

MUSIC THERAPY WORLD



Musiktherapie Diagnostik und Wahrnehmung

David Aldridge & Martina Dembski (Hrsg.)

MUSIC THERAPY WORLD
Musiktherapie - Diagnostik und Wahrnehmung

Herausgeber:
David Aldridge & Martina Dembski

Umschlaggestaltung und Layout:
Martina Dembski



© 2002 David Aldridge
All rights reserved.
ISBN: 3-9808248-0-2

Kontaktadresse:
Prof. Dr. phil. David Aldridge
Medizinische Fakultät
Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Str. 50
D-58448 Witten
Tel: 02302/926-780
Fax: 02302/926-783
E-Mail: davida@uni-wh.de

INHALT

VORWORT	5
<i>David Aldridge</i>	
FAMILIEN, KARZINOME UND DAS STERBEN	6
<i>David Aldridge</i>	
EINE VERDÄCHTIG HEITERE LADY	22
Die Geschichte eines Liedes gestaltet von einem an Akuter Myeloischer Leukämie erkrankten Mädchen	
<i>Trygve Aasgaard</i>	
RHYTHMUS IN MUSIKTHERAPEUTISCHEN IMPROVISATIONEN	48
Die Bedeutung von Rhythmus in der Musiktherapie	
<i>Gudrun Aldridge</i>	
DIAGNOSTISCHE EVALUIERUNG DURCH MUSIKTHERAPIE	72
Evaluierung und Diagnostizierung von Kommunikationsstörungen und Autismus durch Analyse musikalischen Materials	
<i>Tony Wigram</i>	
MUSIKTHERAPIE, GREGORIANIK UND LAUT-WERDUNG	108
Die Entstehung gregorianischer Antiphonen als eine urmenschliche Laut-Werdung - Gedanken aus meiner musiktherapeutischen Arbeit mit Patienten im apallischen und postapallischen Syndrom	
<i>Ansgar Herkenrath</i>	
MUSIKTHERAPIE UND WAHRNEHMUNG	122
Ein Beitrag der Musiktherapie zur Evaluierung der Wahrnehmungs- fähigkeit bei Patienten mit schweren Hirnverletzungen	
<i>Ansgar Herkenrath</i>	
DIE STIFTUNGEN	133
<i>Lutz Neugebauer & Fiona von Vaernewyck</i>	



VORWORT

Dieser Band bietet dem Leser eine Vielfalt musiktherapeutischer Sichtweisen. Wie wichtig der Beziehungskontext für eine jede Therapie ist, wird in den ersten beiden Kapiteln unterstrichen. Im ersten Kapitel geht es um die Betreuung Krebskranker und die Auswirkungen, die das Leiden, das zunächst den Krebspatienten selbst betrifft, auch auf seine Familienangehörigen und Freunde hat. Bei allen Betreuungsmethoden müssen auch die betreuenden Personen berücksichtigt werden. Es ist deutlich erkennbar, dass bei der Behandlung chronischer und neurogenerativer Krankheiten sowie in der Palliativpflege der Krankheitsverlauf sich auf das Befinden der gesamten Familie eines Betroffenen auswirkt. Dabei übernehmen pflegende Familienangehörige einen verborgenen Anteil an der gesundheitlichen Betreuung, für den es keine finanzielle Anerkennung gibt. Im noch breiter gefassten Kontext der körperlich und geistig Behinderten zeigt sich, wie notwendig familiäre Betreuung ist und wie spärlich die Ressourcen sind, die dafür bereitgestellt werden. Auf lange Sicht wird erfolgreiche Gesundheitsversorgung davon abhängen, dass wir uns betreuend der Betreuenden annehmen.

Trygve Aasgard beschreibt in seinem Beitrag, wie die Behandlung eines an Leukämie erkrankten Mädchens Menschen beeinflusst, mit denen sie in Kontakt kommt und die von ihr gehört haben. Dies ist eine Demonstration der Ökologie des Heilens. Ein wichtiger Aspekt des Kapitels von Trygve besteht darin, dass er uns eine Möglichkeit zur Anwendung qualitativer Forschung aufzeigt, um den Behandlungsverlauf besser zu erfassen.

Im Anschluss folgt ein Kapitel zur Forschungstätigkeit von Gudrun Aldridge, in dem sie die Ergebnisse ihrer Untersuchungen zur Bedeutung von Rhythmus in der praktischen Musiktherapie darlegt. Wir glauben zu wissen, was Rhythmus bedeutet. Sobald wir uns jedoch genauer mit dem Phänomen befassen, stellen wir fest, dass Rhythmus unterschiedlichste Facetten hat, je nachdem, wie er erlebt wird. Auf diese Arbeit sind Musikologen und Theoretiker der angewandten Musik aufmerksam geworden, für die die Musiktherapie ein praktisches Anwendungsgebiet zum Verständnis der gestalteten Musik ist.

5

Ein weiteres Kapitel zur praktischen Arbeit hat Tony Wigram beigesteuert, ausgehend von seiner umfangreichen Tätigkeit mit autistischen Kindern. Auch hier zeigt sich wieder der praktische Nutzen von Forschung für Diagnose und Beurteilung in der alltäglichen Praxis.

Ansgar Herkenrath hat die beiden letzten Kapitel verfasst. Im ersteren beschreibt er sein Interesse an gregorianischen Antiphonen und den Bezug zu seiner Arbeit mit Patienten mit apallischem und postapallischem Syndrom. Erneut wird die Beziehung zwischen einer musikologischen Idee und ihrer Übertragung auf die Praxis dargestellt. Im folgenden Kapitel erfahren wir mehr über seine Arbeit mit schwer hirngeschädigten Patienten.

Ich hoffe, die Leser werden feststellen, dass die Theorie sich inspirierend auf die Praxis auswirkt. Wie der Name bereits nahelegt, ist Musiktherapie praktische Arbeit; sie hat jedoch auch einen theoretischen Hintergrund. Das Wort Theorie hat denselben Wortursprung wie Theater; das ist die Bühne, auf der die Praxis dargestellt wird. Als Institut an einer Universität können wir Theorie und Praxis miteinander in Einklang bringen zum Nutzen derer, die wir behandeln.

FAMILIEN, KARZINOME UND DAS STERBEN

David Aldridge





Erkrankungen an Krebs bringen Veränderungen des betroffenen Individuums und Veränderungen in der Familie mit sich. Hausärzte befinden sich in der einzigartigen Position, den Bedürfnissen von Familien entsprechen zu können, in denen ein Familienmitglied an Krebs erkrankt ist. Indem verschiedenartige therapeutische Interventionen koordiniert und therapeutische Unterstützungsmaßnahmen innerhalb des Gemeinwesens entwickelt werden, kann den physischen, psychologischen, sozialen und geistig-seelischen Bedürfnissen der Sterbenden wie auch den Anforderungen ihrer Familienangehörigen entsprochen werden.

Der folgende Artikel befasst sich schwerpunktmäßig mit der Handhabung von zum Tode führenden Erkrankungen im Kontext der Familie und soll als Diskussionsgrundlage ebenso wie als Beschreibung der praktischen Tätigkeit des Autors dienen.

Es werden eine Reihe wichtiger Fragestellungen angesprochen: An erster Stelle steht eine Betrachtung darüber, wer als Familienmitglied anzusehen ist. Als zweites werden die kritischen Etappen des Sterbens eingehender betrachtet. Es schließt sich als dritter Punkt eine Diskussion der Art und Weise an, wie die Anstrengungen der im Gemeinwesen tätigen Fachkräfte koordiniert werden können.

Es kennzeichnet die Arbeit mit Todkranken, dass eine Vielzahl von individuellen Problemen und Beziehungsproblemen vorliegt, die gelöst werden müssen und denen Rechnung zu tragen ist. Die Familie muss sich auf den prozessualen Ablauf einstellen, einen geliebten Menschen zu verlieren, und daraufhin das Leben ohne dieses Familienmitglied fortsetzen. Das Hauptaugenmerk dieses Artikels ist darauf gerichtet, Familien dabei zu unterstützen, ihre eigenen, ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen zu nutzen, um sich auf die bevorstehenden Veränderungen einzustellen. Sie werden hierbei allerdings durch ein Netz von im Gemeinwesen bereitstehenden Hilfseinrichtungen und durch professionelle Fachkenntnis unterstützt.

7

Ein auf das Gemeinwesen abzielender Ansatz der Handhabung von Krebserkrankungen in der Familie

Dieser Ansatz ist bestrebt, die physischen, psychologischen, geistig-seelischen und sozialen Dimensionen des Lebens eines Individuums zu integrieren. Das Konzept der auf die Person als Ganzes ausgerichteten medizinischen Betrachtungsweise ist bereits Bestandteil der allgemeinen medizinischen Behandlung. Der auf das Gemeinwesen abzielende Ansatz bietet allerdings darüber hinausgehend eine Möglichkeit der Zusammenarbeit mit Menschen, um die ihnen innewohnenden Gesundungskräfte zu fördern und zudem alle mit ihnen zusammenlebenden Personen in die Handhabung des Sterbeprozesses einzubeziehen. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt auf der Lebensqualität der Patienten und ihrer Familien. Die Betrachtungsweise zielt darauf ab, Patienten als aktive Partner in der medizinischen Versorgung anzusehen, und nicht als passive Empfänger dieser Versorgungsmaßnahmen. Hierdurch ergeben sich aller-

dings Probleme für eine Beurteilung der erzielten Ergebnisse - Lebensqualitäten lassen sich nur schwer miteinander vergleichen.

In der Handhabung von zum Tode führenden Erkrankungen unter Nutzung des geschilderten Ansatzes kommt dem Verständnis der in der betroffenen Familie ablaufenden Veränderungen besonderer Stellenwert zu. Die spezifischen angebotenen Maßnahmen sind wie folgt: Beratung der Familie, Meditation und Visualisierung, Beten und das Empfangen der Sakramente im häuslichen Umfeld. Zu unterschiedlichen Zeitpunkten werden allen Familien diese geschilderten Aktivitäten angeboten, die allerdings nicht alle in Anspruch genommen werden. So werden beispielsweise nicht dem christlichen Glauben angehörende Familien kein Abendmahl empfangen wollen, während allerdings einige doch gerne sich dem Gebet zuwenden möchten. Die Entscheidung liegt beim Patienten und seiner Familie (Aldridge, 2000).

An der Zusammenarbeit mit Patienten und Familien sind vordringlich der Hausarzt, der Geistliche der Gemeinde, Fachärzte des zuständigen Krankenhauses und, im Falle der Leukämie, die speziell ausgebildete Krankenpflegerin beteiligt. Über den Kreis der genannten Personen hinausgehend gibt es eine Reihe an Laien, von denen eine Vielzahl erforderlicher Unterstützungsmaßnahmen angeboten werden, zu denen Hausbesuche, Kinderbetreuung, das Erledigen von Einkäufen, Fahrdienste und freundschaftliche Kontakte zählen.

8

Im Kontext dieser Aufgaben bestand die Funktion des Autors darin, die Arbeit mit den Familien und die Anstrengungen der nicht zu den genannten Berufsgruppen zählenden Personen mit denen der Fachkräfte zu koordinieren. Diese informelle Rolle könnte von jeder der beteiligten Fachkräfte übernommen werden. Der Schwerpunkt liegt auf Gegenseitigkeit und kooperativer Anstrengung, um den Erfordernissen des Patienten zu entsprechen. Die medizinische Betreuung wird durch Beratung und Unterstützung durch das Gemeinwesen ergänzt. Hierzu bedarf es nicht unzähliger Zusammenkünfte der beteiligten Gruppenmitglieder, sondern es reicht vielmehr völlig aus, dass eine Person mit allen Beteiligten kommuniziert und ihre Zusammenarbeit erleichtert.

Der erste Kontakt

Nach der Überweisung findet der erste Kontakt im Haus des Patienten oder im Krankenhaus statt. Bei diesem ersten Zusammentreffen wird das Fundament für alle künftigen Kontakte gelegt. Sämtliche Interventionen erfolgen auf der Grundlage der beiden Parteien zur Verfügung stehenden Informationen und werden vom Patienten beziehungsweise von der Patientin sowie dem Ehepartner beeinflusst. Der Grund hierfür liegt darin, dass Familien, in denen ein Familienmitglied todkrank ist, dem Gefühl Ausdruck geben, die Kontrolle über die therapeutischen Bemühungen verloren zu haben, und der Prozess des Sterbens selbst wird als außerhalb ihrer Kontrolle liegend wahrgenommen. Der Ablauf der therapeutischen Intervention, die Handhabung der Informationen und die durch das soziale Umfeld bereitgestellte Unterstützung wird in den Bereich ihrer Einflussnahme gebracht. Auf diese Weise wird die Ver-

antwortung gemeinsam getragen, und die Bewältigung des Prozesses der ablaufenden Veränderungen wird zu einer gemeinsamen Anstrengung. Den beteiligten Fachkräften kommt die Funktion zu, richtungsweisend zu wirken und den Weg zu ebnen.

Besprechungen finden mit beiden Ehepartnern statt, und sie werden darüber informiert, was hinsichtlich sozialer Unterstützung, im Bereich der Schmerzhandhabung und der Familienberatung bereitgestellt werden kann. Zu diesem Zeitpunkt wird die Frage gestellt, welche Ärzte die Behandlung durchführen und ob Verbindung mit ihnen aufgenommen werden kann, um eine Zusammenarbeit zu diskutieren. In der Regel wird von der Familie erwartet, dieses Zusammentreffen mit dem Hausarzt oder Facharzt des Krankenhauses in die Wege zu leiten. Der überwiegende Teil der sich hieran anschließenden Interventionen findet im Haus des Patienten statt. Dieser Feststellungsprozess darüber, welche Tätigkeiten von wem ausgeführt werden und aus welchem Grund, ist bereits als eigenständiges Element wichtig und hilft dem Patienten dabei klarzustellen, wie Entscheidungen getroffen und von wo weitere Informationen erhalten werden können, die als Ausgangsbasis für weitere zu treffende Entscheidungen dienen können.

Nachdem mit behandelnden Ärzten Kontakt aufgenommen und ihre Zustimmung zu einer Zusammenarbeit mit der Familie eingeholt wurde, nimmt der Verfasser Verbindung zu ihnen auf, um die nächsten zu unternehmenden Schritte abzuklären. In Fällen einer Behandlung im Krankenhaus läuft die Verbindungsaufnahme zu Spezialisten auf informellem Wege ab und wird häufig im Rahmen von routinemäßigen Behandlungen des Patienten, wie beispielsweise während der Thrombozytensubstitution, durchgeführt.

Seitens des Arztes für Allgemeinmedizin wird die Zustimmung entweder abgegeben, weil ihm der Verfasser bereits persönlich bekannt ist, oder der Hausarzt besucht den Verfasser, um sich mit dessen Arbeitsweise vertraut zu machen. Hierin spiegelt sich der aufrichtige Wunsch einiger Ärzte wider, weitergehende Kenntnisse über einen "inhaltlich komplementären" Ansatz der Betreuung zu gewinnen.

Wer zählt zur Familie?

Die Familie wird gefragt, welche Familienangehörigen im Bedarfsfall helfen würden und von wem generelle Unterstützung bereitgestellt werden kann. Das Konzept "Familienverband" unterscheidet sich von Familie zu Familie. Einige Menschen haben eine instrumentelle Konzeption von Familie. Für diese handelt es sich bei Familienangehörigen um Personen, die für recht spezifische Tätigkeiten herangezogen werden können: d.h. entfernt wohnende Verwandte, zu denen ein enges Verhältnis besteht, könnten geeignet sein, im Rahmen von Telefonaten Schwierigkeiten durchzusprechen. Demgegenüber könnten in der Nähe wohnende Verwandte, die allerdings nicht zum engeren Familienkreis gerechnet werden, Fahrdienste leisten.

Andere Familien haben eine wesentlich "gefühlbetontere" Sicht dessen, was sie als "Familie" erachten. Hier wird jeder, der regelmäßigen Kontakt zu diesen Familien unterhält, regelmäßig zu Besuch kommt und mit dem Probleme besprochen werden, als zur Familie gehörig angesehen. Der Verfasser wird in ein dergestalt beschaffenes Netzwerk auf Grund der Tatsache einbezogen, dass er im Rahmen seiner regelmäßigen Anwesenheit Zuhörer ist. Eine jede solche Person wird temporär zum "Familienmitglied".

Eine dritte Kategorie an Familien ist als "restriktiv" zu bezeichnen. Als engen Zusammenhalt zeigender Familienverband bestehen sie aus dem Ehepaar und den Kindern (ungeachtet des Alters oder geographischer Entfernungen). Die dort herrschende Perspektive lautet, "es ohne allzuviel Hilfe von außen selbst zu schaffen". Jede Hilfe kommt unvermeidbar von außen. Diese Familien gehören überwiegend den gehobenen Berufsschichten an und legen großen Wert auf ihre Autonomie. Freunde werden allerdings als außerhalb des Familienverbandes stehend angesehen.

Mitgliedschaft in der Familie scheint eine Funktion der "Instrumentalität" zu sein - d.h. jene Personen, die spezifische unterstützende Funktionen erfüllen können. Diese Instrumentalität wird durch "Sentimentalität" modifiziert - d.h. durch die Bereitschaft, mit der Familie einen wohlwollenden und auf Gegenseitigkeit beruhenden Kontakt herzustellen. Durch das Ausfüllen spezifischer Funktionen können enge Freunde den Status der Familienmitgliedschaft erlangen. Bei den "restriktiven" Familien werden demgegenüber die meisten ihrer Bedürfnisse angesichts ihrer Autarkie intern abgedeckt.

10

Bei dem Bemühen, diesen Familien zu helfen, sind die oben aufgeführten Unterscheidungen wesentlich. Indem die Struktur des Familienverbandes aufgedeckt wird, wird es möglich, Hilfe anzubieten, die auch angenommen werden kann. Im Fall "instrumenteller" Familien ist es beispielsweise möglich, die angebotene Hilfe hinsichtlich spezifischer Funktionen zu definieren, worunter u.a. Beratung, Schmerzstillung, Betreuung von Kindern fallen würden. Für "gefühlbetonte" Familien wird der erste Kontakt angeknüpft und gemäß den Kategorien sozialer Kontakt, Teilnahme an großen Familientreffen und Nutzung der durch die Familienstruktur zur Verfügung stehenden Ressourcen für die Bereitstellung emotionaler Unterstützung und praktischer Hilfe angeboten.

Bei "restriktiven" Familien muss unbedingt äußerst behutsam vorgegangen werden und es sind sämtliche potentiellen Assoziationen zu vermeiden, dass es sich um "Wohlfahrtsmaßnahmen" handele. In gewisser Weise sind diese Familien durch ihre Eigengenügsamkeit behindert, da ihre eine Unterstützungsmöglichkeit bietenden Kontakte nur gering sind. Professionelle Rollen werden allerdings verstanden und es wird auf einen solchen Ansatz positiv eingegangen. Die eingesetzte "Kunsthfertigkeit" muss dann darauf abzielen, die Durchlässigkeit der um die Familie gezogenen Grenzen zu steigern, damit die soziale Unterstützung akzeptiert werden kann, ohne dass innerhalb der Familie der Eindruck entsteht, "abhängig" zu sein.

Veränderungen in der Familie

Die Hauptquellen der Sorge und des Kammers in Familien sterbender Patienten sind in der Interaktion physischer, psychologischer, sozialer und geistig-seelischer Veränderungen (Abb. 1) angesiedelt. Angesichts der Zusammenarbeit mit dem Patienten im Kontext seiner Familie ist die Möglichkeit gegeben, nicht nur den Bedürfnissen des sterbenden Menschen, sondern darüber hinaus auch der überlebenden Familienmitglieder zu entsprechen. In mancher Hinsicht schließt die Handhabung des Sterbens als prozessuales Geschehen auch die Vorbereitung auf die Handhabung des Lebens für die Hinterbliebenen mit ein.

Ob der Prozess des Sterbens als sich hinziehendes, langsames Sterben und tragischer Verlust angesehen wird, oder ob dies als Gelegenheit betrachtet wird, existentielle Fragestellungen zu klären und Vorbereitungen für die Zukunft zu treffen, hängt in erheblichem Umfang von der Art und Weise ab, wie seitens der Familie der Tod gedeutet und von außen Unterstützung bereitgestellt wird.

Im Verlauf dieses Prozesses gibt es kritische Kreuzungspunkte, anlässlich derer es möglich ist, den Bedürfnissen der Familie zu entsprechen. Einige Kliniker erachten die Zusammenarbeit mit Familien, in denen ein Mitglied an Krebs erkrankt ist, hauptsächlich als Krisenmanagement. Wird diesen kritischen Kreuzungspunkten Rechnung getragen, ist die "Krisenarbeit" in geringerem Umfang erforderlich.



Abbildung 1:

Familiäre Veränderungen und zum Tode führende Erkrankungen

- | | |
|---|---|
| Bewältigen physischer Veränderungen | <ul style="list-style-type: none">⊗ Antizipation von Schmerzen⊗ Schmerz-Management⊗ Management der physischen Begleiterscheinungen der Krankheit (Übelsein, Inkontinenz)⊗ Veränderung des Aussehens⊗ Management der physischen Begleiterscheinungen der Behandlung |
| Bewältigen persönlicher Veränderungen | <ul style="list-style-type: none">⊗ Verlust der Hoffnung, Fitness, Identität⊗ Angstgefühle und depressive Verstimmtheit hinsichtlich der Zukunft⊗ Verlust der in der Familie und am Arbeitsplatz eingenommenen Rollen⊗ Frustration und Hilflosigkeit |
| Bewältigen familiärer und ehelicher Veränderungen | <ul style="list-style-type: none">⊗ Konfliktlösung⊗ Änderung der Elternrollen⊗ Sorgen um das künftige Wohlergehen (finanziell und emotional)⊗ Antizipierte Krankenhausaufenthalte und Behandlung⊗ Antizipierter Verlust eines Familienmitglieds⊗ Handhabung von Krankenhauskontakten und Behandlung⊗ Planen der Zukunft⊗ Soziale Isolierung⊗ Änderungen der Grenzen⊗ Neuzuweisung der Rollen hinsichtlich Abhängigkeit/ Unabhängigkeit⊗ Neustrukturierung ehelicher und familiärer Distanz⊗ Abschiednehmen und über das Sterben sprechen⊗ Handhabung der oben beschriebenen persönlichen und physischen Veränderungen⊗ Verlust der sexuellen Aktivität |
| Bewältigen geistig-seelischer Veränderungen | <ul style="list-style-type: none">⊗ Gefühle des Verlustes, der Entfremdung und des Verlassenseins⊗ Verstehen des Leidens⊗ Akzeptieren der eigenen Abhängigkeit⊗ Handhabung von Ärger und Frustration⊗ Anderen vergeben⊗ Die Entdeckung des Friedens⊗ Gespräche über den Tod⊗ Trauer⊗ Planung der Bestattung |



Alle diese Veränderungen besitzen Querverbindungen zu den miteinander in Beziehung stehenden Systemen. Sämtliche persönlichen Veränderungen haben Implikationen für andere Mitglieder der Familie und der sozialen Gemeinschaft.

Für viele Patienten und ihre Familien stellt das Gespräch im Krankenhaus, insbesondere, wenn im Rahmen dieses Gesprächs eine Diagnose mitgeteilt oder über die Ergebnisse von Tests informiert wird, einen solchen kritischen Kreuzungspunkt dar. Eine Möglichkeit, der betroffenen Familie Unterstützung bereitzustellen, besteht darin, das letzte im Krankenhaus geführte Gespräch durchzugehen und festzustellen, was verstanden wurde. Hieran schließt sich eine Diskussion der Fragen an, die auf Grund des Verstehens auftreten. Diese Fragen können dann schriftlich festgehalten werden und bei der nächsten Konsultation gestellt oder als zentrale Themen für Diskussionen und Beratung herangezogen werden.

Einige Familien haben den Wunsch, Bücher zu ihrem Problem zu lesen, und es erweist sich als nützlich, eine Sammlung an Veröffentlichungen zur Verfügung zu haben, um diesem Anliegen entsprechen zu können.

Krankenhausbesuche können äußerst problematisch sein. Während des gesamten Verlaufs der Krankheit stellen diese wichtigen Kreuzungspunkte Informationen über die Wirksamkeit der Behandlung bereit und schließen stets auch Entscheidungen darüber mit ein, was als nächstes zu geschehen habe. Während die Krankheit weiter voranschreitet, kommt es zu Unsicherheit, wenn Behandlungsversuche fehlschlagen. Es tritt nicht nur ein Gefühl auf, dass dem betroffenen Patienten die Kontrolle entgleitet, sondern es kommt vielmehr auch die Erkenntnis wie auch Antizipation der Verschlechterung des physischen Zustandes und des Todes auf. Dies wird häufig zudem durch die entkräftenden Wirkungen der Behandlung selbst verstärkt.

Zu diesen Zeitpunkten ist es sehr wichtig, mit den Familien nach Krankenhausbesuchen zusammenzutreffen und die folgenden Fragestellungen zu besprechen:

- ⊗ das Bewusstsein des Todes, der Verschlechterung des Allgemeinzustands und des Verlustes des Selbst
- ⊗ die Antizipation von Schmerzen und die Implikationen für die Schmerzhandhabung
- ⊗ die physischen Folgeerscheinungen der Behandlung wie auch des Krankheitsprozesses sowie ihre Handhabung (Übelkeit, Inkontinenz, Veränderung des Aussehens)
- ⊗ den Ausdruck der Frustration, Hilflosigkeit, Angstgefühle und Depression
- ⊗ die Veränderung der Familienrollen und -strukturen im Verlauf des Sterbens und nach dem Tode
- ⊗ das künftige Wohlergehen der Familie nach dem Tode (finanziell und sozial)
- ⊗ die zu diesem Zeitpunkt auftretenden geistig-seelischen und existentiellen Fragen über die Natur des Leidens und Gefühle des Verlassensein, der Schuld oder Bestrafung

Alle diese Fragestellungen haben Auswirkungen für die übrigen Familienmitglieder. Gefühle der Hoffnungslosigkeit beschränken sich nicht notwendigerweise nur auf den Patienten selbst. Schmerzmanagement und grundlegende Pflēgetätigkeiten werden häufig im häuslichen Umfeld vom Ehepartner geleistet. Schmerzen sind nicht nur eine interne Reaktion auf Gewebeschädigungen, es handelt sich vielmehr um eine Erfahrung, die innerhalb eines emotionalen und beziehungsmaßigen Kontextes steht.

Die Pflege und die physische Unterstützung des Patienten kann es mit sich bringen, dass sich die Beziehungen innerhalb des Familienverbandes ändern. Der frühere Ernährer der Familie muss seine Abhängigkeit erkennen, wodurch sowohl die persönliche Identität des Patienten wie auch der übrigen Familienmitglieder in Frage gestellt wird. Dies verursacht vor allem dann erhebliche Schwierigkeiten, wenn Medikamente für die Schmerzbekämpfung eingesetzt werden oder wenn der Patient dermaßen geschwächt ist, dass im Prozess der Entscheidungsfindung Veränderungen eintreten.

So entschied beispielsweise in einer vom Verfasser betreuten Familie der Ehemann, eine neben seinem Bett stehende Glocke zu läuten, um seine Frau herbeizurufen. Er erwartete dann von seiner Frau, dass sie zu ihm käme. War dies nicht der Fall, so war er extrem beunruhigt. Seine Beunruhigung stand nicht alleine mit seiner Unfähigkeit im Zusammenhang, mit seinen ständig schlimmer werdenden physischen Problemen zurechtzukommen, sondern außerdem mit einem mangelnden Verständnis dafür, dass seine Frau immer mehr Tätigkeiten und Aufgaben übernahm und mehr Entscheidungen innerhalb des Heims traf. Hierbei handelte es sich beileibe nicht um einen Versuch, die Verfügungsgewalt ihres Mannes an sich zu reißen, sondern dies war vielmehr durch die konstant zunehmenden Anforderungen an ihre Zeit bedingt. Sich die Zeit zu nehmen, um sich zusammzusetzen und Entscheidungen zu besprechen, wurde als Luxus und als eine schmerzhaft Widerspiegelung der Tatsache angesehen, dass der Ehemann in immer stärkerem Maß seine Fähigkeiten verlor. Dieser für beide Partner schmerzhaft Verlust brachte eine Änderung des Verhältnisses beider Partner zueinander mit sich. Ihre Pläne für ein langes, fruchtbares gemeinsames Leben wurden grausam zunichte gemacht. Die unmittelbare Zukunft erschien voller Schwierigkeiten und Sorgen.

Der Ausdruck der Unzufriedenheit wurde zudem als Gelegenheit genutzt, den Verlust der physischen Potenz zu besprechen. Obwohl diese Diskussion mit beiden Partnern geführt wurde, so nahm sie doch ihren Anfang in getrennten Gesprächen mit jedem einzelnen Ehepartner. Wenn die sexuelle Aktivität schmerzhaft oder unmöglich wird, dann besteht die Möglichkeit, Partner dazu zu ermutigen, zusammenzuliegen und einander zu umarmen. Intimität aufrechtzuerhalten und hierzu aufzufordern, ist zu einem Zeitpunkt wichtig, zu dem Isolation und Einsamkeit drohen.



Erleichterung und Trost

Über die Neustrukturierung der familiären Beziehungszusammenhänge hinausgehend besteht der Hauptbereich der Zusammenarbeit mit Todkranken darin, Trost und Erleichterung zu verschaffen.

So wurde der Verfasser beispielsweise gebeten, eine Frau zu besuchen, die konstante Schmerzen in der rechten Körperhälfte hatte. Dieser Patientin wurde eine Reihe an Entspannungstechniken vermittelt, sie wurde mit der Meditation vertraut gemacht und ermutigt, Selbsthypnose zu verwenden. Von jeder dieser Sitzungen wurde eine Tonbandaufzeichnung gemacht, damit die Patientin diese jederzeit zur Schmerzlinderung einsetzen und neue Kräfte sammeln konnte, um den Tag zu bewältigen. Es nahmen allerdings eine Reihe an Familienangehörigen ebenfalls an diesen Sitzungen teil. Der von ihnen hierfür angeführte Grund war, dass auch sie Trost und Linderung durch die Verwendung dieser Techniken erhielten, wie auch durch das Wissen, dass diese auch der Patientin Erleichterung verschafften.

Die hauptsächlichen Gründe für den Einsatz dieser Techniken sind wie folgt:

- ⊗ es sollen die Verwirrheitszustände und die Schläfrigkeit wie auch sonstige Nebenwirkungen vermieden werden, die durch einige Pharmaka hervorgerufen werden
- ⊗ die Erinnerung an Schmerz soll durch die Verwendung von Amnesie verhindert werden
- ⊗ die Angst vor einem künftigen, bedrohlichen Ereignis soll eingegrenzt werden
- ⊗ es sollen Ruhe und Schlaf gefördert werden

15

Diese Techniken werden nicht als Ersatz für die Gabe von Medikamenten eingesetzt, sondern vielmehr als ergänzende Verfahren. Bei der Gabe von Medikamenten besteht immer die Abwägung zwischen Schmerzfreiheit und Bewusstsein. Indem beide Ansätze zur Schmerzbekämpfung eingesetzt werden, besteht die Möglichkeit, Patienten alert und ansprechbar zu halten, während gleichzeitig die Schmerzen abgestellt werden. Für die Familie besteht die Auswirkung darin, dass sie nicht länger miterleben, wie ein geliebter Mensch leiden muss und, was vielleicht sogar noch wichtiger ist, dass dieser geliebte Mensch nicht so reizbar ist, wenn er ausgeruht und schmerzfrei ist.

In der Praxis des Verfassers werden zur Stärkung der Entschlusskraft des Patienten, zur Vermittlung von Hoffnung, zur Bekämpfung der Langeweile und Vorbereitung auf künftige, schwierige Ereignisse Meditation, Gebete, Visualisierung, Hypnose und Entspannung eingesetzt. Dies findet im Rahmen der Familie statt und Familienmitglieder werden ermutigt, hieran teilzunehmen. Bei jeder Sitzung wird jede der anwesenden Personen gefragt, worauf während der Sitzung der Schwerpunkt liegen sollte. Der therapeutische Kontakt wird dank der Verwendung von Tonbandaufzeichnungen und durch Förderung der Selbsthilfe minimiert, und der Patient beziehungsweise die Patientin erhält ein gewisses Maß an Kontrolle über die bestehenden Probleme. Diese Techniken gestatten es dem Patienten wie auch der Familie, die Wahl zwischen einer Reihe von Alternativen treffen zu können.

Einige dieser Konzepte, wie beispielsweise das der "Hoffnung", erscheinen möglicherweise als etwas vage. Es handelt sich allerdings hierbei um genau die Fragestellungen, die von den Familien vorgebracht werden. Als Ärzte für Allgemeinmedizin müssen wir für diese Fragen offen sein. Diese existentiellen Fragestellungen dürfen von uns nicht vermieden werden, und zwar weder auf Grund von Unkenntnis noch auf Grund des Wunsches, sich lediglich, um der Einfachheit willen, auf die Behandlung von Symptomen zu beschränken. Vielmehr wird Erleichterung dadurch verschafft, dass einige dieser Fragestellungen aufgegriffen werden.

Um ein Beispiel aufzuführen: Der behandelnde Arzt einer Patientin im Endstadium einer Krebserkrankung hatte ihre Krankenhausbehandlung abgeschlossen, da diese Behandlung ihr Sterben im stärkerem Mass beschleunigte, als dies durch den natürlichen Verlauf der Krankheit gegeben war. Die Patientin war, ebenso wie ihr Mann, durch die Schmerzhandhabung und die kontinuierlichen Krankenhausaufenthalte stark beansprucht. Für diese Familie bestand das grösste Problem darin, dass die Patientin, wenn sie am Morgen aufwachte, nicht in der Lage war, den Tag nach einer schlaflosen Nacht "in Angriff zu nehmen". Sie hatte den Lebenswillen verloren. Durch die Verwendung von Techniken der Meditation und Visualisierung entdeckte diese Patientin eine Kraftquelle innerhalb ihrer selbst, die ihr erheblichen Trost verschaffte. Für den Ehemann, den behandelnden Arzt und den Geistlichen stellte es sich als zusätzliches Problem, dass die Patientin nicht über das Sterben sprach. Sie sprach mit der Patientin über viele Dinge ihres täglichen Lebens, gingen dann allerdings aus dem Haus, um die langsame Verschlechterung ihres Zustands und die Frage zu besprechen, ob sie ihr sagen sollten, dass sie sterben würde oder nicht. In einem Gespräch, an dem der behandelnde Arzt, der Ehemann, der Geistliche und die Patientin teilnahmen, wurde das Sterben angesprochen. Der Patientin wurde einfach davon berichtet, dass sich diese Männer Sorgen über ihr Sterben und darüber machten, dass sie keine Gelegenheit hatten, darüber zu sprechen. Ihre Antwort lautete, dass sie wisse, dass sie sterben müsse, allerdings mehr darum bemüht sei, die ihr mit ihrer Familie und den Kindern verbleibenden Tag voll auszuschöpfen.

16

Bei allen therapeutischen Interventionen, an denen diese Patientin teilnahm, und zwar dem Erlernen von Visualisierungstechniken, dem Beten, bis hin zur Familienberatung, waren auch andere Familienangehörige anwesend. Einem weiteren Kreis an Angehörigen wurde gestattet, ebenfalls teilzunehmen. Nachdem eine erste Sitzung stattgefunden hatte, um ihr eine das Ausruhen fördernde Entspannungstechnik zu vermitteln, baten sowohl der Ehemann als auch die Mutter der Patientin, ebenfalls anwesend sein zu dürfen. Dies sollte nicht dazu dienen, den Verfasser zu "kontrollieren", sondern weil sie für sich selbst hieraus lernen konnten. Das Ergebnis bestand darin, dass diese Familienmitglieder die erlernten Verfahren in kreativer Art und Weise nutzten. Die Mutter der Patientin bediente sich dieser Techniken, um Ruhe zu finden, wenn sie in der Nacht bei ihrer Tochter wachte. Ihr Mann setzte diese Verfahren ein, um sich vor Besuchen beim Onkologen des Krankenhauses zu beruhigen sowie nach dem Tod seiner Frau in Situationen, wenn er meinte, die Versorgung der Kinder nicht bewältigen zu können.

Der hauptsächliche Schwerpunkt dieses Ansatzes besteht darin, innerhalb der Familie eine Situation zu schaffen, die es ermöglicht, Bedürfnissen Ausdruck zu geben, und die es der Familie gestattet, eigene Lösungswege für Probleme zu finden.

Soziale Aktivität und Unterstützung

Der Familie kann Unterstützung geboten werden, ohne dass all zu viele Fachkräfte eingeschaltet werden müssen, indem ein Netz an Hilfsmaßnahmen von Mitgliedern des Gemeinwesens bereitgestellt wird. Es scheint allgemein gegeben zu sein, dass im Anschluss an die Diagnostizierung einer lebensbedrohenden Erkrankung oder bei Ausbildung sich ständig verschlechternder und allgemein sichtbarer Symptome die sozialen Kontakte der Familie eingeschränkt werden. Manchmal kommen Freunde einfach nicht mehr zu Besuch.

In dieser Praxis wird die Familie ermutigt, an Gruppentreffen teilzunehmen, die innerhalb einer Kirchengemeinde stattfinden. Diese Gruppen treffen sich regelmäßig im Haus eines Gemeindeglieds und werden nicht spezifisch für die Unterstützung des Patienten eingerichtet, sondern sollen dazu dienen, freundschaftlich Kontakte innerhalb des Gemeinwesens zu fördern. Jede Gruppe ist anders: einige Gruppen sind stärker strukturiert und dienen dazu, anstehende Fragen zu diskutieren. Andere Gruppe wiederum sollen soziale Bedürfnisse erfüllen. Patienten und ihre Familien werden dazu ermutigt, Freundschaften zu schließen oder alte Bekanntschaften zu erneuern.

Ein Patient, der ein enger Freund des Verfassers wurde, sagte, dass das Wissen darum, dass er in der Lage sei, eine Freundschaft zu schließen, obwohl er bald sterben werde, ihm dabei geholfen habe, einen Sinn im Sterben zu sehen. Aus diesen Gruppenkontakten entwickeln sich Freundschaften und die Familie öffnet sich für Besuche von Außenstehenden. All dies unterliegt der Kontrolle durch den Patienten und die Familie - es wird niemand dazu gezwungen, sich einer Gruppe anzuschließen.

