion auf der Mikroprozessebene. Darüber hinaus haben Musiktherapeuten in ihrer Ausbildung mit diesem Medium besonders umzugehen gelernt. Dieses Ergebnis der Studie deutet an, dass die Effekte von Musiktherapie nicht lediglich auf den in der Psychotherapieforschung oft genannten „common factors" (wie etwa dem empathischen Zuhören des Therapeuten) beruhen, und weist auf die spezifischen Effekte der Musiktherapie hin.

Stärken und Schwächen der Effektivitätsstudie

Die methodischen Stärken der Effektivitätsstudie sind die große Stichprobe (deutlich größer als in den bisherigen Untersuchungen und groß genug, um Untergruppen zu analysieren), die Verwendung von standardisierten Instrumenten zur Erfassung der Veränderungen, und die Nähe zur klinischen Praxis (externe Validität). Diese letzte Stärke ist aber auch zugleich die wichtigste methodische Schwäche der Studie. Vor allem der Verzicht auf ein randomisiertes Studiendesign impliziert, dass kausale Schlussfolgerungen nur begrenzt möglich sind. Alle gefundenen (oder auch nicht gefundenen) Effekte könnten prinzipiell auch auf vorher bestehende Unterschiede zwischen den Gruppen zurückzuführen sein. Auch wenn man solche Unterschiede statistisch kontrolliert, werden sie dadurch lediglich weniger plausibel, sind aber nicht ganz auszuschließen. Dennoch sind randomisierte Untersuchungen nicht immer möglich und nicht immer sinnvoll (Black, 1996). Randomisierte und beobachtende Studien sollten als sich gegenseitig ergänzende Verfahren betrachtet werden.
Zusammengefasst lässt sich sagen, dass die Ergebnisse der Meta-Analyse sowie der Effektivitätsstudie zum einen einen Beitrag zur oft geforderten wissenschaftlichen Evidenz für die Wirksamkeit von Musiktherapie leisten. Darüber hinaus liefern die Studienergebnisse auch für die Praxis wichtige Anregungen und sind daher dazu geeignet, die Lücke zwischen Forschung und Praxis zu verringern.

Ausblick: Derzeitige Forschung – Bereich Erwachsenenpsychiatrie

Derzeit läuft am Sogn og Fjordane University College in Sandane ein neues Forschungsprojekt, das sich auf die Untersuchung klinisch relevanter Effekte von Musiktherapie bei erwachsenen Patienten mit psychiatrischen Störungen richtet. Eine systematische Übersichtsarbeit/Meta-Analyse über Musiktherapie bei Schizophrenie brachte positive Ergebnisse. Diese Arbeit, die nach besonders strengen Kriterien nur randomisierte Studien einschloss, ist in der aktuellen Ausgabe der *Cochrane Library* erscheinen (Gold et al., 2005). Weitere Reviews über andere Störungen sollen folgen.

In einer neuen randomisierten Studie soll die Wirksamkeit von Musiktherapie bei einer besonders schwierigen Gruppe von Patienten untersucht werden: psychiatrische Patienten mit geringer Therapiemotivation. Die Fragestellung für diese Studie wurde in einer Zusammenarbeit von Klinikern und Forschern mit qualitativem und quantitativem Hintergrund erarbeitet. Zielstellung bei dieser Studie ist es, möglichst nahe an der klinischen Praxis zu bleiben und dennoch hohe interne Validität zu erreichen (Gold, Rolvsjord, Aarø & Stige 2004).

Die Überbrückung der Lücke zwischen Forschung und Praxis bleibt eine Herausforderung. In diesem Artikel wurde versucht, darzustellen, auf welche Weise Forschungsergebnisse für die klinische Arbeit wichtig werden können, aber auch, welche Schwierigkeiten sich dabei ergeben. Eine funktionierende Verbindung zwischen Forschung und Praxis sollte sowohl Klinikern als auch Forschern ein Anliegen sein, um dadurch dem gemeinsamen Ziel näher zu kommen, Patienten die bestmögliche Hilfe zuteil werden zu lassen.

Literatur:

Angold, A., Costello, J. E., Erkanli, A. (1999). Comorbidity. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 40(1), 57–87.

Black, N. (1996). Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. British Medical Journal, 312(7040), 1215–1218.

Bruscia, K. E. (Ed.). (1991). Case studies in music therapy. Gilsum, NH: Barcelona.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Eds.). (2003). Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (2nd ed.). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Gold, C. (2003). Effectiveness of individual music therapy with mentally ill children and adolescents: A controlled study. Unpublished PhD thesis, Aalborg University, Aalborg.

Gold, C. (2004). The use of effect sizes in music therapy research. Music Therapy Perspectives, 22(2), 91–95.

Gold, C., Heldal, T. O., Dahle, T., Wigram, T. (2005). Music therapy for schizophrenia and schizophrenia-like illnesses (Cochrane Review), The Cochrane Library, Issue 2, 2005. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Gold, C., Rolvsjord, R., Aarø, L. E., Stige, B. (2004). Efficacy of resource-oriented music therapy on psychiatric patients with low motivation or suitability for verbal psychotherapy: A randomised controlled trial. Unpublished manuscript, Sogn og Fjordane University College, Sandane, Norway.

Gold, C., Voracek, M., Wigram, T. (2004). Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: A meta-analysis. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 45(6), 1054–1063.

Oxford Centre for Evidence Based Medicine. (2001). Levels of evidence and grades of recommendations. Available: http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp [2005, February 10].

Rothwell, P. M. (2005). External validity of randomised controlled trials: „to whom do the results of this trial apply?“ Lancet, 365(9453), 82–93.

Smith, M. L., Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. American Psychologist, 32(9), 752–760.

Standley, J. M. (1986). Music research in medical / dental treatment: Meta-analysis and clinical applications. Journal of Music Therapy, 23(2), 56–122.

Haffa-Schmidt, U. Moreau,D. von, Wölfl, A. (Eds.), Musiktherapie mit psychisch kranken Jugendlichen: Grundlagen und Praxisfelder. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Weisz, J. R., Weiss, B. (1993). Effects of psychotherapy with children and adolescents. Newbury Park, CA: Sage.

Wigram, T., De Backer, J. (Eds.). (1999). Clinical applications of music therapy in developmental disability, paediatrics and neurology. London: Jessica Kingsley Publishers.

Dr. Christian Gold, PhD, Sogn og Fjordane University College, Sandane, Norwegen http://www.hisf.no/chrisgol, e-mail: christian.gold@hisf.no

Anmerkungen:

[1] Ein schmales Konfidenzintervall bedeutet vereinfacht gesprochen eine große Stichprobe. Eine genauere Erklärung würde den Rahmen dieses Artikels sprengen.

Buchbesprechungen

Barbara Gindl: Anklang. Die Resonanz der Seele. Über ein Grundprinzip therapeutischer Beziehung. Junfermann Verlag, Paderborn 2002, 294 Seiten, EUR 25,50, ISBN 3-87387-515-2

Dieses Buch lädt ein zu einer Reise in das therapeutische Grundprinzip der emotionalen Resonanz, welches die Autorin (mit ihren musik- und körpertherapeutischen Erfahrungen aus zwanzig Jahren) tiefgründig und weitreichend erforscht. Sie selbst benennt ihr Vorgehen in dem Buch als ein Umkreisen dieses Grundprinzips; ein Umkreisen im besten Sinne einer gedanklichen Spirale, die mal in weiten, dann wieder engeren Bögen sich bewegt – einerseits offen für die Einbettung des Themas der Resonanz in unterschiedlichste (natur-) wissenschaftliche, anthropologisch-philosophische und spirituelle Landschaften, andererseits fest verankert durch klare Anbindungen der therapeutischen Haltung an moderne psychoanalytische und entwicklungspsychologisch gestützte Psychotherapieentwicklung.
Folgendes vereinendes Prinzip als Wesen jeglicher Resonanzprozesse scheint dabei auf: *Verbindungen herstellen und aufrecht erhalten.*
Wussten Sie zum Beispiel, dass jede einzelne Zelle ihres Körpers Lichtwellen aussendet (so genannte Biophotonen), welche aus dem in der DNS gespeicherten Sonnenlicht stammen? Lichtwellen, die sich verbinden mit denen anderer Zellen? Dass so Netzwerke von Kommunikation und Zusammenhalt entstehen, die bis vor einigen Jahren noch nicht messbar waren? Oder dass Sie mittels feinstofflicher „morphogenetischer Felder“ spüren können, wer Sie im nächsten Moment anrufen wird?
Mit solchen und weiteren neuesten naturwissenschaftlichen Forschungsergebnissen erstaunt und fasziniert das Buch und bleibt doch keineswegs dabei stehen.
Zu Recht fragt die Autorin logisch und selbstkritisch nach der Zulässigkeit von der Übertragung naturwissenschaftlicher Resonanzphänomene auf den Bereich der emotionalen und therapeutischen Resonanz, ob eben die Synchronisationsprozesse der Lichtwellen (s. o.) ähnlichen Tendenzen folgen wie beispielsweise die emotionalen Einstimmungs- und Abstimmungsprozesse, die wir aus der Säuglingsforschung kennen.
Mit der gebotenen Vorsicht also entwickelt sie das von ihr so genannte „doppelte Resonanzverständnis“ (doppelt = naturwissenschaftlich und psychologisch-emotional). Hier geht es um *Analogien* zwischen den verschiedenen Bereichen, die ein vertieftes Verständnis für das Wesen der emotionalen Resonanz zulassen und den Hauptteil des Buches sukzessive vorbereiten: die Bedeutung des hier vorgestellten Resonanzverständnisses für die therapeutische Beziehung.
Nicht nur in sachlichen Worten, sondern vor allem auch in einer wohlwollenden, aufmerksamen und sensiblen Sprache klingt durch die Zeilen eine Zugewandtheit, die nicht treffender als „Haltung des Lauschens“ bezeichnet werden könnte. Eine Haltung, in der auch Traditionen der Meditation und Kontemplation ihren Widerhall finden.

In deutlicher Abgrenzung zur unbewussten Gefühlsansteckung (bekannt aus Massenphänomenen) entfaltet die Autorin die Facetten einer emotionalen, spürbewussten Resonanz als Grundlage einer therapeutischen Begegnung, die alle leibseelischen, geistigen und transzendenten Beziehungsereignisse umfasst und damit den Erfahrungsbereich der Gegenübertragung deutlich erweitert.
Der intersubjektive Raum, in dem sich nun die Schwingungswelten von Klient und Therapeut begegnen können, ist *der* Raum der Entwicklung und des Wachstums. Hiermit wird eine deutliche Anbindung an psychoanalytische Konzepte ausgedrückt, die auf dem konsequenten Erfassen des *Raumes zwischen* Therapeut und Klient als konstituierenden Bestandteil des Settings basieren. Eine Grundannahme, deren hochrangige Relevanz für die musiktherapeutische Improvisation und die musik- und körpertherapeutische Durchdringung des Settings leicht nachvollziehbar wird.
In einem solchen Zusammenhang kann dann zum Beispiel gerade ein therapeutisches Nichtverstehen und fehlendes leibliches „Zurück-Klingen" möglicherweise die authentischste Gegenübertragung sein auf die ganz frühe tiefe Resonanzlosigkeit, die eine Patientin erfahren hat.
Spätestens hier dürfte deutlich geworden sein, dass die musikalische Klang- und Schwingungswelt ihre Qualität in diesem Ansatz nicht aus einer ihr innewohnenden „per-se-Wirkung" erhält, folglich auch nicht „angewendet" werden kann, sondern subjektive Bedeutung erfährt in und durch und innerhalb der Resonanzhaftigkeit der therapeutischen Beziehung.
Mit der Einordnung in die „Developmentally Based Psychotherapy" (übersetzt vielleicht als Entwicklungspsychotherapie) begründet durch Greenspan, führt die Autorin ein weiteres Mal die Konsequenz ihres Vorgehens aus. Hierbei handelt es sich um einen im Wachstum stehenden psychotherapeutischen Ansatz, der noch ausdrücklicher und unmittelbarer die Dynamik der therapeutischen Beziehung in dem Verständnis für die intersubjektiven Abstimmungsprozesse der frühen und präverbalen Zeit verankert. Die so erfahrenen frühen Resonanzen werden dann auch als „Vorbild" für die Qualität des inneren Dialoges skizziert, womit ein wertvoller Baustein für das Verständnis der Übersetzung gelebter Beziehungserfahrung in intrapsychische Repräsentanzenbildung vorgestellt wird. LeserInnen, die in diesem Bereich interessiert sind, dürften dabei anregende Impulse erhalten.
Aus der großen Fülle der Details sei noch ein Gedanke hervorgehoben, der im Hinblick auf psychosoziale Minderheiten auch gesundheitspolitisch relevant wäre. Hierbei handelt es sich um die selten gewagte Indikationsdiskussion auf der Ebene eines vorsprachlichen Mediums – eine gänzlich andere Einschätzung der „Therapiefähigkeit" würde sich ergeben bei geistig behinderten Menschen, Kindern mit Entwicklungsverzögerungen und psychosomatisch schwer Erkrankten.

Dieses warmherzige Buch lässt sich auch durchaus als Nachschlagewerk verstehen: an jeder Stelle ist ein Einstieg in die Erkenntnis-Spirale möglich, die sich dreht um jenes Grundprinzip emotionaler Resonanz: Verbindung eingehen, um Wachstum und Reifung zu ermöglichen ...

Nicola Nawe, Hamburg, Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen

Monika Nöcker-Ribaupierre, Marie-Luise Zimmer: Förderung frühgeborener Kinder mit Musik und Stimme. Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär – Band 11. Ernst Reinhardt Verlag, München / Basel 2004, 107 Seiten, EUR 19,90, ISBN 3-497-01721-3

Das lesenswerte und nutzbare Bändchen von gut 100 Seiten vermittelt auf der einen Seite Eltern und allen, die mit einem frühgeborenen Kind zu tun haben, einen Überblick darüber, wie sie mit Musik die Entwicklung des Kindes unterstützen können. Auf der anderen Seite gibt es mit dem Konzept der Auditiven Stimulation mit Mutterstimme auch einen klaren Rahmen für musiktherapeutische Hilfe, um der Gefährdung der frühen Mutter-Kind-Beziehung durch eine zu frühe Geburt zu begegnen.