17

Eine weitere Möglichkeit, Familien zu unterstützen, die sich dieser Gruppenkontakte bedient, besteht darin, das Abendmahl im Haus der Familie zu nehmen. Der Geistliche der Gemeinde sorgt für die geistig-seelischen Bedürfnisse des Patienten und seiner Familie, betet regelmäßig mit ihnen und hilft ihnen, so dies gewünscht wird, beim Lesen der Bibel. Ganz nach Wunsch des Patienten und seiner Familie versammeln sich Freunde und Familienangehörige im Haus des Kranken, um zusammen das Abendmahl zu nehmen. Hierbei handelt es sich um eine weitere Einbindung in ein Netzwerk an Unterstützungsmaßnahmen. Es stellt eine gemeinsame Aktivität dar, die es Menschen gestattet, ihrem gemeinsamem Glauben, aber auch ihren gemeinsamen Sorgen, Ausdruck zu geben.

Die hierbei geschlossenen Freundschaften helfen bei der kurzfristigen Unterstützung des Patienten und seiner Familie, sind aber auch von entscheidender Wichtigkeit dabei, den Hinterbliebenen langfristige Hilfe bereitzustellen.



Der Trauerfall

Bei Eintreten des Todes endet ein Großteil der therapeutischen Unterstützung. Die bestehenden freundschaftlichen Verbindungen und Kontakte sind zum Zeitpunkt der Beerdigung allerdings angemessen, um die Familie in ihrer Trauer zu trösten. Diese freundschaftlichen Kontakte sind dauerhaft. In der Praxis des Verfassers erfolgt die fortgesetzte Unterstützung der Hinterbliebenen nicht in Form des therapeutischen Managements, sondern informell mit Hilfe der natürlichen freundschaftlichen Bande, wie sie innerhalb des Gemeinwesens bestehen.

Die Unterstützung durch Mitglieder des Gemeinwesens basiert in dieser Form auf dem Konzept der Gegenseitigkeit. Niemand wird an eine Gruppe "überwiesen", vielmehr wird er aufgefordert, sich einer Gruppe zu seinem eigenen Nutzen und zur Unterstützung anderer anzuschließen. Diese Gruppen stehen nicht unter der Leitung einer fachlich qualifizierten Person, obwohl solche Fachleute möglicherweise gelegentlich eingeladen werden, um einen Vortrag zu halten oder mit den Gruppenmitgliedern eine Tasse Kaffee zu trinken. Während diese Gruppen über viele Jahre hinweg bestehen, gibt es unvermeidlicherweise Witwen und Witwer, die neue Gruppenmitglieder, deren Partner im Sterben liegen, verstehen und unterstützen können. Auf diese Weise liegt die spezifische Kenntnis nicht bei einer einzigen Person, sondern wird zu einem Gruppenkennzeichen.

Koordinierung der Unterstützung

Für einen auf diese Weise arbeitenden behandelnden Arzt ist es äußerst wichtig, die Bedürfnisse der Person als Ganzes ebenso wie die Bedürfnisse der Menschen in Betracht zu ziehen, mit denen diese Person zusammenlebt.

In der Praxis des Verfassers besteht der überwiegende Teil der Vorarbeiten und ein erheblicher Teil der kontinuierlich durchgeführten Tätigkeiten darin, die Arbeit anderer Fachkräfte und der im Gemeinwesen vorhandenen Initiativen zu koordinieren. In diesem Kontext müssen wir vor allem ein Verständnis für Grenzen entwickeln. Angehörige akademischer Berufe haben oft klar umgrenzte Aufgaben und sind gerne zu einer Zusammenarbeit mit anderen bereit, die komplementäre Rollen mit ebenfalls deutlich definierten Aufgabestellungen versehen. Diese Definition ist bei Laienhelfern nicht immer deutlich sichtbar, und dem Koordinator kommt die wichtige Aufgabe zu, ein klares Verständnis darüber herauszuarbeiten, welche Tätigkeiten Helfer verrichten können.

Selbstverständlich ist es nicht angemessen, Freundschaft definieren zu wollen. Es ist allerdings angemessen nahezulegen, dass zu viele "Berater" mit jeweils unterschiedlichen Zielsetzungen die Situation nur verschlechtern oder zumindest doch zu einem durch Unsicherheit gekennzeichneten Zeitpunkt weitere Verwirrung stiften können. Um diesem zu begegnen, konzentrierte sich der Verfasser darauf, von Fachkräften durchzuführende Tätigkeiten zu identifizieren und daraufhin mit Familien und Freunden zusammenzutreffen, um festzulegen, wer welche Auf-

gaben übernimmt. Ein "Nebenprodukt" hiervon besteht darin, dass von einer Person festgestellt wird, in welchem Bereich Anstrengungen dupliziert werden.

Hieraus ergibt sich auch, dass es Zeiten gibt, zu denen es angemessen ist, den Zugang zu der betroffenen Familie einzuschränken. Manchmal muss den Pflegeanforderungen Vorrang eingeräumt werden, und gerade das Vorhandensein einer Person, die über das langfristige und umfassende Bild der Geschehnisse verfügt, bietet die Möglichkeit, dass diese Person eine solche Entscheidung trifft.

So lag beispielsweise ein Freund im Sterben, und seine körperlichen Bedürfnisse stellten immer größere Anforderungen. Während der Nachtstunden wurde er sowohl von seiner Frau als auch von einer vom Krankenhaus gestellten Pflegerin betreut. Als sie von seinem bevorstehenden Tod erfuhren, äußerten viele Menschen den Wunsch, von ihm Abschied zu nehmen. Jede dieser Personen war bemüht, in dieser Zeit der Not ihm zu Diensten zu sein. Allerdings ist es äußerst anstrengend, Besucher zu empfangen, und zwar vor allem auch dann, wenn den Bedürfnissen anderer ebenfalls entsprochen wird. Die Pflegerin musste einige Personen bitten, den Patienten nicht zu besuchen, da er immer schwächer wurde. In gleicher Weise muss unbedingt betont werden, dass die Familie Gelegenheit haben muss, Zeit miteinander zu verbringen, und dass sich die Fachkräfte folglich im Hintergrund zu halten haben.

Bei der Kontaktaufnahme mit Angehörigen anderer Disziplinen muss Eindeutigkeit darüber herrschen, was wir unserer Ansicht nach tun können, und es muss sichergestellt sein, dass wir dies so ausdrücken, dass es verstanden wird. Behandelnde Ärzte wissen, wie wichtig es ist, Beratung bereitzustellen. Es besteht ihrerseits allerdings ein gewisses Maß an Reserviertheit, wenn es um den Einsatz von Hypnose und Visualisierungstechniken geht. Dieses Zögern verschwindet, wenn wir uns die Zeit nehmen, die von uns eingesetzten Verfahren entweder praktisch vorzuführen oder eingehend zu diskutieren. Alle diese Aktivitäten stellen Teil eines Prozesses dar, für künftige Interventionen mit anderen Familien ein System aufzubauen.

Im Rahmen dieser Tätigkeiten wurde in den ersten Monaten in gleichem Umfang Zeit mit den behandelnden Ärzten wie auch mit den betroffenen Familien verbracht. Sobald die behandelnden Ärzte ein Verständnis dafür aufgebaut hatten, was vom Verfasser angestrebt wurde, und sobald auch seitens des Verfassers ein Verständnis vorhanden war, wurde die Zusammenarbeit einfacher.



Zusammenfassung

Dieser im Gemeinwesen angesiedelte Service für Todkranke ist durch folgende Elemente gekennzeichnet:

- ⊗ Eine holistische Sichtweise, die sich darauf konzentriert, umfassende Programme zu entwickeln, um den physischen, psychologischen und geistig-seelischen Bedürfnissen aller Hilfesuchenden entsprechen zu können.
- ⊗ Programme, die auf den Interaktionsstil der Familie abgestimmt sind und Bewältigungsmechanismen wie auch Stärken der Familie fördern. Selbstversorgung und Erziehung kommt ein höherer Stellenwert zu als der Behandlung und Abhängigkeit.
- ⊗ Eine Arbeitsweise, die die Zusammenarbeit der mit der Betreuung befassten Personen betont und sich der von Laien bereitgestellten Unterstützungsmaßnahmen bedient.
- ⊗ Pharmakologische und chirurgische Behandlungsmaßnahmen werden mit der Familie diskutiert.
- ⊗ Zwischen Bereitstellern und Empfängern von Pflege wird eine aktive Partnerschaft gefördert.
- 20 ⊗ Veränderung als prozessuales Geschehen wird akzeptiert, und es wird davon ausgegangen, dass dieser Prozess Auswirkungen auf alle Familienangehörigen hat. Krisen werden als kritische Kreuzungspunkte im Prozess des Sterbens antizipiert.
- ⊗ Es wird davon ausgegangen, dass sich die Kontinuität der Versorgung über den Tod hinaus erstrecken muss und innerhalb des Bereichs informeller, im Gemeinwesen bereitgestellter Unterstützung anzusiedeln ist.
- ⊗ Die Kommunikation mit anderen Fachkräften und Gruppen im Gemeinwesen wird als wichtig dafür angesehen, die Entwicklung eines solchen Service zu fördern.

Diese Form der Unterstützung ist weniger mit der Pathologie von Familien befasst als mit der Förderung der starken Seiten von Familien. Wir müssen uns der Herausforderung stellen, mit Fachleuten anderer theoretischer Ausrichtung zusammenzuarbeiten. Dies wird seinerseits nach sich ziehen, dass wir in jeder Hinsicht den Bedürfnissen jener entsprechen können, denen wir zu Diensten sein wollen.

Literatur

Aldridge, D., Aasgaard, T., O'Callaghan, C., Dun, B., Hogan, B., Magee, W., Weber, S., Bruscia, K., Hartley, N. und Neugebauer, L. (2000) Musiktherapie und Palliativfürsorge - Neue Stimmen. In Aldridge, D. (Hrsg.) Kairos IV. Beiträge zur Musiktherapie in der Medizin. Bern: Hans Huber Verlag.





EINE VERDÄCHTIG HEITERE LADY

Die Geschichte eines Liedes gestaltet von einem an Akuter Myeloischer Leukämie erkrankten Mädchen¹

Trygve Aasgaard



Was weckt unser Interesse an einem Lied, das ein Patient entweder alleine oder mit Hilfe eines Musiktherapeuten oder einer anderen Person gestaltete? Ist es der Text? Die Musik? Oder vielleicht der Zustand des Patienten zum Zeitpunkt der Entstehung des Liedes? Oder beschäftigen uns eher Fragen wie: Warum wurde das Lied gestaltet? Welcher Natur war die Beziehung zwischen Patient und Therapeut? Zu welchem Zeitpunkt war es "fertig"? Erlischt das therapeutische Interesse mit der ersten Darbietung?


Das Verfassen eines eigenen Liedes hat fraglos Sinn und Zweck, die sich ebenso wie unterschiedliche kontextuale Elemente im "Inhalt" des Liedes widerspiegeln. Dies gilt wahrscheinlich für alle künstlerischen Erzeugnisse, sei es nun ein Gedicht, ein Bild oder ein Tanz. Ein in einem musiktherapeutischen Kontext entstandenes Lied ist ebenso ein Kunstwerk wie das eines professionellen Dichters oder Komponisten. Viele Künstler beschreiben ihre Arbeit als eine Art Eigentherapie. Bei allen "künstlerischen Therapien" ist das Hauptaugenmerk bei der Betrachtung des "Kunstwerks" jedoch eher auf verschiedene Aspekte therapeutischer Prozesse beziehungsweise Ziele gerichtet.

23

Ist die Untersuchung von Prozessen und Bedeutungen im Hinblick auf die Gestaltung eines einzelnen Liedes, die über die eigentliche Entstehungsphase hinausgeht, sinnvoll? Durch eine chronologische Untersuchung der Entstehungsgeschichte eines Liedes können meines Erachtens ein tieferes Verständnis des therapeutischen Einsatzes von Komposition erlangt und darüberhinaus neue Erkenntnisse dazu gewonnen werden. Der vorliegende Artikel befasst sich mit der Entstehungsgeschichte eines Liedes; es werden damit verbundene methodologische Ansätze erörtert und vorläufige Interpretationen angeboten. Das Ziel ist zu verstehen, "was abläuft", wenn ein Lied gestaltet und eingesetzt wird, und welche Bedeutung es für den Patienten beziehungsweise sein Umfeld auf einer Station für pädiatrische Onkologie haben kann. Das Phänomen Lied wird hier sowohl als künstlerische Ausdrucksmöglichkeit als auch im Hinblick auf die verschiedenen Stationen der Liedproduktion und -darbietung betrachtet.

¹Der Autor möchte an dieser Stelle seinem akademischen Berater, Prof. Dr. David Aldridge von der Universität Witten/Herdecke, für die Unterstützung danken.

Liedgestaltung in praktischer musiktherapeutischer Arbeit



Das Schreiben von Liedern ist wahrscheinlich die am häufigsten in der musiktherapeutischen Praxis eingesetzte Kompositionstechnik. Maranto (1993, S. 697) schreibt dazu:

“Die Patienten haben je nach Fähigkeit die Möglichkeit, den Text eines bereits vorhandenen Liedes ganz oder in Teilen zu ersetzen, einen völlig neuen Text zu einer vorhandenen Melodie zu schreiben, eine neue Melodie und/oder Harmonie zu einem vorhandenen Text zu schreiben oder eine eigene Melodie zu einem selbst verfassten Text zu komponieren. Diese Technik kann im Rahmen verschiedener theoretischer Ansätze verwendet werden (z.B. psychoanalytisch, kognitiv etc.).”

Ich ziehe in diesem Zusammenhang den Ausdruck “ein Lied gestalten” dem “Lied schreiben” vor, da “schreiben” nur einen (und nicht einmal obligatorischen) Aspekt des künstlerischen Prozesses abdeckt. Mitunter mag es auch schwierig sein, eine klare Trennlinie zwischen einer poetischen/musikalischen Improvisation und einem Gedicht, Lied oder einer Komposition zu ziehen, die als “künstlerisches Produkt” konzipiert und zu häufiger, öffentlicher Darbietung gestaltet wurden. Mitunter stellen Musiktherapeuten wunderbare Lieder vor, die im Grunde genommen “reine Improvisationen” sind und sicherlich nicht mehr als ein Mal gesungen oder aufgeführt werden (Beispiele hierzu aus der Kinderpsychiatrie siehe in Aigen 1991 und Henderson 1991).

24

Patienten bringen (wie alle anderen Menschen auch) unterschiedliche Qualitäten und Begabungen für das Gestalten von Liedern mit. Fischer (1991) und Eckhoff (1997, S. 27) beschreiben zum Beispiel die Herausforderungen bei der Liedgestaltung mit gebrechlichen oder entwicklungsgestörten psychiatrischen Patienten. Andere Fallstudien berichten von psychiatrischen Patienten, die selbst schöne und ausdrucksstarke Texte verfassten (Perilli 1991; Hudson Smith 1991). Liedgestaltung wird meist in der Arbeit mit Einzelpersonen, aber auch mit Gruppen eingesetzt (Plach 1980; Murphy 1983). Edgerton (1990) vertritt die Ansicht, dass diese Technik die Entwicklung der Gruppenkohäsion fördere.

Musiktherapeuten in der Palliativ- und Hospizpflege regen ihre schwerkranken Patienten und deren Partner dazu an, eigene Gedichte oder Lieder zu schreiben (Salmon 1993; Magill-Levreault 1993). Clare O’Callaghan (1995, S. 35-36) schlägt mit ihren “11 Schritten zur Unterstützung beim Schreiben von Liedern” einen systematischen Ansatz vor. Als ersten Schritt gibt sie an: *“Schlagen Sie dem Patienten vor, ein Lied zu schreiben”*, als letzten: *“Das Lied wird notiert und/oder aufgezeichnet”*.

Musiktherapeuten in der pädiatrischen Onkologie improvisieren Lieder oder gestalten sie zusammen mit dem Patienten mit der Intention, sie wiederzuverwenden. In der Darstellung der musiktherapeutischen Arbeit von Griessmeyer und Bossinger (1994), die in Deutschland in der pädiatrischen Onkologie Pionierarbeit geleistet haben, sind aufschlussreiche Informationen über Lieder für Kinder, Liedimprovisationsspiele und Lieder von Kindern zu finden. Die her-

ausragende amerikanische Musiktherapeutin Ann Turry (1998, S. 146) verwendet *"[...] Improvisation und Liedgestaltung, um Kinder auf schmerzhaftes medizinische Eingriffe vorzubereiten, ihnen bei der Verarbeitung ihrer Erlebnisse danach und bei der Entwicklung von Bewältigungsstrategien zu helfen sowie ihnen eine Ausdrucksmöglichkeit für ihre Gedanken und Gefühle zu bieten"*. Beth Dun (1999, S. 61-62) gestaltet ebenfalls Lieder gemeinsam mit Kindern, die an Krebs oder anderen lebensbedrohlichen Krankheiten leiden. Die Mehrzahl der pädiatrischen Musiktherapieliteratur konzentriert sich ausschließlich auf eine Zusammenarbeit zwischen Patient und Therapeut. Aasgaard (1996) hingegen führt auch Beispiele von Liedgestaltungsprojekten an, in denen Therapeut und Patient mit anderen Personen, zum Beispiel Familienmitgliedern, Pflegenden oder Lehrern, zusammenarbeiten.

Wenn Musiktherapeuten über ihre Erfahrungen im Bereich der Liedgestaltung berichten, beschränken sie sich in ihren Beschreibungen und Überlegungen meist auf Phänomene, die während der Therapiesitzungen beobachtet wurden. Nur selten gibt es Informationen über das Schicksal des Liedes nach Abschluss der Gestaltung. Es gibt jedoch einige Ausnahmen: Griessmeyer und Bossinger (op.cit. S. 61) berichten zum Beispiel, dass eine modifizierte Version des "Lumbalpunktionslieds" zu einem Hit auf der pädiatrischen Onkologie wurde. O'Callaghan (op.cit. S. 37) schreibt, dass *"... die Lieder den Partnern und Familien der Patienten bei der Trauerarbeit helfen. Eine Mutter berichtete, ihr Sohn habe ein Lied ihrer Tochter aufgezeichnet, und wenn sie diese Aufzeichnung höre, würde ihr Schmerz über den Tod der Tochter etwas gelindert"*. Aasgaard (op.cit. S. 26-30 und 1999, S. 39-41) beschreibt die Darbietung von Liedern, die von schwerkranken Kindern gestaltet wurden, in verschiedenen Kontexten im Stationsumfeld. Der deutsche Musiktherapeut Wolfgang Köster (1997) machte die von krebskranken Kindern gestalteten Lieder auf der CD "Wenn die Sonne kalt wird ... Texte und Musik von krebskranken Kindern und Jugendlichen (KON 670-5)" einem breiteren Publikum zugänglich.

25

Entwicklung einer Methode zur Untersuchung von Prozessen und Bedeutungen bei der Liedgestaltung

Eine qualitative Untersuchung

Es gibt sicherlich zahlreiche Methoden, um die Entwicklungsgeschichte eines Liedes in einem musiktherapeutischen Kontext zu untersuchen. In den vergangenen fünf Jahren war ich Geburtshelfer für etwa sechzig Lieder pädiatrischer Patienten und wage daher die Behauptung, dass jede neue Liedgestaltung aufgrund ihres besonderen Kontexts eine eigene Vorgehensweise vom Musiktherapeuten verlangt.

"Eine verdächtig heitere Lady" entstand aus der Interaktion zwischen einer jungen Patientin und anderen Personen heraus. Wir wollen eine holistische Darstellung dessen liefern, "was sich abspielte", und Bedeutungen interpretieren; wir müssen also nach einer qualitativen Untersuchungsmethode suchen. Das Projekt soll als Fallstudie präsentiert werden. Im Mittelpunkt steht

ein Lied oder, besser gesagt, die Lied-Patient-Beziehung innerhalb des "Personenumfelds" der Patientin. Das "Personenumfeld" soll besonders hervorgehoben werden, da sich unser Interesse nicht nur auf die "innere Welt" des Kindes erstreckt. Ich halte es für außerordentlich schwierig - und darüberhinaus für nicht sonderlich ergiebig - Ereignisse während des Gestaltungsprozesses und die "Lebensgeschichte" dieses Liedes losgelöst von den Interaktionen und Beziehungen des Kindes mit anderen signifikanten Personen zu untersuchen. Eine derartige Betrachtungsweise eines Liedes unterscheidet sich daher von einer traditionellen musikwissenschaftlichen Analyse von Text und Musik, die mehr oder minder ohne Betrachtung der mit der Liedgestaltung und -darbietung verknüpften sozialen Geschehnisse bzw. Interaktionen erfolgen kann. Sie weist ebenso Unterschiede zu einer rein musikpsychotherapeutischen Untersuchung musiktherapeutischer Liedgestaltung auf.

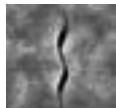
Der Gedanke, rein induktive bzw. rein deduktive Modelle zu verwenden, wurde bereits in einem frühen Stadium des Forschungsprozesses als ungeeignet verworfen. Deduktiv zu arbeiten, d.h. von einer allgemeinen Theorie ausgehend, wurde als wenig herausfordernd und unergiebig angesehen: eine bereits bestehende Theorie lediglich zu bestätigen bzw. zu testen, schien für dieses von explorativer Neugier getragenen Vorhaben eine "Sackgasse" zu sein. Meine Überlegungen hätten mich möglicherweise in eine andere Richtung geführt, wäre die Musiktherapieforschung im Bereich Liedgestaltung/Einsatz von Komposition weit entwickelt gewesen, oder wenn ich in meiner eigenen Forschungstätigkeit die "herausragende Theorie" bereits gefunden und erprobt gehabt hätte.

26

Analytische Induktion erfordert, dass jeder neu zu untersuchende Fall eine aufgrund früherer Beobachtungen formulierte Hypothese stützt. Alle weiteren Fälle sind dann auf diese Hypothese widerlegende Beispiele hin zu prüfen. Daraufhin ist die Hypothese so umzuformulieren, dass diese Negativbeispiele ebenso berücksichtigt sind (Marshall 1994, S. 240). Dieses Prinzip schien für mein Projekt in vielerlei Hinsicht geeignet. Aufgrund meiner umfangreichen Erfahrung im "Liedgeschäft" wäre es jedoch schwierig gewesen, ohne jegliche Vorstellung im Hinblick auf das Phänomen Lied, also "theoretisch" bei Null anzufangen (oder dies zumindest vorzuspiegeln). Obwohl wir alle Phänomene im Allgemeinen retrospektiv begreifen, geht der Musiktherapieforscher an die Untersuchung eines Liedes auch prospektiv heran. Dabei wird er neuen Geschehnissen immer mit vorgefassten Meinungen, Vorurteilen und Vorstellungen begegnen, wie diese jeweils neuen Situationen und Erfahrungen zu behandeln sind. Trotz dieser Tatsache wird ein Forscher, der neues Terrain erkunden will, versuchen, dieses so unvoreingenommen wie möglich zu betreten.

Ein weit weniger bekanntes Forschungskonzept, das für die vorliegende Studie jedoch von großer Bedeutung ist, ist die Abduktion. Sie hat mit der analytischen Induktion vieles gemein, befasst sich jedoch mehr mit dem Studienobjekt zugrundeliegenden Mustern. Der Ausgangspunkt der Induktion liegt im Empirismus, der der Deduktion in der Theorie. Die Abduktion hingegen geht von empirischen Daten aus bei gleichzeitiger Berücksichtigung theoretischer Konzepte. Theorien werden als ständige Inspirationsquellen zur Entdeckung von Mustern betrachtet, die möglicherweise Erkenntnisse über das zu untersuchende Phänomen liefern. Während der Untersuchung werden Theorie und empirische Daten nacheinander gedeutet,

wodurch sie besser begreifbar werden (Alvesson und Sköldbberg 1994, S. 42). Die Entwicklung einer Theorie ist somit mehr als nur eine mehr oder weniger mechanische Zusammenfassung empirischer Daten. Eine nach solchen Grundsätzen durchgeführte Untersuchung verläuft nie geradlinig. Man könnte sagen, dass das Grundprinzip der Abduktion eine hermeneutische Spirale ist. Wir haben es hier also mit einer sukzessiven Deutung von Fakten oder Daten zu tun, über die der Forscher bereits gewisse Kenntnis besitzt. Um die entsprechenden Prozesse (verschiedene Ereignisse/was geschah?) und mögliche Bedeutungen (welche Bedeutung könnten diese Ereignisse haben?) verstehen zu können, werden wir immer zurückblicken müssen. Bei der Suche nach relevanten Informationen während der Liedgestaltung war von Beginn des Prozesses an Flexibilität erforderlich. Forschungsschwerpunkt und -design bildeten sich im Verlauf der Untersuchung heraus. Manchmal musste ich mich auf meine Intuition und mein Improvisationstalent verlassen bei gleichzeitiger systematischer Verfolgung des Liedphänomens. Das Interpretationsparadigma ist für diese Studie von zentraler Bedeutung. Ethnographie² und Grounded Theory³ beeinflussten Schwerpunkt und Verlauf dieser Studie am stärksten. Um mögliche therapeutische Implikationen des Liedes untersuchen zu können, müssen auch Erkenntnisse über den Patienten betreffende kulturelle und soziale Prozesse gesammelt werden. Da in dieser Studie ein Lied in verschiedenen Kontexten untersucht werden soll, müssen ebenso Geschehnisse, die sich außerhalb der regulären Musiktherapiesitzung ereigneten, berücksichtigt werden. Hier soll keine Studie der Krankenhauskultur als solche durchgeführt, sondern die Lebensgeschichte eines Liedes in den "Welten" oder sozialen Kontexten eines Patienten untersucht werden.



²Ethnographie studiert menschliches Verhalten innerhalb einer Kultur oder Subkultur, um Kenntnisse über kulturelle Phänomene zu gewinnen. Sie wurzelt in der sozialen Anthropologie. Hauptcharakteristika ethnographischer Forschung sind "Sammlung von Daten aus Beobachtung und Interviews", "Dichte Beschreibungen und naturalistische Einstellung", "Arbeit mit Schlüsselinformanten" und "Emische/etische (Insider/Outsider) Dimensionen" (Holloway und Wheeler 1996, S. 81-97). Der Autor selbst ist seit Jahren inspiriert von Even Ruuds zahlreichen Schriften zu musiktherapeutischen Themen aus kultureller oder sozialanthropologischer Sicht (Ruud 1998): Musik Therapy: Improvisation, communication, and culture.

³B. G. Glasers und A. L. Strauss' Konzept der Grounded Theory (erstmalig in dem 1967 erschienenen Buch: "The Discovery of Grounded Theory" vorgestellt) gründet sich auf den symbolischen Interaktionismus, einer in den USA zu Beginn des 20. Jahrhunderts entstandenen qualitativen Lehrmeinung. Der symbolische Interaktionismus konzentriert sich auf Prozesse der Interaktion zwischen Menschen. "Soziale Rollen" sind ein Schlüsselkonzept. Die Erzeugung von Theorie aus Daten (hierfür sind "Kodierung", "Kategorisierung" und "permanenter Vergleich" sowie "theoretische Memos" u.a. zentrale analytische Verfahren) ist als Hauptmerkmal zu nennen. In den letzten 20 Jahren bildeten sich zwei Grounded-Theory-Schulen heraus, die sich in grundlegenden wissenschaftlichen und verfahrenstechnischen Fragen unterscheiden. Dorit Amir (1996) setzt die Grounded Theory bei der Erforschung bedeutender Momente in der Musiktherapie ein: *Awakening and expanding the self: Meaningful moments in the music therapy process as experienced and described by music therapy clients*. Doctoral Dissertation, New York University.

Das Kind im Krankenhausmilieu



Nach einer Krebsdiagnose wird ein Kind sehr rasch und oft für viele Jahre zu einem Krankenhauspatienten. Die verschiedenen sozialen Umfeldler des Kinder werden dadurch stark eingeschränkt. Man kann jedoch immer noch von den verschiedenen "Welten" sprechen, in denen sich das Kind bewegt: seine persönliche Welt, die Krankenzimmerwelt, die Krankenhauswelt oder seine Familienwelt. Ein "ethnographischer Forschungsansatz" setzt ein Interesse voraus, Zugang zu diesen miteinander verwobenen "Welten" zu gewinnen. Der Musiktherapeuforscher richtet seine Aufmerksamkeit auf die Schnittstelle zwischen dem Leben des jeweiligen Patienten und den Milieus, in denen das zu untersuchende Lied entstand und dargeboten wurde. Es ist sicherlich von Vorteil, genaue Informationen über das Leben auf einer pädiatrischen Krebsstation zu haben und da-

28

rüber, wie die Angehörigen der jungen Krebspatienten die täglichen Herausforderungen erleben. Berufserfahrung ist eine wichtige Quelle theoretischer Sensitivität, die für qualitative Forschung sehr wertvoll ist. *"Je mehr Berufserfahrung man hat, desto umfangreicher sind auch Kenntnisse und Einblicke, auf die man in der Forschungsarbeit zurückgreifen kann. Andererseits kann diese Erfahrung einen aber auch daran hindern, Dinge zu erkennen, die zu Routine bzw. 'offensichtlich' geworden sind."* (Strauss und Corbin 1990, S.42).⁴

Aufgrund mehr oder weniger stark formalisierter Sitzungen habe ich als der Musiktherapeut/Forscher eine Position inne, in der ich dem Patienten teilweise sehr "nahe" bin. Zu anderen Zeiten habe ich eine distanziertere Position zum Kind oder zu Eltern, Pflegenden oder Lehrern als Kontaktpersonen und als Personen, mit denen ich zusammenarbeite. Der Forscher bewegt sich zwischen Innen und Außen seines Untersuchungsfeldes hin und her, nicht als "beteiligter Beobachter", sondern sowohl als Beteiligter, der Aktion initiiert, als auch als Beobachter. Er pendelt sozusagen zwischen einer nahen und fernen Position zum zu untersuchenden Phänomen. In dieser Studie mussten die traditionellen Rollen des Musiktherapeuten, der Patienten bei der Gestaltung von Liedern unterstützt, sehr bald revidiert werden, da sich die interessantesten Geschehnisse außerhalb der regulären Musiktherapiesitzungen ereigneten.

⁴ Der Autor arbeitet seit 5 Jahren als Musiktherapeut auf pädiatrischen Onkologiestationen und in der Hospiz- und Palliativpflege. Davor war er als Lehrer in verschiedenen Institutionen sowie in der Arbeit mit Kranken in der Gemeinde tätig. Die vielen Jahre der Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Menschen regten ihn dazu an, auch in die praktische musiktherapeutische Arbeit "Fürsorge" einziehen zu lassen.

Qualität der Daten und Informationsquellen

Seit geraumer Zeit glaube ich nicht mehr daran, dass Daten gesammelt werden können; sie werden immer vom Forscher konstruiert. Was als relevante Daten betrachtet werden kann, hängt von den sich ständig ändernden Zusammenhängen ab, in denen ein Lied entstehen kann. Genauso wie man behaupten könnte, ein Musikstück sei bei jedem Hören neu, so ändert sich auch die Brille des Forschers - holistisch gesehen - durch die er jede neue Information oder Erfahrung betrachtet. Die Geschichte des hier zu betrachtenden Liedes erstreckt sich über mehr als anderthalb Jahre. "Geschehnisse" und Kommentare, die geeignet waren, zu einer Aufhellung einzelner Prozesse beizutragen bzw. Deutungen zu ermöglichen, wurden chronologisch aufgezeichnet. Als ich beschloss, eine systematische Untersuchung von Liedern zu beginnen, die von schwerkranken Kindern gestaltet wurden, war "eine verdächtig heitere Lady" bereits etwa fünf Monate alt. Die einzelnen auf dieses Lied bezogenen Geschehnisse waren jedoch während dieser Zeit bereits mehr oder weniger genau dokumentiert worden.

Wer könnte außer dem Musiktherapeuten und dem Patienten selbst noch die Entwicklungsgeschichte beziehungsweise potentielle Bedeutungen eines solchen Liedes beeinflussen? Ein Forscher kann sicherlich nicht vorhersagen, welche Personen dies sein werden. Familienangehörige gehören häufig zu diesem Kreis, aber auch Mitarbeiter des Krankenhauses oder Mitschüler (weit weg von der onkologischen Station) können beispielsweise "signifikante" Personen in der Krankenhauswelt des Kindes sein. Ein einziges neues Steinchen im Informationsmosaik oder ein neuer Informant können eine Richtungsänderung des gesamten Forschungsverlaufs zur Folge haben (vgl. den "spiralenförmigen" Verlauf der Studie). Eine derartige Darstellung der Geschichte eines Liedes basiert auf der allgemeinen ethnographischen Überzeugung, dass Wahrheit und Wissen etwas "von Menschen Geschaffenes" sind, die sich aus verschiedenen menschlichen Interaktionen entwickelten. Hier gehen wir von der Ontologie des Konstruktivismus aus, dass Wirklichkeit sozial und vielfältig ist. Die Entwicklung des Verständnisses von Bedeutungen (im vorliegenden Fall bezogen auf ein bestimmtes Lied) hängt jedoch von einer Verschmelzung der Verständnisebenen des Forschers und der der anderen "Akteure" ab, die an liedbezogenen Geschehnissen beteiligt sind.

"Mary" ist kein typisches "Krebskind". In einem qualitativen Forschungsprojekt soll nicht etwas untersucht werden, das eine bestimmte Bedeutung hat, und man erwartet auch keine generalisierbaren Ergebnisse. Das vorliegende Lied ist also kein statistisch repräsentatives Beispiel eines Liedes, das von einem krebskranken Kind gestaltet wurde. Andererseits wurden weder Lied noch Patient nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Ich habe mich gerade für dieses Beispiel entschieden, da ich es für eine nähere Betrachtung für geeignet und interessant hielt⁵. Es gibt zwei wesentliche Gründe für die Untersuchung der "Verdächtig heiteren Lady": a) Diese künstlerische Ausdrucksform ist bereits mehrmals in unterschiedlichen Kontexten bei schwerkranken Kindern im Krankenhaus eingesetzt worden; und b) scheint dieses Beispiel mit Be-

⁵Dies steht in Einklang mit den Grundsätzen ethnographischer und anderer qualitativer Forschungsmethoden wie der Grounded Theory. Siehe auch Smeijsters (op.cit:70) über den Leitfaden zur gezielten Stichprobennahme.

deutungen überzuschäumen, wobei hier eine Vielfalt subjektiver Bedeutungen untersucht wird. Die unterschiedlichen Zusammenhänge und Situationen, in denen Liedphänomene auftreten, sind als Quelle für Abwandlungen hoch geschätzt. Dieses Forschungsvorhaben zielt darauf ab herauszufinden, wie solche Phänomene zustande kommen und erlebt werden, und nicht warum.

Eine umfangreiche Beschreibung der Liedgeschichte (Geertz 1983) soll ein relativ gründliches Verständnis der einzelnen Liedphänomene ermöglichen. Interessante Bedeutungsnuancen zu suchen, ersetzt eine quantitative Suche nach wissenschaftlicher "Wahrheit". Dazu wurden mehrere "signifikante" Personen⁶ interviewt (problemzentrierte Gespräche, die aufgezeichnet und transkribiert wurden). Marys eigene Erfahrungen wurden anhand von Beobachtungen und ihrer eigenen wenigen verbalen Kommentare, die sie ab und zu fallen ließ, festgehalten; sie wurde selbst nicht formal interviewt. Mein eigenes Tagebuch und "Logbuch" mit Beschreibungen, Kommentaren und Fragen (klinischer und methodologischer Natur) waren für die Feststellung möglicher Bedeutungen der Geschehnisse von unschätzbarem Wert. Das "Logbuch" enthält auch Zitate aus bzw. Zusammenfassungen von informellen Interviews/Gesprächen, die mit verschiedenen Personen geführt wurden. Der Originaltext der Patientin beziehungsweise die schriftlich fixierte Musik sowie die Audio- und Videobeispiele stellten ebenfalls wichtige Quellen für die Datensammlung dar. Die Audio- und Videobeispiele zeigen nicht nur verschiedene Darbietungen des Liedes, sondern geben auch spontane Kommentare einzelner Personen und Informationen über kontextuale Elemente wieder.

30

In der vorliegenden Studie sind Forscher und Musiktherapeut ein- und dieselbe Person. Dieser Umstand erfordert Maßnahmen zur Erhaltung der Glaubwürdigkeit der Daten. Eine Möglichkeit ist die Verwendung mehrerer Datenquellen (Datentriangulierung), die hoffentlich repräsentative Daten liefern. Dieses wissenschaftliche Prinzip wird mitunter in qualitativen Forschungsvorhaben beschrieben (Heggen und Fjell 1998, S. 70). Wenn wir den Terminus "Zuverlässigkeit" der Daten aus dem quantitativen Forschungsparadigma für unsere Zwecke einsetzen wollten, könnte er folgendermaßen umschrieben werden: *"Triangulierung von Daten erhöht deren 'Zuverlässigkeit' und ermöglicht unterschiedliche Hervorhebungen von Phänomenen, die damit auch unterschiedlich gekennzeichnet werden können. Somit kann auch festgestellt werden, ob die Phänomene auch verbal hinreichend repräsentiert sind"* (Smeijsters 1997, S. 32).



⁶Die Kommentare sind Befragungen/Gesprächen mit Marys Eltern, zwei Krankenschwestern, Marys behandelndem Onkologen, einer Vorschullehrerin des Krankenhauses und der Lehrerin der örtlichen Schule entnommen.

Entstehungsgeschichte des Liedes "Eine verdächtig heitere Lady" in chronologischer Reihenfolge Text: Mary, Melodie: Trygve Aasgaard

Tabelle 1

Zeit und Kontext	Geschehnisse	Kommentare	
		Befragte Personen	Musiktherapeut
August 1997			
<p>* Mary ist seit ihrer akuten myeloischen Leukämiediagnose im Krankenhaus. Die meiste Zeit verbringt sie im Bett, wo sie aggressive Chemotherapie bekommt. Venenpunktionen und Injektionen gehören zur beinahe täglichen unangenehmen Routine. Ihr Leben spielt sich fast ausschließlich im "geschlossenen Raum" ab (sie ist mehr oder weniger isoliert).</p>	<p>* Mary schreibt aus eigener Initiative einen Text. Eine Schwester schreibt ihn nieder. Eine Abschrift wird an die Wand über Marys Bett geklebt, eine weitere an die Tür zum Stationszimmer.</p> <p>* Der Musiktherapeut schlägt vor, eine Melodie zu diesem Text zu schreiben. (Die Eltern fragen die Patientin...alle stehen dem Vorhaben positiv gegenüber).</p>	<p>* Krankenschwester (18.05.98): <i>"Der Text stammt zum Teil aus Ann Forslinds Buch 'Autsch! Oder als ich einmal ins Krankenhaus musste'"</i>.</p>	<p>* Ich schlug zum ersten Mal vor, ein Lied zu einem Text zu schreiben, der ursprünglich nicht als Liedtext beabsichtigt war. Mein Ziel war es, Mary damit unter Umständen einige angenehme Momente zu ermöglichen. Ihr "eigenes" Lied zu hören, könnte ihr vielleicht die eine oder andere "Auszeit" geben. Viele Menschen glauben, der Text sei "seltsam" und meinten, ein Lied könnte etwas mehr Unterhaltung oder ein paar vergnügliche Augenblicke bringen.</p>
<p>* Im August/September verschlechtert sich Marys Zustand aus medizinischer Sicht. Stundenlang beugt sie sich wegen ihrer starken Übelkeit über eine Nierenschale. Sie ist häufig sehr still oder fast stumm.</p>	<p>* Marys Vater und der Musiktherapeut besprechen die Bearbeitung des Textes und Marys melodische und rhythmische Präferenzen. Mary ist zu diesem Zeitpunkt zu krank, um eine aktive Rolle zu übernehmen; sie erklärt jedoch, dass mit den letzten Worten des Textes <i>"sie wurde ohnmächtig"</i> sie selbst gemeint sei... Der Text selbst sagt allerdings nicht explizit, wer ohnmächtig wird: die "lady" (die Schwester, die Labo-rantin etc.) oder die Patientin. Mary gibt auch an, es sei gut gewesen, dass sie schließlich ohnmächtig wurde.</p>	<p>* Vater (13.05.98): <i>"Sie hatte bereits vor ihrem Krankenhausaufenthalt eine Spritzenphobie. Jedes Mal, wenn sie eine Spritze bekommen sollte, schrie sie und machte einen Zirkus... Das ganze dauerte ungefähr eine halbe Stunde."</i></p>	<p>* Es war für mich schwierig, wegen Marys schlechten Zustands mit ihr nicht in dem Maße zusammenarbeiten zu können, wie ich wollte. Ihr "stilles" Leiden mitansehen zu müssen, machte mich hilflos und unsicher. Ich glaubte, dass ihre Eltern ebenso litten wie sie. Sie versuchten jedoch alles, um ein gutes "emotionales Klima" im Krankenzimmer aufrechtzuerhalten. Sie baten mich allerdings nicht um Unterstützung. Ich musste mich auf meine Intuition und Erfahrung verlassen und hatte den Eindruck, ein Gleichgewicht zwischen dem "übereifrigen" und dem "unsichtbaren" Musiktherapeuten finden zu müssen.</p>
		<p>* Krankenschwester (18.05.98): <i>"Ich glaube, dass sie sich mit diesem Text doch stark identifizierte...vielleicht setzte sie einfach das, was sie fühlte, in Worte um. Sie sprach kaum... sie litt schrecklich. Ich betrachte das als eine Botschaft an uns... und sie drückt ziemlich deutlich aus, was sie meint... und sie tut es obendrein auf eine geistig mehr oder weniger anspruchsvolle Art und Weise."</i></p>	
		<p>* Onkologe (08.09.1998): <i>"Sie gibt uns eine Rückmeldung darüber, was sie durchgemacht hat. 'Die verdächtig heitere Lady' fordert in vieler Hinsicht unsere Reflexionsfähigkeit heraus. Mary wurde auch wirklich manchmal ohnmächtig; sie erhielt Analgetika in hohen Dosen."</i></p>	
		<p>* Vorschullehrerin des Krankenhauses (28.08.98): <i>"(Das Lied)... veranlasst uns, das Kind und seine Bedürfnisse zu sehen...[...] und es wird deutlich, dass wir es in gewissem Maße, jedoch nicht ausreichend, verstehen können"</i>.</p>	

Tabelle 2

Zeit und Kontext	Geschehnisse		Kommentare
	Befragte Personen		Musiktherapeut
August 1997	<p>* Der Musiktherapeut komponiert eine Melodie, zeichnet das Lied auf (er singt und begleitet sich auf dem Klavier) und übergibt Mary die gesamte Komposition und die Kassette.</p>	<p>* Vater (13.05.98): <i>„Das Lied war ein Grund für das Nachlassen ihrer Spritzenphobie. Einmal schlug ich vor, das Lied während einer schwierigen Situation, einer Blutabnahme, zu spielen, und ich spürte, dass das Problem weniger schlimm wurde. Schließlich schien diese Prozedur mehr oder weniger unproblematisch zu werden. Mary konnte die Situation kontrollieren.“</i></p> <p>* Mutter ergänzend: <i>„...so gut wie möglich“...</i></p> <p>* Vorschullehrerin des Krankenhauses (28.09.98): <i>„Ich glaube nicht, dass das Lied mit einer völlig anderen melodischen und rhythmischen Struktur denselben Effekt gehabt hätte. Der Text ist eine Sache; aber durch die Musik wird er noch verstärkt und angereichert.“</i></p>	<p>* Der Rhythmus war eine Mischung aus Marsch und Swing, die Melodie einfach, auf- und abspringend, mit vielen Pausen, um dem Zuhörer das Textverständnis zu ermöglichen. Ich hielt es für sehr wichtig, die <i>„Lady“</i> so wohlmeinend, aber auch so töricht wie möglich erscheinen zu lassen. Bei der Deutung des Textes wollte ich auf der <i>„Seite“</i> der Patientin sein.</p> <p>* Marys Mundschleimhäute waren so stark entzündet, dass ich das Lied für die erste Aufnahme singen musste. (Die aggressive Chemotherapie hatte Marys Immunsystem zeitweise <i>„außer Kraft gesetzt“</i>, was sie sehr infektionsanfällig machte.) Ich hatte bereits früher erlebt, dass Patienten ihre Lieder auch gerne vom Musiktherapeuten gesungen hören, wenn sie selbst nicht singen konnten oder wollten.</p> <p>* Ich war selbst bei den <i>„schrecklichen“</i> Prozeduren nie dabei. Das Abspielen der Kassette war übrigens die erste <i>„Darbietung“</i> des neuen Liedes.</p> <p>* Die <i>„Nutzer“</i> des Liedes (die Eltern und später auch die Patientin selbst) hätten es sicher nicht gespielt oder gesungen, hätten sie geglaubt, Melodie und Text passten nicht zusammen. Eine <i>„falsche“</i> Melodie hätte den Text auch <i>„zerstören“</i> können ...</p>

Tabelle 3

Zeit und Kontext	Geschehnisse	Kommentare	
		Befragte Personen	Musiktherapeut
September 1997			
* Marys Zustand verschlechtert sich. Sie braucht hochdosierte Analgetika. Da ihr Immunsystem zusammengebrochen ist, zieht sie sich eine aggressive Infektion am Bein zu. Sie muss deshalb zeitweise auf die chirurgische Station bzw. auf die Intensivstation verlegt werden.	* Die Lehrerin aus der örtlichen Schule kommt zu Besuch. Mary hat nicht genug Kraft, um viel zu sprechen, aber sie leiht der Lehrerin die Kassette mit ihrem Lied. Die Klassenkameraden stellen eine Kassette mit Liedern, Witzen und Geschichten aus der Schule für Mary zusammen.	* Lehrerin der örtlichen Schule (Logbucheintrag, 19.05.99): <i>"Mary wollte unbedingt, dass die Kassette anderen Schülern vorgespielt wird. Sie bat mich, ihr die Kassette später wieder zurückzugeben. Die Schüler wollten die Kassette oft hören. Sie fanden das Lied 'witzig'. Sie waren von Marys Fähigkeiten beeindruckt und ich hatte eine Menge Zeit darauf zu verwenden, ihnen auseinanderzulegen, dass Mary die Melodie nicht selbst komponiert hatte."</i>	* War das Lied bzw. die Kassette zu einer "Visitenkarte" geworden? Ich wüsste gerne, wie die Schüler diese Botschaft von Mary aufgenommen haben? * Ich habe den Eindruck, dass das Lied <u>eine</u> Möglichkeit darstellte, um etwas Freude in schweren Zeiten in die Familie zu bringen... es war eine Quelle privater Familienunterhaltung, bei der <u>beide</u> Kinder positiv berücksichtigt werden.
November 1997			
* Mary geht es etwas besser. Sie muss nicht die ganze Zeit isoliert werden, muss jedoch in ihrem Zimmer auf der pädiatrischen Station bleiben.	* Marys kleiner Bruder (5 Jahre) kann ihr Lied nun auch singen, er ändert allerdings den Text nach seinen Vorstellungen ab. Mit dem Vater zusammen singt er es zu Hause. Sie spielen auf "Luftgitarren" und singen: <i>"Eine Lady kommt herein, sie ist verdächtig heiter: 'Hi! Wir wollen mal ein bisschen furzen'. Nur ein ganz kleiner Furz. Dann ist alles vorbei. Ich fing an zu weinen, ich schrie richtig los. 'Halt' den Furz," sagte die Lady. Aber ich wollte nicht mehr furzen, also fiel ich in Ohnmacht."</i>	* Mutter (30.04.99): <i>"Diese Kassette war für Mary ein wertvolleres Geschenk als irgendein anderes teures Spielzeug. Sie wurde sehr oft angehört."</i> * Kommentar der Mutter zur Musiktherapiesitzung im Jan. 1998: <i>"Sie bogen sich vor Lachen. Es war gute Unterhaltung."</i>	* Das Lied war nun aus dem Umfeld des Krankenzimmers in das familieneigene Wohnzimmer gebracht worden. * Die Art und Weise der Darbietung des Liedes wandelte sich allmählich; es wurde nicht einfach nur mehr gesungen, wie ich es für die erste Aufzeichnung tat. Mit der Zeit wurden die Zeilen der Lady immer deutlicher artikuliert: je übertriebener ... desto lustiger?
	* Sehr bald kennt Mary auch diese Version des Liedes. Sie singt sie (zum ersten Mal) für den Musiktherapeuten im Februar 1998. Beim Singen des Liedes scheint Mary die sich entwickelnde Dramatik und den Kontrast zwischen der Patientin und der "Lady" dadurch hervorzuheben, dass sie den Text der "Lady" durch eine Art Sprechgesang wiedergibt.	* MT-Logbucheintrag (16.02.98): <i>"Die Mutter [...] sagt, sie finde es gut, dass Marys Lied auch von anderen Familienmitgliedern genutzt werde, einfach um ein bisschen Spaß zusammen zu haben."</i>	

Tabelle 4

Zeit und Kontext	Geschehnisse	Kommentare	
		Befragte Personen	Musiktherapeut
<p>Dezember 1997</p> <p>* Mary bekommt die Erlaubnis, die pädiatrische Station gelegentlich für kurze Zeit zu verlassen.</p>	<p>* Marys Eltern überspielen die Kassette und verschenken sie als Weihnachtsgeschenk an andere Familienmitglieder.</p>		<p>* Ich mache eine neue Erfahrung: Marys und mein "Produkt" wird an andere (mir unbekannt) Menschen verteilt. Ich bezweifle, ob die Eltern das Lied als Geschenk benutzt hätten, hätte es nur als Melodie oder als ausgeschrieben Musikstück auf einem Blatt Papier gestanden.</p>
<p>Januar 1998</p> <p>* Mary wird kräftiger. Sie verbringt kurze Zeit (ca. 1 Stunde) im Spielzimmer auf der Station mit speziell "ausgewählten" anderen Patienten. (Sie ist immer noch stark infektionsanfällig.)</p>	<p>* Mary singt "Eine verdächtig heitere Lady" bei einer Reihe von Anlässen für andere Patienten und Mitarbeiter. Sie wird vom Musiktherapeuten begleitet, der gleichzeitig die ersten Aufzeichnungen von Marys selbst dargebotenen Lied macht.</p>	<p>* Onkologe (nachdem er eine Aufnahme hörte, auf der Mary selbst ihr Lied singt, 08.09.98): <i>"Es ist phantastisch, Mary mit dieser einfühlsamen und scheuen Stimme zu hören... Ich bin zu Tränen gerührt."</i></p> <p>* MT-Logbucheintrag (04.02.1998): <i>"Die Mutter sagt, wie schön Marys Stimme sei. Sie hätte es fast vergessen durch Marys Krankheit (durch die sie ihre normale Stimme verlor)".</i></p>	<p>* Ich unterstützte Mary bei der Entstehung dieses Liedes (Produkts), um ihre schwierige Lebenssituation damals zu erleichtern (siehe Tab. 1). Jetzt stellte ich fest, dass Erwachsene (Krankenhausmitarbeiter, Eltern anderer kranker Kinder) fast ausnahmslos in irgendeiner Weise von diesem Lied "berührt" wurden.</p> <p>* Gerade vor und nach Live-Darbietungen (wenn die Zuhörer applaudierten und Mary einfach nur still und lächelnd dasaß), war ich mitunter auch gerührt (war es Dankbarkeit? Reine Sentimentalität? Vielleicht eine Mischung aus Kummer und Verwunderung? ...) Ich glaube nicht, dass mich der Text anrührte, sondern die Situation und die Umstände, unter denen das Lied entstand und dargeboten wurde.</p>
<p>Februar 1998</p> <p>* Mary wird zu einer Knochenmarkstransplantation in ein anderes Krankenhaus verlegt.</p>	<p>* Mary spielt die Kassette ihr nicht bekannten Mitarbeitern vor.</p>	<p>* Mutter (13.05.98): <i>"Sie spielte ihr fremden Krankenhausmitarbeitern Kassetten mit ihren eigenen Liedern vor und zeigte damit, dass sie (auch) einfallsreich und nicht nur krank und unter Schmerzen war."</i></p> <p>* Vorschullehrerin (28.09.98): <i>"Sehr bald zeigte sie die Kassette (mit diesem Lied) Mitarbeitern im neuen Krankenhaus: 'Hören Sie sich das an! Das habe ich gemacht!' Wir brauchen gar nicht so viele Worte, da die Musik so viel aussagt."</i></p>	<p>* Das Lied war nun in verschiedenen Milieus "verwendet" worden. Kann das Milieu eines Krankenhausspielzimmers, -korridors etc. oder ein "Familien"-Milieu dadurch beeinflusst werden, dass ein Patient oder Familienmitglied dieses (oder irgendein?) Lied singt oder hört? "Die Welt" zu beeinflussen bedeutet wahrscheinlich mehr als nur verschiedene Einzelpersonen zu beeinflussen.</p>


Tabelle 5

Zeit und Kontext	Geschehnisse	Befragte Personen	Kommentare
März 1998			
<p>* Die Rückenmarks-transplantation scheint erfolgreich gewesen zu sein. Mary erhält mehrmals pro Woche Krankengymnastik, um wieder richtig gehen zu lernen.</p>	<p>* Die Krankengymnastin verwendet die Kassette für Übungen mit Mary.</p>	<p>* Krankengymnastin zu Musiktherapeut unmittelbar nach einer Sitzung (Logbucheintrag vom 04.03.98): <i>"Vielleicht macht es einfach mehr Freude, die Übungen zur Kassette zu machen?"</i></p>	<p>* Es gab keine formale Zusammenarbeit und ich verfolgte die Art, das Lied zur Erleichterung "unangenehmer Bewegungen" etc. einzusetzen, nicht weiter.</p>
Mai 1998			
<p>* Mary ist auf ihre "alte" pädiatrische Station zurückgekehrt. Ihr Allgemeinzustand verbessert sich stetig, obwohl sie die oral einzunehmenden Immunsuppressiva verab-scheut.</p>	<p>* Die Stationsrockgruppe (Schwestern, eine Lehrerin und ein Arzt) arrangiert das Lied und führt "bühnengerecht bearbeitete" Versionen bei Veranstaltungen mit Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern auf. Wenn Mary dabei ist, nimmt sie den Applaus bescheiden entgegen (so zum Beispiel am 04.09.1998 auf der Eröffnungsparty nach dem Umzug der Station in neue Räume).</p>	<p>* Vorschullehrerin (sie ist Mitglied der Stationsband) am 28.09.98: <i>"Wenn die Band und der Chor das Lied spielen und singen, wird es ja nicht nur einer breiteren Zuhörerschaft vorgestellt; ich glaube auch, dass dadurch Mary (das Gefühl für ihre eigene Identität noch deutlicher bewusst gemacht wird. Außerdem wird die Aufmerksamkeit der Mitarbeiter auf Mary als Mensch gelenkt. [...] Die Mädchen in der Band sind gerührt von 'Marys Lied', wie wir es nennen. Es ruft ganz besondere Gefühle und eine Art 'innere Stille' in der Gruppe hervor. ... Wir spielen das Lied 'mit Würde' "</i>.</p>	<p>* Dies war meine Idee gewesen. Einige SängerInnen hatten das Lied vorher gehört beziehungsweise wussten von dessen Existenz. Meiner Ansicht nach schien es für einen Krankenhauschor nur angemessen, ein Lied, das von einem Patienten gestaltet und dessen Text von verschiedenen Mitarbeitern kommentiert und thematisiert worden war, (zumindest einmal) auf einer pädiatrischen Station aufzuführen. Ich bemerkte, dass die Zuhörer (Patienten, Angehörige, Mitarbeiter und Angehörige von Mitarbeitern) lachten und sich offenbar amüsierten (die SängerInnen hatten natürlich auch ihren Spaß), als das "Stück" in der Eingangshalle der Pädiatrischen Abteilung aufgeführt wurde.</p>
Juni 1998			
<p>* Mary wird bald entlassen. Sie wird die Schulferien teilweise mit ihrer Familie auf dem Land verbringen. Im August wird sie dann in eine normale Schule gehen können.</p>	<p>* In den letzten Wochen verstärkte sich Marys Wunsch, Sopranblockflöte zu spielen. Sie scheint auch gerne auf einem Mini-Keyboard zu improvisieren, auf dem sie Teile aus der "verdächtig heiteren Lady" sowie aus anderen "eigenen Liedern" und aus beliebten Kinderliedern spielt.</p>	<p>* Spielen war "in" und Singen "out" ... War das ein Zeichen für den Beginn eines neuen Abschnitts in Marys Leben? Ich hatte den Eindruck, dass sie vor improvisatorischer Neugier und Kraft strutzte. Einmal versuchte sie, zwei Instrumente gleichzeitig zu spielen, und im nächsten Moment spielte sie "richtige" Lieder auf der Blockflöte.</p>	

Tabelle 6

Zeit und Kontext	Geschehnisse	Kommentare
September 1998		Befragte Personen
		Musiktherapeut
<p>* Mary muss wieder ins Krankenhaus; ihr Allgemeinzustand ist schlecht, sie leidet an einer schweren Störung des Elektrolythaushalts. Nach wenigen Wochen geht es ihr aber wieder viel besser.</p>	<p>* Als Mary gebeten wird, das Lied in einer bekannten Fernsehsendung zu singen (in der die neuen Stationsräume vorgestellt werden sollten), lehnt sie ab. Sie wolle es lieber auf dem Keyboard spielen (was sie nun wirklich nicht kann). Der Musiktherapeut gibt Mary einen mehrminütigen Klavierintensivkurs. Dann spielt Mary mit einem Finger die Melodie und der Musiktherapeut singt, spielt den Bass und zeigt auf die Tasten, die sie drücken muss. Für die vierminütige Sendung wählen die Produzenten die etwas positiveren Kommentare aus einem Interview mit Mary aus, in denen sie ihre Probleme im Krankenhaus so beschreibt: Ihr sei manchmal übel gewesen und sie habe abscheuliche Medizin schlucken müssen; sie habe gesehen, fern gesehen und Platten gehört. Der Rest der Sendung zeigte Mary, wie sie malte, Schwestern mit Wasser bespritzte, Kuchen buk und "Eine verdächtig heitere Lady" spielte. Außerdem wurden für ein paar Sekunden Text und Musik eines anderen Liedes von Mary eingeblendet.</p>	<p>* Mutter (Logbucheintrag vom 30.04.99): "<i>Freunde und Angehörige waren von der Fernsehsendung gerührt. Ein Taxifahrer erkannte Mary von der Sendung und nannte sie 'kjendis'</i>" (Norwegisch für beliebte und bekannte Person).</p> <p>* Mutter (Logbucheintrag vom 30.04.99): "<i>Marys Klassenkameraden meinten nach der Sendung bzw. nachdem sie die von Mary mitgebrachte Kassette gehört hatten, dass das Leben für Mary im Krankenhaus gar nicht so schlimm gewesen sein kann, da man sie spielen und Lieder machen sah. Außerdem hätten sie nichts dagegen, selbst ins Krankenhaus zu gehen.</i>" Marys Mutter fügte hinzu, die Lehrer hätten dadurch vielleicht den Eindruck gewinnen können, Mary sei eigentlich gar nicht <u>so</u> krank gewesen ... (Einige von Marys Mitschülern behaupteten sogar, Marys "Sonderbehandlung" in der Schule sei ungerecht gewesen).</p>
<p>Dezember 1998</p>	<p>* Mary bringt zwei Kassetten in die Schule mit. Sie spielt ihren Mitschülern zwei ihrer Lieder vor: "Eine verdächtig heitere Lady" und ein "Tango-Lied" mit einer einfachen rhythmischen Melodie und einem "unsinnigen" (?) Text über Essen und Furzen.</p>	<p>* Ich war von Marys Widerwillen zu singen nicht überrascht (s. meine Kommentare in Tab. 5). Ich hatte auch den Eindruck, dass sie gewisse Idealvorstellungen vom Auftritt "eines Sängers" im Fernsehen hatte. Sie hatte fast keine Haare mehr und zog es deshalb vor, während des Interviews und des Spielens ihren Kopf mit der Kapuze ihrer Jacke zu bedecken. Spielen schien auch eine anonymere Aktivität zu sein als Singen.</p> <p>* Meiner Meinung nach wurde in der Sendung auf einfühlsame Art und Weise ein Kind vorgestellt, das einen langen und harten Weg von Krankheit und Behandlung zurückgelegt hatte. Marys Mutter sagte ein paar Worte zur anhaltenden Ungewissheit der unter der Krebserkrankung leidenden Familie und zur Notwendigkeit, von einem Tag auf den anderen zu leben. Sie hob auch die Mitarbeiter des Krankenhauses lobend hervor. Auch wenn sich die Sendung auf die erfreulicheren Seiten in Marys gegenwärtigem Leben konzentrierte, stellte sie die Wahrheit dar und schmälerierte in keiner Weise die Probleme der Patientin. Ich glaube eher, dass die Vorstellung der "verdächtig heiteren Lady" (die einen beachtlichen Teil der Sendung einnahm) zu einem vollständigeren Bild dieser pädiatrischen Patientin beitrug.</p> <p>* Einige der im Krankenhaus erworbenen musikalischen Fertigkeiten werden zu Hause weiterentwickelt.</p>
<p>* Manchmal nimmt sie Reitstunden und geht snowboarding (!).</p>	<p>* Sie erhält ein Keyboard und ist nun in der Lage, das Lied ohne fremde Hilfe zu spielen.</p>	

Als Mary krank wurde



Mary ist von Natur aus ein ganz normales, intelligentes, aufgewecktes und einfallreiches Mädchen. Sie verbrachte viele Jahre im Ausland mit ihren Eltern, vielbeschäftigten Akademikern. Sie hat einen drei Jahre jüngeren Bruder. Im August 1997, als sie fast acht Jahre alt war, sollte sie eingeschult werden. Während des Frühjahrs setzte jedoch eine anhaltende Müdigkeit ein und sie holte sich mehrere Infektionen.

Kurz nach ihrer Ankunft im Krankenhaus im Mai wurde eine akute myeloische Leukämie diagnostiziert. AML macht circa 15% leukämischer Störungen bei Kindern aus. Die Chancen auf vollständige Genesung sind geringer als bei der weiter verbreiteten akuten lymphatischen Leukämie. Die Behandlung - in erster Linie Chemotherapie - ist "aggressiv" (Lie 1997).

Mary ging es durch die Behandlung sehr schlecht; sie litt an Übelkeit und Müdigkeit, ihre Schleimhäute waren entzündet und sie hatte sehr große Schmerzen. Sie hatte so gut wie keinen Appetit mehr und musste einige schwere Infektionen überstehen. Ein Jahr nach Behandlungsbeginn beschrieb ihr Onkologe die Anfangszeit ihres Krankenhausaufenthalts so: *"Es waren ein paar harte Monate, in denen fast alles schmerzhaft und schrecklich war"*. Dazu kam noch, dass die Sommerferien der Familie abgesagt und Marys Einschulung verschoben werden musste und Mary lange Phasen der Isolation in einem kleinen Krankenzimmer zu ertragen hatte.

In der Entstehungsgeschichte dieses Liedes spielte der Musiktherapeut in erster Linie die Rolle eines Katalysators, der Prozesse in Gang bringt. Bei der ersten Begegnung mit der Patientin stand er einem in vieler Hinsicht leidenden Mädchen gegenüber. Die Idee, eine Melodie zu dem Text zu gestalten, wurde aus dem Wunsch des Musiktherapeuten heraus geboren, der Patientin während ihres Aufenthalts im "geschlossenen Zimmer" ein paar angenehme Augenblicke anzubieten. Sie litt an einer schweren Krankheit, sie hatte eine harte und unangenehme Behandlung durchzustehen und ihr "Lebensraum" war physisch und sozial sehr begrenzt. Während der ersten Monate arbeitete der Musiktherapeut vorwiegend mit den Eltern zusammen. Da Mary während dieser Zeit kaum singen konnte, sang der Musiktherapeut und die Aufzeichnung seines Gesangs wurde von der Patientin und deren Eltern sozusagen als "Liedvermittler" verwendet. Mit der Zeit lernten Marys Eltern, ihr kleiner Bruder und Mitarbeiter des Krankenhauses das Lied und schließlich war auch Mary in der Lage, über die "verdächtig heitere Lady" zu singen.

Um in die Besonderheiten einzelner Liedphänomene in der pädiatrischen Onkologie eintauchen zu können, müssen wir über die reine Beschreibung und Aufzeichnung von Kommentaren hinausgehen. "Eine verdächtig heitere Lady" ist nur eines von vielen Liedern (beziehungsweise Entstehungsgeschichten von Liedern), die im Rahmen einer Doktorarbeit in Musiktherapie an der Universität von Aalborg in Dänemark untersucht werden. Die vorliegende Darstellung eines Liedes zeigt in einem kleineren Rahmen die ersten Schritte, die bei Daten-

sammlung bzw. -auslegung unternommen werden. Daten (oder besser Datenkonstruktionen) und Datenanalyse sind eng miteinander verwobene Prozesse. Strauss und Corbin (ibid.:59) gehen davon aus, dass solche Prozesse *"[...] abwechselnd durchlaufen werden müssen, da die Analyse die Auswahl der Daten beeinflusst"*.

Bei der Zusammenstellung und Ergänzung der Tabellen werden die unaufbereiteten Daten systematisiert, aufgeschlüsselt und untersucht. Diese ersten Schritte werden als Offenes Kodieren (ibid., S. 61) bezeichnet. Danach erfolgt ein erneutes Lesen der Texte unter der Fragestellung, was die einzelnen Beobachtungen und Kommentare aussagen oder bedeuten könnten. Als "ähnlich" eingestufte Phänomene werden unter demselben Oberbegriff zusammengefasst. Durch die Analyse, die auf die Untersuchung von Kategorien beziehungsweise Themen begrenzt wird, soll auch eine Diskussion darüber angestoßen werden, was "immanenter Inhalt, Struktur oder Prozess" sein könnte (Bruscia 1995, S. 323). Während des erneuten Lesens werden nicht einzelne Wörter, sondern einzelne Geschehnisse bzw. Kommentare analysiert. Die gewählten Kategorien könnte man als Konzepte einer höheren Ordnung oder kondensierte, auf Daten basierende Konzepte bezeichnen. Die neuen Kategorien können dann zu einem besseren Verständnis der zu untersuchenden Phänomene beitragen.

Eine detaillierte Eigendarstellung von Marys Erfahrungen wäre sehr aufschlussreich gewesen, doch Mary war nicht gerade gesprächig. Wenn sie während ihrer Zeit im Krankenhaus um ihre Meinung oder um Kommentare gebeten wurde, fielen ihre Antworten meist einsilbig aus. Da Marys Verhalten aber während des Liedgestaltungsprozesses genau beobachtet wurde und ihre Eltern, Pflegekräfte usw. eingehend dazu befragt wurden, verfügen wir über eine ausreichend fundierte Grundlage, um einige Aussagen formulieren zu können. Man könnte also sagen, dass unsere "Longitudinaluntersuchung" der liedbezogenen Phänomene nur in begrenztem Maße Informationen über das "Innenleben" der Patientin lieferte, dafür aber neue Erkenntnisse zu "sozialen" Geschehnissen in Fülle ergab, die, wie wir hoffen, zu einem glaubwürdigen Bild der einzelnen Stationen aus Marys Leben als Krebspatientin im Krankenhaus zusammengefügt werden können. Die "Bedeutungen" scheinen mitunter die "Prozesse" oder "Inter-Aktionen" zu sein. Daher erscheint es nur logisch, auf intendierte und nicht intendierte Aktionen (aber auch Re-Aktionen) ausgerichtete Kategorien zu konstruieren, die für dieses (vielleicht sogar für jedes beliebige?) isolierte, schwerkranke Kind Bedeutungsträger sein könnten. Ich gehe davon aus, dass auch die Reaktionen anderer Personen auf das Lied (live oder aufgezeichnet) für die Patientin eine Bedeutung haben können. Für die Darstellung der vorliegenden Kategorien entschied ich mich für Alltagssprache; dies ermöglicht eine unter Umständen unbegrenzte weitere Analyse, da auf technischen oder ideologischen Fachjargon von Anfang an verzichtet wird. Ein Wort oder ein Satz kann eine ganze Reihe von "Bedeutungen" einschließen.

Kurz nachdem Mary den Text geschrieben hatte, wird dies von einer Krankenschwester bemerkt. Sie heftet den Text an die Tür zum Schwesternzimmer. Eltern wie Schwestern/Ärzte scheinen zu glauben, dass Mary in diesem Text etwas, was sie zu dem Zeitpunkt besonders bewegte, zum Ausdruck bringen wollte (vorsichtig ausgedrückt). Es lässt sich nicht feststellen, ob der Text ursprünglich als Botschaft an andere Personen gedacht war, er wurde jedoch so ge-

deutet (vgl. Kommentare in Tab. 1). Die Schwester, die Mary hauptsächlich pflegte, gab an, Mary habe sich hier "ziemlich intellektuell" ausgedrückt.

Obwohl Mary Teile des Textes einem anderen, ihr bekannten Text entnommen hatte, ist das Lied gänzlich "ihr eigenes". Dies ist legitim und bei Kindern nicht ungewöhnlich. Ich erlebe immer wieder, dass Kinder ihre eigenen Lieder in ähnlicher Weise beurteilen, ob Text und/oder Melodie nun von ihnen stammen oder einzelne Elemente nur "geliehen" sind. In unserer Kulturgeschichte ist "Ausleihen" ohnehin gängige Praxis; die einen nennen es Inspiration, andere wiederum Diebstahl!

Die Geschichte beginnt mit dem äußerst treffenden Ausdruck "verdächtig heiter" und beschreibt einen Kampf mit einer Art Happy End: "Ich wurde ohnmächtig". Jede Zeile ist von einem gewissen spöttischen Humor geprägt. Man könnte glauben, die Geschichte sei deshalb so ausdrucksstark, weil sie verwundert ...



Kategorie 1:

Expressive Dimension - Eine Geschichte wird erzählt

Angenommen, die Aussage von Marys Vater stimmt, dass das Abspielen der Kassette während der schrecklichen Injektionen Marys Angst reduzierte, dann muss die vom Musiktherapeuten gesungene Liedversion von Mary als bedeutend wahrgenommen worden sein, da ein großes Problem dadurch gemildert wurde. Sie kann die Situation kontrollieren (vgl. die Kommentare des Vaters in Tab. 2 und die der Krankengymnastin in Tab. 4.). Kann das Schreiben eines Textes und das wiederholte Hören eines Liedes eine gewisse Distanz zu einer traumatischen Prozedur schaffen?

Die Klassenkameraden seien von Marys Fähigkeiten beeindruckt gewesen, gaben sie an, nachdem sie die Kassette gehört hatten (Lehrerin der örtlichen Schule, Tab. 3). Nach der Fernsehendung, in der Mary das Lied spielte, meinten sie, "Marys Leben im Krankenhaus kann gar nicht so schlimm gewesen sein, da sie spielen und Lieder machen konnte" (Mutter, Tab. 6). Die Kinder beurteilten Mary anhand dessen, was sie sehen und hören konnten (und Mary schien auch mit ihrer Krankheit und dem Krankenhausleben gut fertig zu werden).

Menschen, die Mary gut kennen, geht es mehr um das Lied beziehungsweise seine unterschiedlichen Darstellungsformen als eine Möglichkeit, es trotz des schrecklichen Lebens im Krankenhaus zu schaffen.

(Vater: ... eine Situation, die sie selbst kontrollierte. Mutter: ...zumindest so weit wie möglich. s. Tab. 2)

41

Kategorie 2:

Dimension der Bewältigung - Schwierige Situationen werden gemeistert

Der in ein Lied verwandelte Text von Mary schien den (ursprünglich nicht intendierten) therapeutischen Effekt zu haben, eine außerordentlich schwierige Situation weniger problematisch werden zu lassen (vgl. Tab. 2). Die Musik zu dem Text stellte etwas Neues dar; und es gab ein neues Produkt, die Kassette (+ Noten, die wahrscheinlich zu jenem Zeitpunkt für Mary eine geringe Bedeutung hatten). Im Rahmen unseres derzeitigen Verständnisses können musikalische Elemente nicht aus dem situativen Kontext herausgenommen werden, in dem die Musik erlebt worden war. Die Lehrerin kommentiert die Musik des Liedes so: Musik kann einen Text oder eine Botschaft "verstärken und anreichern", wenn sie zum Wortinhalt passt. In diesem Fall wäre es interessant, die Dialektik zwischen einem dramatischen und "tragischen" Text und einer Melodie näher zu betrachten, die von den meisten Zuhörern als leicht und fröhlich empfunden wird.

Die Patientin spielt die Kassette anderen vor und leiht sie ihrer Lehrerin, wenn sie matt und krank ist (s. Tab. 2 und Tab. 3). Sie sang das Lied bei einigen Anlässen live (vgl. Tab. 3 und Tab. 4). Die Mutter sagt: *“Sie zeigt, dass sie (auch) einfallsreich ist [...]”* (Tab. 3). Die Lehrerin beschreibt die Haltung der Patientin so: *“Hör’ Dir das an! Das habe ich gemacht!”* (Tab. 4). Als Mary aus dem Krankenhaus entlassen wurde, hatte der Text seine ursprüngliche Verbindung verloren, Mary hatte jedoch neue musikalische Fertigkeiten erworben (Tab. 4). Die Mutter: *“Ein Taxifahrer erkannte Mary aus der Fernsehsendung wieder und nannte sie ‘kjendis’ (norwegisch für beliebte, bekannte Person)”* (Tab. 4).

Kategorie 3:

Dimension der Repräsentation - sich selbst präsentieren

Dieses Lied hatte nicht nur für Mary eine Bedeutung, sondern auch für andere Personen. Die Art und Weise der Reaktion hängt von der jeweiligen Person ab. Hier werden vor allem Personen zitiert, die Mary mehr oder weniger gut kannten. Ich nehme an, dass die Art und Weise, wie ein Zuhörer oder Darsteller *“reagiert”*, vom Grad der Kenntnis beziehungsweise der Nähe zu Marys Geschichte als Patientin beeinflusst wird. Gewiss ist, dass das Lied zu einer möglicherweise neuen Denk- und Reflexionsweise anregt:

42

- ⊗ Krankenschwester: *“[...] eine Art Botschaft an uns”*. (Tab. 1)
- ⊗ Onkologe: *“[...] fordert unsere Reflexionsfähigkeit heraus”*. (Tab. 1)
- ⊗ Mutter: *“[...] sie demonstrierte (ihr unbekanntem Mitarbeitern), wie einfallsreich sie sein konnte”*. (Tab. 3)
- ⊗ Lehrerin: *“[...] lenkt die Aufmerksamkeit der Mitarbeiter auf Mary als Mensch”*. (Tab. 4)
- ⊗ Vorschullehrerin des Krankenhauses: *“[...] veranlasst uns, das Kind und seine Bedürfnisse zu sehen.”*

Das Lied zu hören oder darzustellen ruft ebenso Gefühle in den Menschen hervor:

- ⊗ Mutter über den kleinen Bruder und den Vater, die ihre eigene Version des Liedes aufführten: *“[...] sie kamen schier um vor Lachen”*.
- ⊗ Die Schüler in Marys Klasse meinten, das Lied sei *“witzig”*.
- ⊗ Onkologe, als er Marys Stimme das Lied singen hörte: *“[...] Ich bin ganz gerührt”*. (Tab. 3)

- ☉ Lehrerin über die Stationsband, die das Lied spielte: *“Das Lied löst ganz besondere Gefühle, eine gewisse ‘Stille’ in der Gruppe aus ... und wir spielen das Lied ‘mit Würde’ ”.* (Tab. 4)
- ☉ Der Musiktherapeut ist manchmal *“bewegt”* (Dankbarkeit? Reine Sentimentalität? Vielleicht eine Mischung aus Leid und Verwunderung ...), insbesondere vor oder nach Live-Darbietungen. Der situative Kontext einer Darbietung löste offensichtlich in mir mehr Emotionen aus als das Lied/der Liedtext an sich (Tab. 4).