Babys mögen Musik und vor allem die menschliche Stimme. Dabei bevorzugen sie hohe weibliche Stimmen, aber am allerbesten ist Mamas Stimme. Sie ist dem Baby von Anfang an vertraut. Auf sie hat es schon im Mutterleib reagiert, als der Dialog zwischen ihm und seiner Mutter begann. Nach der Geburt hört es mit Vorliebe den mütterlichen Singsang in der typischen Melodik der Ammensprache und antwortet darauf mit sichtlichem Wohlbehagen.

In allen Kulturen singen oder erzählen Mütter ihre kleinen Kinder in den Schlaf. Wiegenlieder und Gute-Nacht-Geschichten sind altvertraute Rituale, die dem Kind beim Einschlafen helfen. In ihrer Klanghülle findet das Baby Orientierung und kann sich beruhigen. Es fühlt sich geborgen, entspannt sich und schläft ein, um neue Kraft für die anstehenden Entwicklungsaufgaben zu sammeln.

Dies gilt auch für extrem kleine Frühgeborene mit einem Geburtstermin noch vor der 28. Schwangerschaftswoche. Auch für sie scheint die mütterliche Stimme eine wohltuende Quelle der Orientierung und Beruhigung zu sein, aus der sie Kraft und Unterstützung schöpfen können. Auch sie reagieren positiv auf beruhigende Musik.

Wohl wissend um die Problematik, die die großen Fortschritte in der Geburtshilfe und der Neugeborenen-Intensivtherapie mit sich gebracht haben, indem auch extrem kleine Frühgeborene immer größere Überlebenschancen haben, widmen zwei erfahrene Musiktherapeutinnen ein ganzes Buch der Förderung von frühgeborenen Kindern mit Musik und Mutterstimme. Monika Nöcker-Ribaupierre und Marie-Luise Zimmer bringen damit ihr Wissen und Können einem interessierten Leserkreis nahe, in dem Fachleute und Eltern gleichermaßen angesprochen werden.

Extrem kleine Frühgeborene sind im Vergleich zu reifgeborenen Kindern sehr viel zarter, dünnhäutiger und häufig hoch-irritabel, wenn sie die schützende mütterliche Bauchhöhle mit der Intensivstation tauschen müssen. Viele sind in ihrer späteren Entwicklung gefährdet. Um so wichtiger ist eine optimale Unterstützung, die ihnen bereits im Brutkasten hilft, sich in der Welt der High-Tech-Medizin weitgehend getrennt von ihren Eltern zu orientieren, zu beruhigen und zu stabilisieren. Hier scheint die mütterliche Stimme und Musik ein Medium zu sein, das insbesondere eine durch die frühe Geburt bedrohte Mutter-Kind-Bindung stärkt.

Aber nicht nur die Kinder bedürfen der bestmöglichen Unterstützung im Intensiv-Alltag der Klinik, sondern auch die Eltern. Sofort nach der Geburt müssen sie ihr Kind in die Obhut der Ärzte und Schwestern geben. Es bleibt keine Zeit zum Anbahnen einer Bindung. Auf der Intensivstation stehen sie oft hilflos neben dem Geschehen und sind noch überwältigt von dem beängstigendem Erlebnis einer häufig abrupt beendeten Schwangerschaft. Aus dem Zustand der „guten Hoffnung" werden sie in einen Taumel von Sorgen, Ängsten und auch Schuldgefühlen geschleudert, der es ihnen erschwert, eine innige und vertrauensvolle Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen, in der es sich entwickeln kann.
Folgerichtig verbinden die beiden Autorinnen in ihrem Buch denn auch zwei Ansätze, die bereits Erfolge gezeigt haben, indem sie die Auswirkungen einer Frühgeburt auf die spätere Entwicklung der Kinder gemildert haben. Auf Seiten der Kinder ist es der Ansatz einer umgebungs-bewußten, sanften und individuellen Ausrichtung der Intensivpflege, auf Seiten der Eltern der Ansatz des verantwortungs-bewußten, familienstabilisierenden Umgang mit ihnen.
Nach einer kurzen Beschreibung des Lebens eines frühgeborenen Kindes mit den medizinischen Problemen und Auswirkungen der Intensivbehandlung führen die Autorinnen in die Entwicklung des Hörens ein und verknüpfen das Hören des Neugeborenen mit anderen Wahrnehmungsbereichen. Es schließen sich verschiedene Methoden zum Einsatz von Musik auf einer Neugeborenen-Intensivstation an, die darauf zielen, die Kinder zu beruhigen, ihr Wachstum und ihre Entwicklung zu fördern, Stress zu mildern und die daraus resultierenden Probleme zu reduzieren. Da auch sehr kleine Kinder von Anfang an eigene Persönlichkeiten mit individuellen Vorlieben und Abneigungen sind, kommt es sehr darauf an, dass die Musik verantwortungsvoll eingesetzt wird. So kann sie ihre wohltuende Wirkung entfalten, wie diesbezügliche Untersuchungen belegen.

In weiteren Kapiteln beschreiben die Autorinnen aus theoretischer Sicht die Entwicklung der Mutter-Kind-Bindung und – bereichert mit einfühlsamen Fallbeispielen – die Besonderheiten, die sich mit der Verlusterfahrung nach einer zu frühen Geburt sowohl auf Seiten des Kindes wie auch der Mutter einfinden. Nach einer kurzen Einführung zur Bedeutung der Mutterstimme folgt ein ausführliches Kapitel zur Auditiven Stimulation mit Mutterstimme. Auf der Basis von Forschungsergebnissen wird ein Konzept der Krisenintervention für die Mutter in dieser kritischen und emotional anstrengenden Zeit gut dokumentiert und mit Fallvignetten veranschaulicht. Das vorrangige Ziel der Krisenintervention ist die Anbahnung der Mutter-Kind-Bindung und der Aufbau einer stabilen und tragfähigen Mutter-Kind-Beziehung nach einer zu frühen Geburt.

Für das Kind wird die Mutterstimme als eine der wesentlichen Einflussgrößen in der Frühförderung für die emotionale und soziale Entwicklung des frühgeborenen Kindes angesehen. Dazu geben die Autorinnen im folgenden Kapitel einige Anregungen, was Mütter mit ihrer Stimme tun können, um ihrem Kind bei der Überwindung der anfänglichen Verunsicherung durch die zu frühe Geburt zu helfen. Dem schließen sich praktische Vorschläge für zu Hause an, die auf den Meilensteinen der musikalischen Entwicklung des Babys aufgebaut sind.

In einem Anhang wird zum Thema „Selbsthilfegruppen“ Stellung genommen und es gibt Buchtipps für Eltern und Fachleute.

Henrike Schulte, Köln, Beratung von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern

Hannes Brandau, Manfred Pretis, Wolfgang Kaschnitz: ADHS bei Klein- und Vorschulkindern. Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär – Band 9. Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel 2003, 191 Seiten, EUR 19,90, ISBN 3-497-01681-0

Die Diagnose ADHS „Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätssyndrom", begegnet wohl allen, die therapeutisch oder pädagogisch mit Schulkindern zu tun haben.
Es soll Kolleginnen geben, die von einem tiefen Durchatmen sprechen, wenn sie der elterlichen Aussage begegnen: „Mein Kind hat ein ADHS".
Wer, so wie ich, das Glück hat, mit Frühförderstellen zu kooperieren, auf den kommen sie immer mehr zu, die Träumerchen und Zappelphilipps. Im zarten Frühförderalter passt zu ihnen noch keine Diagnose aus dem ICD-10 F 90.0 bis F 90.8, wohl aber manchmal das T-Shirt mit dem Aufdruck „born to be wild".
Nun gibt es inzwischen zahlreiche Bücher zum Thema, es gibt Methylphenidat und Verhaltensprogramme, und man kann Fortbildungen besuchen. Stellt man aber dort an den Vortragenden die Frage: „Und was machen Sie mit den ganz Kleinen?", so erhält man ein vielsagendes Schulterzucken und die Antwort „Elternberatung".
Hilfreichere Antwort auf Unsicherheit und auch manchmal auftretende Hilflosigkeit in der Behandlung unruhiger kleiner Kinder gibt uns das vorliegende Buch „ADHS bei Klein- und Vorschulkindern".
Die Autoren,

- Dr. Brandau, Dipl. Psych., Systemtherapeut und Lehrbeauftragter für Sozialpädiatrie,
- Dr. Pretes, Dipl. Psych., Integrationspädagoge,
- Dr. Kaschnitz, Kinderarzt, Kinder- und Jugendpsychiater, Leiter der Ambulanz für lebhafte Kinder der Uniklinik Graz,

haben einen dichten Praxisbezug und arbeiten im Rahmen ihrer praktischen Tätigkeit an wissenschaftlicher Nachweisbarkeit von Effektivität psychologisch-pädagogischer Interventionen im Kleinkinderbereich.

Musiktherapeuten kennen die Problematik dieser Studien aus ihrem Fachbereich. Hier wie dort hapert es häufig an den ethisch nicht vertretbaren Kontroll- und Wartegruppen. Wie soll man Eltern erklären, dass ihr Kind in der Kontrollgruppe ist und deshalb keine Hilfe gegeben werden kann?
Aus den Ergebnissen zusammengetragener und eigener Forschungen leiten die Autoren frühe Hilfen und Prävention in Förderung und Therapie ab. Eine Besonderheit des Buches sind die Beiträge für die Psychohygiene des Therapeuten, nämlich Anregungen zur Selbstreflexion der eigenen Einstellung zur Therapiearbeit, sei es im interdisziplinären Team oder als „Einzelkämpfer".
Als Beispiel sei genannt: Wie sehr finde ich es verwirrend, dass es für ADHS keine eindeutigen Ursachen und Behandlungskonzepte gibt?
Damit wird auch Raum gegeben für eigene Therapieentwürfe, auf das jeweilige Kind und seine Eltern zugeschnitten. Nicht immer nämlich erschließt sich auf Anhieb die Sinnhaftigkeit des eigenen Tuns in der musik- oder spieltherapeutischen

Stunde mit einem durch den Raum tobenden Zweijährigen oder einem Fünfjährigen, der kopfunter in der Hängematte turnt und hochkonzentriert bei jedem Schaukelschwung mit einem Schlegel in der Hand die große Trommel anschlägt.
Die Autoren erläutern Definition und Hypothesen, Früherkennung, Verläufe und Prognosen, häufige Begleitsymptome und Komorbidität, auch positive Begleiterscheinungen von ADHS und bieten eine breite Palette therapeutisch-pädagogischer Ansätze von Interventionsstrategien. Zudem gibt es Spielangebote und Fallbeispiele zur Verbesserung der Symptome. Trotz dieser Vielfalt an Themen umfasst das Bändchen nur 191 Seiten, die Texte sind knapp gehalten, didaktisch hervorragend aufbereitet durch z. B. farblich betonte Absätze und leicht verständliche Tabellen und sind mit witzigen Cartoons angereichert.
Der medikamentöse Ansatz kann im Kleinkind- und Vorschulbereich nur eine untergeordnete Rolle spielen, dafür gibt es Behandlungsvorschläge aus den Bereichen Coaching der Eltern, sozialpädagogische Förderung, systemisch-familienorientierte und spieltherapeutische Therapien, doch leider – jetzt muss es heraus – kein Wort über die Möglichkeit einer Musiktherapie.
Nun sind die Autoren Österreicher, das aber entschuldigt diese Unterlassungssünde nicht. Da ich nur einige Kilometer von der Tiroler Landesgrenze entfernt wohne, weiß ich von einer reichen Musiktherapielandschaft bei den Nachbarn. Warum halte ich trotzdem eine Buchempfehlung an dieser Stelle für gerechtfertigt?

- Es ist eines der wenigen Bücher über ADHS, das fast ausschließlich auf kleine Kinder eingeht.
- Auch wir Musiktherapeuten haben Lust und Frust der Elternberatung und häufig auch einen Platz in interdisziplinären Teams.
- Spätestens bei den Behandlungskonzepten und Therapievorschlägen fällt uns so viel zum Thema ein, dass wir in Gedanken das Buch um ein musiktherapeutisches Kapitel erweitern könnten.

Vieles, was die Wilden und Träumer und die oft schon durch ständige Zurechtweisungen frustrierten Kinder brauchen, können wir ihnen über die Musiktherapie anbieten. Hier über Aufforderungs- und multisensorischen Charakter der Instrumente, über Wirkung von archetypischen Wiegen- und Spottliedern, über Interaktionen und sozial-emotionale Aspekte des therapeutischen Musizierens zu sprechen, das hieße an dieser Stelle Eulen nach Athen tragen.