Kategorie 4:

Dimension der Einwirkung - Andere zu Reaktionen veranlassen

Diskussion

Dieses Lied (sowohl Produktion als auch Produkt) scheint mehr zu sein als nur künstlerischer Ausdruck; es stellt ein Stück Arbeit und eine Errungenschaft dar. Es entstand zu einer Zeit in Marys Leben, da es für sie außerordentlich schwierig war, als alles andere, nur nicht als Homo Dolorosus (Mensch voller Leid) zu erscheinen. Die vier Kategorien: Eine Geschichte wird erzählt, schwierige Situationen meistern, sich selbst präsentieren und andere zu Reaktionen veranlassen weisen hingegen auf den Homo Sozius hin (die sozialen Dimensionen eines Menschen/Patienten). Ähnliche Untersuchungen von Liedern, die von Mary oder anderen krebserkrankten Kindern im Krankenhaus stammen, würden vielleicht andere Kategorien hervorbringen und/oder die hier dargestellten bestätigen. An dieser Stelle scheint es angebracht, näher darauf einzugehen, wie die hier präsentierten *“Ergebnisse”* verstanden werden können. Ich glaube, dass dieser Fall theoretische Implikationen hat. Er kann nicht isoliert beschrieben und verstanden werden.

43

Welche Theorien können Wissen und Einblick, die wir bislang erlangten, noch weiter vertiefen? Hierfür steht uns eine ganze Palette von Theorien zur Verfügung, die von Bewältigungstheorien (mit Schwerpunkt auf *“internen”* Prozessen) bis zu Milieu-Therapie (mit Schwerpunkt auf *“externen”* Prozessen) reicht. Mein Interesse an der Rollentheorie wurde während der Entstehung dieses Liedes oft auf die Probe gestellt, aber auch weiter angeregt. Man kann Rollen als *“institutionalisierte Bündel normativer Rechte und Pflichten”* (Marshall 1996, S. 452) betrachten. Dieses soziologische (und sozialpsychologische) Schlüsselkonzept kann auf zwei unterschiedliche, sich gegenseitig jedoch nicht ausschließende Arten verstanden werden:

1. Rollen können zugewiesen, erworben oder verdient werden; sie können formell oder informell, situations- oder statusbezogen sein. Die Rolle wird häufig als eine statische Position betrachtet. Talcott Parsons Beschreibung der Rolle des Kranken ist ein bekanntes Beispiel für

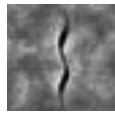
eine Rollenuntersuchung. Eine Person kann eine oder mehrere unterschiedliche Rollen ausfüllen. Marys Rollenrepertoire schien sich durch ihren Krankenhausaufenthalt immer weiter zu reduzieren. Die Geschichte unseres Liedes liefert viele Beispiele dafür, dass der Musiktherapeut und andere Krankenhausmitarbeiter Mary wie eine "kreative Person" oder eine "Liedermacherin" behandeln und ihr somit Attribute zuweisen, die auf andere Rollen und nicht nur die der Patientin hinweisen.

2. Ein anderer Ansatz setzt den Schwerpunkt eher auf *"Prozesse, die bei Entstehung, Annahme oder Spielen von Rollen ablaufen. Dies entstammt den Traditionen von symbolischem Interaktionismus und Dramaturgie, wobei letztere soziales Leben mit Hilfe der Metaphorik von Drama und Theater analysiert"* (ibid. S. 452-453). Alle vier während der Entstehung dieses Liedes entwickelten Kategorien könnten gewissermaßen als Beispiele dafür gewertet werden, dass die Patientin nicht nur eine Rolle innehat, sondern auch neue Rollen annimmt: "Ein Mädchen als Geschichtenerzählerin", "Ein Mädchen, das 'schwierige Zeiten' bewältigt", "Ein Mädchen, das sich selbst positiv darstellt", und "Ein Mädchen, das andere veranlasst zu reagieren". Beim gegenwärtigen Stand ist es schwer zu sagen, inwieweit diese neuen Rollen beziehungsweise Rollen Aspekte permanent waren. Man kann jedoch davon ausgehen, dass es durch Entstehung und Nutzung des Liedes bei Mary zu einer Rollenerweiterung kam. Zeitweise spielte sie auch diese gesundheits(?)bezogenen Rollen unterstützt durch die Musiktherapie. Die Verdächtig heitere Lady erfüllt einige von David Aldridge (1996, S. 210) formulierte Kriterien zur Rolle der schöpferischen Therapien bei der Behandlung und Pflege lebensbedrohlich erkrankter Menschen: "[...] eine existentielle Therapieform, die die Menschen so akzeptiert, wie sie sind, und ihnen eine Gelegenheit bietet, sich so zu definieren, wie sie sein möchten [...]". Den auf Marys erstes Lied im Krankenhaus bezogenen Interaktionen könnte noch der Wunsch anderer Personen (Eltern, Musiktherapeut etc.) hinzugefügt werden, Mary als mehr als "nur eine Patientin" zu "definieren" und sie dabei zu unterstützen.

Eine den verschiedenen Kategorien gemeine Eigenschaft kann in der Frage zusammengefasst werden, wie mit ihnen eine Rollenerweiterung über die einschränkende Rolle des Patienten oder Homo Dolorosus hinaus ausgedrückt werden kann. Dies könnte als die "vorläufigste Kernkategorie" bezeichnet werden. Die Entstehungsgeschichte der Verdächtig heiteren Lady erzählt uns etwas über eine einzelne Patientin, die sich manchmal durch das Lied bemerkbar macht, ihre Präsenz in ihrer Umgebung damit aufrechterhält und auch durch das Lied repräsentiert wird. Ob das Lied in der Tat Einfluss auf die Rollen der Patientin ausübte - zeitweise oder über einen längeren Zeitraum hinweg - muss unter therapeutischen Gesichtspunkten weiter untersucht werden. Inwieweit kann ein Rollenwechsel oder eine Rollenerweiterung therapeutisch sein? Wie sieht das Verhältnis zwischen unseren Rollen und unserer Gesundheit aus?

Eine Untersuchung einer größeren Anzahl von Liedern aus der musiktherapeutischen Praxis könnte uns sicherlich einen besseren und tieferen Einblick in damit verbundene Prozesse und Bedeutungen verschaffen. Dabei bleibt die Frage, ob Untersuchungen mehrerer von Marys Liedern oder von Liedern anderer krebskranker Kinder die Möglichkeiten für eine

Verallgemeinerung verbessern würden? Will man statistisch repräsentative Ergebnisse, so lautet die Antwort "nein"! Eine größere Anzahl von Fällen liefert jedoch eine breitere Basis für Konzeptbildung, Erforschung von Prozessen und Prüfung kausaler Beziehungen. Eine vergleichende Studie von Liedentstehungsgeschichten könnte Vielfalt und Nuance aufdecken. Verallgemeinerung hieße in diesem Zusammenhang Identifizierung eines "gemeinsamen Vielfachen" oder eines allen Einzelfällen gemeinen Kerns. "[...] Verallgemeinerung ist keine 'Entweder-Oder-Frage'. Jegliches Streben nach Verallgemeinerung darf nicht mit dem Glauben an die tatsächliche Existenz universeller Gesetze vermengt werden. Es wäre falsch zu glauben, Erklärungen seien nur dann möglich, wenn universelle Gesetze identifiziert werden können" (Andersen, 1997, S. 10).



Literatur

45

Aasgaard, T. (1996) Musikkterapi til barn med kreft, del 1: 'Jeg skal juble nar jeg kommer ut!' Sangskrivning med unge kreftpasienter. *Musikkterapi* 21,3,25-30.

Aasgaard, T. (1998) Musikk-miljoterapi: Uvanlig? Uinteressant? Uutforsket!. *Nordisk Tidsskrift for Musikkterapi* 7,1, 65-69.

Aasgaard, T. (1999) Music therapy as milieu in the hospice and paediatric oncology ward. In Aldridge, D. (Hrsg.) *Music Therapy in Palliative Care. New Voices*. London: Jessica Kingsley Publishers, 29-42.

Aigen, K. (1991) Creative fantasy, music and lyric improvisation with a gifted acting-out boy. In Bruscia, K. (Hrsg.) *Case Studies in Music Therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers, 109-126.

Aldridge, D. (1996) *Music therapy research and practice in medicine. From out of the silence*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Alvesson, M. und Sköldbberg, K. (1994) *Tolkning och Refektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.

Amir, D. (1996) *Awakening and expanding the self: Meaningful moments in the music therapy process as experienced and described by music therapists and music therapy clients*. Doctoral Dissertation, New York University. UMI Order # 9237730.

Andersen, S. (1997) *Case-studier og generaliseringer*. Bergen: Fagbokforlaget.

Bruscia, K. (1995a) Topics, phenomena, and purposes in qualitative research. In Wheeler, B. (Hrsg.) *Music Therapy Research - Quantitative and Qualitative Perspectives*. Phoenixville: Barcelona Publishers, 313-328.

- Bruscia, K. (1995b) The process of doing qualitative research: Part I: Introduction. In Wheeler, B. (Hrsg.) Music Therapy Research - Qualitative and Quantitative Perspectives. Phoenixville: Barcelona Publishers, 389-400.
- Dun, B. (1999) Creativity and communication aspects of music therapy in a children's hospital. In Aldridge, D. (Hrsg.) Music Therapy in Palliative Care. New Voices. London: Jessica Kingsley Publishers, 59-67.
- Eckhoff, R. (1997) "Musikk og kropp". Musikterapi 22, 4, 17-39.
- Fischer, R. (1991) Original song drawings in the treatment of a developmentally disabled, autistic adult. In Bruscia, K. (Hrsg.) Case Studies in Music Therapy. Gilsum: Barcelona Publishers, 359-372.
- Geertz, C. (1983) Local knowledge. Further essays in interpretive anthropology. New York: Basic Books.
- Glaser, B. und Strauss, A. (1967) The discovery of Grounded Theory. Chicago: Aldine.
- Griessmeyer, B. und Bossinger, W. (1994) Musiktherapie mit krebskranken Kindern. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Heggen, K. und Fjell, T. (1998) "Etnografi", in Lorensen, M. (Hrsg.) Sporsmalet bestemmer Metoden - Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag. Oslo: Universitetsforlaget, 66-90.
- Henderson, H. (1991) Improvised song stories in the treatment of a 13-year-old sexually abused girl from the Xhosa tribe in South Africa. In Bruscia, K. (Hrsg.) Case Studies in Music Therapy. Gilsum: Barcelona Publishers, 207-218.
- Holloway, I. und Wheeler, S. (1996) Qualitative Research for Nurses. Oxford: Blackwell Science Ltd.
- Lie, S.O. (1997) "akutte myelogene leukemier (AML) hos barn" Vare barn, 2: 4-6, Oslo: Den Norske Kreftforening.
- Maranto, C. (1993) Music therapy clinical practice: A global perspective and classification system. In Maranto, C.D. (Hrsg.) Music therapy: International Perspectives. Pipersville: Jeffrey Books, 683-706.
- Marshall, G. (1994) Oxford Concise Dictionary of Sociology. Oxford: Oxford University Press.
- Ruud, E. (1998) Music Therapy: Improvisation, communication, and culture. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Strauss, A. und Corbin, J. (1990) Basics of Qualitative Research. Grounded Theory procedures and techniques. Newbury Park: Sage Publications.
- Turry, A. (1998) Song of life: Music therapy in a pediatric oncology/hematology setting. Book of Abstracts - 4th European Music Therapy Congress 1998. Leuven: Foundation 'Muziek en Therapie', npa, 146.





RHYTHMUS IN MUSIKTHERAPEUTISCHEN IMPROVISATIONEN

Die Bedeutung von Rhythmus in der Musiktherapie

Gudrun Aldridge



48

Rhythmus zu definieren ist nicht leicht. Obwohl es primär ein musikalischer Begriff ist, trägt sein Erscheinungsbild multidisziplinäre Züge. Allein in unserer westlichen Welt gibt es eine große Vielfalt von Definitionen, die den multidimensionalen Charakter dieses Begriffs verdeutlichen.

Im folgenden Beitrag wird die Frage nach der Bedeutung des Rhythmus im Bereich der therapeutischen Improvisation vor dem Hintergrund eines dynamischen Verständnisses der Organisation des Menschen erörtert. Durch die Einbeziehung des äußeren Rahmens, innerhalb dessen sich die Frage nach der Bedeutung von Rhythmus im Bereich der Therapie bewegt, versuche ich, die Signifikanz von "Rhythmus" für den therapeutischen Prozess darzulegen und seinen Stellenwert innerhalb der musiktherapeutischen Praxis aufzuzeigen.

Musiktherapie als interdisziplinärer Fachbereich

Musiktherapie ist keine eigenständige, unabhängige Fachdisziplin, sondern ist interdisziplinär und von den Bereichen Musik (systematische Musikwissenschaft), Medizin (Naturwissenschaft) und Psychologie beeinflusst. Das bedeutet, dass Fragestellungen innerhalb des musiktherapeutischen Bereichs, die z.B. die Forschung, Praxis, Profession oder Disziplin betreffen, die Interdependenz der involvierten Fachbereiche mitberücksichtigen müssen.

Wenn wir genauer nach dem musikalischen Material, wie z.B. der Rolle des Rhythmus in der Musiktherapie, fragen, wird zudem die Interdependenz zum gesellschaftlich-kulturellen Kontext deutlich. Insbesondere ist es der rhythmische Aspekt der Musik, der, neben anderen Faktoren, die Vielfalt der verschiedenen musikalischen Kulturen prägt. Somit ist im Bereich der Musiktherapie auch der kulturelle Aspekt mit seinen ästhetischen und sozialen Implikationen zu berücksichtigen, der von beiden, Patient und Therapeut, in die Musiktherapie hineingetragen wird.

Gesundheits -, Krankheitskonzept

Auch unser Verständnis von Gesundheit und Krankheit ist mit kulturellen Werten verknüpft und hängt damit zusammen, wie wir uns als Menschen selber definieren. Es ist deutlich, dass in Zeiten der Veränderung, wenn alte Werte in Frage gestellt werden, auch Fragen nach einer Definition von "gesund sein" immer wieder neu erhoben werden. Gesundheit bzw. Krankheit sind somit keine festgeschriebenen Einheiten, sondern Vorstellungen, die einen Anpassungsprozess charakterisieren .

49

Die aktuelle Literatur weist darauf hin, dass Krankheiten in ihrer Entstehung nicht nur an das Individuum gebunden sind, sondern auch an den politisch-soziokulturellen Kontext (Aldridge 1997; Malson und Ussher 1996). Indem ein politisch und kultureller Zusammenhang in Betracht gezogen wird, ist es möglich, Krankheiten nicht nur als ein individuelles, sondern auch diskursives Problem zu betrachten.

Mensch als musikalisch organisiertes Wesen

In unserer modernen Kultur benutzen wir häufig eine mechanische Metapher, die sich im Fall einer Krankheit auf den Körper konzentriert, der mit entsprechenden Behandlungsmethoden repariert werden muss. Die Heranziehung einer musikalischen Metapher (Aldridge 1996) zeigt ein ganz anderes Bild. Dieses vermittelt uns, dass wir nicht mechanisch gebaut, sondern komponiert sind, wie ein Stück Musik. Wir kommen in die Welt als intentionale, biologische, psychologische und soziale Organismen, die konstant improvisieren müssen, um den internen und externen Anforderungen des täglichen Lebens begegnen zu können. Sogar auf der zel-

lularen Ebene unseres Immunsystems ist unsere Identität ein aktives System, das jeden Moment neu improvisiert ist, um für alle Eventualitäten gewappnet zu sein.

Jeder von uns hat ein Thema, das zu seiner Identität und zu seinem eigenen Repertoire des Seins gehört, das kontinuierlich improvisiert und variiert wird, um sich den internen und externen Forderungen des täglichen Lebens anpassen zu können. Als Musiktherapeuten ist es unsere Aufgabe, Patienten das Improvisieren zu ermöglichen, um Anpassungsprozesse zu erleichtern. Mit der Erweiterung unseres "Improvisations-Repertoires" oder der Entwicklung eines neuen Repertoires wäre es uns möglich, auch auf einschneidende Veränderungen zu reagieren (Aldridge 1998).

In unserer postmodernen Gesellschaft verbirgt sich hinter dem Konzept von Gesundheit ein vielfältiges Spektrum von selbstverwirklichenden Aktivitäten, die der postmoderne Mensch für sich auswählt und die seine Identität mitbestimmen. Gesundheit kann somit als Gestaltungsvorgang gesehen werden. Aldridge (Aldridge 1996) betrachtet das Gesunde an sich als einen kreativen Prozess. Folglich ist für ihn die kartesianische Position, die Geist und Körper trennt und die wir in "cogito ergo sum" wiederfinden, unpassend. Stattdessen schlägt er "argo ergo sum" – ich gestalte, also bin ich - vor.

In der Musiktherapie finden wir die Position von "argo ergo sum" bestätigt, denn in ihr sind Wahrnehmung und musikalisches Handeln nicht getrennt, sondern stehen in einem engen Zusammenhang. Das Verhältnis von beiden wirkt sich auf die Musik im therapeutischen Zusammenhang aus. Nur im Zusammenfinden beider Pole im schöpferischen Prozess können wir Kunst als Therapie betrachten.

Wenn Kunst etwas mit erfolgreicher Gestaltung der Lebenswirklichkeit zu tun hat, kann kreatives Handeln auf die erfolgreich umgesetzte Gesundheit übertragen werden.

Musiktherapeutischer Ansatz

Bei dem hier zugrundegelegten musiktherapeutischen Ansatz steht die Improvisation als wichtigstes therapeutisches Mittel im Vordergrund (Nordoff und Robbins 1977). Patient und Therapeut sind gemeinsam an der Gestaltung des therapeutischen Prozesses beteiligt. Wie mit der musikalischen Metapher bereits zum Ausdruck gebracht, geht diese Form der Therapie von dem Gedanken aus, dass wir als menschliche Wesen mit einer natürlichen musikalischen Anlage ausgestattet sind. Von Entwicklungspsychologen wird diese als eine psycho-biologische Notwendigkeit in allen menschlichen Wesen betrachtet (Trevathan 1999 in press). Somit sind für diese Therapieform keine instrumentalen Fertigkeiten erforderlich, um in einen musikalischen Prozess zu gelangen. Bei der therapeutischen Improvisation geht es nicht um das Kunstvolle, Artistische und die Beherrschung des Instruments, sondern um die Erfahrung spontanen, kreativen Handelns und die Entwicklung von Qualitäten im Prozess des freien musikalischen Gestaltens, das sich in Beziehung zu einer anderen Person vollzieht.

Die Stärke der therapeutischen Improvisation zeigt sich darin, dass sie den Schwerpunkt darauf legt, wie sich der Mensch in seiner Gesamtheit ausdrückt und nicht auf das, was gesagt wird (Aldridge und Aldridge 1999). Wie wir unsere Identität musikalisch ausdrücken, kann der Realität unseres momentanen Befindens näher kommen als ein präzises medizinisches Assessment.

Improvisation

Improvisieren zu können bedeutet immer "etwas aus dem Stegreif tun zu können". Dieses spontane Agieren macht eine Person gegenüber einer anderen, die nicht unmittelbar handeln kann, überlegen. Schon aus dieser Tatsache heraus bildet das Improvisieren ein nützliches Mittel zur Bewältigung verschiedenster Aufgaben in besonderen Situationen des täglichen Lebens.

Improvisieren meint also "etwas ohne Vorbereitung, aus dem Stegreif tun" (Drosdowski 1989). Wenn wir die Ableitung aus dem italienischen *improvisare* und dem lateinischen Verb *improvisus* mithinzuziehen, so haben wir die Bedeutung von unvorhergesehen, unerwartet, unvermutet, aber auch von vorhersehen (lat. *providere*). Damit ist die antizipatorische Komponente angesprochen, die im kognitiven System der Perzeption und im kulturellen Kontext des Menschen eine Rolle spielt. Wie wir später sehen werden, findet sich dieser Bedeutungsinhalt von Improvisation in einem wesentlichen Element des Rhythmischen wieder, das antizipatorisch und mit dem eine Erwartungshaltung verbunden ist.

51

Improvisation als therapeutisches Mittel zur neuen Formgestaltung

In der Therapiesitzung lade ich die Patienten ein, mit mir zusammen zu improvisieren. Es entsteht ein dialogischer Prozess, bei dem beide, Patient und Therapeutin, Teil des musikalischen Prozesses sind. Damit erfahre ich den Menschen unmittelbar, so wie er ist, in seiner Ganzheit und Komplexität, und es bedarf keiner zusätzlichen verbalen Übersetzung, wie z.B. in der Psychotherapie.

Abbildung 1 verdeutlicht, welche Handlungsweisen, Interaktionen und Prozesse bei der therapeutischen Improvisation involviert sind.



THERAPEUTISCHES IMPROVISIEREN

Spontan und kreativ handeln
Musikerlebnis im "Jetzt"

P	Interaktions- prozesse	Th
Aktiv handeln		Unterstützen und Selbstheilungskräfte katalysieren
Verantwortung übernehmen	Intrapersonelle Kommunikation	Passenden Kontext anbieten
Einfluss nehmen	Interpersonelle Kommunikation	Phasen des Experimentierens hervorrufen
Erleben verschiedener Spannungsebenen des Nichtübereinstimmens mit sich, dem Gegenüber und dem Umfeld	"Was" (Inhaltsaspekt) und "Wie" (Beziehungsaspekt) wird kommuniziert?	Anstoss zur Entwicklung geben: Imitation, Assimilation, Innovation
Katalysierung der Selbstheilungskräfte	Kreativ sein im gegenseitigen Austausch und Assimilation	Kreative Bewältigungsstrategien fördern
Sich selber bestimmen und definieren. Autonom handeln	Dialog zwischen zwei unabhängigen, selbstständigen Individuen	Zum expressiven Dialog ermutigen und neue Wege verschiedener Ausdrucksnuancen aufzeigen



Kairologischer Moment:

Entstehen einer neuen Identität durch den Augenblick der richtigen Entscheidung zum passenden Moment innerhalb der persönlichen Zeit

Abb. 1: Therapeutisches Improvisieren

Damit Therapie stattfinden kann, müssen Patient und Therapeut agieren, um einen Effekt hervorzurufen oder eine Reaktion zu produzieren. Ich reagiere z.B. auf die Musik der Patienten, indem ich eines ihrer Muster unmittelbar aufgreife, zurückgebe, variiere, modifiziere oder kontrastiere. Somit gehe ich mit dem musikalischen Material der Patienten nicht deutend, wie in der Psychoanalyse, um, sondern gestalte die musikalische Improvisation im Sinne ihrer Ent-

wicklungsförderung, um den Patienten die meisten Entfaltungsmöglichkeiten im musikalischen Ausdruck bieten zu können. Die verschiedenen Wirkungsweisen und Interaktionen zwischen Patient, Therapeut und der Musik umfassen das, was häufig als die Dynamik der Therapie bezeichnet wird (Bruscia 1987). Die Spalte der Interaktionsprozesse deutet auf die Beziehungskonstellationen intra – und interpersonell hin. Dieses ist wichtig, denn Musik stellt hier die Verbindung zwischen der individuellen internen Welt der Patienten und der externen Welt der therapeutischen Beziehung her (Robbins 1992).

Über die improvisierte Musik kann der Patient seine Gefühle wahrnehmen und zum Ausdruck bringen. Nach Susanne Langer (Langer 1953) sind die Formen des Fühlens den musikalischen Formen näher als der Sprache, die zu eng und begrenzt erscheint, um sie umfassend artikulieren zu können. Durch den wandelnden Ausdruckscharakter der Musik kann die Sinnbeilegung niemals konventionalisiert werden. Die Improvisation ermöglicht also die Kommunikation auf der seelischen Ebene, ohne den Umweg über Intellekt und Sprache. Im direkten Wahrnehmen und Erfahren der Klangformen des Patienten, die seinen Gefühlen entwachsen, liegt das diagnostische Moment des Therapeuten. Was bedeutet das konkret? Die zuvor erwähnte musikalische Metapher, die den Menschen als "symphonisch" und nicht "mechanisch" betrachtet, ist für die klinische Praxis von großem Wert. Als Musiktherapeuten hören wir die Identität des Patienten als musikalische Form, die fortlaufend komponiert wird, und erhalten somit ein Verständnis von seinem physiologischen, psychologischen und sozialen Wesen. Da die musikalischen Faktoren Rhythmus, Tempo, Zeit, Bewegung, Dynamik und Intervalle auch unseren biologischen Funktionen zugrundeliegen, stellt Musiktherapie ein ideales Medium dar, Einschränkungen und Begrenzungen in diesen Bereichen aufzudecken. Darüber hinaus können wir wahrnehmen, wie sich Patienten mit Hilfe der musikalischen Elemente ordnen. Hierbei kann jedes musikalische Element zum Substrat der sich jeweils bildenden Form werden. Es ist auch möglich wahrzunehmen, wenn ein Patient den Zugang zu seinem biologischen Tempo verloren hat. Dieses kann oft in Form eines beziehungslosen rhythmischen Spiels zum Ausdruck kommen. Symptome können sich somit durch den Verlust einer Ordnung ausdrücken. Diesem Ordnungsverlust, der sich im musikalischen Ausdruck offenbart, können eine Desintegration physiologischer, seelischer und sozialer Komponenten oder, wie im Bereich der Demenz, neurochemische und neurophysiologische Veränderungen zugrundeliegen (Aldridge und Brandt 1991; Aldridge 1993).

Die zeitliche und strukturelle Beweglichkeit der Musik, die die Basis für individuelles Gestalten in der therapeutischen Improvisation bildet, macht es möglich, auf Chaos zu reagieren und mit Hilfe ihrer Formkraft Auseinandergefallenes neu zu strukturieren.

Es ist wichtig festzuhalten, wie Form in diesem Zusammenhang zu verstehen ist. Form stellt hier keine statische Einheit dar, die einem Schema unterworfen ist, sondern etwas Dynamisches, das sich im Werden individuell entfaltet. Das Charakteristische dieses Formverständnisses ist ihr fließender Zustand. Aus dem sich allmählich zwischen Patient und Therapeutin entwickelnden musikalischen Spiel entsteht ein Bewegungs – und Spannungsablauf, der Erwartungen erzeugt und eine latente Spannung hervorrufen kann. Mit diesem Prozess kann ein Formgefühl aktiviert werden, das nach Gleichgewicht strebt. Es ist dann verwirklicht, wenn im musikalischen

Spiel alles unmittelbar Entstehende in einen neuen Gesamtzusammenhang integriert wird. Dieser neue, aus dem Integrationsprozess hervorgegangene Zusammenhang stellt sich als eine höhere Ordnung dar. Sie bietet dem Patienten die Gelegenheit, sich anders zu erfahren, in einer Art und Weise, die ästhetisch ist und ihm Möglichkeiten einer neuen Identität eröffnet. Diese neue Identität ist weniger das "Produkt" seiner Vorstellung, sondern sie entspringt der kreativen Gestaltungskraft des Patienten, die im interaktiven Moment, in Beziehung zur Therapeutin, zur konkreten individuellen Form wird. Im Gegensatz zur postmodernen, konstruierten Identität liegt der Schwerpunkt hier auf den eigenen Kräften, die sich zu wirklichen, realen Möglichkeiten wandeln können.

Dieser weit gefasste Formbegriff wird auch in Zusammenhang mit Verhaltensweisen des Patienten, den Prozessen seiner Krankheitsbewältigung und seinem biographischen Kontext betrachtet.

Die Sichtweise der musikalischen Metapher weist auf dieses flexible Formelement hin und ermöglicht uns, die Bedeutung der musikalischen Organisation für den Menschen im Hinblick auf sein Gesamtempfinden zu erkennen. Sie kann ihm helfen, eine kohärente Organisation wiederzufinden, d.h. Gehirn, Körper und Geist miteinander zu verbinden (Aldridge 1998).

Es stellt sich die Frage, welche Bedeutung dem Rhythmus zukommt, wenn der therapeutische Schwerpunkt auf die Wiedererlangung zusammenhängender und integrativer Prozesse gelegt wird.

54

Rhythmus-Konzept



Die Begriffe Rhythmus und Metrum sind in ihrer allgemeinen Bedeutung und in ihrer spezifisch musikalischen und musiktheoretischen Anwendung sehr umstritten. (Blume 1989b). Übereinstimmung herrscht lediglich darüber, dass sich die Musik im rhythmischen Phänomen einem universalen Lebens- und Ordnungsprinzip im Medium der Zeit verbindet, als deren tönende Ausformung sie erscheint.

Es liegt auf der Hand, dass mit einem traditionell klassisch-europäischen Verständnis von Musik, in dem taktgebundene, symmetrische Formen überwiegen, die komplexen polymetrischen und a-metrischen musikalischen Formen nicht-westlicher Kulturen gar nicht erfasst und adäquat erklärt werden können.

Auch in der Literatur unserer westlichen Kultur begegnet uns eine verwirrende Fülle von Rhythmus-Definitionen, die auf historisch wie systematisch divergente Ausgangs- und Grundpositionen hinweisen. Anhand verschiedener Definitionen (Plato, Aristoxenes, Eggebrecht, Martin, Riemann, Scholes, Shaffer, Westphal) zeigt sich auch das Problem, dass in spezifischen Fällen der musikalische Rhythmus nicht klar von nicht-rhythmischen Tatsachen unterschieden wird.

Die meisten Definitionen beziehen sich auf die temporale Organisation. Jedoch ist die temporale Organisation in der Form serieller Gruppierungen beiden, Sprache und Musik gemeinsam (Parncutt 1994). Sie ist also kein spezifisch musikalisches Phänomen.

Ein Grundelement des Rhythmischen, auf das in vielen Definitionen hingewiesen wird, ist die durch es erzeugte Erwartungshaltung, die die Zukunft ahnend antizipiert. In der Literatur zu Musik und Perzeption (Povel 1995) wurde dieser Aspekt der "Erwartung" (expectancy) näher untersucht. Die aus den Ergebnissen hervorgegangenen komplexen rhythmischen Muster dienten manchen Autoren als Modell für die kategoriale rhythmische Perzeption.

Rhythmus existiert nicht nur in der Zeit, sondern strukturiert Zeit und erzeugt dadurch Spannung, die zukunftsgerichtet ist (Aldridge 1996). Dieses ist für den therapeutischen Kontext, in dem Rhythmus (durch Wahrnehmen, Reagieren und Produzieren) im psychophysischen Organismus des Menschen erfahren wird, von Bedeutung.

Zunächst jedoch wird ein Blick auf die Etymologie sowie auf Aussagen von Autoren geworfen, die in ihr Verständnis von Rhythmus perzeptorische, physiologische und psychologische Komponenten einbeziehen.

Etymologische Deutung

55

Die etymologische Deutung gibt folgende Hinweise (Pfeifer 1997):

griech.: *rhythmos* "strömen, Strom", als Sinnbild einer steten und gleichförmigen Bewegung, wohl der Meereswellen, und Ahd.: *ritmus* (11. Jh.) "gleichförmig abgemessene Bewegung".

Daneben findet sich eine ältere Ableitung mit der Bedeutung "ziehen". Die Wortgeschichte bezeugt die bedeutungsmäßige Nähe von "Gestalt, Form, Figur" (Blume 1989a). Auf der Grundlage der griechischen Entdeckung des Rhythmus in Tanz und Musik findet sich im Gegensatz zum "Fließen" die Bedeutung von "Halt" und "feste Begrenzung der Bewegung". Damit ist zugleich der musische Ursprung des Wortes angedeutet.

Im Vergleich zu Rhythmus wird *Metrum* allgemein als Versmaß bezeichnet, als kleinste rhythmische Verseinheit. Lat. *metrum* (19. Jh.) "Vers -, Silbenmaß"; griech. *Métron* "das rechte, volle Maß, Ziel, Länge, Größe, Silben- oder Versmaß". Damit deutet sich eine subalterne Eigenschaft von *Metrum* an, die dem rhythmischen Phänomen untergeordnet ist. Auf die zahlreichen Versuche, die die Begriffe Rhythmus und *Metrum* gegeneinander abgrenzen, gehe ich hier nicht ein, da sie häufig einer vorwiegend mathematischen Konzeption der Musik entstammen und für die therapeutische Bedeutung des Begriffes wenig aufschlussreich sind.

Die etymologische Deutung von Takt leitet sich ab aus dem Lateinischen *tactus* und meint Berührung, Gefühlssinn, Gefühl, oder lat. *tangere* mit der Bedeutung an-, berühren, beeindrucken. In diesem Sinne sprechen wir auch vom "gesellschaftlichen Takt", der ein "feines Ge-

fühl für Anstand und Schicklichkeit und rücksichtsvolles Verhalten“ meint (Pfeifer 1997). Das “stimmige Maß“ im gesellschaftlichen Kontext ist dem Zeitmaß des Taktes vergleichbar. Wenn wir uns in die zuvor beschriebene musiktherapeutische Situation hineinversetzen, könnte Takt dadurch erfahrbar werden, indem wir uns in der aktiven Spielsituation jeweils an den anderen Spielpartner anlehnen, d.h. an sein stimmiges “Maß“, das durch seinen Ausdruck vermittelt und gefühlt werden kann. Für Therapeuten kann es wichtig werden, Patienten zu ihrem stimmigen Maß im musikalischen Spiel zu verhelfen. Dieses kann in der Form des geraden, ungeraden Taktes oder aber auch in einer taktungebundenen Form in Erscheinung treten und dafür entscheidend sein, wie sie im weiteren Verlauf der Improvisationen ihre musikalische Identität entwickeln.

Allgemeine Deutung

Das, was uns bei der etymologischen Deutung begegnet, findet sich in einer umfassenderen Anwendung des Rhythmus-Begriffs wieder. Dazu gehören die im physikalischen Universum beobachtbaren, beliebigen Formen temporaler Periodizität, die, ausgehend von molekularen Vibrationen bis hin zu den gewaltigen “rhythmischen“ Expansionen und Kontraktionen, als rhythmisch beschrieben werden (Parncutt 1994). Der Begriff wird auch herangezogen, die in der Natur beobachtbaren Formen temporaler Periodizität, wie Jahresrhythmus, Tagesrhythmus, Rhythmus der Gezeiten, bestimmte Arten von Vogelstimmen und Tierstimmen, die als wiederkehrende Klangwiederholungen wahrzunehmen sind, zu beschreiben. Wir bezeichnen auch den Effekt, den Musik auf sich ständig wiederholende physikalische Aktionen ausübt, als rhythmisch.

56

Fundamentale Tragweite für das Verständnis des Rhythmus hat seine Beziehung zum menschlichen Organismus. Rhythmus ist auf eine andere Art und Weise mit unserem Körper verwurzelt als Melodie und Harmonie. Atmen, Herzschlag, Gehen, Laufen sind rhythmische Aspekte unserer physiologischen Existenz. Wir betrachten es als selbstverständlich, dass Rhythmus einen Effekt auf unsere Fähigkeiten ausübt, unsere eigenen Bewegungen zu organisieren (Tanz, Marschieren, Arbeitsrhythmus). Äußere wie innere Ereignisse und Eindrücke wirken ständig und unmittelbar auf Puls und Atmung ein, wie umgekehrt unsere physiologischen Rhythmen nach außen dringen, wahrgenommen und gemessen werden können. Der Wechsel von Spannung und Entspannung, der charakteristisch ist für rhythmische Verläufe im menschlichen Körper, wird, indem er erlebt wird, zur psychologischen Kategorie.

Durch gedankliche Abstraktion ist es uns möglich, rhythmische Kategorien auf Raum, Fläche und Linie zu übertragen, wie bei der Symbol-Notenschrift, und umgekehrt räumliche Kategorien auf die Zeit (Blume 1989a). Wir sprechen z.B. von rhythmisch bewegten Linien oder von rhythmischen Pfeilerordnungen in der Architektur.



Deutung nach Parncutt

Nach Parncutt (Parncutt 1994) ist die geeignetste Basis für eine Definition des musikalischen Rhythmus die "periodisch perzeptuelle Gruppierung". Periodische Gruppierungen sind typische Erscheinungen in der Musik; in der Sprache hingegen (und dem mechanischen Vortrag in der Poesie) sind sie relativ unüblich.

Als weiteres Merkmal, das den musikalischen Rhythmus von dem Rhythmus der normalen Alltagssprache unterscheidet, nennt er das "Pulsgefühl" (pulse sensation).

Den Begriff Pulsgefühl benutzt er als umfassenden Begriff für Beat, Swing und Grundschatlag. Rhythmische Ereignisse rufen ein Pulsgefühl hervor, das, wenn man sich darauf eingelassen hat, eine Erwartungshaltung erzeugt. Klang-Ereignisse werden also in bestimmten Zeitabständen erwartet oder auch antizipiert.

Der weitverbreitete Gebrauch des Rubato (besonders in der westlichen Musik) weist darauf hin, dass der musikalische Grundschatlag (Puls) nicht exakt isochron sein muss, um gespürt zu werden (Shaffer 1981).

Im Zusammenhang mit rhythmischer Perzeption bezieht sich Parncutt auf Studien von Schulze, die auf einen internen Zeitnehmer (internal timekeeper) hinweisen. Schulze (Schulze 1978) entdeckte die Sensitivität seiner Probanden für Zeitabweichungen bei isochronen Ton/Klangsequenzen. Aufgrund seiner Resultate schlägt er vor, dass Zuhörer in der Lage sind, ihre internen Zeitnehmer mit den wahrnehmbaren Tonsequenzen zu synchronisieren, wobei sie Ungleichmäßigkeiten aufspüren, indem sie Diskrepanzen zwischen den erwarteten und den tatsächlichen Klangereignissen feststellen können.

Das Konzept des internen Zeitnehmers wurde auch von anderen Autoren (Clarke 1989; Treisman, Cook, Naish et al. 1994) aufgegriffen. Sie stellten fest, dass die Wahl des "richtigen" Tempos durch den zentralen Zeitnehmer geregelt wird, der das Tempo in Reaktion auf und in Verbindung mit expressiven Merkmalen, wie rubato und crescendo, adjustiert. Man nahm an, dass Zuhörer eine Art interne Uhr oder Zeitbasis entwickeln, wenn sie ihre Aufmerksamkeit auf rhythmische Muster lenken.