Ingrid Rupprecht, Hopfen am See

Isabelle Frohne-Hagemann, Heino Pleß-Adamcyk: Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter. Musiktherapeutische Diagnostik und Manual nach ICD-10. Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen 2005, 268 Seiten, EUR 39,90, ISBN 3-525-46211-5

Was war ich doch gespannt auf das tatsächliche Erscheinen dieses Buches endlich im November 2004, dessen Veröffentlichung sich immer wieder verzögert hatte! Manche Kollegen hatten vorher schon, im September 2003, wenigstens eine Fassung der seinerzeit achtseitigen Einleitung und Gliederung erhalten, die viel erwarten ließ: einen umfassenden und mehr noch mehrperspektivischen Überblick über Diagnostik und Antworten auf die schwierige Indikationsfrage unter Bezug auf das Klassifizierungssystem ICD-10. Dringend erwartete ich auch selbst das Buch wegen einer konkreten Therapieanfrage einer Mutter für ihren von Autismus betroffenen Sohn, die schlüssig für die Kostenübernahme argumentieren wollte – das angekündigte Buch würde der Brückenschlag zwischen praktisch erprobtem Fachwissen, der einschlägigen ICD-Kategorie und der störungsspezifischen Indikation „Musiktherapie" sein – und das ist es auch. Da es die Absicht der Autoren ist, der Kernfrage der spezifischen Indikation für Musiktherapie gerecht zu werden, vertreten sie die Vielfalt diagnostischer und therapeutischer Sichtweisen zugunsten einer mehrperspektivischen musiktherapeutischen Diagnostik.
Unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten steht der Musiktherapie nun mit diesem Buch ein wirkliches Lehrbuch zur Verfügung, das die Bedingungen und Voraussetzungen für musiktherapeutisches Handeln begründet. Schwierig und heikel ist die Indikationsfrage für Musiktherapeuten deswegen, weil sie klinisch präzise und wissenschaftlich abgestützt beantwortet werden muss, wenn unsere Profession neben verbalen Therapieformen bestehen will. So ist das Buch, das ursprünglich nur als „Indikationskatalog" für die Kinder- und Jugendpsychotherapie geplant war, notwendigerweise weit darüber hinaus entwickelt worden.
Der in vier Teile klar gegliederte Text geht davon aus – was in unserem Fach inzwischen unbestritten ist (siehe auch die „Kasseler Thesen zur Musiktherapie" und das Berufsbild des BVM) –, dass es die Musiktherapie nicht gibt, sondern viele Formen und Schulen, die jeweils ein eigenes Verständnis von Musiktherapie haben. Das erschwert die Bemühung, eine einheitliche Antwort auf die Frage nach der Indikation zu finden zusätzlich. Die Notwendigkeit, Störungen differenziert zu betrachten und zu benennen, ist ohnehin keine leichte Aufgabe.
Teil I (Theoretische Grundlagen) beschreibt zunächst das gegenwärtige Therapieangebot für Kinder und Jugendliche mit nicht überraschenden Zahlen aus offiziellen Studien und zeigt, dass es um die ambulante Versorgung von 1,5 Millionen psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen geht, für die nicht einmal 10 Prozent des bundesweiten Bedarfs an ambulanten Therapien gedeckt sind. Ferner enthält er nach einem Überblick über diagnostische Systeme ein großes Kapitel der sog. Achsen der OPD (Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter) – soweit sie für Musiktherapie relevant sind. Es sind fol-

gende Raster: Krankheitserleben / Behandlungsvoraussetzungen, Beziehung, Konfliktbegriff und Auseinandersetzungsfähigkeit, Struktur und Störungen – jeweils mit wichtigen Ergänzungen, z. B. über Risiko- und Schutzfaktoren, die Lebenswelt des Kindes, leibzentrierte Identitätsarbeit und entwicklungspsychologische Konzepte von Daniel Stern, um nur einige zu nennen.
Teil II (Musiktherapeutische Diagnostik) bezieht die dargestellten theoretischen Grundlagen auf musiktherapeutische Belange und widmet sich spezifischer der musiktherapeutischen Diagnostik. Von zentraler Bedeutung sehen die Autoren die Achse II – Beziehung – , so dass die Diagnostik oder Einschätzung der Beziehungsqualitäten (nach Schumacher und Calvet-Kruppa) hier umfassend beschrieben und weitergeführt wird. Für besonders interessant halte ich die daraus folgenden Unterscheidungen in spezifische und semispezifische Indikationen für Musiktherapie, da sie die häufig gestellte Frage nach Psychotherapie oder Musiktherapie aufgreift und nach meiner Meinung „integrierend" beantwortet. Weitere Kapitel über das Spiel, Spielformen, die therapeutischen Funktionen der Musik (beschrieben sind 11) und Interventionen sowie die Indikation für Gruppenmusiktherapie folgen.
Teil III stellt in Zusammenhang mit der Frage störungsspezifischer Indikationen fünf Behandlungsfälle von Kindern und Jugendlichen dar, wobei die Autoren hier eine überzeugende Theorie-Praxis-Verknüpfung leisten. Besonders in diesem Teil finden sich wohl die meisten Praktiker unseres Faches in irgendeiner Form wieder.
Teil IV wird bezeichnet als das Manual nach ICD-10, d. h. hier werden die „psychischen Störungen" (5. Achse der OPD) in ihrer Systematik vorgestellt und in Bezug auf ihre Relevanz zur Musiktherapie kurz besprochen. Auch die Indikation für Musiktherapie bei Säuglingen und Kleinkindern (denken wir an die MT in der Neonatologie oder MT in Mütter-Kind-Gruppen) wird hier behandelt, auch wenn es hierbei keinen Bezug zu ICD-10-Kategorien gibt. Für die Autoren ist entscheidend: die Indikation wird bestimmt durch die die Symptomatik prägenden nicht entwickelten oder geschädigten Beziehungsqualitäten.
Nicht zuletzt weisen die Autoren zu Recht daraufhin, dass das Buch auch eine gute Grundlage zur Musiktherapie mit Erwachsenen bietet, da es im Verfahren Musiktherapie immer um das Erleben von tragfähigen Beziehungen geht, die zur Regulierung von Affekten, in der zwischenmenschlichen Interaktion und im Beziehungsdschungel der weiteren sozialen und kulturellen Zusammenhänge bedeutungsvoll sind.
Das Buch möchte ich als ein im besten Sinne Theorien integrierendes und an therapeutischer Praxis orientiertes Lehrbuch daher allen Kolleginnen und Kollegen wärmstens empfehlen. Es ist sehr gut lesbar und eignet sich zur Aneignung von Theorie. Es leistet darüber hinaus einen Beitrag zu unseren Anstrengungen, Musiktherapie als wissenschaftliches Verfahren zu fundieren und uns damit einen besseren Stand in der Gesundheitsversorgung zu sichern. Damit wird es auch für die Musiktherapeuten, die sich mit Kostenträgern auseinanderzusetzen haben, wichtig werden.

Ilse Wolfram, Bremen

Peter Wißmann (Hg.): Werkstatt Demenz. Vincentz Network, Hannover 2004, 256 Seiten, EUR 29,–, ISBN 3-87870-102-0

Das Buch „Werkstatt Demenz“ eröffnet den Weg für eine neue Kultur in der Begleitung von Menschen mit Demenz.
Unterschiedliche Autoren aus Therapie, Medizin, Pflege und Sozialpädagogik kommen zu Wort. Das Buch ist gegliedert in einen eher theoretisch geleiteten und einen praxisorientierten Teil.
Im ersten Teil setzen sich verschiedene Autoren damit auseinander, was unter einer neuen Kultur in der Begleitung von Menschen mit Demenz zu verstehen ist. Voraussetzungen und Möglichkeiten der Umsetzung werden ausgelotet. Als Beispiele seien hier Wohngruppen und ambulante Wohngemeinschaften genannt.
Peter Wißmann, Herausgeber und Autor dreier Kapitel des Buches, kritisiert das in unserer Gesellschaft vorherrschende medizinisch-biologische Demenzbild, in dem Abbauprozesse, Kompetenzverlust und Defizite im Vordergrund stehen und an dessen Ende völlige Pflegebedürftigkeit und das unwiderrufliche Verlöschen der Person stehen. Eine medikamentöse Lösungsstrategie und „lindernde“ Pflege prägen die Behandlung. Wißmann fordert auf, diese Sichtweise zu hinterfragen, und plädiert für ein radikales Umdenken auf allen Ebenen. Nicht nur das Demenzbild müsse korrigiert werden, sondern auch das Menschenbild, das Pflegeverständnis, das Verständnis bei den Betreuenden, die Form des Miteinanderumgehens und nicht zuletzt die organisatorischen Rahmenbedingungen.
Er stellt das von dem britischen Autor Tom Kitwood entworfene ganzheitliche Modell der Demenz mit einem personenzentrierten Ansatz in den Mittelpunkt seiner Beiträge. Eine an den Ressourcen und Stärken orientierte Betrachtungsweise sowie ein förderndes, aktivierendes und stimulierendes Milieu sind bei diesem Ansatz die Schwerpunkte. Die Überbewertung der Störungen im kognitiven Bereich müsse zu Gunsten einer Verstärkung der emotionalen Ebene weichen.
Die nächsten Kapitel behandeln ausführlich, welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, um dieses Modell zu verwirklichen. Personenzentrierte Betreuung ist dabei ein maßgeblicher Bestandteil. Wißmann bringt hier den Begriff des Begleiters ins Spiel. Die Betreuenden sollen nicht ausschließlich dafür sorgen, dass die körperlichen Grundbedürfnisse befriedigt sind, sondern sie sollen den ganzen Menschen mit seinen Bedürfnissen und Wünschen sehen und ihm wertschätzend gegenübertreten. Wohlbefinden und Lebensqualität zeichnen dann den Alltag der erkrankten Menschen aus. Begleiter können so durchaus auch Angehörige oder berufliche Helfer sein. Um diesem Anspruch gerecht werden zu können, sind so genannte Basiskompetenzen gefordert, die den Begleiter befähigen, dem an Demenz erkrankten Menschen mit Empathie, Toleranz, Neugier und Kreativität zu begegnen. Es stehen also nicht fachlich-methodische, sondern vor allem persönliche Fähigkeiten im Umgang bei Menschen mit Demenz an erster Stelle. Bei genauerem Hinsehen zeigt sich aber, dass diese persönlichen Fähigkeiten schon sehr weit in den Bereich der therapeutischen Kompetenzen und Anforderungen hineinreichen.

Um diesem Anforderungsprofil gerecht zu werden, müssen die Begleitenden veränderte Fortbildungsmaßnahmen erhalten. „Lernbegleitung“ statt Fortbildung wird angestrebt. Diese sollte sich nicht auf die Vermittlung von Wissensbeständen beschränken, sondern die Praxisebene, beispielsweise mit Fallgeschichten, mehr einbeziehen.
Hierfür werden innovative Ansätze wie z. B. die „multiperspektivische Fallarbeit“ und das Qualifizierungsprogramm „Brücken bauen zum Menschen mit Demenz“ vorgestellt.
Zahlreiche anschauliche Beispiele aus der Praxis machen deutlich, wie positiv sich die Veränderungen auswirken, verschweigen aber auch nicht, wie beschwerlich und lang dieser Weg ist. Ein Praxisbericht über ein Modellprojekt eines Wohngruppenhauses, dessen Struktur vom herkömmlichen Setting abweicht, vervollständigt die Ausführungen.
Das letzte Kapitel des ersten Teils „Interventions- und Kommunikationsformen“ von Dorothea Muthesius und Michael Ganß richtet den Blick auf die Arbeit des Therapeuten in der Begleitung des Menschen mit Demenz. Hier wird beleuchtet, welche Rolle den kreativen Therapien zukommt. Insbesondere, da klassische psychotherapeutische Methoden den Menschen mit Demenz von den Krankenkassen nicht zugestanden werden, sind diese Alternativen unverzichtbar. Denn wo verbale Kommunikationsformen an Bedeutung verlieren, erhalten kreative und sinnesbezogene Interventionen einen wesentlichen Stellenwert. Sie sprechen auf der Sinnesebene an und bieten Ausdrucksmöglichkeiten für die Formulierung von Wünschen und Bedürfnissen. Auf dieser Basis können emotionale Fähigkeiten der Erkrankten erkannt, respektiert und angeregt werden. So bieten kreative Therapien einen Ausdrucksraum, in dem sich die Persönlichkeit frei von Grenzen angepasster Verhaltensweisen entfalten kann. Dieses Kapitel ist auch für Therapeuten, die nicht mit von Demenz betroffenen Menschen arbeiten, interessant und lesenswert.
Der zweite Teil des Buches beinhaltet „Bilder aus der Praxis“. Während sich der erste Teil überwiegend auf den Bereich der Pflege bezieht, kommen hier Therapeuten, die mit kreativen Medien arbeiten, aus unterschiedlichen Einrichtungen und Bereichen wie z. B. Musiktherapie, Kunsttherapie und Eurhythmie zu Wort. Sie geben Einblicke in ihre praktische Arbeit und zeigen, wie personenzentriertes Arbeiten im Alltag aussehen kann. Es wird beeindruckend vorgeführt, welch vielfältige Zugangswege und Ausdrucksmöglichkeiten sich für Menschen mit Demenz nutzen lassen. Kreative Therapien erweisen sich als wertvoll und bereichernd, ja nahezu als unverzichtbar. Hier erfahren sich die Erkrankten als Person, können die Erfahrung von Identität machen.
Ich denke, dass mit diesem Buch die Vision von einer umfassenden „Neuen Kultur“ in der Begleitung von Menschen mit Demenz ein ganzes Stück näher gerückt ist.
Allerdings entsteht selbst dem empathischen Leser der Eindruck, dass angesichts der steigenden Zahlen der Betroffenen (in Deutschland leben zur Zeit etwa 1,5 Millionen an Demenz erkrankte Menschen) und der sinkenden Mittel, die zu deren Betreuung zur Verfügung stehen, eine gehörige Portion Optimismus vorhan-

den sein muss, um die neue Kultur in der Begleitung von Menschen mit Demenz zu realisieren. Und dennoch, dieses Buch überzeugt durch sein Engagement und seine Lebendigkeit und erzeugt beim Leser die Bereitschaft, sich an dem Veränderungsprozess in der Begleitung von Menschen mit Demenz aktiv zu beteiligen.