Die Studie von Iwanaga und Tsukamoto (Iwanaga 1995) untersuchte die Beziehung zwischen bevorzugtem Tempo und Herzschlag. Probanden bevorzugten Tempi, die in harmonischer, ausgewogener Beziehung zu ihrem Herzschlag standen. Es wäre jedoch zu voreilig zu behaupten, dass eine zyklische Aktivität, wie die des Herzschlags, als vorherrschender Faktor für ein bevorzugtes Tempo zu gelten hätte. Insofern wird auch hier argumentiert, dass eine innere Uhr im Gehirn als bestimmender Faktor des Schrittmachers sowohl den Herzschlag als auch das bevorzugte bzw. das persönliche Tempo und das Tempo der verschiedenen motorischen Aktivitäten beeinflussen könnte. Es ist jedoch anzunehmen, dass Herzschlag (Puls) nur einer von mehreren Faktoren ist, die bei der Wahl des bevorzugten Tempos involviert sind. Wie

LeBlanc vermutet, können auch stimulante Faktoren, persönliche Merkmale und soziales Milieu den Herzschlag für ein bestimmtes, bevorzugtes Tempo beeinflussen (Le Blanc, Colman, und McCrary 1988).

Aus den oben dargelegten Tatsachen wird deutlich, dass im Zusammenhang mit Rhythmus die Termini interne Uhr und Pulsgefühl eine Rolle spielen. Beide beziehen sich auf das gleiche Phänomen, unterscheiden sich aber in ihrem Schwerpunkt. Interne Uhr knüpft an einen zugrundeliegenden neurophysiologischen Mechanismus an, während Pulsgefühl sich auf die Erfahrung des Zuhörers bezieht. Das Pulsgefühl kann durch rhythmische Perzeption (Zuhören), rhythmische Aktion (Performance) oder beides erfahren werden. In diesem Sinne ist der Gedanke des Pulsgefühls mit einem ökologischen Ansatz von Perzeption (Gibson 1979) vereinbar, in dem Perzeption und Aktion als untrennbar verbunden betrachtet werden.

Das hat für die musiktherapeutische Arbeit Bedeutung, denn in ihr liegt der Schwerpunkt auf der aktiven Teilnahme, wobei aktives Zuhören und aktives Partizipieren eng miteinander verbunden sind.

Die folgende Abbildung zeigt noch einmal in übersichtlicher Form die Definition von Rhythmus nach Parncutt, die sich an eine allgemein akzeptierte Definition von "Ton" anlehnt (American Standard Association. USA standard acoustical terminology. New York: American Standards Association, 1960).

58

Sie korrespondiert mit der allgemeinen Bedeutung von Rhythmus und Ton im Bereich der Alltagssprache.

<p style="text-align: center;">R H Y T H M U S</p> <p style="text-align: center;">Definition nach Parncutt, 1994</p>	<p style="text-align: center;">Ein musikalischer Rhythmus ist eine akustische Sequenz, die ein Gefühl von Puls hervorruft.</p> <p style="text-align: center;">A musical rhythm is an acoustic sequence evoking a sensation of pulse.</p>
<p style="text-align: center;">TON</p> <p style="text-align: center;">Definition nach der 'American Standards Association', 1960</p>	<p style="text-align: center;">Ein Ton ist ein Klang, der das Gefühl von Tonhöhe hervorruft.</p> <p style="text-align: center;">A tone is a sound that evokes a sensation of pitch.</p>

Abb. 2: Definition von Rhythmus und Ton

Deutung nach Christensen

Christensen (Christensen 1996) entwickelt seine Gedanken zu einer Theorie der musikalischen Analyse auf der natürlichen Basis des Hörens und schlägt fünf Dimensionen des Wahrnehmens (Bewegung, Puls, Timbre, Raum, Intensität) vor, von denen eine den "Puls" darstellt. Für ihn repräsentieren Bewegung und Puls zwei Arten der auditiven Wahrnehmung. Bewegung evokiert die Wahrnehmung von Wechsel, Puls die Wahrnehmung von Regelmäßigkeit. Bewegung und Puls sind also die essentiellen Faktoren, die dem Gefühl von Zeit zugrunde liegen. Die Dimension Intensität vermittelt unmittelbare Information über Klangquellen und den sukzessiven Wechsel von Klangereignissen der Umgebung. Diese natürlichen perzeptuellen Ressourcen werden auch dann aktiviert, wenn wir Musik hören.

In seiner Bestimmung von Rhythmus stützt er sich auf Platos Definition; "Rhythm is the order in the movement" (Christensen 1996, S. 92), da sie für ihn die Interaktion zwischen Bewegung und Puls beschreibt.

Bewegung impliziert also die Wahrnehmung für Wechsel, Puls die Wahrnehmung von Regelmäßigkeit. Die Ordnung in der Bewegung wird durch die Integration von Wechsel und Regelmäßigkeit in einer temporalen Form hervorgerufen. Nach Christensen können temporale Formen auf drei verschiedene Wege geschaffen werden: 1. durch Expansion und Kontraktion, 2. durch Selektion und Omission von Schlägen innerhalb eines regulären Ablaufs von Pulsschlägen und 3. durch die Addition von Pulsschlägen.

59

Das folgende Notenbeispiel verdeutlicht, was Christensen unter temporaler Form versteht. Das Charakteristische dieses Beispiels zeigt sich im sprunghaften, punktierten Muster, das durch Expansion und Kontraktion aus einer Folge regulärer Pulsschläge abgeleitet ist (Christensen 1996, S. 93):

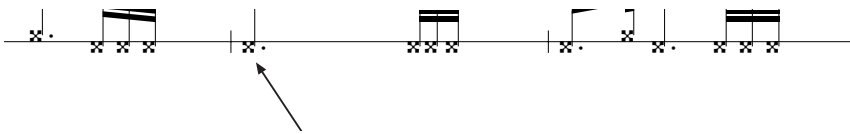


Abb. 3: Beispiel für eine temporale Form nach Christensen

Christensens Definition von Rhythmus lautet:

R H Y T H M U S Definition nach Christensen, 1996	Rhythmus ist eine temporale Form von Bewegung. Rhythm is a temporal shape of movement.
---	--

Abb. 4: Definition von Rhythmus nach Christensen



Zusammenfassend können wir von einigen Tatsachen ausgehen. Beide Autoren stützen sich in ihrer Bestimmung von Rhythmus auf perzeptuelle Faktoren. Die Wahrnehmung von Rhythmus ist bei beiden an die Wahrnehmung von Puls gebunden. Rhythmus zu erfahren bedeutet ein Bewusstsein von Puls zu haben. Ein akustisches Klangereignis, eine bewegte temporale Form kann die Erfahrung des integrierten Zusammenhangs von Regelmäßigkeit und Wechsel hervorrufen.

Aus der Literatur ist uns der enge Zusammenhang zwischen Wahrnehmung und Herzfrequenz hinlänglich bekannt (Safranek, Koshland, und Raymond 1982; Sandman 1984). So wird in ihr darauf hingewiesen, dass ein Anstieg der Pulsfrequenz auf kognitive Verarbeitung und Unterdrückung der Umweltreize hinweist. Beim Absinken der Pulsfrequenz ist die Aufmerksamkeit auf die Umwelt gerichtet. Reize der Umwelt können bei niedriger Herzfrequenz besser wahrgenommen werden als bei hoher. Neugebauer (Aldridge und Neugebauer 1998) konnte diesen Zusammenhang für die Musiktherapie empirisch nachweisen. In einem Versuch hat er darlegen können, dass im gemeinsamen musikalischen Spiel bei Proband und Therapeut die Pulsfrequenzen anstiegen, wenn musikalische Intentionen vorbereitet wurden. Die Pulsanstiege deuteten auf kognitive Vorgänge hin. Während des aktiven Zuhörens, bei dem die auf die Umwelt gerichtete Aufmerksamkeit zunimmt, trat ebenso ein Absinken der Pulsfrequenz auf. Das kardiovaskuläre System reflektiert also die Intention zur Informationsaufnahme. Beide Phänomene werden dadurch miteinander verbunden, dass Pulsanstieg und – abfall während der Aktivität gemeinsam zwischen zwei physiologischen Einheiten und der Musik stattfinden. Das bedeutet, wie Aldridge betont, dass die Physiologie und die musikalischen Vorgänge isomorphe Prozesse sind (Aldridge und Neugebauer 1998). Das gemeinsame Improvisieren von Musik ist von deutlichen physiologischen Veränderungen begleitet. Jedoch ist zu bemerken, dass es der nicht-materielle Aspekt der gesamtkörperlichen Organisation ist, der, trotz der direkten Auswirkung auf den Körper, für die intrapersonelle als auch interpersonelle Kommunikation entscheidend ist.

Musik rhythmisch zu gestalten ist eine Aktivität, die die gesamte Person und Persönlichkeit involviert. Wir können uns also nicht, wenn wir danach fragen, wie Rhythmus im musikalischen Spiel erfahren wird, nur auf das rhythmische Element allein beziehen. Rhythmus wird als klingend erlebt und hat somit eine enge Verbindung zu anderen musikalischen Faktoren, wie Intervall, Tonhöhe, Melodie, Harmonie und Dynamik. So ist auch Leonard Meyers (Storr 1992, S. 33) Äußerung zum Rhythmus zu verstehen:

“To study rhythm is to study all of music. Rhythm both organizes, and is itself organized by, all the elements which create and shape musical processes.”

Ähnlich äußert sich Povel (Povel 1984) der für das Verständnis von Rhythmus einen gedanklichen Bezugsrahmen heranzieht. Wenn wir eine Sequenz von Tönen hören oder spielen, lässt sich jeder Ton durch Tonhöhe, Timbre, Volumen und Dauer charakterisieren. Töne legen aber auch Punkte im zeitlichen Ablauf fest. Damit geben sie eine Struktur in der Zeit vor und strukturieren sie dadurch. Töne stellen gewissermaßen ein zeitliches Netzwerk dar, eine Zeitskala,

auf der sie je nach Dauer und Ort (Höhe) "kartographisch" festgelegt werden können. Diese Doppelfunktion von Tönen verdeutlicht uns noch einmal, dass das Phänomen Rhythmus nur im musikalischen Kontext zu erfassen ist.

Wir müssen uns darüber klar sein, dass jede Analyse und Interpretation rhythmischer Phänomene eine Begrenzung durch das jeweilig herangezogene musikalische Kategoriensystem erfährt. So könnte eine Rahmenreferenz mit Tempo und Takt für die Wahrnehmung und Analyse von Rhythmen der traditionellen westlichen Musik durchaus hilfreich sein, sich jedoch für die Wahrnehmung und Analyse atonaler oder polyrhythmischer Musik außereuropäischer Kulturen nicht eignen.

Zur Bedeutungsfindung im therapeutischen Kontext ist es sinnvoll, den umfassenden Rhythmusbegriff, d.h. seine psychologischen, physiologischen und existentiellen Komponenten mit einzubeziehen, um seine metaphorischen Qualitäten darlegen zu können.

Welchen Nutzen haben die oben dargelegten Deutungen und Gedanken zum Rhythmus für die musiktherapeutische Praxis?

Rhythmus im Kontext der therapeutischen Improvisation

Da im musiktherapeutischen Kontext der Mensch im Vordergrund steht, bietet es sich an, die Bedeutung des Rhythmus im Bereich der therapeutischen Improvisation vor dem Hintergrund eines dynamischen Verständnisses der Organisation des Menschen zu betrachten. Dieses dynamische Verständnis des Organismus entspricht dem zuvor erwähnten nicht-mechanischen Konzept der menschlichen Organisation von Aldridge. Für ihn ist ein dynamisches Verständnis des menschlichen Organismus essentiell (Aldridge 1996). Er weist darauf hin, dass die Stabilität von Prozessen durch Organisation gewährleistet ist und somit von nicht-substantieller Art ist. Das heißt, der Vorgang, der die rhythmischen Muster unseres menschlichen Körpers (unsere physiologischen Rhythmen) synchronisiert, ist immateriell. Ein Verständnis von Phänomenen als Prozesse und von Organisation als Muster in der Zeit (was jeder dynamische Prozess ist), bildet die Grundlage, heilende Kräfte in der Musik zu erfassen. Krankheit kann dann entstehen, wenn die Synchronizität der rhythmischen Prozesse zusammenbricht.

Vor diesem Hintergrund scheint dem Rhythmus, der impulshafte, zusammenhängende und integrierende Eigenschaften besitzt, eine bedeutende, wenn nicht die wichtigste Rolle in der therapeutischen Arbeit zuzukommen. Synchronisation kann unterstützt werden, indem wir im gemeinsamen musikalischen Spiel unseren Rhythmus nicht nur in uns selbst synchronisieren (Organisation von Haltung, Spielbewegung, Ausdruck, Pulsgefühl, persönliches Tempo), sondern ihn dem Rhythmus unseres Gegenüber anpassen, so dass durch die Verbindung unserer Rhythmen eine neue Gemeinsamkeit im musikalischen Ausdruck entstehen kann. Kommunikationstheoretiker bezeichnen diesen Vorgang als "interaktionale" Synchronisation (Aldridge 1998; Condon 1980).

Wie wir erfahren haben, ist Rhythmus eng mit der Wahrnehmung von Puls verbunden, dass Physiologie und musikalische Vorgänge isomorphe Prozesse sind. Aldridge greift das Konzept der internen Uhr (interner Pulsgeber) auf und bringt es in den Zusammenhang eines umfassenden Verständnisses des Seins. Dieses hebt die Bedeutung der persönlichen Zeit "Kairos", die aus dem "Selbst" heraus entsteht, für die therapeutische Arbeit hervor (Aldridge 1996; Aldridge 1998). Der Patient hat in der Musiktherapie die Möglichkeit, sich von seiner äußeren, monochron geprägten Zeit "Chronos" zu befreien und sich mithilfe der Improvisation rhythmisch zu artikulieren. Therapeutisch bedeutsam wird der Moment, wenn er sein rhythmisches Spiel mit seiner eigenen biologischen Zeit koordinieren kann.

Dieses bildet die Grundlage für die Kommunikation, die auf der Erfahrung des Pulsgefühls aufbaut. Puls wird hier nicht als ein Kriterium des Gehirns, sondern als das der Interaktion mit der Umgebung betrachtet. Aus dieser Interaktion heraus ist der Patient aktiv an der Kommunikation beteiligt und kann sich über den Informationsaustausch hinaus am Aufbau und an der Gestaltung der therapeutischen Beziehung beteiligen.

Der kairologische Moment ist der Moment des musikalischen Auswählens, Entscheidens und Ausführens (vgl. Abb 1). Hierin liegt der direkte Bezug zur Lebenssituation der Patienten, die in Krisensituationen unter Druck Entscheidungen fällen müssen, in denen kaum Raum für ihre persönliche Zeit gegeben ist.

62 Die dem Rhythmus innewohnende antizipatorische Komponente und der Aspekt der Erwartung unterstützen aus ihrer musikalischen Eigenschaft heraus das Umsetzen von Entscheidungen.

Der Rhythmus trägt also in großem Maße dazu bei, dass Patienten durch aktives Handeln im non-verbalen Schaffungsprozess zu inneren Einsichten gelangen können, die nicht durch die verbale Logik begrenzt sind.

Improvisationsausschnitte aus der Therapie

Anhand einiger improvisatorischer Ausschnitte aus Therapiesitzungen mit einem Patienten der psychosomatischen Station eines Allgemeinkrankenhauses werden Beispiele gezeigt, wie Rhythmus in der Therapie zur Wirkung gelangen kann.

Notenbeispiele 1 – 3 sind fortlaufende Ausschnitte einer Improvisation auf den Instrumenten Conga und Klavier. Der Patient spielt auf der Conga und wird von mir auf dem Klavier begleitet.



Nb. 1

Notenbeispiel 1 (Nb. 1) zeigt den Anfang der Improvisation. Der Patient beginnt vorsichtig, abwartend und suchend. Trotz seines fast unhörbaren Spiels in *pp* beginnt er bereits im ersten Takt zu betonen. Das synkopisch wirkende Muster erscheint in Takt 2 als Krebs. Im dritten Takt formt es sich zu einer konkreten rhythmischen Gestalt, die sich hier bereits einer Taktstruktur (2/4) zuordnen lässt. Die Therapeutin tritt sehr leise (*ppp*) mit dem Ton *f* zum Patienten in klangliche Beziehung.

In den folgenden Takten (keine Abbildung) bleibt der Patient bei seinem synkopischen Muster mit Hervorhebung der Viertel-Note, wobei er beide Motive aus Takt 2 und 3 miteinander kombiniert.

Nb. 2

Das 2. Notenbeispiel folgt wenige Takte später. Der Patient bringt sein rhythmisches Spiel in einen größeren Zusammenhang. Er beginnt, sich klanglich zu orientieren, indem er den dunkleren Klang zur Fellmitte hin sucht und gleichzeitig sein Spiel mit einem Fingerwirbel verdicht-

tet (32 tel Triolen). Den Wirbel versieht er mit dynamischem Ausdruck (crescendo) und führt ihn auftaktig zum nächsten Takt, den er stets mit einer Betonung hervorhebt. Deutlich erkennbar ist, wie der Patient, von seinem rhythmischen Motiv aus Takt 2 ausgehend, eine größere rhythmisch-musikalische Einheit bildet.

Die Therapeutin reagiert auf seine Veränderung, indem sie in eine Zweistimmigkeit übergeht (Duodezimenklang in T. 12) und das rhythmische Motiv des Patienten in ein melodisches umwandelt (T. 13-14). Die Tritonusspannung und die leise Dynamik tragen zum charakteristischen Ausdruck dieser Improvisation bei.

Nb. 3

Im 3. Notenbeispiel fällt auf, dass der Patient, vielleicht als Reaktion auf das eingeführte melodische Motiv der Therapeutin, Raum für ein "Miteinander" lässt (betonte punktierte Viertel in T. 17). Die Therapeutin greift dieses auf, indem sie die erste Zählzeit als rhythmisches Element in ihre von h bis bis f1 aufwärts geführte melodische Linie integriert. Damit gibt sie dem Patienten eine Orientierung für einen größeren musikalischen Zusammenhang und die therapeutische Beziehung.

Was können wir anhand dieser drei Beispiele erkennen?

Der Patient synchronisiert zunächst seine rhythmischen Muster für sich und bringt sie anschließend, indem er Timbre, Dynamik und Artikulation einbezieht, in einen größeren musikalischen Zusammenhang. Ab Takt 11 (Nb. 2) ist ein kontinuierlicher Puls präsent. Dieser ermöglicht dem Patienten, sein Spiel rhythmisch-musikalisch zu variieren. Viele Elemente werden von Patient und Therapeutin unbewusst antizipiert. Rhythmische Motive erzeugen in Verbindung mit den Tritonus-Klängen eine Erwartungsspannung, die das musikalische Spiel weiter "antreibt".

1

P.

auftaktig

imitierend

sequenzierend

abrundend

Th.

f

mp

5

P.

volltaktig

Th.

f

mp

8va

Nb. 4

Das nächste Beispiel (Nb. 4) ist einer Improvisation auf den Tempelblocks entnommen, auf denen der Patient spielt und von mir wieder auf dem Klavier begleitet wird. Es handelt sich um 8 Takte aus dem späteren Verlauf der Improvisation.

Die rhythmische Stimme des Patienten interagiert mit der melodischen der Therapeutin. Gegensätze sind wahrnehmbar: während die Therapeutin ihre "fallende" melodische Quint stets volltaktig und mit Betonung spielt, lässt der Patient sein rhythmisch-melodisches Motiv auftaktig erklingen. Imitierend tritt er zur melodischen Stimme der Therapeutin in Beziehung; er wiederholt mit entsprechender Tonhöhenrichtung, sequenziert, artikuliert und schließt die viertaktige Einheit (T. 4) ab. In Takt 5 tritt der Patient, nun volltaktig beginnend, führend hervor. Seine rhythmisch-melodischen Motive wandelt er in eine kontinuierlich fließende Achtelbewegung, mit wellenförmigem Effekt, um und führt sie ausgewogen zum Ende der viertaktigen Einheit (T. 8). Dieses gestaltet der Patient bewusst, indem er, durch die Pause abgehoben, sorgfältig die Schlusswendung dynamisch-agogisch ausspielt.

Was bedeutet dieser Ausschnitt?

Wir können feststellen, dass sich der Patient zunächst am offenen Klanggrund der Therapeutin organisiert. Seine rhythmischen Motive dienen hier als Stütze für die Erfahrung des klanglichen Kontext und der therapeutischen Beziehung. Er kann sich jedoch von ihnen lösen (T. 5-8), indem er nach einer höheren, melodisch-umfassenden Ordnung strebt. Aus diesem Transformationsprozess geht er führend hervor.

The musical score shows a Patient (P.) and a Therapist (Th.) in a 2/4 time signature. The Patient's part is marked "(senza misura)" and begins with a forte (*f*) dynamic. The Therapist's part provides a harmonic accompaniment with piano (*pp*) dynamics. The Patient's melody moves through dynamics *f*, *mp*, *pp*, *f*, and *mp*. A downward arrow points to the *f* dynamic in the Patient's part.

66

The musical score shows a Patient (P.) and a Therapist (Th.) in a 2/4 time signature. The Patient's part begins with a piano (*pp*) dynamic, followed by *mf* and *mp*. The Therapist's part provides a harmonic accompaniment with piano (*pp*) dynamics. The Patient's melody moves through dynamics *pp*, *mf*, *mp*, and *f*.

Nb. 5

Das 5. Beispiel zeigt den Anfang einer Improvisation auf der Tom-Tom. Der Patient spielt auf der Tom-Tom, die Therapeutin auf dem Klavier.

Der Patient beginnt mit einem in forte gespielten Vorschlagmotiv, das er leiser wiederholt (T. 1-2). Die Therapeutin greift es in rhythmischer Vergrößerung und dissonanter Klangfärbung (Tritonus, Septimspannung) auf. In Takt 3 wendet sich der Patient von diesem Motiv ab und sucht in sehr leiser Spielweise (*pp*) nach einem metrischen Grund, indem er das Versmaß

schwer/leicht andeutet. Bevor es sich jedoch als solches etablieren kann, unterbricht er es mit starker Dynamik und Akzentbildung (T. 4). Die Therapeutin übernimmt das vom Patienten begonnene Versmaß als Grundlage ihrer viertaktigen Phrase. Die unbestimmte, ziellose Spielweise des Patienten setzt sich fort. Die Takte 5-8 lassen erkennen, dass er vereinzelt rhythmische Muster aneinanderreicht, die teilweise keinen musikalischen Sinn ergeben und sich nicht aufeinander beziehen. Verstärkt wird dieses durch seine dynamische Spielweise, die durch die unmittelbar aufeinanderfolgenden, konträren Ausdrucksstärken ppp – mf oder pp – f arbiträr wirkt.

Was zeigt uns dieser Ausschnitt?

Das Spiel des Patienten ist in der Vereinzelung gefangen und findet keinen Zugang zum musikalischen, kontinuierlichen Fluss, oder, anders ausgedrückt, sein Spiel lässt kein Pulsgefühl entstehen. Obwohl er Timbre (zweimal gewählter tiefer Klang der Tom-Tom), Dynamik und Artikulation einbezieht kann er sie nicht mit dem rhythmisch-musikalischen Element verbinden. Das führt dazu, dass die ungebundene, isolierte Spielweise des Patienten im deutlichen Kontrast zur geformten Ausdrucksweise der Therapeutin steht. Es entsteht der Eindruck, dass beide Stimmen beziehungslos nebeneinander oder auch gegeneinander laufen. Der Patient hat sein Spiel nicht für sich synchronisieren können, was eine Voraussetzung für eine erfolgreiche interaktionale Synchronisation ist. Im Gegensatz zu den anderen Beispielen kann er hier nicht seine Rhythmen mit den regulären Klangsequenzen der Therapeutin synchronisieren.

67

Konklusion

Wie jeder musikalische Stimulus hat Rhythmus als musikalischer Stimulus physiologische und psychologische Wirkung auf den Menschen. Phänomenologisch betrachtet, können wir davon ausgehen, dass auch rhythmische Klänge (wie Klänge allgemein) als sensorische Informationen und einheitliche Erlebnisse gehört werden, die Musik als Bewusstheit darstellen. Musik als Bewusstheit umfasst also ein umfassendes Erleben von Rhythmus in seiner engen Verbindung zu anderen musikalischen Faktoren. Rhythmus hat nicht nur organisatorische Funktion, sondern ist selbst durch die musikalischen Elemente organisiert, die den musikalischen Prozess mit gestalten und formen.

Durch diese vielfältigen Bezüge des Rhythmischen zum Puls, zur temporalen und melodischen Ausdrucksform, kann die Bewusstwerdung von Aspekten des Seins hervorgerufen werden, die im Körper durch die musikalischen Aktionen erfahren werden. Insbesondere kann der Rhythmus wie in Abb. 5 sichtbar mit Hilfe seiner impulshaften Eigenschaften motivierend wirken und zum Modell für körperliche Aktionen (schwingende Spielbewegungen) werden. Mit diesen Eigenschaften kann er Intention und Proaktivität hervorrufen. Diese Proaktivität, die in der Studie von Neugebauer an Hand der Pulsfrequenzen abzulesen war (Vorbereitung der Intention), hängt mit der antizipatorischen Komponente von Rhythmus zusammen. Rhythmus bildet also den Schlüssel für den integrativen Prozess, der sowohl der Wahrnehmung von Musik als auch

der physiologischen Kohärenz zugrundeliegt (Aldridge 1996). Dieses ist therapeutisch von Bedeutung, denn Symptome einer Krankheiten kommen häufig, wie zuvor dargelegt (s. "Improvisation als therapeutisches Mittel zur neuen Formgestaltung"), durch die Störung der physiologisch-psychologischen Kohärenz und einen Ordnungsverlust zum Ausdruck.

Dimensionen des Rhythmischen	Relevante Faktoren für die Musiktherapie
Impuls, Bewegung	Anregung zur Partizipation, Aktion, Motivation, Intention, Gestaltung.
Erwartung	Förderung der Aufmerksamkeit. Fokussierung der Perzeption auf die Umgebung.
Antizipation	Zulassen von Intuition und Entscheidung. Hörbarwerden von Tendenzen. Entstehen von Sicherheit im Aufspüren des Neuen und Unbekannten.
Struktur, Form	Förderung von Orientierung und Stabilität im kontinuierlichen musikalischen Spiel.
Integration	Synchronisierung intra- und interpersoneller Prozesse. Unterstützung von Balance und Ausgewogenheit im musikalischen Ausdruck. Erfahrung des Zusammenhangs von Regelmäßigkeit und Unregelmäßigkeit, von Gleichheit und Wechsel.
Ordnung	Entdeckung einer neuen, flexiblen Ordnung.
Kommunikation	Förderung der Anpassungsfähigkeit an unterschiedliche rhythmische Muster. Aufbau und Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Vermittlung neuer musikalischer Sinneinheiten durch dialogisches, komplementäres und simultanes Spiel.

Abb. 5: Die Dimensionen des Rhythmischen und ihre Relevanz für die Musiktherapie

Abbildung 5 zeigt in der Übersicht mehrere Möglichkeiten, die verschiedenen Dimensionen des Rhythmischen differenziert therapeutisch einzusetzen. Es kann z.B. wichtig sein, die dem Rhythmus innewohnenden Komponenten Impuls, Bewegung, Antizipation und Erwartung hervorzuheben, um den Patienten in musikalische Aktion zu bringen und ihn zum Gestalten anzuregen.

Die Dimension der Kommunikation führt zum Aufbau und zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Im musikalisch-rhythmischen Dialog erfahren sich Patient und Therapeut jeweils durch den anderen. Patient und Therapeut sehen und hören sich in der anderen Person reflektiert. Im Raum der Reziprozität können sich beide entfalten, denn er erlaubt beides, Distanz und Intimität. Beides ist in der von Patient und Therapeut gemeinsam gestalteten Musik hörbar.

Insgesamt hat das rhythmisch kreative Spiel von Patienten Bedeutung für die übergeordneten Prinzipien unserer grundlegenden menschlichen Erfahrungen. So ist es möglich, dass Patienten in der Musiktherapie mit Hilfe der rhythmischen Aspekte grundlegende Erfahrungen gewinnen können, wie Grundspannung – Bewegung – Freiheit – Bindung – Sinnhaftigkeit – Ordnung.

Literatur

Aldridge, D. (1996) *Music Therapy Research and Practice in Medicine. From Out of the Silence*. London: Jessica Kingsley.

Aldridge, D. (1997) *Lifestyle, Charismatic Ideology and a Praxis Aesthetic*. In Olesen, S., Eikard, B., Gad, P. und Hog, E. (Hrsg.) *Studies in Alternative Therapy 4. Lifestyle and Medical Paradigms*. 81-99. Gylling, Denmark: Odense University Press.

Aldridge, D. (1998) *Leben als Jazz*. In Aldridge, D. (Hrsg.) *Kairos II. Beiträge zur Musiktherapie in der Medizin*. 4-12. Bern: Hans Huber.

Aldridge, D. und Aldridge, G. (1999) *Life as Jazz: Hope, Meaning, and Music Therapy in the Treatment of Life-Threatening Illness*. In Dileo, C. (Hrsg.) *Music Therapy and Medicine: Theoretical and Clinical Applications*. 79-94. Silver Spring, USA: The American Music Therapy Association, Inc.

Aldridge, D. und Brandt, G. (1991) *Music therapy and Alzheimer's disease*. *Journal of British Music Therapy* 5, 2, 28-63.

Aldridge, D. und Neugebauer, L. (1998) *Kommunikation, Herzätigkeit und Musikalischer Dialog*. In Aldridge, D. (Hrsg.) *Kairos II. Beiträge zur Musiktherapie in der Medizin*. 26-38. Bern: Hans Huber.

Aldridge, G. (1993) *Morbus Crohn - und Colitis ulcerosa Patienten in der Musiktherapie*. *Der Merkurstab* 46, 1, 30-34.

Blume, F. (1989a) *Die Musik in Geschichte und Gegenwart*. Kassel: Bärenreiter-Verlag.

Blume, F. (1989b) *Musik in Geschichte und Gegenwart*. *Allgemeine Enzyklopädie der Musik*. Kassel: Bärenreiter-Verlag.

Bruscia, K. (1987) *Improvisational Models of Music Therapy*. Springfield, USA: Charles C Thomas Publisher.

- Christensen, E. (1996) *The Musical Timespace. A Theory of Music Listening*. Aalborg: Aalborg University Press.
- Clarke, E. (1989) The perception of expressive timing in music. *Psychological Research* 51, 2-9.
- Condon, W. (1980) The relation of interactional synchrony to cognitive and emotional processes. In Key, M. (Hrsg.) *The Relationship of Verbal and Non-verbal Communication*. The Hague: Mouton.
- Drosdowski, G. (1989) *Etymologie. 2. völlig neu bearb. u. erw. Auflage* Mannheim: Meyers Lexikonverlag.
- Gibson, J. (1979) *The ecological approach to visual perception*. Boston: Houghton Mifflin.
- Iwanaga, M. (1995) Relationship between heart rate and preference for tempo of music. *Perceptual and Motor Skills* 81, 435-440.
- Langer, S. (1953) *Feeling and Form: A Theory of Art*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Le Blanc, A., Colman, J. und McCrary, J. (1988) Tempo Preferences of Different Age Music Listeners. *Journal of Research in Music Education* 36, 3, 2-14.
- Malson, H. und Ussher, J. (1996) Body Poly-texts: Discourses of the Anorexic Body. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 6, 267-280.
- Nordoff, P. und Robbins, C. (1977) *Creative Music Therapy*. New York: The John Day Company.
- Parncutt, R. (1994) A perceptual model of pulse salience and metrical accent in musical rhythm. *Music Perception* 11, 4, 409-464.
- Pfeifer, W. (1997) *Etymologisches Wörterbuch des Deutschen*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- 70 Povel, D. (1984) A theoretical framework for rhythm perception. *Psychological Research* 45, 315-337.
- Povel, D. (1995) Expectation and key-finding in music listening: A memory model. Internal Report. University of Nijmegen.
- Robbins, A. (1992) The play of psychotherapeutic artistry and psychoaesthetics. *The Arts in Psychotherapy* 19, 177-186.
- Safranek, M., Koshland, G. und Raymond, G. (1982) Effect of auditory rhythm on muscle activity. *Physical Therapy* 62, 161-168.
- Sandman, C. (1984) Augmentation of the auditory event related to potentials of the brain during diastole. *International Journal of Physiology* 2, 111-119.
- Schulze, H. (1978) The detectability of local and global displacements in regular rhythmic patterns. *Psychological Research* 40, 173-181.
- Shaffer, L. (1981) Performances of Chopin, Bach, and Bartok: Studies in motor programming. *Cognitive Psychology* 13, 326-376.
- Storr, A. (1992) *Music and the Mind*. New York: The Free Press.
- Treisman, M., Cook, N., Naish, P. und MacCrone, J. (1994) The Internal Clock: Electroencephalographic Evidence for Oscillatory Processes Underlying Time Perception. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology* 47 A, 2, 241-289.
- Trevarthen, C. (1999) Musicality and the intrinsic motive pulse. *Musicae Scientiae* (in Press).





DIAGNOSTISCHE EVALUIERUNG DURCH MUSIKTHERAPIE

Evaluierung und Diagnostizierung von
Kommunikationsstörungen und Autismus durch
Analyse musikalischen Materials

Tony Wigram



Eine präzise verbale Darstellung musiktherapeutischer Vorgänge stellt Musiktherapeuten häufig vor eine schwierige Aufgabe. Eine Vielfalt von Arbeitsstilen in diesem Beruf, die von überwiegend strukturierten bis hin zu dynamischeren sowie psychotherapeutischen Ansätzen reicht, kommt noch erschwerend hinzu. In der Terminologie der musiktherapeutischen Tradition, mit der ich vertraut bin, könnte das, was sich in Musiktherapie abspielt, am einfachsten mit einer von Patient und Therapeut geteilten musikalischen Erfahrung beschrieben werden. Diese musikalische Erfahrung umfasst die Entwicklung einer Beziehung zum Patienten, bei der die dabei entstehende Musik nicht nur Persönlichkeit und Stimmung von Patient und Therapeut widerspiegelt, sondern auch unbewusste Gefühle und Gedanken, die dabei an die Oberfläche gelangen. Der Patient muss sich in der Sitzung frei und sicher fühlen und Vertrauen in seine eigene Fähigkeit entwickeln können, so dass er sich auch ohne jegliche musikalische Vorbildung und Erfahrung in der Musik (instrumental und vokal) ausdrücken kann. Improvisierte Musik wird häufig als Medium für den musikalischen Dialog zwischen dem Therapeuten und dem Patienten eingesetzt und bildet die Grundlage für eine Reihe musiktherapeutischer Ansätze und Traditionen (Alvin 1965, 1975, 1978; Nordoff und Robbins 1971, 1975, 1977; Bruscia 1987, 1991, 1994; Bunt 1996; Pavlicevic 1995; Lee 1995; Odell-Miller 1985; John 1995; Priestley 1975, 1995; Wigram et al. 1993; Wigram und Heal 1994; Wigram et al. 1995; Wigram 1991a, 1992).

In früheren Veröffentlichungen zum Thema "diagnostische Evaluierung" durch Musiktherapie, insbesondere im Hinblick auf die Feststellung von Kommunikationsstörungen bei Kindern, ging ich hauptsächlich auf die allgemeine Struktur von Sitzungen und auf objektive Kriterien zur Erläuterung von Sinn und Zweck dieser Form der diagnostischen Evaluierung ein (Wigram 1991, 1992, 1994, 1995). Eine musiktherapeutische Arbeitsmethode zu definieren ist im Allgemeinen ein riskantes Unternehmen, das häufig auf Kritik stößt und meist schnell in Frage gestellt wird; dennoch habe ich Studenten und Therapeuten eine "Methode" als mögliche Ausgangsbasis für diagnostische Evaluierung lehren können. Dieses Verfahren, Musiktherapie als diagnostisches Werkzeug einzusetzen, muss in einen Kontext gesetzt werden, weshalb ich erst den Rahmen beschreiben möchte, innerhalb dessen ich arbeite.

73

Struktur und Flexibilität in der diagnostischen Evaluierung durch Musiktherapie

Meine therapeutische Arbeit ist insbesondere von klientenzentrierter Therapie (Raskin und Rogers 1989) und kognitiver Therapie nach Beck (Beck und Weishaar 1989) beeinflusst, weshalb ich kein Befürworter einer völlig freien Struktur in Musiktherapie bin und oft "Spielregeln" und "angenommen, dass-Situationen" verwende. Durch eine Evaluierungsphase, die dem eigentlichen Therapiebeginn vorgeschaltet wird, kann ich ein deutlicheres Bild der Bedürfnisse meiner Patienten bekommen und Ziele für die Therapie herausarbeiten und formulieren. In den Improvisationen setze ich Musik strukturiert und unstrukturiert und entsprechend den Bedürfnissen der Patienten direktiv oder frei ein.

Zu Beginn einer solchen Evaluierungsphase sind folgende Punkte zu bedenken:

- ⊗ Persönlichkeit und Wesen des Patienten
- ⊗ mein eigenes Verhalten als Reaktion auf den Patienten
- ⊗ musikalische Aktivität und Verhalten des Patienten
- ⊗ meine musikalische Aktivität als Reaktion auf die des Patienten

Persönlichkeit und Wesen des Patienten

Das Verhalten des Patienten vor Therapiebeginn zu verstehen ist für meine Arbeit von grundlegender Bedeutung. Ist der Patient passiv oder aktiv, reagiert er nicht oder reagiert er zu viel, zeigt er stereotype Verhaltensformen? Ist der Patient verschlossen, ängstlich, unruhig oder zeigt er Widerstand? Wie ist seine Wahrnehmungsfähigkeit, ist er Interventionen zugänglich, und - vielleicht am wichtigsten - wie stabil ist er? So kann ich Wege des Umgangs mit dem Patienten herausfinden, die keine Angst und Unruhe in ihm auslösen oder seinen Widerstand gegen den Aufbau einer therapeutischen Beziehung erhöhen. Meine Arbeit basiert auf musikalischer Interaktion und konzentriert sich auf die Evaluierung der Kommunikationsfähigkeit, der Motivation, des emotionalen und physischen Zustands des Patienten.

74

Mein eigenes Verhalten als Reaktion auf den Patienten

Nachdem ich einen gewissen Einblick in das Wesen des Patienten gewonnen habe, kann ich mich selbst darauf vorbereiten, wie ich ihm in der Therapie am wirkungsvollsten begegnen kann. Soll ich eher passiv oder aktiv sein? Soll ich neue Ideen initiieren und direkt auf die Erfahrungen zusteuern, die ich dem Patienten geben möchte, oder soll ich einen derartigen Druck vermeiden? Welches Maß an physischem Kontakt ist möglich? Man kann sicherlich nicht im Voraus genau planen, wie man einem Patienten begegnet, ich lasse mich deshalb in einer Sitzung, in der ich eine positive Atmosphäre zur Entwicklung der therapeutischen Beziehung schaffen will, von einer Kombination aus Intuition und rationaler Denkweise leiten.

Musikalische Aktivität und Verhalten des Patienten

Dieser Abschnitt befasst sich mit der Beobachtung und dem Verständnis der Spielweise des Patienten, zum Beispiel:

- ⊗ Expressivität und Kreativität beim Musizieren
- ⊗ intentionaler Kontakt mit dem Therapeuten
- ⊗ erkennbare Freisetzung von Emotionen beim Musizieren

- ⊗ signifikante Bedeutung der Musik des Patienten
- ⊗ Widerstand beim Musizieren, Furcht vor Unbekanntem, Furcht vor Klängen, die der Patient produziert
- ⊗ Angst und Klangempfindlichkeit: laute oder hohe Klänge, schrille Klänge etc.
- ⊗ körperliche Schwierigkeiten
- ⊗ eingeschränkte Kreativitätsfähigkeit, die ihrerseits die expressiven Fähigkeiten beeinträchtigt
- ⊗ eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit und kurze Aufmerksamkeitsspanne
- ⊗ chaotisches und unorganisiertes Musizieren
- ⊗ stereotype, konditionierte oder institutionalisierte Formen des Musizierens
- ⊗ "dem Therapeuten einen Gefallen tun", das heißt, der Patient spielt so, wie es der Therapeut seiner Vorstellung nach wünscht

Meine musikalische Reaktion

Bei meinen Bemühungen, den Patienten in eine musikalische Interaktion zu verwickeln, konzentriere ich mich darauf, für den Patienten relevante therapeutische Aspekte auf musikalischer Ebene zu identifizieren und zu bestätigen, zu interpretieren und zu reflektieren. Hier gibt es eine Reihe von Reaktionsmöglichkeiten. Ich wähle meine Reaktionsweise entsprechend meiner Perzeption der Bedürfnisse des Patienten beziehungsweise der Botschaften aus, die er durch die Musik oder die Klänge, die er produziert oder nicht produziert, vermittelt.

75

⊗ **unterstützende Reaktion**

- gemeinsam musizieren
- alternierend spielen
- spiegeln
- reflektieren oder begleiten

⊗ **stimulierende Reaktion**

- Vorgabe einer rhythmischen Struktur
- Vorgabe einer melodischen Struktur
- Anregung einer stärkeren Reaktion seitens des Patienten
- Anregung der Kreativität des Patienten auf musikalische Art und Weise
- den Patienten musikalisch "umgehen" durch eine Spielweise, die sich von der des Patienten unterscheidet
- Umlenken repetitiven musikalischen Verhaltens oder Materials

⊗ **direktive Reaktion**

- den Patienten physisch unterstützen
- Signale geben durch Gesten
- Verwendung musikalischer Strukturen zur Herstellung einer Erwartungshaltung als "Stichwort" für die Reaktion des Patienten
- verbale Aufforderung

☉ strukturierte Reaktion

Verwendung vertrauten musikalischen Repertoires

Verwendung einer für den Patienten verständlichen musikalischen Struktur

Verwendung einer musikalischen Rahmenstruktur, z.B. einer Grundstimme, eines Liedes oder eines sich wiederholenden rhythmischen Motivs

Verwendung einer Struktur, die der Patient möglicherweise zwar nicht versteht, aber mit ihr umgehen kann

Improvisation

76 **M**usikalisches Material ist in improvisatorischer Musiktherapie ausschlaggebend, um die Qualität des Zustands des Patienten einschätzen, die Natur des musikalischen Dialogs zwischen Patient und Therapeut analysieren und die in diesem Dialog verwendeten musikalischen Elemente beschreiben zu können. Musikalische Elemente an sich können bestimmte therapeutische Probleme darstellen. Übermäßiger Gebrauch großer Lautstärke kann ein signifikantes Merkmal für einen Bedarf an Macht oder Kontrolle sein; eine vage, herumirrende melodische Linie kann mangelnde Stabilität des Patienten repräsentieren. Musikalisches Material kann ähnlich wie Sprache die interne und externe Welt des Patienten entweder unmittelbar oder unbewusst oder in Metaphern und Symbolen widerspiegeln. Es kann auch Merkmale der Persönlichkeit des Patienten anzeigen sowie Hinweise auf mögliche pathologische Erscheinungen geben. Improvisation lässt Raum zum Explorieren und Entfalten. Thematisches Material, das als "Leitmotiv" betrachtet werden kann, liefert dem Therapeuten einen Ausgangspunkt für die therapeutische Beziehung mit dem Patienten; solches thematisches Material kann aus einem kurzen rhythmischen, melodischen oder harmonischen Thema bestehen, das entweder vom Patienten oder vom Therapeuten zu Beginn einer Improvisation entwickelt wurde. Dieses Thema kann viele verschiedene Dinge repräsentieren, zum Beispiel die Stimmung, in der sie sich befinden, eine Botschaft oder Mitteilung, einen Aspekt ihrer Persönlichkeit, eine Form des Widerstandes, eine Emotion, ein bestimmtes Gefühl oder ihren körperlichen Zustand. Es liefert dem Therapeuten einen gewissen Einblick in die innere Welt des Patienten. Leitmotive oder Themen sind auf interpersoneller Ebene Ausgangspunkte für einen improvisierten Dialog zwischen dem Patienten und dem Therapeuten und können ebenso einen intrapersonellen Zustand repräsentieren (Wigram 1995).

Thematische Improvisation kann sowohl Musik als auch Übertragung und Gegenübertragung (insbesondere dann, wenn deren Einfluss auf die Therapie betrachtet werden soll) als Bezugspunkt haben (Wigram 1995b). In der klinischen Praxis und im Unterricht ist es oft schwierig zu trennen, welches Thema vom Therapeuten und welches vom Patienten/Studenten initiiert und/oder entwickelt wurde. Als Therapeut muss ich erkennen können, was ich zum musikalischen Dialog beitrage beziehungsweise was ich dem Thema des Patienten zur Weiterentwicklung entnehme, ein Prozess, der für den Patienten unter Umständen nicht akzeptabel ist. Musiktherapeuten sind ausgebildete Musiker, die Patienten sind es im Allgemeinen nicht. Der Musiktherapeut besitzt die Fertigkeit, durch Einsatz seiner musikalischen Kenntnisse das Thema des Patienten zu erweitern, komplexer zu gestalten oder gar zu verwässern, indem er zum Bei-

spiel einem ursprünglich einfachen Thema komplexe Harmonien und rhythmische Strukturen hinzufügt. Es ist deshalb wichtig, die musikalischen Ideen des Patienten klar zu identifizieren und die Motivation für diese Ideen zu untersuchen, und zwischen pathologischer Aktivität und dem Ausdruck bewussten und unbewussten Materials zu differenzieren. Musikalische Interaktion während einer thematischen Improvisation ist in starkem Maße von bewussten und unbewussten Prozessen beeinflusst; in den "Schmelztiegel" der Analyse können wir also noch Empathie, Intuition, Widerstand und die Übertragungsphänomene hineinwerfen.

Die Beziehung zwischen thematischer Improvisation, Übertragung und Gegenübertragung

Einige Betrachtungsweisen von Übertragung und Gegenübertragung im musiktherapeutischen Prozess sind meines Erachtens zu überdenken. Ich möchte jedoch zuerst auf Strukturen eingehen, die während einer Improvisation entstehen beziehungsweise absichtlich geschaffen werden können.

Eine solche Struktur könnte wie folgt aussehen:

- ⊗ Suche nach einem Thema
- ⊗ Initiierung eines Themas
- ⊗ Reaktion auf ein Thema
- ⊗ Entwicklung eines Themas
- ⊗ Modifizierung oder Erweiterung eines Themas
- ⊗ Wiederholung eines Themas
- ⊗ Abschließen eines Themas

Eine einzelne Improvisation, eine Sitzung, eine Reihe von Sitzungen sowie die Entwicklung der therapeutischen Beziehung können unter dem Gesichtspunkt musikalischer Form betrachtet und analysiert werden. Mit anderen Worten, die AB- oder ABA-Form (zwei- bzw. dreiteilige Sonatenform) schaffen einen sicheren Rahmen für die Musik und die therapeutische Beziehung. Die Rondoform (ABACADAEA) bietet Gelegenheit zu Kreativität durch Abkehr und erneuten Rückgang zu einem Thema. Das "Thema" wird zu einem stabilen Element sowohl in der Musik als auch in der therapeutischen Beziehung. Dasselbe gilt für das Thema mit Variationen mit dem Unterschied, dass das Thema Gegenstand kreativer Improvisation und Exploration wird. Die im 19. und frühen 20. Jahrhundert verbreiteten Ton- und symphonischen Dichtungen liefern ein weiteres Muster, in dem die Musik (oder die Beziehung) anhand einer Geschichte oder eines Bildes entwickelt wird.

Therapeuten und Patienten nutzen Form und Struktur entweder, um sich zu schützen, oder, um unbewusst ihre eigenen Grenzen zu markieren. Deshalb können Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse innerhalb dieser musikalischen Grenzen und der musiktherapeutischen Beziehung jederzeit auftreten.

Übertragung



Zum besseren Verständnis von Übertragung möchte ich auf die Arbeit von Juliette Alvin (Bruscia 1987) und Mary Priestley (Priestley 1975; Bruscia 1987) zurückgreifen. In Juliette Alvins Konzept werden Musik und Instrumente als Hauptübertragungsobjekte betrachtet und nicht der Therapeut. Der Patient nutzt Instrumente und Klänge, um alle negativen Gefühle, die er gegenüber anderen wichtigen Personen in seinem Leben empfindet, zu verarbeiten, anstatt sie auf den Therapeuten zu projizieren. Dieses Konzept ermöglicht dem Therapeuten, Musikinstrumente zum Übertragungsobjekt des Patienten werden zu lassen, so dass Liebe oder Wut, positive und negative Übertragung sozusagen in eine musikalische "Schublade" gesteckt werden können. Bleibt die Frage, an wen die Musik dann gerichtet ist. Sobald ein Therapeut auf die Musik seines Patienten reagiert, tritt er in Beziehung mit der Musik des Patienten und somit mit dem Patienten selbst. Dem Therapeuten wird dadurch die Förderung einer dreiseitigen Beziehung - Therapeut, Musik, Patient - ermöglicht.

Bruscia beschreibt Mary Priestleys Verständnis von Übertragung folgendermaßen: Der Patient nutzt den Therapeuten als Übertragungsobjekt, um bedeutende, unverarbeitete Konflikte aus einer vergangenen Beziehung zu verarbeiten. Zu den Merkmalen von Übertragung gehören Wiederholung der Vergangenheit und Verzerrung der Gegenwart. Gefühle von Zuneigung und Liebe gegenüber einem Therapeuten können als Katalysator für therapeutische Veränderungen wirken, während Feindseligkeit mit unterschwelliger Wut und Hass Widerstand und Aggression auslösen, aber auch die Verarbeitung von Ärger aus früheren oder gegenwärtigen Beziehungen fördern kann (Bruscia 1987).

78

Gegenübertragung

In der Diskussion von Gegenübertragung möchte ich mich insbesondere auf die Arbeit Mary Priestleys und Kenneth Bruscias beziehen. Priestley beschreibt Gegenübertragung wie folgt: Der Therapeut bringt seine Gefühle, Einstellungen, Motivationen, Werte und Verhaltensmuster in den Therapiekontext. Sie spricht von zwei Reaktionstypen: Erstens, die unbewusste Reaktion des Therapeuten auf den Patienten und die Übertragung des Patienten, und zweitens, die Identifizierung des Therapeuten mit dem Patienten. Der Therapeut identifiziert sich mit unbewussten Gefühlen oder internen Objekten des Patienten, was ihm Einblick in die verborgene innere Welt des Patienten verschaffen kann (Bruscia 1987).

In musikalischer Improvisation verwendet Priestley die Technik empathischer Gegenübertragung, die für sie das wichtigste Werkzeug für den psychoanalytisch arbeitenden Musiktherapeuten darstellt. Der Therapeut muss in einer Improvisation mit seinen eigenen Gefühlen in Kontakt bleiben, insbesondere dann, wenn diese mit den vom Patienten ausgedrückten Gefühlen in Beziehung treten (Priestley 1977). Bruscia definiert verschiedene Formen von Gegenübertragung:

Positive Gegenübertragung: Der Therapeut beobachtet seine eigenen Reaktionen in der Therapie und setzt sie zum Nutzen des Patienten ein.

Negative Gegenübertragung: Der Therapeut ist sich seiner eigenen Reaktionen auf den Patienten nicht bewusst oder weigert sich, diese zu beobachten.

Evaluierung kommunikationsgestörter Kinder - Strukturmodell für eine Sitzung

Meine Arbeit in einer Abteilung für pädiatrische Evaluierung und Diagnostik machte mir die Bedeutung eines Gleichgewichts zwischen der Entwicklung einer therapeutischen Beziehung und der Suche nach relevanter Information deutlich, die später für spezifische Fragen zur Diagnose wichtig sein kann.

Dieses Sitzungsstrukturmodell ist flexibel und wird nicht bei jedem Kind angewandt. Ich versuche jedoch, in jeder Sitzung freie und nichtdirektive sowie strukturierte Elemente anzubieten.

Da ich häufig mit der Evaluierung des pathologischen Ursprungs von Kommunikationsstörungen, wie zum Beispiel Autismus, befasst bin, ist die Wahl der verwendeten Ausstattung bewusst getroffen. Im folgenden möchte ich eine flexible Folge von Strukturelementen beschreiben, die allerdings nicht zwangsläufig in jeder Evaluierungssitzung verwendet werden müssen und die je nach Verlauf der Sitzung auch variieren können.

79

Eröffnung der Sitzung

- ⊗ Freies Explorieren
- ⊗ unterstützende Improvisation
- ⊗ Wartezeit/erste Hinweise

Ich gebe dem Kind die Möglichkeit, die Sitzung zu eröffnen, sobald es den Raum betritt. Ich beobachte nur; wählt das Kind gleich ein bestimmtes Instrument, geht es im Raum herum und schaut sich alle Instrumente erst an, oder ignoriert es sie ganz? Nach einer kurzen Beobachtungsphase begeben mich meist ans Klavier und improvisiere sanft und unaufdringlich. Ich versuche, intuitiv das Wesen des Kindes zu erfassen, um eine "empathische Improvisation" zu erzeugen. Dies ist eine von Alvin (Bruscia 1987) beschriebene Methode, bei der der Therapeut versucht, seine Wahrnehmung des körperlichen und emotionalen Zustandes des Patienten in seiner Musik widerzuspiegeln und damit dem Patienten eine musikalische Interpretation dessen zu geben, wie er ihn sieht und erlebt.

Freie Improvisation

- ⊗ tonal und atonal
- ⊗ reflektierend und stimmungsreaktiv

Während der Patient Instrumente ausprobiert oder abwartet, versuche ich, seine Stimmung musikalisch aufzufangen. Ich reflektiere in meiner Musik das Gefühl, das ich als von ihm kommend wahrnehme, seine gegenwärtige Stimmung sowie manchmal auch meine eigene Stimmung zu Beginn der Sitzung.

Strukturierte Improvisation

- ⊗ Therapeut am Klavier, Patient an dem von ihm gewählten Instrument
- ⊗ alternierendes Spiel, Strategien miteinander teilen
- ⊗ musikalisches "Frage-und-Antwort-Spiel" (rhythmisch und melodisch)
- ⊗ Spiel in gleicher Stilrichtung, in unterschiedlichen Stilen

Nach der freien Improvisationsphase versuche ich, das Kind dazu zu bringen, überwiegend das von ihm ausgewählte Instrument zu spielen. Ich arbeite zunächst vom Klavier aus und versuche, alternierendes Spiel zu initiieren und auszubauen; danach kann ich seine Reaktionen testen, wenn ich ein Instrument mit ihm teile oder einen Dialog auf einem ähnlichen oder komplementären Instrument beginne.

Ich initiiere nun ein rhythmisch-melodisches "Frage-und-Antwort-Spiel". Dadurch soll der bereits vorhandene Dialog mit dem Kind durch das Angebot eines musikalischen Rahmens (z.B. einfacher rhythmischer Muster, Melodien oder Melodiephrasen) strukturiert werden. Diese Art des Spiels gibt mir die Möglichkeit zu sehen, was das Kind an Strukturen aufnehmen kann. Der von mir initiierte strukturelle Rahmen kann auch das Kind dazu herausfordern, eine alternative musikalische Stellungnahme abzugeben oder aber diesem Rahmen Widerstand entgegenzusetzen.

Einführung neuer Instrumente

- ⊗ Windchimes, Metallophon, Gong
- ⊗ verschiedene Möglichkeiten: musikalische Spiele, freie Improvisation
- ⊗ gemeinsames Spielen, Gespräche, Repertoirespiel





Bei nachlassender Aufmerksamkeit an der strukturierten Improvisation führe ich neue Instrumente ein. Ich habe die drei oben erwähnten Instrumente bewusst gewählt: sie sind alle aus Metall, sie können dem Kind ein unterschiedliches musikalisches Erlebnis bieten, sie haben eine interessante Form und produzieren lang anhaltende Klänge.

81

Ich beginne oft mit einem Spiel an den Windchimes; ich schaue das Kind durch die Messingstäbchen an, während ich diese gleichzeitig mit den Fingern bewege, und beobachte, ob das Kind die Stäbchen intuitiv mit musikalischer Intention oder mehr als taktiles Erlebnis benutzt.

Am Metallophon kann ich die intuitiven Fertigkeiten des Kindes, dieses Instrument zu spielen, testen und ob es Tonreihen und abwechselnd mit beiden Händen spielt.

Der Gong schließlich kann ein gemeinsames Spielerlebnis bieten, das bei manchen Kindern eine begeisterte Reaktion hervorruft, andere wiederum erschreckt. Bei Letzterem kann ich meine Empathie dadurch zeigen, dass ich selbst auf laute, vom Kind am Instrument produzierte Klänge erschreckt reagiere. Dies ist eine weitere Methode zur Entwicklung von gemeinsamem sowie alternierendem Spiel.

Während der drei Phasen der freien Improvisation, der strukturierten Improvisation und der Einführung neuer Instrumente kann ich die Persönlichkeit des Kindes in seiner Art und Weise des Musizierens durchgehend erleben. Während dieser Zeit kommen auch unbewusste und latente Stimmungen, Ängste, Emotionen und Widerstände an die Oberfläche.

☉ Gespräch

Zu diesem Zeitpunkt der Sitzung beginne ich - soweit angemessen und falls nicht schon zu einem früheren Zeitpunkt erfolgt - mehr verbales Material einzubringen (den verbalen Fähigkeiten und dem Verständnis des Kindes entsprechend). Ich frage das Kind zum Beispiel, was es gerade tut, was es gerne macht oder was es möchte, das ich mache.

Ich kann an dieser Stelle auch Repertoiremusik einbringen. Eltern erwähnen manchmal Lieblingslieder ihrer Kinder, Erkennungsmelodien von Fernsehsendungen oder Musik von Kassetten, die die Kinder besonders gerne hören. Ich arbeite mit diesem Material meist vom Klavier aus, während das Kind dazu spielt oder singt.

Eine Pause einlegen

☉ Wartezeit

An dieser Stelle der Sitzung lege ich häufig eine Pause ein, "schalte mitunter sogar ab" oder trete in den Hintergrund. Dadurch möchte ich herausfinden, ob das Kind die Initiative ergreift, eine neue Idee einbringt, zu seinem Lieblingsinstrument zurückkehrt, zu seiner Familie zurück will oder woanders hingehen möchte oder ob es schlicht mehr Aufmerksamkeit von mir verlangt. Dies ist eine Übergangsphase, eine Zeit darüber nachzudenken, was wir bisher gemacht haben, und nach neuen Richtungen für den weiteren Verlauf der Sitzung zu suchen.

Raum und Halt geben

- ☉ am Lieblingsinstrument bleiben
- ☉ Aufmerksamkeitsspanne beobachten
- ☉ für das Kind spielen
- ☉ Rollenspiele oder andere Spiele machen

Diese Phase der Sitzung bietet unterschiedliche Möglichkeiten. Wir können zum Lieblingsinstrument des Kindes zurückkehren und damit wieder arbeiten. Ich könnte an dieser Stelle eine Weile für das Kind spielen, insbesondere bei nachlassender Aktivität. Eine weitere Möglichkeit wäre, eine strukturierte Aktivität, wie zum Beispiel ein Rollenspiel, einzuführen. Instrumenten werden dann Rollen zugewiesen - "Papatrommel", "Mamatrommel" und "Babytrommel" - mit denen wir einen musikalischen Dialog spielen. Dieses Spiel kann Aufschluss über die Erfahrungen des Kindes mit der Dynamik in seiner eigenen Familie geben. Bei Verdacht auf Autismus kann dies als musikalisches Äquivalent zu imaginativem Spiel verwendet werden. Ich könnte an dieser Stelle auch Rhythmuserkennungsspiele machen und das Kind bitten, von mir gespielte rhythmische Muster nachzuspielen.

Aufmerksamkeit weiter aufrechterhalten

- ⊗ Mikrofon mit Verstärker
- ⊗ Klangkugel
- ⊗ Gitarre

In der letzten Phase vor Abschluss der Sitzung sind Aufmerksamkeit und Interesse des Kindes meist schon sehr gering; etwas Neues muss deshalb herangezogen werden. Ich verwende an dieser Stelle häufig ein mit einem Verstärker verbundenes Mikrofon, um herauszufinden, ob das Kind weiß, wie es Klänge über den Lautsprecher produzieren kann, oder ob es mir zuhört, wenn ich Klänge produziere. Diese Phase kann für einen vokalen Austausch genutzt werden (wenn dies nicht bereits zu einem früheren Zeitpunkt erfolgte), an dem sich das Kind durch Worte, frei improvisiertes Singen oder durch Singen eines Liedes beteiligen kann.

Ich verwende an dieser Stelle auch häufig die "Klangkugel", ein elektronisches Instrument der Firma "Toys for the Handicapped" mit auf Berührung reagierenden Knöpfen, auf dem eine Reihe verschiedener Klänge erzeugt werden können. Diese Aktivität gibt auch Aufschluss über die Reaktionsfähigkeit des Kindes auf physischen Kontakt, da mit der "Klangkugel" auch durch Berührung von Körperteilen, die einen Stromkreis schließt, Töne erzeugt werden können.

Abschließen der Sitzung

83

- ⊗ Verabschiedung von den Instrumenten
- ⊗ Verabschiedung vom Therapieraum

Ich führe das Kind vor Abschluss der Sitzung im allgemeinen durch den Raum, damit es sich von allen Instrumenten, die es in der Sitzung gespielt hat, verabschieden kann. Bevor wir zu dem Platz zurückgehen, von dem aus die Eltern die Sitzung beobachteten, verabschieden wir uns noch vom Therapieraum.

Dies ist eine bedeutende Phase der Sitzung, insbesondere wenn das Kind aus einem bestimmten Grund in Angst geriet oder einen starken Widerstand entwickelte. Diese Phase bietet eine abschließende Gelegenheit, gemeinsam Erlebtes noch einmal miteinander zu teilen. Ich ermutige die Kinder oft dazu, noch einmal zu den Instrumenten zu gehen, die sie während der Sitzung spielten, um sie zu berühren oder einen oder zwei Töne zur Verabschiedung darauf zu spielen.



Differentialdiagnose

Allgemein- und Kinderfachärzte aus dem ganzen Land können Kinder an den Harper House Children's Service überweisen. Der Service ist auf die Diagnostizierung von Kommunikationsstörungen bei Kindern spezialisiert. Die Evaluierung durch Musiktherapie ist meist Teil einer ganzen Reihe ähnlicher Untersuchungen anderer Disziplinen wie kognitive Psychologie, Physiotherapie, Kunsttherapie, Logopädie sowie die Untersuchung der Schulfähigkeit. Eine differentialdiagnostische Untersuchung wird bei Kindern mit einer Reihe von Symptomen durchgeführt, die in verschiedene diagnostische Kategorien fallen könnten. An den Harper House Children's Service werden häufig Kinder überwiesen, bei denen nicht klar ist, ob sie autistisch sind oder ihre Symptome eher einer allgemeinen Entwicklungsstörung zuzuordnen sind. Die Differenzierung zwischen Autismus und anderen Krankheitsbildern erfordert einen komplexen diagnostischen Prozess, da bei autismusähnlichen Krankheitsbildern ebenfalls allgemeine Entwicklungsstörungen, elektiver Mutismus, Beziehungsstörungen, rezeptive Sprachstörungen, desintegrative Störungen, allgemeine Entwicklungsverzögerung, Landau-Kleffner-Syndrom, Asperger-Syndrom, Rett-Syndrom und atypischer Autismus auftreten können.

Die Familie eines betroffenen Kindes nimmt meist zunächst nur mit dem Hausarzt oder einem Mitarbeiter der Gesundheitsfürsorge Kontakt auf. Das Gespräch mit Freunden, die Kinder im gleichen Alter haben, ist ebenso von Bedeutung. Fachleute, die in diesem Stadium konsultiert werden, sehen nur eine begrenzte Zahl von Fällen und sind nicht immer in der Lage, das Knäuel einzelner Symptome, die auf ein bestimmtes Problem hinweisen, zu entwirren. Beim ersten Kind haben Eltern meist wenig Erfahrung mit den einzelnen Entwicklungsstadien eines Kindes, so dass sie häufig versäumen sich zu fragen, warum ihr Kind bestimmte Entwicklungsphasen nicht erreicht oder nicht durchläuft. Sie sind unter Umständen sogar froh, ein ruhiges, passives und "problemfreies" Kind zu haben. Früher oder später jedoch werden sie aufgrund der stagnierenden Entwicklung ihres Kindes auf die Suche nach Antworten gehen. Sie werden an einen Kinderfacharzt in einer örtlichen Gesundheitsbehörde verwiesen, der selbst wahrscheinlich nur zehn bis fünfzehn solcher Kinder pro Jahr zu untersuchen hat und unter Umständen dem Krankheitsprofil des Kindes auch ratlos gegenüber steht.

Der Kinderfacharzt überweist dann das Kind an uns, sozusagen die dritte Instanz. In den Harper House Children's Service kommen seit 1985 jährlich über 140 Kinder. Unser Service hat deshalb eine langjährige Erfahrung im Bereich von Evaluierung und Diagnostizierung von Kindern mit einem breiten Symptomspektrum; bevor eine diagnostische Entscheidung getroffen wird, werden die Kinder von einem multidisziplinären Team untersucht und beobachtet, um ein möglichst vollständiges Bild zu erhalten.

Fachleute können sich oft nur schwer über eine Diagnose von Autismus einigen, da dieser sehr selten vorkommt; nur 4-5 Kinder von 10.000 sind autistisch; sie zeigen keine erkennbaren körperlichen oder anderen identifizierbaren medizinischen Auffälligkeiten. Es besteht immer noch Unklarheit über die Auslöser von Autismus, während die Grundursachen für Behinderungen häufig offenkundig sind. Leo Kanner (1943), der Autismus als erster identifizierte, beschrieb ihn anhand der folgenden sechs Merkmale:

- ⊗ Extreme autistische Einsamkeit
- ⊗ abnormale Sprachentwicklung
- ⊗ zwanghaftes Bedürfnis nach Aufrechterhaltung bestimmter Gewohnheiten
- ⊗ gutes kognitives Potential
- ⊗ normale körperliche Entwicklung
- ⊗ hochintelligente, zwanghafte und gefühlscalte Eltern.

Forschung und klinische Evaluierung von Autismus haben seit 1943 verschiedene Entwicklungsstadien durchlaufen, aus denen Vorschläge für diagnostische Indikatoren für Störungen innerhalb des autistischen Spektrums, Erklärungen bezüglich kognitiver Schwierigkeiten, eine Theorie für geistige Abläufe sowie Evaluierungsmethoden hervorgingen (Baron-Cohen 1988; Creek 1961; Frith 1991; Gilberg 1989; Pennington 1991; Rendle-Short 1971; Rutter 1978; Rutter und Schopler 1987; Trevarthen et al. 1996; Wing 1976). Der Harper House Children's Service arbeitet derzeit nach der folgenden, von Lorna Wing (1987) beschriebenen autistischen Triade:

Störungen im autistischen Spektrum

Entscheidende Merkmale:

- ⊗ **Gestörte soziale Interaktion**

Schwerste Form: Unnahbarkeit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen.

Schwächste Form: spontaner, aber unangemessener Umgang mit anderen.

- ⊗ **Gestörte soziale Kommunikation**

Schwerste Form: fehlendes Verlangen nach Kommunikation mit anderen.

Schwächste Form: Schwierigkeiten mit dem korrekten sozialen Einsatz von Sprache/zweiseitiger Unterhaltung.

- ⊗ **gestörtes Vorstellungsvermögen**

Schwerste Form: keine Nachahmung anderer, kein imitatorisches Spielen

Schwächste Form: fehlendes Verständnis von Sinn und Zweck sozialer Kommunikation/Geschichten/Gedichten.

Mit dieser Triade gehen gewöhnlich einher:

- ⊗ **Repetitive, stereotype Handlungen**

Einfache Formen: Fingerschnipsen, Kreiseln von Gegenständen,

Befühlen bestimmter Materialien, Klopfen mit den Fingern.

Komplexe Formen: Aufreihen, Ordnen und Sammeln von Gegenständen, Beharren auf Einhaltung bestimmter Abfolgen, repetitives Fragen

Variable Merkmale: (allgemein verbreitet, für die Diagnose jedoch nicht entscheidend)

- ⊗ **Sprachschwierigkeiten** (von fehlender Sprache bis hin zu grammatikalisch korrektem, jedoch wörtlich übergenu genommenem Sprachgebrauch bzw. geringe Kontrolle von Tonhöhe, Lautstärke und Intonation)
- ⊗ **Abnormale sensorische Reaktionen** (absonderliche Reaktionen, z.B. Gleichgültigkeit, Unruhe, Faszination oder Überreaktion auf Klänge, visuelle Stimuli, Gerüche, Geschmackseigenarten, Schmerz oder Kälte)
- ⊗ **Motorische Probleme** (z.B. Schwierigkeiten, bestimmte Bewegungen nachzumachen; Tendenz, links und rechts, vorne und hinten, oben und unten zu verwechseln; Auf- und Abspringen, Wippen mit dem Oberkörper, Flatterbewegungen mit den Armen; absonderliche Körperhaltung bzw. Gangart)
- ⊗ **Unangemessene emotionale Reaktionen** (z.B. fehlende Furcht vor wirklicher Gefahr; übertriebene Furcht vor harmlosen Dingen; Lachen, Weinen oder Schreien aus unersichtlichen Gründen)
- ⊗ **Besondere Fertigkeiten** (z.B. außerordentliches Gedächtnis; besonders geschickt in Musik, im Zeichnen, in Mathematik oder Technik)

86 Beim ersten Termin im Harper House Children's Service wird ein detaillierter Bericht über die frühen Entwicklungsstadien des Kindes erstellt. Die ersten drei Lebensjahre sind ausschlaggebend, da allgemein anerkannt ist, dass autistische Störungen anhand verschiedener Verhaltensreaktionen während dieser drei Jahre klar nachweisbar sind; dies trifft nicht zu bei sehr selten vorkommendem Spätausbruch einer autistischen Störung. Es gibt keinen wissenschaftlichen Nachweis, dass psychologische oder psychosoziale Stressoren zu Autismus führen, es steht jedoch fest, dass Autismus organisch bedingt ist. Die überwiegende Mehrheit autistischer Kinder wies EEG- Abnormitäten auf; bei einer geringeren Zahl wurden strukturelle Gehirnabnormitäten, abnormale Gehirnstammreaktionen auf auditive Stimuli sowie neurochemische Abnormitäten festgestellt; genetische Faktoren wurden ebenfalls häufig mit Autismus in Verbindung gebracht (Locke et al. 1994; Trevarthen et al.; Tsai und Ghaziuddin 1992).

Ein Aspekt muss jedoch deutlich hervorgehoben werden: die Pathologie des Autismus ist als Spektrum von Störungen zu sehen, das von schweren bis zu schwachen Formen reicht. Die Mehrzahl der betroffenen Kinder liegt im Bereich mittelschwerer bis schwerer Störungen; in sehr seltenen Fällen ist Autismus auch bei hochintelligenten Kindern zu beobachten.



Musiktherapie als diagnostisches Hilfsmittel zur Evaluierung von Kommunikationsstörungen und Autismus

Musiktherapie kann als nonverbales Medium bei der Evaluierung von Kommunikationsstörungen eine signifikante Rolle spielen, insbesondere wenn mit präverbalen Kommunikationssystemen gearbeitet wird. Ein musiktherapeutischer Rahmen eröffnet den Kindern Möglichkeiten zur Darstellung präverbaler oder anderer von ihnen selbst entwickelter Kommunikationssysteme, die eine Autismusdiagnose bestätigen oder ausschließen beziehungsweise andere Richtungen aufzeigen können. Gesunde Babies sind von Natur aus für eine aktive Rolle in der sozialen Interaktion ausgestattet; sie verfügen über ein angeborenes Gefühl für den richtigen Zeitpunkt in Dialogen mit anderen. Dies ist für den Therapieverlauf von besonderer Bedeutung, da der Prozess des Musizierens zweier Menschen gerade auf der Wahl des richtigen Zeitpunkts und Dialog auf Austausch und Kreieren beruht, Kriterien also, die den Kern von Kommunikation bilden. Trevarthen beschreibt die Frühentwicklung der Mutter-Kind-Interaktion, die Bedeutung der Wahl des richtigen Zeitpunkts und das Erkennen von Gesichtsausdrücken, die Interpretation und Reaktion auf Emotionen, die im Gesichtsausdruck sichtbar sind, besonders treffend im Lichte früher Störungen in autistischen Kindern (Trevarthen 1996).

Informationssuche in der Evaluierungsphase

87

Eine Evaluierungssitzung unterscheidet sich in Inhalt und Ablauf von einer regulären Therapiesitzung. Folgende Aspekte sind für eine diagnostische Evaluierung von besonderer Bedeutung:

- ⊗ welche Reaktionsformen zeigt das Kind?
- ⊗ zeigt es keine Reaktion, warum?
- ⊗ über welches Potential verfügt das Kind bzw. welche Schwierigkeiten hat es?
- ⊗ wie reagiert das Kind auf die fremde Umgebung?
- ⊗ sind vorher aufgestellte diagnostische Hypothesen haltbar?
- ⊗ reagiert das Kind entsprechend seinen Möglichkeiten?
- ⊗ würde das Kind gemessen an seinen Reaktionen von Musiktherapie profitieren?
- ⊗ würde das Kind gemessen an seinen Reaktionen von anderen Therapieformen bzw. Interventionen profitieren?
- ⊗ wie stellen sich Verhalten und Reaktion des Kindes in einer musiktherapeutischen Evaluierungssitzung im Vergleich zu seinen Reaktionen auf andere Medien dar?

In einer Evaluierungssitzung versuche ich, autistische Störungen von anderen Störungen zu trennen, und richte deshalb mein Hauptaugenmerk auf die Entwicklung von Strategien für gemeinsames und alternierendes Musizieren mit dem Kind sowie auf den Einsatz verschiedener Instrumente. Beginnen Kinder, Instrumente auszuprobieren und zu lernen, wie man darauf kre-

ativ Musik machen kann, nutzen sie die Instrumente in angemessener Weise; sie tun dies entweder instinktiv oder durch Imitieren. Es geht hier darum festzustellen, ob die Kinder in der Lage sind, bewusst expressive Musik mit musikalischer Intentionalität zu schaffen. Ich habe einige häufig bei autistischen Kindern auftretende Muster in Spiel und Handhabung von Instrumenten entdeckt, die bei Kindern mit Kommunikationsstörungen oder anderen Behinderungen nicht zu beobachten sind:

Physisches und taktilen Verhalten

- ⊗ Bewegen z.B. von Trommelstöcken oder kleinen Instrumenten mit den Händen oder Fingern
- ⊗ Kreiseln z.B. von Tamburin, Zimbel, Drehtrommel oder Tamburinschellen
- ⊗ Herumspielen mit bestimmten Instrumententeilen, z.B. der Schraubenmutter, mit der die Zimbel am Ständer befestigt ist
- ⊗ Taktiles Spiel mit Instrumenten ohne musikalische Intention, z.B. Hin- und Herdrehen von Tamburin, Bündeln der Messingstäbchen der Windchimes, Zupfen einzelner Gitarrensaiten und Beobachten der dadurch erzeugten Schwingungen
- ⊗ Auswählen von Instrumenten nach ihrer Materialbeschaffenheit, z.B. größeres Interesse an Instrumenten aus Metall

88

Pathologische Elemente im musikalischen Material

- ⊗ Einführung bestimmter Abläufe, die während des gesamten Spiels gleich bleiben
- ⊗ Aufreihen von Instrumenten
- ⊗ Auswählen von Instrumenten nach ihren Möglichkeiten, Tonreihen spielen zu können, z.B. perseverierendes und repetitives Spielen von Tonreihen auf Klavier, Xylophon oder Metallophon
- ⊗ Sequentielles Spiel, z.B. wiederholtes Spielen ein- und derselben rhythmischen Sequenz Spielen jeweils eines Schlages auf einer Trommel, einer Zimbel, einem Stuhl und dem Fußboden und Wiederholen dieser Sequenz

Elemente sozialer Interaktion und Kommunikation im Musikspiel

Kinder, deren Behinderungen auf dem autistischen Spektrum liegen, zeigen erhebliche Schwierigkeiten bei:

- ⊗ alternierendem Spiel
- ⊗ gemeinsamem Spiel

- ⊗ Antizipation
- ⊗ musikalischem Paraphrasieren
- ⊗ Imitation
- ⊗ empathischem Spiel

Da diese Kinder im Allgemeinen kein Interesse an anderen Menschen zeigen beziehungsweise diese nicht wahrnehmen, sind sie häufig auch nicht daran interessiert oder in der Lage, auf Veränderungen von Tempo, Rhythmus, Klangfarbe, Intensität oder anderer Elemente gemeinsamer musikalischer Aktivität zu reagieren oder diesen zu folgen.