Dorothea Käding, Hamburg / Itzehoe

Tonius Timmermann: Tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie. Reichert Verlag, Wiesbaden 2004, 143 Seiten, EUR 19,90, ISBN 3-89500-399-9

Eigentlich, so dachte ich beim Überfliegen, hätte das Buch sinnvollerweise auch schon Jahre früher erscheinen können. Das genauere Lesen aber zeigte, wie ein erfahrender und versierter Musiktherapeut intensive therapeutische Arbeit über Jahrzehnte reflektiert, sich auf das konzentriert, was ihm für die Musiktherapie und deren Fundierung aus seiner Erfahrungsgeschichte förderlich und sinnstiftend erscheint, es zusammenfasst und nun als „Bausteine für eine Lehre" vorlegt.
Es handelt sich um ein Buch, das sein Ziel erreicht, Studierende, die einen Zugang zur Musiktherapie suchen, anzusprechen, einzuführen und anzuregen, sich darüber hinaus vertieft mit theoretischen und praktischen Voraussetzungen und Inhalten der Musiktherapie auseinanderzusetzen.
Die Stellung der Musiktherapie im psychotherapeutischen Kontext wird eher kurz, verschiedene Aspekte der Musik werden ausführlicher als Voraussetzungen für eine therapeutische Nutzung dargestellt. Innerhalb des Kapitels „Theoretische Ansätze" führt ein Lauf durch die Philosophiegeschichte hin zu gegenwärtigen ethischen Standards in der Psychotherapie, zum Berufsethos der MusiktherapeutInnen und zu einem zeitgemäßen Gesundheitsbegriff, der sich auf die WHO stützt, – wichtige Themen, die Studierenden der Musiktherapie den kritischen Blick öffnen für den Umgang mit dem vorgefundenen Gesundheitssystem und für die Möglichkeiten, dennoch eigene Ansprüche zu realisieren. Auch die Kapitel „Musik und Entwicklungspsychologie" und „Aspekte der musiktherapeutischen Beziehung" bieten ein bedachtes Fundament, das durch praktische Beispiele musiktherapeutische Situationen beleuchtet.
Gleichzeitig ist das Buch ein sehr persönlicher Spiegel der Geschichte des Autors mit Musik, Psychotherapie, Philosophie, Kunst, Pädagogik und deren Stellenwert und Einfluss auf die Musiktherapie. Wir können lesen, spüren, nachvollziehen, wie Tonius Timmermann seine Schwerpunkte setzt, seiner Erklärungssuche nachgeht, sich auf seine Wurzeln besinnt und ihnen den Raum gibt, den sie wohl in der Rückschau verdienen.
Die Bausteine für eine Lehre sind unterschiedlich ausgearbeitet, sie decken ein weites Terrain ab und lassen sich im jeweiligen Stil ergänzen, so dass sich daraus sicherlich ein Bauwerk der Musiktherapie errichten ließe, das von Nebengebäuden und Pavillons umgeben einen lebendigen Campus bilden könnte.
Der Titel „Tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie" weckt natürlich auch Erwartungen. Im ersten Kapitel wird das Verhältnis Musiktherapie und Tiefenpsychologie andiskutiert und „tiefenpsychologisch orientiert" als die weitere, offenere Variante von „tiefenpsychologisch fundierter" Psychotherapie gesehen, insgesamt aber eher ein Plädoyer für einen pragmatischen Eklektizismus abgegeben. Auch im Kapitel IV, „Musiktherapeutische Vorgehensweisen", wird die Verbindung zur Tiefenpsychologie über die psychotherapeutischen Techniken wie Halten, Stützen, Nähren, Spiegeln usw. noch einmal konkreter hergestellt und anschaulich mit Beispielen aus der musiktherapeutischen Praxis erläutert. Das Buch atmet die

kontinuierliche praktische Erfahrung, den selbstverständlichen Bezug zur Tiefenpsychologie so sehr, dass die Termini quasi automatisch einfließen ohne großen Erklärungsbedarf. An manchen Stellen kann das zwar Neulinge im Fachgebiet von Musiktherapie und Psychotherapie irritieren, aber die entscheidenden Erklärungen sind vorhanden oder über die Literaturliste und das praktikable Sach- und Personenregister auffindbar.
Die letzten Kapitel, „Die klinische Praxis“ und „Der musiktherapeutische Weg zur Psychotherapie“ sind kurz geraten, aber der musiktherapeutischen Schulung und den Voraussetzungen, die KandidatInnen der Musiktherapie mitbringen und entfalten sollten, wird hier sinnvollerweise noch entsprechender Raum gewährt. Das Buch schließt mit einem Appell an Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten, für eine Konsolidierung des Faches ihre Arbeit sorgfältig zu dokumentieren, zu publizieren, zu forschen bzw. sich beforschen zu lassen und andererseits sich der eigenen Rolle als „Mittler“ oder „Katalysatoren“ der Heilung bewusst zu sein, auch im Respektieren der vorhandenen Grenzen.
Insgesamt eine gewinnbringende Lektüre insbesondere für StudieneinsteigerInnen, aber auch für musiktherapeutische KollegInnen, die den Timmermann’schen Standpunkt, nun zusammengefasst, zur Kenntnis nehmen möchten.

Waltraud Trolldenier, Würzburg, Psychotherapie mit Erwachsenen, Lehrmusiktherapie und Supervision

Neue Literatur zum Thema Psychoanalyse und Musik
1. Bernd Oberhoff (Hg.): Psychoanalyse und Musik. Eine Bestandsaufnahme. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2002, 510 Seiten, EUR 36,–, ISBN 3-89806-145-0,
2. Bernd Oberhoff (Hg.): Das Unbewusste in der Musik. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2002, 137 Seiten, EUR 19,90, ISBN 3-89806-180-9
3. Bernd Oberhoff (Hg.): Die Musik als Geliebte. Zur Selbstobjektfunktion der Musik. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2003, 167 Seiten, EUR 19,90, ISBN 3-89806-268-6

Einleitung

Mit dieser ‚Rezension im Trio' soll auf drei Werke einer Reihe aufmerksam gemacht werden, die für MusiktherapeutInnen interessant sein dürfte, für die der psychoanalytische Blick auf Phänomene der Musik von Bedeutung ist. Alle drei Titel sind erschienen in der Reihe ‚Imago' im Psychosozial-Verlag. Als ‚Imago' wird ein inneres Bild bezeichnet. Damit verweist dieser Reihentitel auf die erste psychoanalytische Zeitschrift in den 30er Jahren des letzten Jahrhunderts und auf die Bedeutung des inneren Bildes für die psychische Organisation des Menschen. Mit ihr zeigte sich die neue Wissenschaft der Psychoanalyse von Anfang an als eine Kulturwissenschaft, die neben dem klinischen Bereich immer schon ein besonderes Interesse daran hatte, Phänomene der Kunst, der Literatur, der Musik und der Kultur mit den Mitteln der Psychoanalyse zu untersuchen. Mit der neuen Reihe ‚Imago' wird nun der Versuch unternommen, an diese Vielfalt anzuknüpfen. Dass dabei die Musiktherapie von Anfang an ‚mit von der Partie ist', eröffnet eine Perspektive, die vielversprechend ist und vielleicht auch für eine Öffnung der Psychoanalyse steht.

Hintergrund

Seit dem Jahre 2001 gibt es in Nordrhein-Westfalen das „Coesfelder Symposium Musik & Psyche", das sich als ein Forum versteht, auf dem neue Forschungsergebnisse zum Themenkreis Musik und Psyche vorgestellt und diskutiert werden (s. www.musik-und-psychoanalyse.de).
Initiiert wurde dieses Symposion vom ‚Coesfelder Arbeitskreis für Psychoanalyse und Musik', der sich auf die Initiative des Münsteraner Psychologen, Supervisors und Gruppenanalytikers Bernd Oberhoff konstituierte. Neben zwei weiteren psychoanalytisch tätigen Psychologen (Bernd Tenbrink und Sebastian Leikert) zählt Rosemarie Tüpker als Musiktherapeutin zu den Gründungsmitgliedern. Bernd Oberhoff als Initiator und Herausgeber beklagt zu Recht, dass das Thema der Musik von Seiten der Psychoanalyse bislang – im Vergleich zur Auseinandersetzung mit der bildenden Kunst und Literatur – eher vernachlässigt wurde. Dem soll hier mit einer Bestandsaufnahme verstreuter Aufsätze zur Musik (1) sowie der Veröffentlichung ausgewählter Vorträge der Symposien (2 und 3) begegnet werden.

Psychoanalyse und Musik. Eine Bestandsaufnahme (1)

So vielfach die Gründe für eine Vernachlässigung der Musik waren, so vielfach waren dann letztlich auch die Gründe einzelner Psychoanalytiker oder Künstler, sich mit den Beziehungen und Verbindungen der Musik zu psychoanalytischen Phänomenen zu befassen. Meist war dabei die persönliche Verbundenheit mit der Musik der Anlass einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung. Davon zeugt die Heterogenität der Ansätze und Themen in der rund einhundertjährigen Entwicklungsgeschichte der Psychoanalyse, die hier in einer Auswahl zusammen gestellt sind.

Die Zuordnung der Texte nach zeitlich und wissenschaftstheoretisch unterschiedlichen Perioden ist sinnvoll und stimmig. Wir finden die 22 Aufsätze von 1910 bis 2002 gegliedert in eine ‚triebpsychologische Periode' (1910–1950), eine ‚ichpsychologische Periode' (1950–1975) und eine Periode der ‚präverbalen Kommunikation' (1975 bis heute). Diese Unterscheidung verläuft entlang der historischen Schwerpunkte innerhalb der Psychoanalyse, die zunächst die sexuelle Triebdynamik, dann vermehrt die Bewältigungsmechanismen des Ichs und in jüngerer Zeit die frühe Interaktion und Kommunikation der frühen Mutter-Kind-Dyade und die Objektbeziehungen in den Mittelpunkt des Interesses gestellt hat. Die Auswahl der AutorInnen reicht hier von bekannteren (z. B. Kohut, Sterba, Racker, Rauchfleisch, Nitzschke) und fast völlig unbekannten (wer war Desiderius Mosonyi?) zu den aktuellen Beiträgen der Gegenwart.

Diese Einteilung des Herausgebers bietet zum einen eine Orientierungshilfe, andererseits spiegeln sich in den hier quasi nach Entwicklungsstufen zusammengefassten Aufsätzen aber auch die jeweiligen Denkfiguren der entsprechenden Dekaden und Epochen, wobei dies gar nicht nur als Einschränkung oder Begrenzung zu verstehen ist.

Wenngleich uns heute manche Deutungen aus der frühen Zeit der Psychoanalyse als zu eng erscheinen mögen, gibt es andererseits doch auch immer wieder überraschend ‚modern' anmutende Überlegungen und Ansichten. Aufgrund der Fülle und der Unterschiedlichkeit der hier vorgelegten Texte ist es schwierig, in einer kurzen Vorstellung einzelne Aspekte herauszustellen oder zu unterstreichen. Die Relevanz für den Leser / die Leserin wird in erster Linie von der Fragestellung und dem Interesse abhängen, mit der er oder sie an dieses Buch herangeht. Wer nach umfassenden und ‚letzten' Antworten auf die Frage sucht, was Musik sei und wie sie psychologisch wirkt, wird mehr oder minder enttäuscht feststellen, dass auch die Psychoanalyse keine Antworten dafür bereit hält. Als Chronologie und Richtungsweiser für die Frage, welche Auseinandersetzungen im Verhältnis Psychoanalyse und Musik sich aktuell ereignen, gibt dieses Buch einen äußerst interessanten Überblick.

Das Unbewusste in der Musik (2)

Die unter diesem Titel zusammengefassten Aufsätze des 1. Coesfelder Symposions versuchen die musikwissenschaftlichen Beschäftigung mit Musik durch eine beschreibende wissenschaftliche Herangehensweise zu erweitern, die das subjektive Erleben und damit konsequenterweise die Dimension des Unbewussten in das Zentrum der psychologischen Analyse rückt.
Die fünf Aufsätze behandeln zum einen theoretische Fragestellungen wie die Frage nach der primären Kreativität und der Erfahrungsbildung vor dem Hintergrund der Theorien Winnicotts (D. Tenbrink), oder die Frage „Wo ist die Musik, wenn wir sie nicht hören?“ (R. Tüpker), zum anderen verweisen ein Fallbeispiel und konkrete Musikanalysen auf die Themenvielfalt in der Beschäftigung mit dem Unbewussten in der Musik .
Zentrum der Überlegungen Tenbrinks aus der Perspektive Winnicotts ist dabei einmal nicht der in der Musiktherapie bekannte Begriff des Übergangsobjektes, sondern die Erfahrungsbildung mit ‚subjektiven Objekten‘, vor allem das Erleben des Instrumentes zwischen subjektivem und objektivem Objektcharakter. Der hier erwähnte zweite Beitrag beschäftigt sich mit der Frage, ob es nicht immer auch Interaktionen – im allerweitesten Sinne – sind, die in der musikalischen Erfahrung bewahrt und codiert sind, ohne dass dies ständig im Bewusstsein repräsentiert ist. Dabei bilden sowohl musikalische Alltagsphänomene als auch musiktherapeutische Erfahrungen das Ausgangsmaterial der Betrachtungen. Neben einem Fallbeispiel aus der psychoanalytischen Praxis mit einem drogenabhängigen Mann (S. Leikert), das die Funktion der Musik in der Persönlichkeits- und Abwehrorganisation beleuchtet, gibt es im vorliegenden Band noch die Analyse eines Klavierkonzerts von Rachmaninoff sowie die als Gruppenexperiment vorgestellte Beschreibung des assoziativen Hörens einer Motette von Heinrich Schütz (B. Oberhoff). Beide Beiträge lassen sich als Diskussionsvorlagen für die Frage verstehen, mit welchem (theoretischen) Instrumentarium eine psychoanalytisch stimmige Interpretation musikalischer Werke zu leisten sein kann. Dass es hierbei immer wieder heftige Kontroversen und völlig gegensätzliche Standpunkte geben wird und geben kann, liegt vielleicht darin begründet, dass sich die Auslegungshorizonte vor dem Hintergrund neuer Erkenntnisse auch ständig verändern. Daraus entsteht immer auch ein Ansporn, Ergebnisse aus der Interaktionsforschung, der Erforschung des pränatalen Erlebens oder der frühen Mutter-Kind-Beziehungen, der Traumaforschung oder aus anderen relevanten Bereichen an die Musikanalyse ‚anzulegen‘ und musikalische Werke auf entsprechende Bezüge hin zu untersuchen. Denn, wie der Herausgeber der Reihe im Vorwort zu diesem Band schreibt, die Frage nach dem Bewegenden in der Musik ist ja auch die Frage danach, welche „ästhetische Tiefenhermeneutik (…) die unbewusste seelische Thematik einer musikalischen Ausdrucksgestalt zu erspüren in der Lage ist“ (S. 7). Hier zeigt sich, dass die Psychoanalyse immer wieder zu neuen anregenden Entwürfen findet, um dieser Tiefenhermeneutik eine nachvollziehbare Gestalt zu geben.

Die Musik als Geliebte. Zur Selbstobjektfunktion der Musik (3)

Unter diesem Titel sind Aufsätze des zweiten Symposions zusammengefasst, bei dem es darum ging, neuere Erkenntnisse der Narzissmusforschung sowie der Selbstpsychologie auf die Fragen nach der Rolle und Bedeutung des musikalischen Erlebens anzuwenden. Hintergrund ist die Überlegung, dass musikalisches Handeln und Erleben wesentlich mit einem Selbstgefühl verbunden ist, das mit dem Narzissmuskonzept der Psychoanalyse ausgeleuchtet und damit vielleicht auch besser verstanden werden kann.
Die hier vorgestellten sechs Aufsätze und Beiträge reichen von einer theoretischen Konzeptualisierung dieses Ansatzes in dem Aufsatz „Diese Musik versteht mich!"(B. Oberhoff), in dem anhand der Musikstücke unterschiedlicher Epochen spezifische Qualitäten narzisstischer Bezogenheit herausgestellt werden über drei Beiträge zu dem in diesem Zusammenhang wichtigen Thema „Musik und Stimme" (S. Leikert, K. Nohr) bis zu einem ausführlichen Beitrag zu den Erweiterungen, die die verschiedenen selbstpsychologischen Konzepte für das Verständnis musiktherapeutischer Prozesse in den letzten Jahrzehnten beigetragen haben (R. Tüpker).
Abgeschlossen wird dieser Band wieder durch die Vorstellung einer Pilotstudie (B. Oberhoff), bei der den teilnehmenden Kleingruppen jeweils drei kurze Musikstücke aus unterschiedlichen Epochen vorgespielt wurden. Untersucht werden sollten hier Hypothesen zu den jeweiligen ‚narzisstischen Qualitäten' dieser Stücke in dem Sinne, ob sich Unterschiede bezüglich eines fötalen, frühkindlichen oder erwachsenen Narzissmus feststellen lassen. Zu welchen Ergebnissen diese Studie kommt, soll an dieser Stelle nicht verraten werden. Vielleicht vermag sie Anregungen und die Ermutigung liefern, kleinere Forschungsfragen in einem ähnlichen Setting zu untersuchen.

Zusammenfassung und Ausblick

Wenngleich sich in der letzten Zeit Tendenzen verstärken, auch die Musiktherapie stärker an kognitiven Wissenschaftsmodellen oder auch an den Neurowissenschaften zu orientieren, bietet die über lange Zeit hinweg vernachlässigte Beziehung von Psychoanalyse und Musik immer wieder interessante Modelle und Denkfiguren, die zum einen nicht nur das Verständnis des Zusammenhangs seelischer und musikalischer Prozesse verstärken, sondern auch bis in die konkrete Behandlung hinein neue Perspektiven eröffnen können. Für diejenigen MusiktherapeutInnen, die nach Anregung und Vertiefung suchen, können die hier vorgestellten Tagungsbände als auch der Sammelband mit psychoanalytischen Texten eine durchaus inspirierende Quelle auch dann sein, wenn einzelne Themen thematisch nicht auf den engeren Rahmen der musiktherapeutischen Behandlung oder Theorie fixiert sind. Gerade im Hinblick auf die voranschreitenden Versuche, seelische Prozesse aus biologischen Funktionen heraus zu verstehen und zu interpretieren, kann die Auseinandersetzung mit der psychoanalytischen Tradition den Blick dafür schär-

fen, wo die naturwissenschaftlichen Ansätze zu mehr oder minder reduktionistischen Modellen sozialer und zwischenmenschlicher Beziehungen führen können. Umgekehrt zeigt sich aber an den hier vorgestellten Texten auch, wie auch die psychologisch-hermeneutischen Modelle seelischen Geschehens durch den historischen Kontext und die Theoriegeschichte geprägt sind (z. B. Triebtheorie, Ichpsychologie). Daraus kann jedoch immer wieder ein interessanter Spannungsbogen entstehen, der zu neuen und weiterführenden Auseinandersetzungen einlädt.

Manfred Kühn, Steinfurt, Psychotherapie mit Erwachsenen, Lehrmusiktherapie und Supervision

Eckard Weymann: Zwischentöne – Psychologische Untersuchungen zur musikalischen Improvisation. Psychosozial-Verlag, Gießen 2004, 221 Seiten, EUR 28,–, ISBN 3-89806-307-4

Der Titel des Buches weckt in seiner Offenheit Assoziationen und macht neugierig. Die Tätigkeit und die Produkte des Improvisierens gelten als Dreh- und Angelpunkte des musiktherapeutischen Prozesses, als grundlegendes Arbeitsprinzip der Musiktherapie. In der Offenheit und Beweglichkeit der Gestaltung ist es eine besondere Herausforderung, das klanglich-musikalische Material zu analysieren. Dieser Herausforderung stellt sich der Autor in bemerkenswerter Weise, indem er die musikalische Improvisation als Medium des Ausdrucks und der nonverbalen Kommunikation hinterfragt. Er stellt in seiner Untersuchung Improvisation als psychische Aktivität dar und erforscht das musikalisch-psychologische Geschehen.
Die Absicht des Autors ist es, aus einer allgemeineren psychologischen Perspektive heraus etwas über die Natur des Improvisierens zu erfahren. Um die Mehrdeutigkeit und Komplexität von Improvisation zum Ausdruck zu bringen, findet zunächst eine metaphorische und begrifflich-historische Annäherung statt. Beeindruckend ist, wie in den Beschreibungen auf sensible Weise die Lebendigkeit (Spontaneität, Impulsivität) und die Spannungsfähigkeit (zwischen Offenheit und Determiniertheit) der Improvisation herausgearbeitet wird. Anschließend wird die Wirksamkeit und die Bedeutung des Improvisierens in der Musiktherapie anschaulich beschrieben. Es wird hervorgehoben, dass Improvisation einen Handlungsspielraum bietet, in dem etwas freiwillig und absichtsvoll geschieht, was für die Beteiligten von Bedeutung ist. Dieser Handlungsspielraum kann Entwicklung, Klärung und Veränderung ermöglichen und somit Auswirkung für Lebenszusammenhänge haben.
Der Untersuchung liegt die Annahme zugrunde, dass Improvisieren unter anderem der „Selbstbehandlung eines Lebenswerks“ dienen kann. Was darunter zu verstehen ist, wird erst durch den Bezugsrahmen deutlich: Mit Hilfe eines alltagspsychologischen Ansatzes (nicht im Kontext von Krankheit und Störung) wurde anhand von Tiefeninterviews die psychologische Wirkungseinheit der musikalischen Improvisation untersucht. Mit der konzeptgeleiteten Interviewtechnik befragte der Autor 12 MusikerInnen und MusiktherapeutInnen als Experten über ihre Erlebniswelt der Improvisation. Bei dieser Technik wird z. B. Selbstverständliches in Frage gestellt, scheinbar Zusammenhangloses aufeinander bezogen, es werden Regeln und Ausnahmen aufgespürt sowie Abgrenzungen und Ähnlichkeiten zu anderen Themen herausgearbeitet. Individuelle Geschichten, Einstellungen und Erfahrungen der Befragten verdichten sich so zu Lebensgeschichten. Durch die Interviews werden die systemischen Zusammenhänge mit ineinandergreifenden Prozessen und Formen eindrucksvoll deutlich. Besonders faszinierend sind die kommentierenden Analysen, die den strukturellen Aufbau des Verhaltens und Erlebens erschließen und als Grundverhältnisse fassbar gemacht werden. Graphiken, in denen die jeweiligen Schlüsselbegriffe eingetragen sind, veranschaulichen die Zusammenhänge.

Bei aller Verschiedenheit der Geschichten werden anhand der Grundverhältnisse Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausgearbeitet. So wird z. B. eine Tendenz deutlich, das Improvisieren in den Zusammenhang der Umbildung des Bestehenden, der Verwandlung und Weiterentwicklung zu stellen, während eine andere Tendenz besteht, Improvisation als Suche nach Identität zu charakterisieren. Im Zusammenhang mit der Lebensgestaltung werden die beiden Tendenzen Verwandlung und Identität als Polaritäten angenommen. Identität wird dabei ebenso wie Verwandlung als ein Prozessgeschehen beschrieben, das sich stets bildet. Hier wird das morphologisch-psychologische Verständnis des Autors deutlich, der seelisches Geschehen als Prozess versteht.
Um die Chance des Balancierens zwischen diesen Polaritäten zu verdeutlichen, werden charakteristische Lösungen zusammengefasst, die mit Beispielen aus den Interviews praktisch verknüpft und veranschaulicht werden. Ob es um ein angemessenes Verhältnis von Offenheit und Abgrenzung geht, um Übergänge, um Widersprüche oder Überschreitungen (um nur eine Auswahl zu nennen), hier werden konkrete Bezüge zur musiktherapeutischen Arbeit deutlich. Mehr noch, das Wesen und die Möglichkeiten musikalischer Improvisation werden erfahrbar.
Im Ausblick wird der Stellenwert der vorliegenden Untersuchung durch Praxisbezüge konkretisiert. Es wird darauf hingewiesen, dass die gelingende Interaktion der Befragten mit dem Wirkungsraum der Improvisation orientierende Anhalte für die musiktherapeutische Praxis anbietet. Zudem kann das methodische Vorgehen, die abstrahierende Erschließung und Analyse von Lebensmustern im Ausdrucksfeld der Musiktherapie als exemplarisch angesehen werden.
Durch dieses Buch wurde ich als Musiktherapeut auf eindrucksvolle Weise angeregt, die gewonnenen Kenntnisse in meine Arbeit zu integrieren. Die Suche nach Grundverhältnissen, nach Polaritäten in den Improvisationen mit Patienten verschafften mir einen neuen offenen Zugang zu den Prozessen. Insofern lässt sich dieses Buch auch als Praxishandbuch anwenden, um sensibel zu werden für die „Zwischentöne“ der musikalischen Improvisation.

Dr. phil. Boris Becker, Remscheid; Musiktherapie mit Erwachsenen im klinisch-psychotherapeutischen Bereich, Forschung zu instrumentenspezifischen Wirkungen und zu Anwendungsmöglichkeiten systemischer Konzepte in klinischen Strukturen.

Tony Wigram: Improvisation. Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students. Jessica Kingsley Publishers, London / New York 2004, 240 Seiten, EUR 27,90 (ca.), ISBN 1-84310-048-7

Das im Jahr 2004 veröffentlichte Buch „Improvisation“ von Tony Wigram liegt in gefälligen Blautönen vor. Die gute und ausführliche Gliederung bietet einen klar strukturierten Aufbau. Der Verfasser beginnt mit der Beschreibung musikalischer Parameter und führt von allgemeinen therapeutischen Handlungsstrategien hin zu speziellen musiktherapeutischen Techniken und deren Umsetzung in Einzel- und Gruppensetting. Das Buch endet mit der Darstellung von Dokumentationstechniken und daraus resultierenden Analysemöglichkeiten. Es ist in leicht verständlichem Englisch verfasst, in angenehmer Schriftgröße gedruckt und mit vielen anschaulichen Notenbeispielen versehen. Als Bonus ist dem Buch eine CD mit über 60 Hörbeispielen in hochwertiger Qualität beigefügt. Eine Gliederung der CD-Titel mit zugeordnetem Seitenvermerk im Buch erleichtert die Handhabung deutlich. Beim ersten Hören dieser CD fällt auf, dass Tony Wigram mit unterschiedlichstem Instrumentarium arbeitet, dem Klavier aber eine besonders große Bedeutung zuschreibt.

An der Hochschule Magdeburg-Stendal (FH) durfte ich im Jahr 2000 Tony Wigram persönlich als Referenten erleben. Er vermittelte uns theoretische Grundlagen und erarbeitete gleichzeitig die praktische Umsetzung am Instrument. Für mich bleibt die „Spanische Improvisation mit festem Tempo und Metrum in E-Dur und D-moll“ ein unvergessliches und prägendes Ereignis, das meine musikalischen und therapeutischen Improvisationen deutlich beeinflusst hat. Es freut mich sehr, dass das Konzept dieses hervorragenden Workshops jetzt in Buchform nicht nur dem Kreis der Musiktherapiestudenten, sondern auch der breiten Öffentlichkeit zugänglich ist.

Tony Wigram selbst stellt sein Lese- und Arbeitsbuch mit diesen Worten vor (S. 23): „Die Intention für das vorliegende Buch war es, ein Übungsbuch zur Verfügung zu stellen, das konkrete, praktische Beispiele sowohl in Textform als auch auf CD bietet. Es zeigt, wie die Möglichkeiten und Freiheiten der musikalischen Improvisation erkundet werden können und beschreibt, wie diese zur Weiterentwicklung eigener musikalischer Fähigkeiten und zur Einarbeitung in therapeutische Interventionen genutzt werden können“. Durch Beispiele, die auf einfachem Level beginnen, gelingt es dem Autor, Anfängern den Einstieg ins Improvisieren zu ermöglichen und erfahrenen Therapeuten Handwerkszeug für den Beginn einer Therapie zur Verfügung zu stellen. Im Verlauf des Buches steigt der Schwierigkeitsgrad durch das Einbringen neuer Aspekte der Improvisation und durch Einbeziehung verschiedener Improvisationsebenen und endet mit komplexen Aufgabenstellungen.

Tony Wigram geht stets von musikalischen Aspekten der Improvisation aus, gibt daneben aber auch Anregungen und Vorschläge für den therapeutischen Gebrauch an die Hand. Die meisten theoretischen Ausführungen sind zusätzlich mit Notenbeispielen, Hörbeispielen und konkreten Übungsaufgaben zu den jeweiligen The-

men versehen. Der Fokus des Buches liegt zu Beginn auf dem improvisatorischen Umgang mit musikalischen Parametern. Es gelingt Tony Wigram im Fortgang des Buches sehr gut, therapeutische Grundbegriffe und spezielle therapeutische Techniken sowie deren Umsetzung und Bedeutung für die Einzel- und Gruppenimprovisation einzuflechten. Um auf die Relevanz der Dokumentation aufmerksam zu machen und einige alltagstaugliche Umsetzungen anzubieten, fügt er mehrere Analysemöglichkeiten von Improvisationen vor dem abschließenden Schlusswort ein.