Einzelne Aspekte dieses Prozesses sowie der zuvor beschriebene Sitzungsablauf werden am Beispiel zweier Fallstudien illustriert.

Analyse und Interpretation musikalischen Materials

Bei der Präsentation von Ergebnissen musiktherapeutischer Evaluierung beziehungsweise musiktherapeutischer Arbeit allgemein sind eine genaue Dokumentation des musikalischen Materials und eine Analyse des musikalischen Erlebens während der Sitzung/en mit den Kindern meiner Ansicht nach unerlässlich. Fallstudien in der Musiktherapieliteratur geben häufig genaue Beschreibungen von Veränderungen im Verhalten der Patienten, bleiben jedoch meist sehr vage im Hinblick auf das musikalische Geschehnis, das der Interpretation dieser Veränderungen zugrundeliegt. Ich möchte damit solche Interpretationen nicht entwerten oder das angebotene therapeutische Urteil zugunsten des Potentials von Musiktherapie, Veränderung, Weiterentwicklung, Verbesserung oder Verständnis zu fördern, schmälern. Wenn keine Beschreibung des die Veränderung bewirkenden musikalischen Verhaltens mit musikalischen Parametern gegeben wird, bleibt für andere Musiktherapeuten - und mehr noch für Kollegen aus anderen Berufen - unklar, auf welcher Grundlage diese Interpretationen zustande kamen.

89

Es gibt ein Evaluierungsverfahren, das bei der Analyse von Veränderungen beziehungsweise möglicher Ursachen fehlender Veränderungen im Verhalten von Patienten von musikalischen Elementen ausgeht: die Improvisationsbewertungsprofile (IBP) (Bruscia 1987). Ich verwende die IBP bereits seit drei Jahren bei der Analyse musikalischen Materials aus diagnostischen Evaluierungssitzungen mit Kindern im Harper House Children's Service. Obwohl die IBP schon seit einigen Jahren bekannt sind, kommen sie meines Wissen nur selten zum Einsatz. Sie wurden ins Norwegische übersetzt und werden in Skandinavien genutzt. Man muss jedoch sagen, dass die IBP eine komplexe, detaillierte und extensive Analysemethode sind und dieser Umstand viele praktizierende Musiktherapeuten von einer Anwendung abhält, denn die Analyse eines nur kurzen Ausschnitts einer Sitzung könnte unter Einsatz der IBP mehrere Stunden in Anspruch nehmen.

Diese beiden Profile sind hilfreich für eine Abgrenzung des Autismus von anderen Entwicklungs- bzw. Kommunikationsstörungen. Mit Hilfe des Autonomieprofils können interpersonel-

le Aspekte genauer untersucht werden, z.B. ist das Kind bereit, mit mir zusammenzuarbeiten, zu teilen und als Partner zu agieren, oder zeigt es eine Neigung, Vorschläge zurückzuweisen oder abhängig zu werden. Mit Hilfe des Variabilitätsprofils kann auf einer inter- und intramusikalischen Ebene die Fähigkeit des Kindes, kreativ zu sein, getestet bzw. Anzeichen für starres und repetitives Spiel gefunden werden, die möglicherweise die Diagnose einer Störung aus dem autistischen Spektrum bestätigen.

Bevor eine geeignete Analyseverfahren aus den IBP ausgewählt wird, sollte das zu analysierende musikalische Material erst auf das Wesentliche reduziert werden. Es kann dabei wie folgt vorgegangen werden:

1. Festlegung des Schwerpunkts der Analyse: intra- oder intermusikalische Aspekte bzw. beides!
2. Auswahl der geeigneten Profile für die Analyse entweder nach dem Schwerpunkt der Therapie oder den für die Evaluierung relevanten Fragen!
3. Nochmalige Prüfung der zu analysierenden Sitzung und Auswahl des Materials, das wesentliche und wertvolle Information aus der Analyse verspricht!

Ich habe diesen Kriterien noch ein paar hinzugefügt, die ich für meine diagnostische Evaluierungsarbeit für nützlich halte und die eine weitere Reduzierung des zu analysierenden Materials auf ein Maß ermöglichen, das ausreichend relevante Information für Interpretation und Evaluierung musikalischer Vorgänge in der Sitzung liefert:

1. Anhand bestimmter Aspekte in der Überweisung oder des Verhaltens des Kindes und nach eingehender Prüfung der musikalischen Vorgänge und des musikalischen Verhaltens des Kindes in der Sitzung wähle ich die für die Analyse relevanten musikalischen Elemente auf der Tabelle aus. Da die Tabelle sehr lang und detailliert ist, würde ich vorschlagen, zum Beispiel Rhythmus, Lautstärke und Phrasierung als die für die Analyse am vielversprechendsten Elemente auszuwählen.
2. Ich verwende ein besonderes System, mit dessen Hilfe ich beim Durchsehen von Videoaufnahmen autonomie- und variabilitätsprofilfähige musikalische Vorgänge feststellen kann. Für diese Analyse habe ich ein besonderes Formular entworfen (Tabelle 1).



Tabelle 1: Improvisationswertungsprofile (Bruscia 1987) adaptierte Version - Wigram, 1996

Name des Patienten.....Datum.....

AUTONOMIE		VARIABILITÄT	
Analysierter Abschnitt		Analysierter Abschnitt	
ABHÄNGIG	1 2 3	STARR	1 2 3
DEM THERAPEUTEN FOLGEND		STABIL	
PARTNER		VARIABLEL	
FÜHREND		KONTRASTIEREND	
WIDERSTAND LEISTEND		RICHTUNGSLOS	

Ich wähle im Allgemeinen erst zwei oder drei Sitzungsabschnitte für die Analyse aus und dann die musikalischen Elemente, die den Analyseschwerpunkt bilden sollen (z.B. Klangfarbe, Lautstärke und Tempo), und trage sie unter dem jeweiligen Gradienten beider Profile ein. Ich sehe mir die ausgewählten Abschnitte zwei- oder dreimal an und trage zum Beispiel die Zahl der Fälle mit Variabilität in Tempo in die entsprechenden Kästchen ein. Bruscias detaillierte Beschreibung möglicher Typen musikalischen Materials liefert eine reiche Quelle, aus der bei der Analyse geschöpft werden kann (Bruscia, S. 430, 431, 445, 446, 447).

Im unteren Teil des Formulars notiere ich Leitmotive oder spezifische Themen, die ich für signifikant halte oder die in den für die Analyse ausgewählten Abschnitten im Spiel des Patienten immer wiederkehren.

Bei der Zusammenstellung des Evaluierungsberichts stütze ich mich auf die Ergebnisse dieser Analyse; ich gebe zum Beispiel eine Interpretation musikalischen Materials, das meine Vorschläge bzw. meine Meinung im Hinblick auf Schwierigkeiten oder eine Diagnose des Kindes stützt. Ich zitiere musikalisches Material insbesondere in den Fällen, wenn es klare Anhaltspunkte für eine spezifische diagnostische Position liefert. Rhythmische Muster oder Melodiefragmente können ebenso in den Evaluierungsbericht einbezogen werden. Das Formular mit den Daten wird entsprechend gespeichert und in bestimmten Fällen dem Evaluierungsbericht beigelegt ähnlich dem Datenerfassungsbogen eines kognitiv-psychologischen Tests, der die rohen, standardisierten Ergebnisse der Evaluierung der kognitiven Fähigkeiten eines Kindes erfasst.

Fallstudie 1 - Barry

Barry war 5 1/2 Jahre alt, als er an den Harper House Children's Service zur diagnostischen Evaluierung überwiesen wurde. Er wurde als verschlossenes Kind mit absonderlichem Wesen beschrieben. Mit 3 1/2 ging er auf den Zehen, seine Sprache war unverständlich. Sein erstes Wort sprach er mit 18 Monaten und mit 2 Jahren begann er zu babbeln und erstmals Intonationsmuster zu benutzen. Seine Sprache war nur wenig entwickelt, und er war lediglich in der Lage, vorher Gehörtes wiederzugeben. Er spielte gerne mit Autos, die er linienförmig aneinanderreihete. Seine Fähigkeit zu symbolischem Spiel war im Begriff sich zu entwickeln, es war jedoch noch konkret und einfach. Nach Angaben der Logopädin ergriff er nur selten die Initiative zu sozialer Interaktion und seine Sprach- und Sprechfertigkeiten glichen eher den eines 2 - 2 1/2-jährigen Kindes. Er zeigte Anzeichen von rituellem Verhalten und konnte aus Frustration Wutausbrüche bekommen, insbesondere wenn er nicht erreichte, was er wollte. Beim ersten Termin schien Barry keinen spontanen Kontakt eingehen zu wollen, er starrte meist vor sich hin, lächelte nur wenig und auf seinem Gesicht war kein Ausdruck von Interesse an der Umgebung zu erkennen. Früheren pädiatrischen Evaluierungsberichten zufolge wurde Barry als möglicherweise autistisch eingestuft, eine leichte geistige Behinderung und eine sehr schwerwiegende Sprachstörung, die zu autistischen Verhaltensmustern geführt haben könnten, wurden jedoch auch in Betracht gezogen.

92

Musiktherapeutische Evaluierung

Ich wählte drei Ausschnitte aus der Musiktherapiesitzung für die Analyse aus:

Ausschnitt 1: Ein 6-7-minütiger Abschnitt, in dem Barry Drehtrommel, Timp-Tom-Trommel, Kleine Trommel und Zimbel und ich Klavier spiele ; dieser Abschnitt enthält auch einen vokal Austausch.

Ausschnitt 2: Barry spielt auf dem Metallophon und gelegentlich auf der Zimbel, während ich ihn auf dem Klavier begleite. Ausschnitt 3: Barry und ich spielen zusammen auf dem Klavier (Videobeispiel 5).



Abschnitt 1

In diesem ersten Abschnitt zu Beginn der Sitzung experimentierte Barry an den verschiedenen vor ihm stehenden Trommeln und der Zimbel, um herauszufinden, welche Klänge er darauf produzieren konnte. Ich bot ihm verschiedene Schlegel an, er entschied sich für Schlegel mit hartem Kopf. Er begann mit einem regelmäßigen, pulsartigen Schlag, den ich mit tonalen Akkorden bzw. melodisch unterstützte. Ich beschleunigte mein Tempo allmählich und pausierte nach einigen Sekunden, mit beiden Händen ein Oktavtremolo spielend (eine Übergangstechnik), um zu sehen, ob er bei seinem pulsartigen Schlag bliebe. Er wurde unsicher und reduzierte sein Tempo; er machte vereinzelte Schläge auf Zimbel und Kleiner Trommel, die links und rechts von der Drehtrommel standen. Damit hatte er bereits Variabilität auf der Variabilitätskala in Bezug auf die Instrumente gezeigt, die er benutzte, was ich unter Klangfarbenvariabilität festhielt. Er führte seinen pulsartigen Schlag fort, jetzt jedoch mit erheblichen Temposchwankungen.

Wir steigerten das Tempo immer mehr, bis Barry plötzlich beschloss aufzuhören, indem er sich umdrehte und einen einzelnen Schlag auf die Zimbel machte. Hier war er initiativ und führend in der musikalischen Interaktion. Nach kurzem Experimentieren auf Zimbel und Kleiner Trommel (etwa 10-15 Sekunden) kehrte er zur Drehtrommel und dem pulsartigen Schlag zurück, dem ich folgte. Ich führte sein Spiel melodisch; er beobachtete mich und folgte meinem Spiel in Tempo und Lautstärke recht genau. Für einen Moment lang spielte er Einzelschlagreihen von Zimbel über Drehtrommel zu Kleiner Trommel. Nach diesem kurzen Zwischenspiel folgte er wieder meinem Tempo und später auch meiner Phrasierung. Ich begann, aus sechs Tönen bestehende Motive zu spielen, die ich dann auf vier, drei und zwei Töne reduzierte; Barry folgte den Veränderungen genau.

Als ich auf dem Klavier Glissandi mit niedergedrücktem Pedal spielte, machte Barry dazu passend einzelne Schläge auf der Zimbel.

Dann begann ich, eine zweiteilige Melodie (erst drei, dann fünf Töne) zu improvisieren, die Barry nachsang. Er fand schnell heraus, in welche Richtung sich die Melodie entwickelte. Er erweiterte sie sogar, indem er meine Phrasenstruktur übernahm. Als ich begann, seine Ideen aufzunehmen, ging er ohne Aufforderung zu Trommel und Zimbel zurück. Ich begleitete ihn wieder am Klavier und wir folgten, wie bereits zuvor, *crescendi*, *accelerandi* und Phrasenerweiterungen, die der jeweils andere initiierte.

Zusammenfassung des ersten Abschnitts

Die musikalischen Vorgänge dieses ersten Abschnitts sind in Tabelle 2 dokumentiert. Ich konnte eine erhebliche Anzahl musikalischer Vorgänge notieren, in denen Barry meinem Spiel folgte, sowie eine geringere Anzahl von Vorgängen, in denen er entweder als Partner agierte oder selbst die Führung übernahm. Im Hinblick auf die Variabilität seines Spiels konnte ich nur we-

nige Beispiele starren Spiels feststellen, denn er zeigte in Bezug auf Tempo, von ihm gewählte Instrumente (also Klangfarbe) und Melodieideen Flexibilität und Abwechslung. Die Zahl der Fälle, da er eine Zeit lang bei einer bestimmten musikalischen Idee blieb beziehungsweise diese abänderte sowie Kontraste in seinem Spiel zeigte, hielten sich die Waage.

Interpretation der Analyse von Abschnitt 1

Am Ende dieses Abschnitts hatte ich den Eindruck gewonnen, dass Barry mich die meiste Zeit imitierte. Es gab jedoch nur wenige Anzeichen, die auf eine autistische Störung hindeuteten, wie zum Beispiel unflexibles Verhalten oder Widerstände in seinem interpersonellen/interaktiven Verhalten. Im Gegenteil, er nahm neue Ideen schnell auf, blieb in seinem Imitieren sehr nahe an dem, was ich vormachte, und zeigte bereits viel Kreativität.

Da Barry mich in diesem ersten Abschnitt ausgezeichnet beobachtete und meinem Spiel folgte, beschloss ich, zu einer anderen Strategie überzuwechseln, bei der er nicht sehen konnte, was ich tat. Ich wollte, dass wir voneinander unabhängiger arbeiteten und unsere Interaktion mehr durch auditive als durch visuelle Signale bestimmt werde. Solange mich Barry beobachten konnte, glaubte ich, er imitierte meine Aktivitäten deshalb, weil er dachte, dies werde von ihm verlangt, oder weil es die einzige ihm bekannte Möglichkeit war, mit der jeweiligen Situation fertig zu werden. Ich setzte mich deshalb an das andere Klavier, so dass er mich, während er das Metallophon spielte, nicht sehen konnte.

95

Abschnitt 2



Barry spielte auf dem Metallophon und ich improvisierte dazu tonale, melodische und rhythmisch regelmäßige Musik. Er drehte seinen Kopf nur einmal, um zu sehen, ob ich da bin und mit ihm spiele, und übernahm dann die Initiative. Innerhalb von sechs bis sieben Sekunden hatte er sein Tempo halbiert und ich verlangsamte mein Spiel entsprechend. Während er in diesem Tempo weiterspielte, fing ich an, leise zu singen. Barry begann, ohne Aufforderung und mit größerem Selbstvertrauen und kräftigerer Stimme als zuvor zu singen. Seine Phrasenstruktur war klar und deutlich. Er sang eine viertaktige Phrase, der ich musikalisch folgte. Barry war in der Lage, innerhalb einer Tonart Melodien zu entwickeln. Er verwendete dafür die jeweilige Tonika als Basis und formte seine Melodien um diese herum. Er drehte die Trommelstöcke herum und begann mit den unbefilzten Enden zu trommeln. Er beschleunigte sein Tempo und erhöhte seine Lautstärke. Er antizipierte meine Kadenz und sang nach einer von mir initiierten Pause spontan eine Melodie.

Im Laufe dieser Improvisation wurde deutlich, dass sich Barry gewissermaßen in seiner eigenen musikalischen Welt bewegte. Ich bin sicher, dass er meine musikalische Unterstützung

wahrnahm, da er beispielsweise Melodiefragmente aufnahm oder sein Tempo an meines angeschlossen, nachdem er eine Veränderung initiiert hatte. In dieser Improvisation folgte ich viel häufiger seinem Spiel. Er beugte sich zur Kleinen Trommel hinüber und begann, nachdem er kurze Melodiefragmente (drei oder vier Töne) von mir hörte, selbst Fragmente zu spielen und wartete jedes Mal, bis ich diese wiederholte. Dies machte er viermal. Weiterhin fiel in diesem Abschnitt auf, dass er die Entscheidung traf, wann die Musik anfangen und wann sie aufhören sollte.

Im Hinblick auf Tempo, Melodie und Klangfarbe konnte ich für diesen Abschnitt in beiden Bereichen - Autonomie und Variabilität - eine bedeutend höhere Anzahl musikalischer Vorgänge notieren, während derer Barry die musikalische Führung übernommen hatte (siehe Tabelle 2). Die Anzahl der Fälle, da er als Partner agierte oder mir folgte, war in diesem Abschnitt geringer. Barry konnte mich nicht sehen, er organisierte sein musikalisches Material so, wie er es wollte; in einigen wenigen Fällen schien er allerdings von meinen Ideen beeinflusst. Auf der Variabilitätsskala konnte ich ein Gleichgewicht zwischen stabilem, variablem und kontrastierendem Spiel vermerken.

Abschnitt 3

96

Im letzten Abschnitt, den ich für die Analyse auswählte, improvisierten Barry und ich ein Klavierduett. Barry begann mit einer rhythmisch regelmäßigen, aufsteigenden Tonreihe bis zum Ende der Klaviatur. Dann ging er zu Tonclustern in variablem Tempo über, ich folgte seinem Spiel. Er benutzte dabei abwechselnd seine linke bzw. rechte Hand und trieb sein Tempo einem Höhepunkt entgegen, an dem er plötzlich anhielt und nur noch einzelne, zeitlich verstreute Töne spielte. Nun folgte eine rasche Abfolge von Tempowechseln, während derer sich mein und sein Tempo gelegentlich berührten; Barry blieb jedoch nicht lange bei meinem Tempo und kehrte rasch zu seinem eigenen zurück. Nach drei Minuten folgte eine eher nachdenkliche Passage, in der Barry langsam und leise spielte und ich unser Spiel mit dem Pedal unterstützte. Nach diesem Zwischenspiel kehrte er wieder zu auf- und absteigenden Tonreihen zurück, die er in unterschiedlichen Tempi spielte. Seine Tonreihen bestanden hauptsächlich aus kleinen Clustern und gelegentlich aus Einzeltönen. Zu diesem Zeitpunkt war deutlich, dass Barry in seinem Spiel unabhängiger geworden war und ich die Rolle desjenigen, der folgte, spielte. Er begann nun, sein Tempo über einen längeren Zeitraum stabil zu halten, das ich in meiner Begleitung aufnahm. Ein- oder zweimal jedoch änderte Barry absichtlich das Tempo und bewegte sich weg von dem von mir vorgeschlagenen Tempo. Im weiteren Verlauf der Improvisation entdeckte er immer mehr Spielmöglichkeiten auf der Tastatur und probierte zum Beispiel verschiedene Stellen aus, wo er die jeweilige Taste niederdrücken konnte. Gegen Ende des Abschnitts beschloss Barry, sich bis zum anderen Ende des Klaviers vorzuarbeiten. Er beugte sich über mich, um die Basstöne erreichen zu können.

Abschließende Bemerkung

Die Analyse der Daten aus diesen drei Abschnitten lieferte mir klare Hinweise auf Barrys Fähigkeiten zu interagieren und seine kreativen Fertigkeiten. Meine Analyseergebnisse fasste ich in meinem Bericht wie folgt zusammen:

“Barry ist sehr interaktiv, nimmt häufig Blickkontakt auf und toleriert physische Berührung; er ist geschickt im Instrumentalspiel und zeigte ein Gespür für die Feinheiten unserer musikalischen Kommunikation. Er scheint Sprachverständnisschwierigkeiten zu haben; seine Sprache ist von repetitiven Mustern geprägt. Aufgrund seines hohen Interaktionsniveaus liegt er jedoch definitiv außerhalb des autistischen Spektrums. Obwohl einige Fälle von Sequenzieren beobachtet wurden, können diese nicht als perseverativ oder zwanghaft eingestuft werden; auch war er leicht davon ablenkbar. Er war zu alternierendem und gemeinsamem Spiel fähig. Der Umstand, dass er in den Improvisationen entweder meine Anregungen aufnahm oder selbst die Führung übernahm, weist auf seine Fähigkeit hin, als Partner zu agieren. Sein Spiel war in keiner Weise starr oder richtungslos, es schwankte zwischen stabil und variabel.“

Barrys Handhabung der Instrumente und seine Art, mit mir zu musizieren, entsprach nicht dem bei autistischen Kindern allgemein beobachteten musikalischen und sozialen Verhalten, so dass eine Diagnose von Autismus nicht bestätigt werden konnte.

Fallstudie 2 - Daniel

97

Daniel war 9 Jahre alt, als er an den Harper House Children's Service überwiesen wurde. Es lag keine eindeutige Diagnose, sondern nur die Annahme einer autistischen Störung vor. Aus seiner frühkindlichen Entwicklung war bekannt, dass er babbelte und mit 18 Monaten anfing, einzelne Wörter zu bilden. Seine Wahrnehmungsfähigkeit war jedoch kaum ausgeprägt, er war reizbar und schrie oft. Mit 2 1/2 begann er, mit den Fingern Flatterbewegungen vor seinen Augen zu machen und Gegenstände in gerader Linie aufzureihen. Er spielte nicht mit anderen Kindern und kommunizierte nicht. Sein allgemeiner Gesundheitszustand war gut, seine Kommunikationsfähigkeit stark eingeschränkt. Er sprach nur gelegentlich und nutzte angeblich Zeichen und Gesten, um anzuzeigen, was er wollte; letzteres konnte jedoch beim ersten Termin nicht bestätigt werden. Seine Kommunikationsformen waren sehr primitiv, er zeigte beispielsweise nicht mit dem Finger, um seine Bedürfnisse zu vermitteln, und folgte auch nicht dem auf etwas zeigenden Finger eines Erwachsenen. Er hatte keine Fähigkeit zu symbolischem Spiel entwickelt, er kreierte Gegenstände, als er klein war, und er beschäftigte sich mit einer Reihe selbst gewählter Aktivitäten, die körper- oder objektbezogen waren.

Obwohl das Team der in der Überweisung angenommenen Diagnose einer autistischen Störung weitgehend zustimmte, wurde beschlossen, eine umfangreiche Evaluierung zur Feststellung von Wesen und Ausmaß der autistischen Störung und Daniels Potential für seine Entwicklung durchzuführen.

Musiktherapeutische Evaluierung

Ich wählte wieder drei Abschnitte für die Analyse aus:

Abschnitt 1: Beginn der Sitzung, Daniel spielt erst auf einer Trommel, dann auf mehreren.

Abschnitt 2: Daniel probiert Gitarre und Zither aus, geht im Zimmer umher, spielt kurz mit mir auf dem Klavier und dann alleine auf Zimbel und Klavier.

Abschnitt 3: Gemeinsame vokale Arbeit unter Zuhilfenahme eines verstärkten Mikrophons. (Dieser Abschnitt demonstriert Versuche, einen vokalen Austausch und eine Beteiligung auf vokaler Ebene zu erreichen).



Abschnitt 1

Daniel saß erst auf dem kleinsten Stuhl in einem Teil des Raumes ohne Musikinstrumente. Als ich zu spielen begann, drehte er sich von mir weg, obwohl er zuhörte. Ich setzte eine Methode ein, die Juliette Alvin als "empathisches Improvisieren" bezeichnete, das heißt, ich gab die Stimmung und die Gefühle, die Daniel in mir auslöste, in der von mir improvisierten Musik wieder. Ich begann, einen langsamen Walzer in d-moll mit einer stufenweisen Melodie zu improvisieren, die ich gelegentlich mit einer nichtrhythmischen Melodie mit den ersten fünf Tönen der d-moll-Tonleiter unterbrach. Damit versuchte ich, die Gefühle "kein Interesse" und "ratlos sein" widerzuspiegeln und Daniel zu vermitteln. Ich bot ihm zunächst einen Trommelstock an, den er ignorierte. Dann stellte ich eine Trommel mit einem Stock neben ihm auf und ging zurück zum Klavier. Er drehte mir und der Trommel den Rücken zu und begann, auf dem Stuhl zu wippen. Ich ging wieder zu ihm hinüber und versuchte, ihn zum Spielen zu bewegen, indem ich ihm einen Schlegel mit Filzkopf anbot. Er hielt ihn zunächst zwischen zwei Fingern und ließ ihn auf der Membran hin- und herfedern. Dies ging ein paar Minuten lang und ich machte mit. Er war ausschließlich damit beschäftigt, den Filzkopf von der Membran abfedern zu lassen und den durch den in seiner Hand vibrierenden Schlegel ausgelösten Reiz zu spüren. Dies blieb ein Hauptcharakteristikum seines Spiels mit Trommeln und Schlegeln, das kommunikativer Funktion, musikalischen Gehalts und Bedeutung zu entbehren schien. Nach einer Weile ließ er sich von mir in den Teil des Raumes bewegen, in dem ich arbeitete. Er setzte sich an die Trommel und spielte mit zwei Schlegeln kraftvoller als zuvor. Er schlug einen lauten, regelmäßigen und stabilen Rhythmus, dem ich folgte. Zu Beginn der Sitzung zeigte er auch eine Reaktion, wenn ich seinen Namen auf ihn zusang. Als wir schließlich gemeinsam spielten, sang ich von Daniel, der Trommel spielte, und manchmal lächelte er mich an, wenn ich seinen Namen erwähnte.

100

Nun bot ich ihm eine weitere Trommel an. Er benutzte beide Trommeln, wobei er weiterhin mit zwei Schlegeln gleichzeitig gleichförmige und schwerfällige Schläge produzierte. Als ich den beiden Trommeln eine dritte (Kleine Trommel) hinzufügte, beachtete er diese erst nicht, spielte sie aber dann ausschließlich. Ich bot ihm mehr Stöcke und Schlegel zum Ausprobieren an. Er schien einer von mir gespielten musikalischen Phrase aufmerksam zuzuhören; ich pausierte nach dieser Phrase, um auf ihn zu warten; Daniel legte jedoch die Schlegel weg und verließ seinen Platz. Er ging hinter das Klavier, um eine weitere Trommel von dort zu holen, die er etwas nachlässig am Ende der Trommelreihe plazierte. Der nun folgende Teil dieses Abschnitts dauerte 6-7 Minuten, während derer Daniel auf seinem Platz blieb, um mit den Tönen und Klängen, die er auf den Trommeln produzierte, zu experimentieren.

Analyse von Abschnitt 1

Trotz meiner Versuche, schöpferische Ideen und Abwechslung in meiner Musik anzubieten, war in Daniels Musik kaum Variabilität entstanden. Er demonstrierte eine klassische, häufig bei autistischen Störungen beobachtbare Starrheit in seinem Spiel. Die Zahl der musikalischen Vorgänge, während derer Daniels Spiel repetitiv und variationslos war, ist in Tabelle 3 festgehal-

ten. Sein Tempo blieb von ein oder zwei Ausnahmen abgesehen, als er auf mein schnelleres Tempo reagierte, nahezu unverändert. Er ging nur dann über die begrenzte Zahl der von ihm gewählten Instrumente hinaus, wenn ich seine Aufmerksamkeit ganz direkt auf ein anderes Instrument lenkte.

Unsere Interaktion ist schwer zu quantifizieren, da er trotz zahlreicher "musikalischer Anregungen" meinerseits überwiegend variationslos spielte. Ich ordnete deshalb die meisten musikalischen Vorgänge in die Kategorie "Widerstand leistend" ein. Er selbst beschloss, wie er spielen wollte, und er schien aufgrund mangelnder Intentionalität und Bedeutung in seinem Spiel meine musikalischen Ideen nicht zu erkennen oder nicht in der Lage zu sein, darauf zu reagieren. Für die Feststellung seiner Fähigkeit zu führen (Bruscia 1987) brauchte ich Beispiele, in denen er versuchte, mein Spiel entweder dadurch zu beeinflussen, dass er die Kontrolle über Komponenten des musikalischen Materials übernahm oder diese in eine bestimmte Richtung steuerte. Daniel schien jedoch an einer Einwirkung auf mein Spiel nicht interessiert zu sein; in der Rolle des "Widerstand leistenden Parts" unternahm er keinen Versuch, die Improvisation insgesamt oder das Spiel des Partners zu beeinflussen, und beteiligte sich nicht an gemeinsamen Bemühungen oder an Interaktionen" (Bruscia 1987).

Abschnitt 2

Ich holte Gitarre und Akkordzither, um zu sehen, wie er auf völlig andere Spielweisen reagieren würde (z.B. Saiten anschlagen oder zupfen im Gegensatz zum Schlagen einer Trommel). Er zog kräftig an den Gitarrensaiten und ließ sie auf den Korpus zurückschnellen. Er gestattete mir, ihm beim Anschlagen der Saiten kurz behilflich zu sein. Er versuchte jedoch nicht, auf konventionelle Weise weiterzuspielen, sondern zupfte die Saiten wieder einzeln. Er beobachtete die vibrierende Saite, ein Verhalten, das mit dem Beobachten des auf der Membran auf- und abfedernden Trommelschlegels vergleichbar ist. Als er die Gitarre nicht mehr wollte, brachte ich die Akkordzither ins Spiel. Er zupfte auch hier die Saiten nur einzeln und ließ sie mit Wucht auf den Korpus zurückschnellen. Dann verlor er das Interesse auch an diesem Instrument.

101

Analyse von Abschnitt 2

Ich ordnete auch hier eine nicht geringe Anzahl musikalischer Vorgänge an der Gitarre, der Akkordzither und dem Klavier auf der Autonomieskala in die Kategorie "Widerstand leistend" ein (siehe Tabelle 4). Er hatte immer noch nicht die Führung übernommen, obwohl er an einer Stelle während unserer Interaktion am Klavier Interesse an der Art und Weise zeigte, wie ich seiner Idee folgte. Meinen musikalischen Ideen schenkte er kaum Beachtung. Da sein eigenes musikalisches Material keine erkennbare Bedeutung, Intentionalität (außer auf taktile Ebene) und Expressivität aufwies, klassifizierte ich es als "Widerstand". In unserem gemeinsamen Klavierspiel schien er an drei Stellen mein Tempo aufzunehmen, die ich in die Kategorie "Partner"

eintrug. Daniel zeigte kaum Variabilität in seinem Spiel, daher die geringe Anzahl musikalischer Ereignisse in diesem Bereich in der Tabelle. Stil, Lautstärke, Tempo sowie andere musikalische Komponenten variierten kaum, sodass ich die Mehrzahl der Vorgänge als "starr" einstufte. Dies bestätigte ein häufig bei autistischen Störungen beobachtetes Verhalten, wie bereits in Abschnitt 1 festgestellt wurde.

Abschnitt 3

Im letzten Abschnitt der Therapiesitzung, als wir zusammen am Klavier arbeiteten, griff ich zu einem verstärkten Mikrofon. Daniel war fasziniert von den Lauten und Tönen, die ich damit produzierte. Er versuchte, von mir dazu angespornt, selbst damit Geräusche zu erzeugen. Er versuchte erst, in das Mikrofon zu beißen oder seine Zähne daran zu reiben. Es entwickelte sich ein Spiel, bei dem ich ihn kitzelte und er dabei ins Mikrofon lachte. Zwei- oder dreimal versuchte er, einen von mir erzeugten recht lauten "aargh"-Laut nachzuahmen, was ihm auch gelang. Er schien in der Lage zu sein, meinen Ton auditiv aufzunehmen und ihn dann nachzuahmen oder seine eigenen Laute zu produzieren.

Analyse von Abschnitt 3

102

In diesem kurzen abschließenden Abschnitt der Sitzung glaubte ich, zum ersten Mal in Daniel ein Potential für Zusammenarbeit, Austausch, alternierendes Spiel und gemeinsame Aktivität zu erkennen. Seine Reaktionen im Hinblick auf Tempo, Rhythmus und Klangfarbe seiner Stimme (beim Nachahmen meiner Laute) notierte ich zum ersten Mal in der Spalte "dem Therapeuten folgend" auf der Variabilitätsskala. Während er immer noch Widerstand gegen eine aktive Beteiligung auf Partnerebene leistete und damit Vorgänge auf der Autonomieskala im Bereich "Widerstand leistend" einzuordnen waren, konnten in dem kurzen vokalen Dialog fünf Vorgänge in den Bereichen "dem Therapeuten folgend" und "führend" verzeichnet werden.

Zusammenfassung

1. Daniels Spiel war im allgemeinen repetitiv und perseverativ; nur selten reagierte er mit einem schnelleren Rhythmus oder einer dynamischen Veränderung; seine musikalische Reaktion war nur in wenigen Einzelfällen klar auf eine von mir vorher initiierte musikalische Idee gerichtet.
2. Die Hauptmerkmale der Interaktion in der Sitzung waren Flexibilität und Anpassung, wobei Daniel deutlich häufiger die Entscheidung traf, was er machen und wie er spielen wollte, als dass er auf meine musikalischen Ideen reagierte.

3. Er schien verbale Anweisungen zu verstehen; wenn ich ihn beispielsweise bat, herzukommen und sich hinzusetzen, reagierte er entsprechend.
4. Er konzentrierte sich auf die gemeinsamen Aktivitäten, die allerdings überwiegend nach seinen Bedingungen gestaltet wurden. Seine Aufmerksamkeitsspanne während der 45-minütigen Sitzung kann als gut bezeichnet werden.
5. Er reagierte zwar manchmal auf strukturierte Aktivitäten, brauchte jedoch häufig Gelegenheit, um daraus "auszubrechen"; er leistete Widerstand gegen Versuche, ihn zu einer länger anhaltenden Aktivität zu bewegen.
6. Für die Arbeit mit Daniel sollte ein schöpferischer und für ihn interessanter therapeutischer Ansatz gewählt werden; er wäre für einzeltherapeutische Arbeit sehr gut geeignet, in der er seine Interaktions- und Reaktionsfähigkeiten auf- und ausbauen könnte. Dies könnte sein starres und unflexibles Verhalten positiv verändern, das aufgrund seiner autistischen Störung auftreten kann.
7. Daniel schien in der Lage zu sein, mit Interaktion mit Hilfe des Mediums Musik gut fertig zu werden. Eine Arbeitsmethode, die gewisse Anforderungen an ihn stellt, gleichzeitig jedoch flexibel ist, wäre nach meinem Dafürhalten am wirkungsvollsten. Daniels musikalisches und außermusikalisches Verhalten in der Sitzung, seine unflexible Spielweise und sein mangelndes Interesse an gemeinsamer Aktivität bestätigen die Diagnose einer autistischen Störung.

Allgemeine Schlussbemerkung

Meine langjährige Erfahrung hat mich gelehrt, dass die Verwendung eines einzigen therapeutischen Ansatzes unmöglich ist, so sicher das methodologisch und klinisch auch sein mag. Flexibilität und Anpassungsfähigkeit an die Bedürfnisse der Patienten, deren wechselnden emotionalen und interaktionellen Zustand sowie an sich verändernde Umstände innerhalb eines breitangelegten Rahmens mit klar festgelegten Grenzen sind wesentliche Eigenschaften für einen Musiktherapeuten und bilden die Grundlage für ein wirkungsvolles Arbeitsmodell. Der oben dargestellte Ansatz, der von einer strukturierten Arbeitsweise, über einen flexiblen und freien Arbeitsstil bis hin zu einer Kombination aus beiden reicht, hat sich für die diagnostische Evaluierung als geeignet erwiesen.

Mein therapeutischer Ansatz ist überwiegend von klientenzentrierten und kognitiven Therapien geprägt und wird von holistischen Elementen ergänzt. Davon ausgehend, bemühe ich mich, meinen Patienten stetige Unterstützung zu geben und ihnen auf allen Ebenen vorbehaltlose, positive Beachtung zu schenken. Meiner Erfahrung nach sollten sowohl in Evaluierungssitzungen als auch in Langzeittherapie verschiedene musikalische und interpersonelle Rahmenbedingungen angeboten werden, mit deren Hilfe die Therapeut-Patient-Beziehung

und die Bedürfnisse und Probleme des Patienten exploriert und ein geeigneter therapeutischer Weg gefunden werden kann.

Die hier beschriebenen Techniken sind als therapeutische Werkzeuge generell geeignet. Sie stellen jedoch kein Ganzes dar, sondern weisen lediglich auf Einzelteile hin, die schließlich ein Ganzes formen. Gleichzeitig würde ich jedoch nicht anraten, die hier dargestellten Techniken sozusagen als Rezepte zu betrachten, die mal ganz einfach in therapeutischen Situationen anzuwenden sind. Aus meiner klinischen Praxis und meiner Erfahrung in der musiktherapeutischen Ausbildung weiß ich, dass die Frage, wie der Therapeut diesen Prozess durchläuft und was er selbst in ihn einbringt, einen höheren Stellenwert hat als Techniken, Material und Strukturen. Ob Patienten über Musik erreicht werden können, hängt davon ab, ob der Therapeut den Kontakt, den sie durch ihre Musik machen, spürt, ob er sich mit ihnen in einem gemeinsamen Erleben der Musik vereinen kann und davon, ob er in der Lage ist, seine eigene Musik und seine musikalische Persönlichkeit einzubringen und ihnen zu vermitteln.