Im Vorwort über das Buch „Improvisation" von Tony Wigram fasst Kenneth Bruscia zutreffend zusammen: „Dieses Buch stellt einen Eckpfeiler in der Literatur dar. Es ist das erste Buch, das Improvisationstraining befreit von spezifischen klinisch relevanten Modellen der Musiktherapie bietet. Und es ist das erste Buch, das musikalische und klinisch relevante Techniken der Improvisation sowohl für Einzel- als auch Gruppensettings integriert."

Tony Wigram gelingt es mit seinem Buch „Improvisation", das unerschöpfliche Feld musikalischen Handelns – besonders musikalischen Improvisierens – sinnvoll zu gliedern und umfassend darzustellen. Besonders angenehm fällt mir sein Stil auf, der mir weder dogmatisch noch belehrend erscheint, sondern in klarer Verständlichkeit – und großer Offenheit verschiedenen Therapieverfahren gegenüber – die Vielzahl der Themen aufarbeitet, mögliche Schlussfolgerungen aufzeigt, seine eigenen Standpunkte zur Diskussion stellt und vor allem zur selbstständigen Beschäftigung mit Improvisationen einlädt.

Der Leser entscheidet je nach Umgang mit dem Buch, welche Bedeutung er diesem beimisst. ‚Improvisation' von Tony Wigram kann lediglich als ein spannendes Lesebuch angesehen werden oder aber als intensives Arbeitsbuch, bei dem zu jedem Abschnitt mindestens ein Musikbeispiel von der CD dazu angehört und alleine oder zusammen mit Improvisationspartnern geübt wird. Für Interessierte und Therapeuten ein Highlight!

Thomas Schrauth, Tübingen und Stuttgart, Musiktherapie im klinisch-psychosomatischen Kontext

Isabelle Frohne-Hagemann (Hg.): Rezeptive Musiktherapie. Theorie und Praxis. Reichert Verlag, Wiesbaden 2004, 467 Seiten, EUR 35,–, ISBN 3-89500-389-1

„Seit den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts hat die rezeptive Musiktherapie im deutschsprachigen Raum einen Dornröschenschlaf gehalten, aus dem sie erst allmählich erwacht." Mit diesen Worten eröffnet die Herausgeberin den Sammelband „Rezeptive Musiktherapie – Theorie und Praxis", der sich als ein fachlich hochkarätiges Kompendium erweist. Es scheint, als wenn der Hofstaat um Dornröschen wieder seine Pracht und Vielfalt feiern kann.

Hocherfreut über eine aktuelle Veröffentlichung zur rezeptiven Musiktherapie beginne ich die einzelnen Beiträge (21 an der Zahl) zu lesen. Eine Vielfalt theoretischer und praktischer Einführungen unterschiedlicher musiktherapeutischer Verfahren werden präsentiert. Zur Verdeutlichung dienen teilweise exemplarische Fallbeispiele, aus denen auch methodische Anregungen für den oder die PraktikerIn abgeleitet werden können.

Nachdem in der Einleitung (Isabelle Frohne-Hagemann) die wachsende Bedeutung von rezeptiver Musiktherapie im Vergleich zur eher etablierten aktiven Musiktherapie beschrieben und die zahlreichen Aspekte einer „Kultur des Zuhörens" angesprochen werden, ist das Feld für zwei weitere ins Thema einführende Grundlagentexte vorbereitet. Rosemarie Tüpker widmet sich dem „Musikhören als Gestalt" und Susanne Metzner formuliert „Einige Gedanken zur rezept. Mth. aus psychoanalytischer Sicht", indem sie einen Erlebnisraum, den von Winnicott 1984 eingeführten Begriff „Potential Space" als Folie für das therapeutische Beziehungsgeschehen anbietet. Lony Schiltz beleuchtet sehr anregend ihre Arbeit, bei der „Musik hören" als Stimulus der Fantasie beim Schreiben von therapeutischen Geschichten zur Anwendung kommt. Diese Geschichten können der Persönlichkeitsdiagnostik und dem Verständnis des Prozessverlaufs einer Therapie dienen. Weitere spezifische Anwendungsformen für rezeptives Arbeiten in der Musiktherapie werden durch Monika Nöcker-Ribaupierre (Arbeit mit früh- und neugeborenen Babys), Helmut Kapteina (Arbeit mit Suchtpatienten), Birgit Süselbeck-Schulz (Trauerarbeit) anschaulich und mit vielen wertvollen Details beschrieben. Eine Darstellung der „Klanggeleiteten Trance nach Wolfgang Strobel", von Andrea Schmucker verfasst, darf in einem Sammelband zur rezeptiven Musiktherapie natürlich nicht fehlen, auch wenn der Beitrag meines Erachtens leider keine weiteren Informationen zu den bereits vorhandenen Veröffentlichungen zu dieser Methode vermittelt. Am umfangreichsten sind die Arbeiten zur „Bonny Method of Guided Imagery and Music" (GIM) vertreten. Edith Geiger erläutert die Entstehung und Weiterentwicklung von GIM und arbeitet einen kurzen Vergleich zu anderen Methoden heraus. Lars Ole Bonde präsentiert einen ausführlichen Beitrag zur „Musik als Co-Therapeutin". Am Beispiel von Brahms' Violinkonzert, d. h. anhand einer genauen Analyse der Musik und des Erlebens unterschiedlicher Patientinnen wird das Verhältnis zwischen Musik und inneren Bildern diskutiert. Dag Körlin zeigt praktische und theoretische Möglichkeiten auf, die als Einzeltherapie entwickelte Bonny Method auch für Gruppen nutzbar zu machen. Hierbei wird neben

praxisrelevanten Aspekten auch der in der GIM-Methode gebräuchliche Begriff des „Containers“ (Musikprogramm) näher erläutert. Carola Maack beleuchtet in ihrem Beitrag „Kulturelle Aspekte in der Arbeit mit rezeptiver Musiktherapie“ vier wesentliche Bereiche von GIM, in denen kulturelle Aspekte, z. B. im Denken, der Sprache, dem Verhalten, in den Therapiezielen, in der therapeutischen Beziehung, in der Bedeutung von Imagination und Symbolen und der Auswahl der Musik, zur Wirkung kommen. Diese auch in der aktiven Musiktherapie zu beachtenden und ethisch relevanten Überlegungen bieten wertvolle Reflexionsangebote für Selbsterfahrung und Supervision. Christoph Schwabe, Helmut Röhrborn und Thomas Wosch geben Einblicke in das schon lange Zeit in der Musiktherapie zur Anwendung kommende rezeptive Verfahren der „Regulativen Musiktherapie (RMT)“. Neben „Wegmarken der Konzeptentwicklung“, den Erfahrungen von „RMT“ in der therapeutischen Dyade im Rahmen einer Psychotherapieklinik wird eine interessante vergleichende Betrachtung der Bedeutung der Emotionen bei RMT und GIM erläutert. Isabelle Frohne-Hagemann, die diese unfangreiche und informative Zusammenstellung unterschiedlichster Beiträge herausgegeben hat, erörtert „Rezeptive Musiktherapie aus der Sicht der Integrativen Musiktherapie“ unter dem Aspekt des dort zur Anwendung kommenden Konzeptes der „Vier Wege der Heilung“.

Aus der Sicht vieler Patienten ist der Einsatz von „Musikhören“ häufig mit der Erfahrung und dem Bedürfnis nach Entspannung verbunden. Dieses Themenfeld wird mit Beiträgen von Ernst-Walter Selle und Hans-Helmut Decker-Voigt aufgegriffen und durch ihre jeweiligen methodischen Konzepte ergänzt.

Das Thema Vielfalt und Bedeutung der Kulturen wurde schon erwähnt, so dass es selbstverständlich ist, dass der Sammelband auch Beiträge enthält, deren rezeptive musiktherapeutische Arbeit auf metatheoretischen Grundlagen basieren, die in unserem Kulturkreis nicht zum sogenannten „mainstream“ gehören und besonderer Aufmerksamkeit bedürfen. Monica Bissegger verschafft Einblicke in die „Hörtherapie“ im Rahmen der anthroposophischen Musiktherapie und Gerhard Tucek stellt die „Rezeptive altorientalische Musiktherapie (rAM)“ mit ihren vielfältigen Aspekten und Ausbildungsmöglichkeiten dar. In beiden Verfahren steht das direkte, aktive Spiel der TherapeutIn im Rahmen der therapeutischen Beziehung im Vordergrund.

Das Buch schließt mit einem Beitrag von Tonius Timmermann, der sich auf die Ausbildung von MusiktherapeutInnen im Bereich rezeptiver Musiktherapie konzentriert. Grundlagenwissen wird kurz und anschaulich für die LeserInnen zugänglich.

Nach diesen natürlich sehr verkürzenden Stichworten zu den einzelnen Beiträgen möchte ich zum Abschluss den Autoren und der Herausgeberin für dieses lesenswerte Buch danken. Es steckt viel Sorgfalt in der Auswahl der Beiträge, den sehr übersichtlichen und umfangreichen Literatur- und Personenverzeichnissen. Auch wenn das Buch kein Lehrbuch zur rezeptiven Musiktherapie sein kann, lassen sich dank des ausdifferenzierten Indexverzeichnisses sehr einfach und schnell ausbildungs- und praxisrelevante Informationen auffinden und nutzen.

Ich freue mich, dass nun ein solch gut zu lesendes und fachlich kompetentes Buch zur rezeptiven Arbeit in der Musiktherapie im Buchhandel erhältlich ist.

Christoph Becker, Mörlenbach

Mercedes Pavlicevic, Gary Ansdell (Ed.), Community Music Therapy, Jessica Kingsley Publishers, London / New York 2004, 320 Seiten, EUR 26,50, ISBN 1-84310-124-6

Ein kleiner Kieselstein wird ins Wasser geworfen und verschwindet mit einem kurzen, unscheinbaren Geräusch unter der Wasseroberfläche. Aus diesem kurzfristigen Ereignis entstehen langfristige Folgen: Wellenbewegungen, die sich immer weiter ausbreiten, sowohl an der Wasseroberfläche als auch unter Wasser.
Dies ist der „Ripple Effect". Mercedes Pavlicevic und Gary Ansdell wählen diese Metapher als Leitidee für ihr Buch „Community Music Therapy" (CoMT) und möchten damit zwei Aspekte verdeutlichen: Das Wesen der Musik, welches sich zum einen naturgemäß von ihrer Entstehungsquelle fortbewegt und nach außen strömt, durch Mauern dringt und Grenzen überschreitet und Menschen in Kontakt miteinander bringt, zum anderen Menschen wieder mit ihren sozialen und kulturellen Wurzeln in Verbindung bringt, sie in ihrer Identität stärken kann und sie dabei unterstützen kann, ihren Platz in der Gesellschaft zu finden.
„Community Music Therapy" nennen die beiden Herausgeber ihr Buch, eine sinngemäße deutsche Entsprechung scheint noch nicht gefunden, am ehesten ließe es sich vielleicht übersetzen mit „Kontextbezogene Musiktherapie" oder „Gemeindenahe Musiktherapie" – in Anlehnung an den Begriff „Gemeindenahe Psychiatrie".
Was genau meinen Pavlicevic und Ansdell mit dem Begriff „Community Music Therapy"? Ein neues Konzept, neuartige musiktherapeutische Methoden oder doch eher ein „alter Hut" mit neuen Federn („New Name Old Game")? Die Herausgeber laden in dem vorliegenden Buch die Leser zu einem Diskurs über bislang vertraute Definitionen und Konzeptionen von Musiktherapie ein und eröffnen ihn gleich selbst in ihrer Einleitung: „Einige Fragen und Antworten zur CoMT" lautet da etwa eine Überschrift und es sind genau die Fragen, die sich dem interessierten Leser aufdrängen, beispielsweise inwieweit CoMT ein neuer konzeptioneller Ansatz ist oder ob hier nicht Altbekanntes unter neuem Namen „vermarktet" wird, ob es sich dabei überhaupt um Musiktherapie handelt und welche Rolle die Musik dabei spielt. Jeder dieser Fragen sind verschiedene Autorenbeiträge zugeordnet, die teils theoretisch-konzeptionell, teils praxisbezogen einzelne Aspekte des sozialen, kulturellen und politischen Kontext, in welchem die Musiktherapie stattfindet, beleuchten. Die Autorenliste ist umfangreich und beeindruckend in ihrer Internationalität: Brynjulf Stige (Norwegen), Leslie Bunt (Großbritannien), Dorit Amir (Israel), Kenneth Aigen (USA) – um hier nur einige zu nennen.
In den Praxisbeschreibungen geht es dabei immer wieder um veränderte Rahmenbedingungen, um die Öffnung des musiktherapeutischen Rahmens hin zur „community". Beispielsweise dann, wenn ein Musiktherapeut mit seinen „kleinen" Patienten musizierend durch die Krebsstation zieht, eine Musiktherapeutin in einer Kirche gemeinsam mit 80 von Folter und Migration Betroffenen eine Melodie anstimmt, oder ein Musiktherapeut mit einem ehemaligen Klienten „Straßenmusik" macht. Ist das wirklich noch Musiktherapie? Eine Frage, die in den Beiträgen im-

mer wieder offen angesprochen und diskutiert wird, denn bisherige Definitionen und Abgrenzungen von Musiktherapie werden durch diese Praxis infrage gestellt. Im Spektrum der Beiträge wird aber auch deutlich, dass dieser internationale Diskurs zunächst noch scheinbar ohne „deutsche" Beteiligung geführt wird. Lediglich ein Beitrag findet sich dort von Oksana Zharinova-Sanderson, einer in London ausgebildeten Musiktherapeutin aus der Ukraine, die ihre Arbeit als Musiktherapeutin am Zentrum für Folteropfer in Berlin sehr einfühlsam und anschaulich beschreibt.

Es wird sich zeigen, ob und wie die deutschen Musiktherapeuten auf diese Diskussion reagieren, beizusteuern hätten sie sicher etwas, denn auch in Deutschland stehen wir momentan vor großen gesellschaftlichen und ökonomischen Veränderungen, auf die wir womöglich aufgrund unserer, seit vielen Jahren andauernden, Musik(psycho)therapiedebatte noch keine Antworten haben. Ein Blick über nationale Grenzen hinaus könnte da durchaus interessant sein. Das Buch ist größtenteils leicht verständlich geschrieben – die einzelnen Autorenbeiträge können unabhängig voneinander gelesen werden. Vorangestellt findet sich ein ganz hervorragendes Vorwort von Even Ruud, der die CoMT in den historischen Zusammenhang der modernen Musiktherapie stellt. Lesenswert aber erscheint mir das Buch vor allem aus einem Grund: Hier wird eine Musiktherapiepraxis beschrieben, die über die uns bis dahin vertrauten Falldarstellungen hinausgeht und Arbeitsweisen vorstellt, die unkonventionell, unorthodox und manchem gar fraglich erscheinen.

Wie auch immer: Ein „Ripple-Effect" lässt sich nun mal nicht aufhalten und dieser wird sicher auch die deutsche Musiktherapielandschaft in Bewegung versetzen.

Hedwig Koch-Temming, Berlin; Musiktherapie mit Kindern in Praxis und Lehre, Forschung zu Musiktherapie in der Rehabilitation, Qualitative Musiktherapieforschung

Die Autoren

Bernhard Deutz
war nach dem Studium der Erziehungswissenschaften, Psychologie und Musikwissenschaft in Heidelberg und Berlin zunächst mehrere Jahre als Diplompädagoge im sozialpädagogischen sowie im Bereich der Erwachsenenbildung tätig. Seit 1989 engagiert er sich als künstlerischer Musikinstrumentenbauer und Dozent in seinem Atelier „KlangWerkStatt" (Informationen dazu unter: www.deutz-klangwerkstatt.de). Seine Schwerpunkte sind die Entwicklung und der Bau ungewöhnlicher Saiteninstrumente vorwiegend für den musiktherapeutischen Bereich. Als Absolvent eines Weiterbildungszyklus für Therapeuten in „Klanggeleiteter Trance" bei Wolfgang Strobel beschäftigt er sich in diesem Zusammenhang besonders mit monochromen Klängen. Der von ihm entwickelte Klangstuhl wurde 1996 von der World Federation of Music Therapy im Wettbewerb für neue Therapieinstrumente mit dem 2. Preis ausgezeichnet.

Dr. med. Cordula Dietrich
absolvierte das Studium der Humanmedizin an der Rheinischen Friedrich Wilhelm Universität in Bonn und verfügt über klinische Erfahrung in der Inneren Medizin, der Neurologie, der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder und Jugendpsychiatrie. 2002 promovierte sie am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität zu Köln mit der Arbeit: „Siddhamedizin, Vorstellung einer traditionellen ganzheitlichen Naturheilkunst". Außerdem studierte sie einige Semester Musiktherapie an der Universität der Künste in Berlin. Derzeit ist sie als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie in eigener Praxis in Berlin tätig.

Stefan M. Flach
Musiktherapeut BVM, Jahrgang 1962; absolvierte im Erstberuf eine Ausbildung im Sozialversicherungswesen und übte diesen Beruf drei Jahre aus, bevor er sich der Arbeit mit behinderten Menschen und schließlich der Musiktherapie zuwandte; mehrere zertifizierte Aus- und Weiterbildungen in Orff-Musiktherapie, explorativer Musiktherapie und Ausdruckstherapie in Deutschland und der Schweiz abgeschlossen, 1. Vorsitzender des Berufsverbandes der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten in Deutsachland e. V.; Dozent für Berufs- und Sozialrecht in der Musiktherapie am Institut für Musiktherapie (Ltg. Prof. Dr. H.-H. Decker-Voigt) der Hochschule für Musik und Theater, Hamburg, arbeitet z. Z. in einem Rehabilitationszentrum mit psychisch kranken Erwachsenen (in Peiting-Herzogsägmühle), in eigener Praxis mit behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen, mit neurologisch geschädigten Patienten und Menschen in Lebenskrisen (in Burggen) und mit Studentinnen und Studenten der Musiktherapie und Mitarbeitenden in sozialen Einrichtungen (in Deutschland, Italien und Ungarn).

Dr. Christian Gold
promovierte 2003 mit den hier berichteten Arbeiten zum PhD im Fach Musiktherapie an der Universität Aalborg. Er absolvierte das Studium der Musiktherapie an der Universität für Musik und Darstellende Kunst Wien und verfügt über klinische Erfahrung aus Kinder- und Jugendpsychiatrie und freier Praxis. Derzeit ist er als Associate Professor im Rahmen eines vierjährigen Forschungsprojektes am Sogn og Fjordane University College beschäftigt. Ausgewählte Arbeiten des Autors sind im Internet auf www.hisf.no/~chrisgol zu finden.

Ute Hennings
Studierte Rhythmik an der Hochschule für Musik und darstellende Kunst in Hamburg. Mitgliedschaft als Musiktherapeutin (BVM) im Berufsverband der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten. Seit 1995 arbeitet sie als Musiktherapeutin und wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Einrichtung für Knochenmarktransplantation im Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf. Teilnahme an Forschungsprojekten mit den Schwerpunkten Onkologie / Hämatologie, Geriatrie, Neurologie.

Prof. Dr. Susanne Metzner
lehrt an der Hochschule Magdeburg-Stendal im Studiengang Musiktherapie. Sie ist Diplom-Musiktherapeutin, Diplom-Szialpädagogin, Diplom-Musikerin und approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. Ihre klinischen Erfahrungen gehen zurück auf die Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, insbesondere im Praxisfeld der Psychiatrie. Einige Ihrer Schwerpunkte sind: Psychoanalyse, Improvisation, Praxisforschung Onkologie sowie Berufspolitik.

Dr. med. Tomas Müller-Thomsen
Kunststudium an der Free International University Hamburg, weiterhin freie künstlerische Tätigkeit. Medizinstudium. Psychiater, analytisch orientierter Gruppenpsychotherapeut. Längjährige Tätigkeit an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, dort Aufbau und Leitung einer Gedächtnissprechstunde. Jetzt oberärztlicher Leiter der Institutsambulanz der psychiatrischen Klinik Häcklingen / Lüneburg (ab 2006: Uelzen). Arbeitsschwerpunkt: Dementenversorung, Früherkennung von Demenz sowie fallbezogene Teamsupervision. Dozententätigkeit für unterschiedliche gerontopsychiatrische Fortbildungseinrichtungen und das Institut für Kunst und Therapie Potsdam. Veröffentlichungen zur Alzheimer Krankheit und Kunsttherapie.

Hanne Mette Ridder
works as associated professor at the Institute of Music and Music Therapy at the University of Aalborg. She completed her music therapy training at the University of Aalborg in 1989 and has since then worked with children, adolescents and especially with elderly people. In 2003 she completed her PhD-dissertation with the title „Singing Dialogue. Music therapy with persons in advanced stages of dementia. A case study research design“ from Aalborg Research School of Music Therapy. Her clinical work and research is focused on music therapy with persons with neurodegeneration at different stages. Her husband is German and for a short period (1991–1992) she worked as a music therapist in Paderborn in Germany. She has written the Danish book „Musik & Demens“ (2002, 2005) and published English articles and book chapters together with David Aldridge.

Dr. med. Hans Ulrich Schmidt
Studium der Klavierpädagogik, Gasthörerstudium der Musiktherapie. Studium der Humanmedizin: Promotion zum Dr. med. über ein musiktherapeutisches Thema („Gruppenmusiktherapie bei Borderlinepatienten“) an der Universität Hamburg. Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“. Facharzt für Psychotherapeutische Medizin. Assistenzarzt an der Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie im Zentrum für Innere Medizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Dozent im Modell-Masterstudiengang Musiktherapie an der Hochschule für Musik Nürnberg-Augsburg. Psychotherapeutische Forschung

mit Schwerpunkt Musiktherapie. Mitglied der Arbeitsgruppe „Qualitative Musiktherapieforschung“ an der Universität der Künste Berlin und der Ulmer Arbeitsgruppe. Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Musiktherapie. Zahlreiche Veröffentlichungen zu musiktherapeutischen Themen.

Jan-Peter Sonntag
absolvierte das Studium der Musiktherapie an der Fachhochschule Heidelberg, ist Heilpraktiker für Psychotherapie und Yogalehrer (BDY). Neben der eigenen therapeutischen Tätigkeit in der Begleitung von Menschen mit Demenz baute er ein musiktherapeutisches Team für 11 Pflegeheime des Hamburger Trägers „pflegen & wohnen“ auf. Außerdem ist er als Dozent u. a. im gerontopsychiatrischen Fort- und Weiterbildungsbereich tätig, sowie als Autor und Mitarbeiter in Forschungsprojekten. Sein wissenschaftliches Interesse führte 2004 zu einer Aufnahme als Doktorand in den Promotionsstudiengang Musiktherapie der Hamburger Hochschule für Musik und Theater. Veröffentlichungen zu Themen der Klangökologie, Praxis und Konzeption von Musiktherapie für Menschen mit Demenz, Musik und Erinnerung etc.

Dr. med. Thomas Stegemann
Gitarrenstudium am Musicians Institute in Los Angeles, USA. Medizinstudium in Mainz und Kiel. Arzt im Praktikum an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Tübingen. Fernstudium und Diplom-Abschluss „BWL für Ärztinnen und Ärzte“, Bonn. Diplom-Aufbaustudium Musiktherapie an der Hochschule für Musik und Theater, Hamburg (Prof. Decker-Voigt). Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Assistenzarzt in Weiterbildung an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Dort auch Leiter und Koordinator der Forschungsgruppe Neuroimaging.

Brynjulf Stige
PhD, Associate Professor and Head of Music Therapy at Sogn og Fjordane University College, Faculty of Health Studies, Sandane. Stige worked for five years as a music therapist with a community based approach before he in 1988 published his first book exploring community perspectives in music therapy: Med lengting, liv og song [With Longing, Life, and Song] (written together with Mette Kleive). He has continued to develop this area, most recently in the dissertation Elaborations toward a Notion of Community Music Therapy (2003) and previously in books such as Samspel og relasjon [Interaction and Relationship] (1995) on theoretical perspectives on inclusive music-making. The recently published Culture-Centered Music Therapy (2002) and Contemporary Voices in Music Therapy (2002, edited with Carolyn Kenny) are his first books in English. Stige is editor-in-chief of Nordic Journal of Music Therapy and co-editor (with Carolyn Kenny) of Voices: A World Forum for Music Therapy. He can be contacted at: Sogn og Fjordane University College, STS, 6823 Sandane, Norway. Tel.: (+47) 57 86 68 12. Fax: (+47) 57 86 68 01. E-mail: brynjulf.stige@hisf.no

Register

Namenregister

Aarø, L. E. 157, 158
Aigen, K. 120, 121, 131, 187
Altenmüller, E. 84, 92, 93, 94
Alvesson, M. 109, 131
Alvin, J. 137, 142
Amati, S. 19, 24
Anderson, V. G. 137, 144
Angold, A. 148, 157
Ansdell, G. 40, 109, 130, 131, 132, 133, 134, 185
Applebaum, E. 137, 142
Auffahrt, H. 9
Balla, D. A. 144
Bashford, A. 144
Becker, B. 179
Becker, C. 184
Becker, M. 19, 20, 24
Bharucha, J. J. 95
Birk J. L. 95
Black, N. 156, 157
Blood, A. 91, 94
Boelmans, K. 89, 94
Bolay, H. V. 104
Brandau, H. 164, 165
Bredekamp, S. 138, 142
Bronfenbrenner, U. 122, 131
Brookes, P. H. 143, 144, 145
Brown, S. 121, 131
Brownell, M. K. 137
Bruder, M. B. 143
Brunner, J. 95
Bruscia, K. 124, 131, 134, 149, 157, 181
Budde, T. 94
Bunday, E. M. 137, 143
Bunt, L. 185
Calvet-Kruppa, C. 167
Carr, L. 23
Chadwick, P. 137, 145
Chauvel, P. 95
Cichetti, D. C. 144
Coburn, J. 144
Cole, M. 121, 131, 134
Copple, C. 137, 142
Costello, J. E. 157
Crook, S. 110, 111, 131
Dahle, T. 158
Daly, T. 138, 144
Dawson, G. 135, 143
DeBacker, J. 24
Decker-Voigt, H.-H. 106, 133, 183, 188, 189
Deutz, B. 25, 59, 60, 63, 75, 81, 187
Dewey, J. 120, 131
Dietrich, C. 59, 60, 82, 187
DiLavore, P. 144
Dissanayake, E. 121, 131
Dreier, O. 123, 124, 125, 131
Dunn, W. 137, 143
Dunst, C. J. 137, 143
Einsle, R. 95
Elbert, T. 85, 94
Erkanli, A. 157
Esch, A. 4
Eschen, J. T. 15, 24
Flach, St. M. 7, 11, 97, 104, 187
Fornäs, J. 124, 131
Fox, N. 95
Friederici, A. 95
Frohne, I. siehe
Frohne-Hagemann, I. 4, 24, 82, 107, 112, 116, 117, 131, 134, 166, 167, 182
Furman, A. G. 137, 138, 143,
Fuur Andersen, P. U. 131
Ganß, M. 69
Garfinkel, A. N. 137, 145
Garred, R. 109, 120, 131, 132
Gast, D. L. 136, 145
Gaston, E. 132
Geck, M. 91, 95
Genc, B. O. 91, 95
Genc, E. 95
Giddens, A. 110, 132
Gindl, B. 159
Glass, G. V. 151, 154, 158
Gold, C. 158, 187

Gonzales, A. D. 137, 144
Gottschewski, K. 137, 143
Grossmann, T. 95
Gruhn, W. 94
Gunji, A. 89, 95
Habermas, J. 132, 134
Hadley, S. 15, 24
Haffa-Schmidt, U. 149, 158
Handelman, S. 136, 144
Handleman, J. S. 143
Harris, S. L. 136, 143, 144
Heldal, T. O. 158
Hennings, U. 41, 188
Hillecke, T. 104
Huang, Y. 95
Humpal, M. E. 137, 138, 143
Hüther, G. 93, 95
Iacobini, M. 17, 24
Iihan, N. 95
Imhoff, B. 142
Ishii, R. 95
Janata, P. 92, 95
Jancke, L. 95
Jensen, U. 131
Johnson, F. 137, 143
Käding, D. 170
Kagigi, R. 95
Kaschnitz, W. 164
Katz Nirensztein, S. 15, 24
Kazdin, A. E. 136, 143
Kenny, C. 5, 131, 188, 189
Kern, P. 144, 145
Kleive, M. 108, 132, 189
Kluth, P. 136, 143
Knill, P. 133
Koch-Temming, H. 186
Koegel, R. L. 142
Koelsch, S. 88, 95
Kostka, M. J. 137, 143
Koyama, S. 95
Kühn, M. 177
Laguitton, V. 95
Lansing, M. 144
Laqua, M. 4, 9
Leman, M. 95
Levy, D. 95
Liégeois-Chauvel, C. 93, 95
Lord, C. 138, 144
Louven, C. 18, 24
Maess, B. 95
Mahns, W. 15, 24
Malloch, S. 119
Marcus, L. 144, 145
Martinez, A. 95
McGee, G. G. 138, 144
McLean, M. E. 136, 137, 143
McWilliam, A. 136, 137
McWilliam, R. A. 143, 144
Meister, M. 95
Merker, B. 94
Metzner, S. 13, 21, 24, 182, 188
Meuth, S. 89, 94
Morrier, M. J. 137, 144
Mrozynski, P. 97, 104
Müller-Thomsen, T. 41, 188
Nash, S. 137, 145
Nawe, N. 160
Nawrocki, T. 95
Nelson, D. I. 137, 144
Nelson, G. 132, 134
Neugebauer, L. 137, 143
Nielsen, H. 110, 132
Nöcker-Ribaupierre, M. 161, 182
Nordoff, P. 137, 144
Oberhoff, B. 173, 175, 176
Okamoto, H. 95
Østerberg, D. 119, 133, 134
Osterling, J. 136, 143
Pantev, C. 94
Parlitz D. 94
Pasiali, V. 137, 144
Pausewang, E. A. 124, 132
Pavlicevic, M. 40, 130, 132, 133, 185
Peretz, I. 94, 95
Piaget, J. 136, 144
Pickens, J. 95
Pleß-Adamczyk, H. 166
Pretis, M. 164
Priestley, M. 15, 16, 20
Prilleltensky, I. 132, 134
Raab, M. 143
Rainforth, B. 144
Reemtsma, J. P. 13, 14, 19, 24
Register, D. 137, 144

Reichler, R. 137, 144
Renner, B. 138, 144
Rhyner, K. 95
Ridder, H.-M. 25, 34, 35, 39f, 188
Risi, S. 144
Robbins, C. 137, 144
Roberts, J. 137, 144
Rockstroh, B. 94
Rolvsjord, R. 40, 157, 158
Rothwell, P. M. 155, 158
Rupprecht, I. 164
Rutter, M. 144
Ruud, E. 35, 38, 40, 109, 121, 131, 132, 186
Sandall, S. 136, 137, 144
Schanberg, S. 95
Schirmer, H. 4, 7, 9
Schlaug, G. 85, 90, 95
Schmidt, H. U. 41, 189
Schmithorst, V. 90, 95
Schopler, E. 138, 144
Schrauth, T. 181
Schulte, H. 163
Schumacher, K. 137, 144, 167
Schwabe, C. 105, 107, 112, 113, 114, 118, 132, 183
Schwartz, I. S. 137, 143
Seidel, A. 115, 118, 132, 133
Seitz, E. 4
Shannon, M. S. 137, 145
Sköldberg, K. 109, 131
Small, C. 121, 133
Smith, B. J. 136, 137, 144, 151, 154
Smith, M. L. 158
Snell, A. M. 137, 138, 144
Sonntag, J. P. 41, 56, 189
Sparrow, S. S. 138, 144
Spitzer, M. 84, 85, 87, 95
Staiger, J. 95
Standley, J. M. 151, 158
Stegemann, T. 83, 87, 95, 189
Steinmetz, H. 95
Stern, D. N. 35, 136, 144, 167
Stige, B. 107, 108, 109, 110, 122, 123, 125, 126, 128, 130, 131, 132, 133, 134, 157, 158, 185, 189
Strehlow, G. 9
Tastekin, G. 95
Taub, E. 94
Tawney, J. W. 136, 145
Thaut, M. 129, 133, 137, 145
Thayer, E. 119
Tillmann, B. 95
Timmermann, T. 82, 171, 172, 183
Treurniet, N. 22, 24
Trevarthen, C. 119, 133
Trivette, C. M. 143
Trolldenier, W. 172
Van Horn, J. D. 95
Voracek, M. 151, 158
Vygotsky, L. 121, 124, 133, 136, 145
Wallin, N. 121, 131, 133
Walter, H. 92, 95
Warwick, A. 137, 142
Watson, L. 145
Weiss, B. 154, 158
Weisz, J. R. 158
Wellendorf, F. 16, 19, 20, 24
Weymann, E. 133, 178
Wienbruch, C. 94
Wigram, T. 24, 35, 149, 151, 158, 180, 181
Wilbers, J. 136, 145
Wilcox, M. J. 137, 145
Wilke, M. 90, 95
Wilson, B. L. 28, 136, 138, 143, 144, 145
Wimpory, D. 137, 145
Wißmann, P. 168, 169
Wittgenstein, L. 133, 134
Wolery, M. 136, 145
Wolf, J. 138, 143
Wölfl, A. 158
Wolfram, I. 167
Wormit, A. 104
Wosch, T. 18, 24, 43, 57, 183
Zatorre, R. 91, 94
Zharinova-Sanderson, O. 186
Zimmer, M.-L. 159, 163

Sachregister

Alzheimer Demenz 28, 41, 42, 55, 188
amnesia, retrograde, anterograde 28
attention 29, 34, 35, 37
attention disorders 38
Autism Spectrum 135ff, 142, 144
Autismus, frühkindlicher 135
Behinderung 97, 99, 101ff
Beobachtung, -fokus, -sitzungen 41, 43, 45, 46, 55, 66, 155
Beschreibung (der Musik, des körperl. Befindens, etc.) 52, 73, 105, 175, 180
Biophotonen 159
Borduninstrument 64
BPSD 29, 33
Child Care Program 135ff
Classroom routines 135ff
Cochrane Review 154, 158
coma 26, 27, 59
common factors 156
community 29, 40, 111, 119, 119, 122, **123ff**, **185**, 189
Community Music Therapy **107ff**, 133, **185**
Computer-Tomographie (CT) 87
CoMT 185
concept of personhood 27ff
confusion 25, 27, **28ff**
consciousness 14, 33, 38, 116, 117,
culture of care 26ff, 107ff, 133
culture of commitment 123ff
cuture-centered Music Therapy 126, 133
deficit 26ff, 115ff
dementia 25ff, **27ff**, 188
Demenz vom Alzheimer Typ 41ff, 169
Diagnostik, musiktherapeutische D. 94, 157, 166f
dialogue 26, 29, 32, 108, 109, 111, 122, 188
Diffusion Tensor Imaging (DTI) 90, 95
Early Childhood Special Education 136, 142
Early Intervention 143ff
effectiveness 59, 137, 143, 147f, **154**
Effektivität, -studien 42, **147ff**
efficacy 139, 154, 158
Eingliederungshilfe, -verordnung 10, 98, **101ff, 106**
Einzelphotonen-Emissionstomographie (SPECT) 90
Eklektizismus 171
Elektroenzephalographie (EEG) 87f
Empathiebegriff **13ff**, 168
environment, caring, holding 15, 25, 33
environment, social, psychosocial 30
environmental factors 127, 136
environmental music therapy 110
Eurhythmie 169
Evaluation 41, **94ff**, 109
Evidenz 93f, 148, 153, 156
Evidenz-basierte Musiktherapie 93
Evolution 93f, 120f
flow, theory of 38
Forschungsmethodik 150
Freie Improvisation 44ff, 49, 51ff, 116
Frequenz 65, 67, 74, 87, 90, 155
Frühförderung 104, 106, 161f, 164
Frühgeborene 161f
funktionelle Magnetresonanztomographie (fMRI) 88f, **91**
Funktionen der Musik 167
Geburtshilfe 161
Gefühlsansteckung 160
Gehirn 18, 67, **83ff**
GemeindenaheMusiktherapie, -Psychiatrie 107, 108, 185
Gerontopsychiatrie 25
Gespräch 13, 21, **22**, 46, 49f, 52, **53ff**, 55, 68f, 156
Gruppenmusiktherapie 45f, 53, 55, 167, 188
Gruppentherapie 41, 45, 55
Haltung des Lauschens 160
Heilmittel, -richtlinien 105f
ICD-10 154, 166, 167
Identität 50, 167, 169, 179, 185
identity 27, 30, 110, 117, 120, 123, 132
Imago 173
Improvisation, -ebenen, -training 13, 15, 18, 21f, 31, 40f, 47, 52f, 115f, 159, 178f, **180f**
Indikation, Kontra- 51, 77, 93, 103, 155, 160, 166f

Indikation zur Musiktherapie 103, 155, 166, 167
Instrumentenbauer 60, 67, 75, 177
Intersubjektivität 13, 19, 21, 23
isolation 26, 29, 32, 37f, 88, 136
Kasseler Thesen zur Musiktherapie 166
Kinder- und Jugendpsychiatrie 147f, 157, 177, 187
Klangliege 67
Klangstuhl 67
Kommunikationsstrukturen 45
Komorbidität 148, 154f, 165
Körperinstrument 59f, 63, 66, 74
Körpertambura 59ff
Krankenhilfe 97, 103
Kunsttherapie 42, 104, 169, 188
leicht- bis mittelgradige Demenz 55
Leitlinien 149, 157
Lieder 25, 41, 46, **48ff**
lucidity 25ff, 29ff
Lücke zwischen Forschung und Praxis 147, 156ff
Magnetenzephalographie (MEG) 87, 89
Magnetresonanztomographie (MRT) 87, 89, 91
medication 29, 33, 36f
memory system 28
Meta-Analyse 57, 116, 151ff
Methodisches 44, 153, 156, 168, 179, 182f
Mini-Mental Status Examination 43, 53, 57
Monochord 44, 59, 61ff, 81
morphogenetische Felder 159
multiperspektivische Fallarbeit 169
Musiktherapeutische Diagnostik 166ff
musiktherapeutische Handlungsformen 41, 43ff, 51, 55
musiktherapeutisches Instrumentarium 44, 80, 180
Musiktherapiegruppe 42, 44
Mutter-Kind-Beziehung 161, 175
Mutter-Kind-Bindung 161
Mutterstimme 161
Narzissmusforschung 176
Neonatologie 167
Netzwerke von Kommunikation und Zusammenhalt 159
neurodegeneration 29, 188
Neuron 18, 27f, 30, 33, **85f**, 92f
Neuroplastizität 85
neuroregeneration 30
Orientierung 42, 45, 99, 161, 174
Periode, ichpsychologische 174
Periode, triebpsychologische 174
Physiologie 83, 87
Playground 136, 138, 141
Positronen-Emissions-Tomographie (PET) 87, 90f
Prädiktoren 147, 151f
präverbale Kommunikation 174
prozessorientierte Musiktherapie 41, 44f, 148
Prozessqualitäten 45
psychological symptomsof dementia 29
psychosocial needs 30, 33, 37f
Psychotherapieforschung 43, 152, 154, 156
qualitative Methoden 15, 41, 43, 45, 55, 94, 109, 120, 131, 157, 186, 189
quality of life 25, 30, 33, 124, 127
quantative Methoden 43, 94, 150, 157
randomisierte Studie 42, 153ff, 156f
regulating techniques 25, 35, 38
Relevanz 43, 107, 152, 160, 167, 181
rementing, concept of 30, 34
Resonanz 60, **64f**, 66, 159, 160
Resonanz, emotionale 60, 62, 66, 67
Resonanz, therapeutische 159
Resonanzdecke, -raum, -körper 159
Resonanzlosigkeit 159
Resonanzverständnis, doppeltes 159
Ressourcenaktivierung 45, 81
Ripple Effect 185f
Ritual 46ff, 57, 77, 127f, 161
Säuglingsforschung 159
Selbstobjektfunktion 173, 176
Setting 35ff, 42f, 45, 55, 76, 113f, 125ff, 135ff, 148, 154, 160, 169, 176, 180f
Sicherheit 25, 45, 66, 72, 76, 80
Singen 48ff, 65, 77, 161
sofa-dancing 36f
songs 25f, 34ff, 41, 140f
Sozialgesetzbuch 97, 104f
Sozialrecht 97, 99, 101, 103f, 177
SPECT (siehe unter Einzelphotonen-Emissionstomographie)

spezifische Indikation für Musiktherapie 167, 181, 182
spezifische und semispezifische Indikationen 167
Stigma 27, 136, 148
Stimulation 35, 37, 84, 94, 100, 122, 161f
störungsspezifische Indikationen 148, 166f
Tanpura 60, 65ff, 81
Techniken, musiktherapeutische 180ff
Tiefenentspannung 67, 78f
Tiefenhermeneutik, ästhetische 175
Tiefenpsychologie 171f
Tiefenpsychologisch orientierte (Musik)-Therapie 68, 77, **171**
Traumaforschung 175
Triebdynamik 174
Validität 153, 156f
vascular dementia 27f
Vertrauen 25, 45, 72, 78f, 82, **116**, 162
Videodokumentation 41, 46, 55
Wechselseitigkeit 13, 19ff
Werkstatt Demenz 168