Literatur

- Aldridge, D. (1996) Music therapy research and practice in medicine. From out of the silence. London: Jessica Kingsley.
- Alvin, J. (1965). Music for the handicapped child. Oxford: University Press.
- Alvin, J. (1975). Music therapy. Hutchinson.
- Alvin, J. (1978). Music therapy for the autistic child. Oxford: University Press.
- Ansdell, G. (1995) Music for Life. Aspects of creative music therapy with adults. London: Jessica Kingsley.
- Baron-Cohen, S. (1988). Social and pragmatic deficits in autism: Cognitive or Affective? Journal of Autism and Developmental Disorder. 18, 379-402.
- Beck, A. und Weishaar, M. (1989). Cognitive therapy. In Corsini, R. und Wedding, D. (Hrsg.) Current Psychotherapies. Illinois: Peacock Publishers Inc.
- Benenzon, R. (1982). Music Therapy Manual. St. Louis: MMB Publications.
- Bruscia, K. (1987). Defining Music Therapy. Philadelphia: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. (1987). Improvisational Models of Music Therapy. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas Publications.

- Bruscia, K. (1991). *Case studies in music therapy*. Pennsylvania: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. (1994). *Issues of countertransference*. Unpublished lecture. Philadelphia: Temple University.
- Bunt, L. (1994) *Music therapy: an art beyond words*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Creak, M. (1964). Schizophrenic Syndrome in childhood: further progress report of the working party. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 6, 530-535.
- John, D. (1995). The therapeutic relationship in music therapy as a tool in the treatment of psychosis, 153-162. In Wigram, T., Saperston, B. und West, R. (Hrsg.) *The Art and Science of Music Therapy: a handbook*. London, Toronto: Harwood Academic Publications.
- Frith, U. (1991). *Autism and Asperger Syndrome*. England: Cambridge University Press.
- Gilberg, C. (1989). *Assessment and Diagnosis in Autism*. Plenum.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217/250.
- Heal, M. und Wigram, T. (1993). *Music Therapy in Health and Education*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Lee, C. (1996) *Music at the edge: The music therapy experiences of a musician with AIDS*. London: Routledge.
- Locke, B.J., Banken, J.A. und Mahone, C.H. (1994). The Graying of Autism: Etiology and Prevalence at Fifty. In Matson, J. (Hrsg.) *Autism in Children and Adults*. California: Brooks/Cole.
- Nordoff, P. und Robbins, C. (1971). *Therapy in music for handicapped children*. London: Victor Gollancz.
- Nordoff, P. und Robbins, C. (1975). *Music therapy in special education*. London: Macdonald and Evans.
- Nordoff, P. und Robbins, C. (1977). *Creative music therapy*. New York: John Day.
- Odell-Miller, H. (1995). Approaches to music in psychiatry with specific emphasis upon a research project with the elderly mentally ill, 79-107. In Wigram, T., Saperston, B., West, R. (Hrsg.) *The Art and Science of Music Therapy: a handbook*. London, Toronto: Harwood Academic.
- Pavlicevic, M. (1995). Interpersonal processes in clinical improvisation; towards a subjectively systematic definition, 163-173. In Wigram, T., Saperston, B., West, R. (Hrsg.) *The Art and Science in Music Therapy: a handbook*. London, Toronto: Harwood Academic.
- Pennington, B. (1991). *Diagnosing Learning Disorders. A neurological framework*. New York, London: Guildford Press.
- Priestley, M. (1975). *Music Therapy in Action*. London: Constable.
- Priestley, M. (1977). Counter-transference in Music Therapy. *Journal of British Music Therapy*, Vol. 8 No. 2.
- Priestley, M. (1995). Linking sound and symbol, 125-134. In Wigram, T., Saperston, B., West, R. (Hrsg.) *The Art and Science in Music Therapy: a handbook*. London, Toronto: Harwood Academic.
- Raskin, N. und Rogers, C. (1989). *Person-Centred Therapy*. In Corsini, R. und Wedding, D. *Current Psychotherapies*. Illinois: Peacock Publishers.
- Rendle-Short, J. (1971). A Paediatrician's Approach to Autism. In Rutter, M. (Hrsg.) *Infantile Autism: Concepts, Characteristics and Treatment*. Edinburgh and London: Churchill Livingstone.

- Rutter, M. (1978). Diagnosis and Definition of Childhood Autism. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 8, 138-161.
- Rutter, M. und Schopler, E. (1987). Autism and Pervasive Developmental Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17, 159-186.
- Trevarthen, C. (1996). Where Development of the Communicating Mind Goes Astray. In Trevarthen, C., Aitken, K., Papoudi, D. und Roberts, J. (Hrsg.) *Children with Autism. Diagnosis and Interventions to Meet their Needs*. London, Pennsylvania: Jessica Kingsley Publishers.
- Tsai, L. und Ghaziuddin, M. (1992). Biomedical Research in Autism. In Berkell, D. (Hrsg.) *Autism: Identification, Education and Treatment*. Hove, London: LEA Publishers.
- Wigram, T. (1991a). Music Therapy for a girl with Rett's Syndrome: Balancing Structure and Freedom. In Bruscia, K. (Hrsg.) *Case Studies in Music Therapy* 39-55. Penn. USA: Barcelona Publishers.
- Wigram, T. (1991b). Die Bedeutung musikalischen Verhaltens und Empfänglichkeit im Verlauf der Differentialdiagnose von Autismus und anderen Retardierungen. *ÖBM. Zeitschrift des Österreichischen Berufsverbands der Musiktherapeuten*. ol. 1-91, 4-18.
- Wigram, A. (1992a). Aspects of Music Therapy Relating to Physical Disability. Keynote paper to the 1991 Annual Congress of AMTA, Sydney, Australia. *Australian Journal of Music Therapy*. Vol. 3, 3-15.
- Wigram, A. (1992b). Differential Diagnosis of Autism and other Types of Disability. Keynote paper to the 1991 Annual Congress of AMTA, Sydney, Australia. *Australian Journal of Music Therapy*, Vol. 3, 16-26.
- Wigram, T. (1995a). Assessment and Diagnosis in Music Therapy. In Wigram, T., Saperston, B. und West, R. (Hrsg.) *The Art and Science of Music Therapy: a handbook*. London, Toronto: Harwood Academic Publications.
- Wigram, T. (1995b). Improvisazione tematica: Transfert e controtransfert positivo e negativo. In di Franco G. und de Michele, R. (Hrsg.) *Musicoterapia in Italia: Scuola Handicap Salute Mentale*. Napoli: Idelsen.
- Wigram, T. (1996). El diagnostico de ninos con trastornes comunicativos, a traves de la musicoterapia. In del Campo, P. (Hrsg.) *Musica, Arte y Proceso*. Salamanca, Spain: Amaru Ediciones.
- Wigram, T. (1997). Musicoterapia: Estructura y Flexibilidad en el Proceso de Musicoterapia. In del Campo, P. (Hrsg.) *La Musica como Proceso Humano*. Salamanca, Spain: Amaru Ediciones.
- Wigram, T., Rogers, P. und Odell-Miller, H. (1993). In Maranto, C. (Hrsg.) *Music Therapy. International Perspectives*. Pennsylvania: Jeffrey Books.
- Wigram, T. Saperston, B. und West, R. (1995). *The Art and Science of Music Therapy*. London, Toronto: Harwood Academic Publications.
- Wing, L. (1976). *Early Childhood Autism. Clinical, Educational and Social Aspects*. Oxford, New York: Pergamon.
- Wing, L. (1987). *Aspects of Autism: Biological Research*. London: Gaskell: Royal College of Psychiatrists.







MUSIKTHERAPIE, GREGORIANIK UND LAUT-WERDUNG

Die Entstehung gregorianischer Antiphonen als eine urmenschliche Laut-Werdung - Gedanken aus meiner musiktherapeutischen Arbeit mit Patienten im apallischen und postapallischen Syndrom

Ansgar Herkenrath

Die Frage der Ausdruckskraft Gregorianischer Modi mit dem Erleben und Wahrnehmen schwer hirnerkrankter Menschen zu verbinden, mag auf den ersten Blick irritierend sein. Für mich als Dipl.-Musiktherapeut, Semiologe und Gregorianiker ist jedoch eine erstaunliche Parallelität zwischen diesen zwei Sachgebieten auffallend, bei denen an sich keinerlei Berührungspunkte zu erwarten wären.



109

Musiktherapie und Gregorianik

In meiner Arbeit als Musiktherapeut begegnet mir immer wieder der erstaunliche Sachverhalt, dass Patienten bei ihrem Spiel auf Melodieinstrumenten oder dem Gebrauch ihrer Stimme plötzlich in Tonräumen musizieren, die aus der Gregorianik als Protus oder Deuterus bekannt sind. Wäre beim Protus noch die für das ungeübte Ohr klangliche Nähe zur "Moll-Tonalität" als Erklärung denkbar, so ist der Gebrauch des Deuterus im höchsten Maße überraschend. Bei den Patienten handelt es sich in der Regel um Menschen, die in ihrem Leben bislang keine Erfahrung mit diesem Tonraum gemacht haben. Trotzdem musizieren sie hier in einem Modus, der ihnen in Bezug auf ihre musikalische Erfahrung (Hörerfahrung) völlig fremd ist und den sie, da sie ihn nicht kennen, eigentlich gar nicht benutzen können! Dieses Tun basiert hier auf keinerlei musiktheoretischem Wissen. Es ist Ausdruck der augenblicklichen Befindlichkeit, des Erlebens und Empfindens im Augenblick der Improvisation, so wie Augustinus sagt: *"Finden doch alle Regungen unseres Geistes je nach ihrer besonderen Art auch in Stimme und Gesang ihren eigentümlichen Ausdruck, und ich weiß nicht, durch welche geheimnisvolle Verwandtschaft er den Stimmungen entsprechend hervorkommt"* (Augustinus 1971, S. 125).

Gregorianische Antiphonen sind Ausdruck dieser Regung menschlichen Geistes. In ihnen wird Text, wird Wort zum Klang. Sie sind nicht Auskomponierungen eines gegebenen Textinhaltes, nicht Musik an sich, sondern Klangwerdung eines über Jahre mühselig memorierten Psalmtextes. Hält man sich vor Augen, dass das Auswendiglernen des damaligen, nur von Mund zu Mund weitergegebenen Repertoires dieser unglaublich nuancenreichen Gesänge, für die es noch keine schriftliche Fixierungsmöglichkeit gab, nach Zeitzeugnissen etwa zehn Jahre dauerte (eine für uns heute unvorstellbare Gedächtnisleistung), dann kann in einem ein Hauch der Vorstellung dieser Klangwerdung entstehen. Wer sich so intensiv mit Sprache auseinandersetzt, die Worte immer und immer wieder vor sich hin spricht, murmelt, flüstert o.ä., um sie zu memorieren (in der damaligen Sprache hieß es übrigens "vür sich hin"), in dem werden sie zu einem ihnen eigenen Klang. Er geht nicht hin und lernt einen Text auswendig, sondern nimmt diesen regelrecht in sich auf. Dadurch verbindet die Kunst der Rhetorik in ihm Text und Emphase der Klangwerdung zur perfekten Lautwerdung des Wortes Gottes.

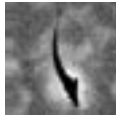
110

Es tut der Großartigkeit der Symbiose von Wort und Ton in den gregorianischen Antiphonen keinen Abbruch, wenn hier festgestellt werden muss, dass der Klang des Wortes, die Weise, wie dieses erklingt, zum Verständnis desselben allein schon beiträgt, ja, das richtige Verständnis im Sinne seiner Bedeutung erst möglich macht. Der amerikanische Neurologe Oliver Sacks beschreibt diesen Aspekt anhand seiner Erfahrungen mit Aphasie-Patienten, Menschen mit Verlust des Sprachverständnisses: *"Wenn sie ihren Gegenüber nicht sehen können ... , dann haben sie ein unfehlbares Gehör für jede stimmliche Nuance, für den Tonfall, den Rhythmus, die Hebungen und Senkungen, die Satzmelodie, für die subtilsten Modulationen, Tonveränderungen und Abweichungen von der normalen Aussprache, die dem Gesagten die Glaubwürdigkeit geben oder nehmen können. Darauf gründet sich also ihre Fähigkeit, etwas zu verstehen und zu erkennen, was wahr und was unwahr ist, ohne die Worte zu begreifen"* (Sacks 1990, S. 118).

Wie in der gesprochenen Sprache die Sprachmelodie die Bedeutung, die Gewichtung des Wortes verdeutlicht, die auf dieses singuläre Ereignis des Satzes beschränkt ist, ist hier in der Gregorianik die Klanggestalt für das Verständnis des Geistes der Aussage ebenso mitverantwortlich wie das Wort an sich. Der Klang selbst hat ebenso eine innere Logik wie die Struktur des Satzes. *"Was als Tongestalt gehört wird, ist also nicht das Nacheinander verschieden hoher Töne, das Auf und Ab im Tonraum, sondern ein dynamisches Geschehen, Vorgang in einem Kraftfeld, das die Töne selbst mit ihrem Erklingen ins Dasein rufen. Zusammenhang, Einheit, Bedeutung der Tongestalt sind die eines dynamischen Geschehens; Tongestalt baut sich auf aus den dynamischen Qualitäten der Töne"* (Zuckermandl 1964, S. 31).

Zunächst bleibt also festzustellen, dass die Tonräume an sich eine (wie auch immer geartete) eigene Ausdrucksqualität besitzen, die heute ebenso vorhanden ist wie zu der Zeit, als die Antiphonen entstanden. Mag auch ihr Ausdruck heute aufgrund unserer vielseitigen und andersartigen Musikkultur erst nach längerem Einhören empfunden werden, wer sich den Tonräumen aus einem im Augenblick vorhandenen Impuls im eigenen Improvisieren zufällig nähert und in ihnen erlebt, der wird ihrer ursprünglichen Aussagequalität im weitesten Sinne sehr nahekommen. In den Improvisationen geht es nicht um die Übernahme irgendeiner "altertüm-

lichen“ Kunstform, sondern sie sind Ausdruck real in uns existierenden Empfindens, einer Empfindung, die in den Menschen heute ebenso lebt wie zu der Zeit, als gregorianische Antiphonen entstanden. Die Improvisationen sind nicht Nachahmung, sondern Schöpfung einer in uns auch heute lebenden Musik. *“Dieser Drang, die Musik der Vergangenheit in das Bewusstsein von heute einzubeziehen, ist so mächtig geworden, dass nicht mehr die Rede sein kann von einem eklektizistischen Verhältnis zu gewissen vergangenen Zeiten oder von einem willkürlichen Herausholen bestimmter großer Komponisten und berühmter Werke oder von einer bloßen Sehnsucht nach dem Vergangenen. Man will mehr; man hat das Bedürfnis, die Musik in ihrer Totalität als Einheit zu begreifen – die gesamte Musik, die in uns lebt, die in uns zu leben berechtigt ist”* (Georgiades 1984, S. 1).



Musizieren, Charaktere der Modi und (un)wissenschaftliche Vorbehalte

111

Es ist der Verdienst von Semiologen und Paläographen, dass uns die gregorianischen Gesänge heute in dieser Form vorliegen und wir die Möglichkeit haben, sie nahezu authentisch zum Erklingen zu bringen. Doch handelt es sich dabei wirklich schon um Musizieren?

Niemand würde behaupten, dass es ausreicht, einen Ton in der richtigen Tonhöhe, zum richtigen Zeitpunkt, im richtigen Rhythmus und in der richtigen Dynamik zum Erklingen zu bringen. Dieser Klang wäre tot, er wäre alles andere als Musik - zum Musizieren gehört mehr. Nachdem die Technik es zuließ, war es in der Vergangenheit über viele Jahre üblich, bei neuen Schallplattenproduktionen aus mehreren Aufnahmen eine Plattenversion zu erstellen. Darin lag die Gefahr, ein Musizieren in reiner, aber auch steriler Atmosphäre entstehen zu lassen. Heute ist dagegen der Trend zu "Live-Aufnahmen" zu beobachten – nicht, weil diese fehlerfreier wären, sondern weil in ihnen die Musik lebt. Sie wird zu einem subjektiven Gesamt ereignis, das von Anfang bis Ende den Hörenden in den Erlebnisprozess des Ausführenden mit hineinzieht. *“Jede musikalische Betätigung, die Komposition, die Ausführung, der Gesang, auch das Hören der Musik, erfolgt durch eine schöpferische Betätigung des Geistes. ... Musik existiert nur dann, wenn sie erklingt. ... Jede Ausführung ist eine mehr oder weniger geglückte Wiederholung des schöpferischen Aktes des Komponisten. Sie ist immer ein einmaliger persönlicher Akt des Musizierenden und auch eines jeden Hörers. So inspiriert die Musik bei allen Menschen, beim Komponisten, beim ausführenden Künstler und auch beim Hörenden, geheimste Seelenkräfte, die zum Urgrund allen Seins, zu Gott, führen und das Komponieren, das componere, und jegliches Musizieren*

als Zusammenstellung der vom Schöpfergott dem Menschen inspirierte Fähigkeiten zur Formung von neuen irdischen geisterfüllten Wirklichkeiten befähigt“ (Haberl 1980, S. 279).

Dieses “Leben“ der Musik ist nicht notierbar, nicht messbar, nicht objektivierbar – es ist das, was Musik zur Kunst werden lässt. Es ist das Erleben, das uns Menschen als musische Menschen auszeichnet, die Fähigkeit, die zu unserem menschlichen Sein gehört: Reize, die uns begegnen, nicht nur wahrzunehmen, sondern sie zu erleben und darauf (gestalterisch) zu reagieren. Das Bemühen um ein Musizieren auf wissenschaftlicher Basis birgt die Gefahr in sich, dieses menschlich künstlerische Potential außer Acht zu lassen.

Dem Standpunkt, Charaktere der Modi und emotionales Erleben seien wissenschaftlich weder belegbar noch objektivierbar und deshalb unwissenschaftlich, muss die Frage entgegengehalten werden, auf welcher Basis und mit welchem Recht hier andere Wissenschaften (z.B. Psychologie und Medizin) ausgegrenzt werden. Will man wirklich “Wissenschaft“ betreiben, so suche man nicht nur in den selbst aufgestellten Grenzen, sondern nach allem, was “Wissen schafft“!



Charaktere von Protus und Deuterus

Will man die Charaktere von Protus und Deuterus versprachlichen, kann man nur vom Text und dessen Geist ausgehen, von der unbestreitbaren engen Symbiose zwischen Wort und Klang, als der stetigen *„Auseinandersetzung der Musik mit dem Wort als dem Urphänomen des Geistigen. Sie bildet das Rückgrat der Geschichte der abendländischen Musik, sie berührt ihre Lebensmitte“* (Georgiades 1984, S. 8). Die Verschmelzung des Wortes mit seiner Lautwerdung, die in den Antiphonen untrennbare Einheit beider belassen doch beiden einen Teil ihres Selbst. Sind die Antiphonen Klang gewordenes Wort, so entsprechen sich die Charaktere der Texte und der von ihnen in Bezug auf die Modi zu abstrahierenden Musik. Die Charaktere der Modi müssen sich also an denen der Texte ablesen lassen.

Nur der Vergleich der Texte möglichst vieler Antiphonen des gleichen Modus ließe eine gesicherte Aussage über die Charaktere zu. Ich verweise an dieser Stelle auf meine Diplomarbeit, in der ich die Bedeutung gregorianischer Modi für die NRMT untersucht und in dem Zusammenhang mit Hilfe der Introitusantiphonen eine grobe Darstellung der Charaktere des Protus und des Deuterus angeboten habe (Herkenrath 1997).

Die in Lehrveranstaltungen führender Semiologen und Choralwissenschaftler angedeuteten, aber bislang nicht schriftlich festgehaltenen Charakteristika fanden hier Bestätigung und Intensivierung. Sie sind nicht als feste Schemata anzusehen – und doch gibt es Gemeinsamkeiten, die die Modi prägen, hier jedoch nur plakativ wiedergegeben werden können:

Der Protus zeichnet sich aus durch eine Basis, die als festes Fundament (von zwei Ganztönen umgeben) Sicherheit vermittelt. Glaube und festes Vertrauen kommen hier zum Ausdruck. Die fast ausladende Weite des *authenticus* (vor allem, wenn das *„si naturale“* erklingt) lädt zur Weiterentwicklung einer Aussage ein, geschützt durch das Wissen um die Sicherheit des Weges zurück zur Basis, zur Grundlage des Vertrauens. Paul Nordoff nannte dieses Gefühl im Umgang mit dem Tonraum *„the safety of our harbour“* (Nordoff 1982, S. 10). Die in den Tonraum eingebettete Finalis beim *plagalus* bringt mehr noch das stille und in sich ruhende Vertrauen auf die Nähe Gottes zum Ausdruck.

Der Deuterus kennt die innere Erregung im Sinne einer tiefen persönlichen Betroffenheit. Dabei gehört zum *authenticus* eher die aus dem Herzen kommende und im Herzen bewegte Aussage, die Freude und Leid, Flehen und Zorn, intensive Sehnsucht und Verlangen gleichermaßen betreffen kann. Freude äußert hier jedoch der Bedrängte, der Märtyrer, der Sünder, der, der dem Tode gerade entrissen wurde. Der *plagalus* ist mehr der intimere und persönlichere Ton, flehentliche Bitte und Ernst sind ebenso enthalten wie Erzittern und bebende Freude in der Nähe zu Gott. Auch das zerknirschte oder erschütterte Herz findet hier seinen Ausdruck.

Laut-Werdung menschlichen Geistes

Die Modi (und dadurch auch ihre Charakteristik) sind in sich selbst geschaffen, nicht durch Theoretisierung. Sie sind Klangwerdung menschlichen Geistes, Ausdruck eines im Menschen verwurzelten Seins. *„Zwei einander entgegengesetzte Gesichtspunkte lassen die Musik a) als isoliertes, autonom-ästhetisches Phänomen, als tönende Gestalt, b) als etwas im allgemeinen Geistig-Menschlichen Verwurzeltes erscheinen. Die erste Betrachtungsweise lässt sich durchführen, wenn man die Aufmerksamkeit auf die Struktur des musikalischen Satzes richtet. Zu der zweiten bietet uns das Verfolgen des Zusammenhangs zwischen Musik und Sprache den besten Zugang“* (Georgiades 1984, S. 2).

Um diese geistig-menschliche Verwurzelung und den Zusammenhang von Musik und Sprache zu erkennen, ist es notwendig, auf die Sprachentwicklung beim Menschen, d.h. auf die Entwicklung von Sprache und Musik bei Kindern einzugehen.

Es ist auffallend, dass die ersten Laute, die ersten Phoneme, die Kinder äußern und nach und nach artikulieren, nahezu in allen Sprachen der Welt gleich sind. Diese Laute, die sich bei entspannter Mundöffnung ergeben, ähneln einem "a". Durch Schluss und Öffnung der Lippen entsteht die erste Artikulation, die der Silbe "ma" entspricht. Dies sind also winzige Spracheinheiten, als Folge der physiologischen Beschaffenheit der menschlichen Sprachorgane (Bernstein 1981, S. 18). Aus diesen gleichen Lauten entwickelt sich eine unüberschaubare Zahl von unterschiedlichen Sprachen, in denen die Kinder ihre Laute zu Silben und Worten zusammensetzen. Um eine eigene, selbstformulierte Aussage machen zu können, müssen sie diese Worte in einen Sinnzusammenhang bringen. Dieser bedarf einer als "Grammatik" theoretisierten Ordnung, über die Kinder bereits weit vor dem ersten Sprachunterricht der Schule mit einer Selbstverständlichkeit verfügen, die die natürliche Fähigkeit menschlichen Geistes offenbart. *„Jahr für Jahr erhärtet sich in zunehmenden Maße die Hypothese der Sprachwissenschaftler, wonach es eine angeborene grammatische Befähigung gibt ... , ein genetisch gesteuertes Sprachvermögen, das universell ist. Es ist dies eine Befähigung, die nur dem Menschen zu eigen ist; sie kündigt von der einzigartigen Macht menschlichen Geistes“* (Bernstein 1981, S. 15).

Die Lautäußerung der Kinder bedeutet zugleich Klang. Die elementarsten Klänge, die zu beobachten sind, sind Glissandi, die werden dabei Phoneme oder gar Worte benutzt, bald in eintönige, dann zweitönige Rufe übergehen, die meist den Bereich der kleinen Terz umfassen. Dieses Intervall hat einen Ausdruck, der überall als "Ruf" verstanden wird. In der Ausweitung kommt die darüber liegende Sekunde hinzu. Das ist der Beginn einer Entwicklung zu einem Tonraum, der in sich zunächst universell ist. Er kann z.B. ebenso Bestandteil einer Pentatonik, eines Dur- oder Molltonraums sein wie dem Protus oder Deuterus angehören. Auf diese Töne aufbauende elementare Kinderlieder können in allen Erdteilen in dieser oder ähnlicher Form wiederentdeckt werden. Dieser Tonraum ist so universell, dass er in vielschichtiger Form in unserer Kultur vorhanden ist, von Gregorianischer Antiphon, über Volk- bis hin zum Kinderlied.

Als Beispiel sei an das als am weitesten verbreitet geltende Weihnachtslied "Stille Nacht" erinnert. Liegt der Grund für seine Verbreitung in so viele Kulturen darin, dass es mit diesem Tonraum beginnt? Betrachtet man das Lied in seiner Einstimmigkeit, fällt auf, dass erst im Schluss-ton der Grundton nicht nur vorübergehend, sondern als Zielton erklingt und die Tonart bestätigt wird. Es sind also nicht die benutzten Töne an sich, die den Modus bestimmen, sondern der Bezug, in den sie gesetzt werden. Unseren menschlichen Empfindungen entspricht es, dass dem "wie es endet" eine besondere Bedeutung zukommt. Wie in der Rhetorik hat auch in der Musik der Abschluss die Aufgabe der Bestätigung, der Klärung des Vorausgegangenen.

"Der Augenblick des 'es ist geworden', der Schlussklang, ist es, in dem am ehesten das Ganze der Tongestalt auf einmal da ist, in einem Griff zu fassen; ... Jeder Schlussklang eines grossen Tonwerks, und mag es noch so still dabei zugehen, ist wie ein Sieg, ein Triumph: es kommt in ihm die Zeit zum Stillstand. Nicht durch Entleerung, durch Auslaufen ins Nichts, sondern durch Erfüllung. In diesem Sinne ist jede Tongestalt ein Bild des Ganzen der Zeit, vom Augenblick des Ursprungs bis zu dem der Fülle" (Zuckermandl 1964, S.37).

Am Ende dieses Abschnitts bleibt festzuhalten, dass auch die schöpferische Betätigung der Laut-Werdung eine natürliche Befähigung des Menschen ist. Der Ursprung von Sprache und Musik liegt im Menschen selbst, ist universell und nicht abhängig von der Kultur, in der er lebt. Umgekehrt gilt auch: Der Mensch ist Mensch, wenn er erklingt, wenn er im Einklang ist mit sich und seiner Umwelt, denn der Ursprung des Menschen liegt in seiner Laut-Werdung.

*„In principio erat verbum,
et verbum erat apud Deum,
et Deus erat verbum.
Hoc erat in principio apud Deum
(Joh. 1, 1-2)*

„Wenn die Theorie der Monogenese stimmt, wonach alles menschliche Sprechen einen gemeinsamen Ursprung hat, und wenn das Überhören dieses Sprechens Musik hervorbringt, dann lässt sich auch von jeglicher Musik sagen, dass sie einen gemeinsamen Ursprung haben muss, also etwas Allgemeingültiges ist – ganz gleich, ob die ersten Noten dem Mund Gottes oder dem Mund eines hungrigen Säuglings entsprungen sind" (Bernstein 1981, S. 25).

Laut-Werdungen in der Musiktherapie

Das Erklingen von Worten, von Sprache, bedeutet Ton. Klänge verbinden sich zu einer Wortmelodie – und jedes Erklingen einer Wortmelodie ist letztlich Musik. Das Ergebnis der Laut-Schöpferischen-Betätigung des Menschen ist Musik gewordene Sprache.

Dass diese Laut-Werdung sich nicht nur an Hörerfahrungen und den Regeln der Sprachgestaltung orientiert, dass dieses Erleben universell ist und uns Menschen auch heute zur Verfügung steht, zeigen nonverbale Improvisationen, in denen die emotionale Beteiligung der Menschen Ausdruck findet und Tonräume erklingen, die den gregorianischen Modi entsprechen.

Einige Beispiele aus Musiktherapien seien hierzu vorgestellt. Improvisierte Musik, die aus der Situation heraus lebt und entsteht, zu versprachlichen, um sie hier erfahrbar zu machen, ist fast unmöglich. Es soll der Sache zuliebe trotzdem der Versuch gemacht werden, die Entstehung, den Ablauf und den Geist der Improvisationen zu vermitteln.

Protus als festes Fundament, das Sicherheit vermittelt

Beispiel 1:

116

Eine junge Frau wird zur Musiktherapiesitzung gebracht. Sie hat bei einem schweren Unfall massive Gehirnerkrankungen erlitten. Durch Spastiken aller vier Gliedmaßen ist ihre Körperwahrnehmung gestört. Ihr fehlt eine Orientierungsmöglichkeit im Raum, was zu einer völligen Verunsicherung führt. Verbale Kommunikation ist ihr – von wortunabhängigen Lautierungen abgesehen – nicht möglich, die Wahrnehmungsfähigkeit ist nicht sicher evaluierbar. Ihre situative Orientierung ist schwer eingeschränkt. Die Patientin gibt ihrer Verunsicherung durch lautes Schreien Ausdruck, wobei durch schnelle Atemzüge eine Folge einzelner, kurzer Schreie entsteht.

Ich empfangen sie mit einem kurzen Liedruf ("Hallo N., hallo N., hallo, hallo") auf den Tönen a'-a'-c''-a', a'-a'-c''-a', a'-g'-g'-a', denen ich als Basis den Ton d' in zwei Oktaven unterlege. Die Patientin, die zuvor in nicht zu fixierenden Tonhöhen zwischen g' und dis'' geschrien hat, verkleinert nach und nach den Ambitus und schreit, bzw. singt schließlich auf a' als Einzelton. Auf meine Einwüfe "hallo" auf dem Ton a' antwortet sie dreimal mit einem Laut ebenfalls auf a', bevor sie zweimal mit der Stimme eine Schleife von a' nach d' (dabei f' benutzend) und schließlich den Ton d' wiederholt als Grundton singt.

Die Patientin kommt im Verlauf dieser Improvisation zur Ruhe. Sie entspannt sich und kann Vertrauen in die Situation entwickeln.

Beispiel 2:

Ein Kind, das in einer Tagesklinik für psychotische Kinder behandelt wird, emotional gestört ist und autistische und symbiotische Züge aufweist, wird in den Musiktherapieraum gebracht. Es schreit und scheint auch diese Situation als beängstigend zu empfinden. Der Therapeut empfängt es bereits bei seinem Herannahen mit einer im Diskant in Oktaven gespielten Ganztonbewegung, die den Tonstufen cis-cis-h-dis-cis entspricht. In dieses Schreien des Kindes hinein wiederholt er mehrfach diese Tonbewegung und unterlegt sie im Bass mit einer Oktave auf der Stufe fis. Auch hier zeigt sich eine Orientierung an dem gegebenen Tonraum, indem das Kind sein Schreien tonal an den vorgegebenen Tonhöhen ausrichtet. Der Therapeut beschreibt seine Absicht in dieser ersten Begegnung so: "Wenn er eine Stärke in der Gesamtsituation spüren konnte, eine für ihn bedeutsame emotional-musikalische Stärke, würde er vielleicht eine Art Beziehung zu ihr finden und Vertrauen in sie entwickeln können" (Nordoff/Robbins 1986, S. 23).

Zusammenfassung der Beispiele 1-2:

In diesen beiden Beispielen kehren Charaktere des Protus wieder. Sie haben für die jeweilige musiktherapeutische Situation besondere Bedeutung.

Man mag an den Beispielen kritisieren, dass der hier benutzte Tonraum vom Therapeuten initiiert wurde. Deutlich wird jedoch, dass die Patienten innerhalb kurzer Zeit in einer für sie unverständlichen Situation zur Ruhe kommen und die Begegnung in der Musik ihnen Sicherheit und Vertrauen vermittelt.

Die Beispiele sind nicht dafür geeignet, den emotionalen Ausdruck des Protus zu belegen, sondern sie zeigen umgekehrt, dass die Charaktere des Protus es sind, die den hier vorgestellten Patienten in nonverbaler Form Sicherheit und Vertrauen vermitteln.

117

Deuterus als Ausdruck der aufgewählten Seele

Beispiel 3:

Ein junger Mann, der regelmäßig Musiktherapie erhält, ist in seinem Kontakt mit der Umwelt stark eingeschränkt. Er öffnet die Augen, nimmt Blickkontakt auf, verfügt jedoch über keine Sprache, die ihm eine Kommunikation ermöglichen würde. Unklar ist, welche Wahrnehmungspotentiale bei ihm vorhanden sind. Er ist rechtsseitig gelähmt, linksseitig stark in seinen Bewegungsmöglichkeiten eingeschränkt, wobei zielgerichtete Bewegung kaum zu erkennen ist. In der Musiktherapie ist zu beobachten, dass er über tiefes emotionales Empfinden verfügt, dem er adäquat durch Weinen und Schreien, in entsprechenden Situationen aber auch durch helle Laute und Lachen Ausdruck gibt. Dabei kann er sich mit seiner Stimme tonal an den ge-

gebenen Tonhöhen orientieren, folgt ihnen oder ergänzt den Abschluss einer Phrase mit entsprechender Lautgebung.

Bei einer längeren, vom Ausdruck der Verzweiflung begleiteten, harmonisch-emotional geprägten Improvisation warte ich nach einem spannungsreichen Akkord auf die gemeinsame "Auflösung". Statt dessen insistiert der Patient auf eine Halbtonbewegung, die er mit einem darüber liegenden Ganzton ausbaut. Diese musikalische Äußerung wird von mir am Klavier widergespiegelt. Dabei gelingt es nicht, das e' als Terz einer Dur- oder als Quint einer Molltonalität zu deuten. Der Patient verlängert die Melodiebewegung, so dass schließlich die Melodie e-f-g-a-g-f-d-f-e entsteht. Der Ausdruck dieser Melodiebewegung, mehrere Sprünge von e' zu a', die diese Töne als für die Struktur wichtig erscheinen lassen und die Bewegungen von a' aus in Abwärtsbewegung zu d und zurück zum e', die e' als Zielton bestätigen, bestimmen die Modalität.

Hier findet sich ein eindrucksvolles Beispiel einer aufgewühlten Seele, die sich in einem selbstgewählten Tonraum ausdrückt, der ihr im Ausdruck entspricht – dem Deuterus.

Beispiel 4:

118

Eine Patientin im Apallischen Syndrom produziert so gut wie keine Stimmlaute. In der Musiktherapie sind nach einer Reihe von Sitzungen von ihr plötzlich leise Töne zu hören, die dem Ton g' entsprechen. Ich beantworte nur mit meiner Stimme diesen Ton durch Wiederholung, dann durch ein d' und nachfolgend mit der Bewegung g'-f'-d'. Mehrfach lautiert die Patientin nun plötzlich auf es', dem sie ab dem zweiten Mal ein d' anschließt. Diese Bewegung es'-es'-d' wiederholt sie noch mehrfach, um zum Schluss zweimal nur noch ein d' zu singen.

Von mir wurde kein Grundton, keine harmonische Struktur vorgegeben. Die Patientin fügt selbstständig das es' in den noch deutungsfreien Tonraum ein. Das ist kein, wie man annehmen könnte, verfehltes d', keine Schleife, die aus Unsicherheit resultiert! Die bei der Patientin zu beobachtende leichte motorische Unruhe, die Steigerung von Atmungsintensität, Tränen- und Speichelfluss sind deutlicher Ausdruck ihrer emotionalen Erregung.

Auch hier entlädt sich eine emotional stark bewegte Seele in einem Tonraum, der die Verwandtschaft zum Deuterus nicht leugnen kann.

Beispiel 5:

Die Patientin in diesem Beispiel beginnt ebenso wie die des 4. Beispiels, erst nach mehreren Musiktherapiesitzungen plötzlich und unvermittelt zu lautieren. Ihre Tonhöhe aufgreifend improvisiere ich am Klavier in H-Dur. Die Patientin singt mehrfach die Tonbewegung e'-dis', der sie dann das gis' vorstellt. Trotz der mehrfach wiederholten Bewegung gis'-e'-dis' bzw. e'-dis' bleibe ich bei der Quinte H/fis. Ich warte dann in Stille auf den nächsten Laut. Die Patientin singt cis'-dis'-cis', ich spiele einen oktavierten Basston: Fis/fis und warte ab. Nach intensivem Blickkontakt lautiert die Patientin das zu erwartende h' – welche eine Bestätigung für Freun-

de des Dur! Ich empfand die Improvisation als beendet, als die Patientin plötzlich mit großer körperlicher Anstrengung die Tonbewegung e'-e'-dis' ergänzt, um dann erst erschöpft zur Ruhe zu kommen. (N.B.: Dies ist eine abschließende Tonbewegung, die in der Gregorianik als "Pressus" bezeichnet wird und in ihrem Bewegungsablauf nach Intensivierung der zweiten Note auf den letzten Ton hinzielt.)

Dieses Beispiel zeigt, welche Möglichkeiten der Deutung es bei den Improvisationen gibt. Um nicht allen Patienten meine Beziehung zu gregorianischen Modi aufzudrängen, hatte ich hier bewusst die Lautäußerungen der Patientin in H-Dur beantwortet. Dieser Abschluss zeigt bei ihr aber ein von mir nicht erwartetes Empfinden. Sie kommt erst zur Ruhe in dem Ton, der für die Dauer der gemeinsamen Improvisation ihr Zielton, der Grundton ihrer Melodiebewegung war. Sie gibt ihrer Emotion Ausdruck in einem selbstgeschaffenen Tonraum – Deuterus!

Zusammenfassung der Beispiele 3-5:

Die Beispiele zeigen Improvisationen, in denen innere Erregung, erlebtes Leid und Intimität in der musikalischen Begegnung zum Ausdruck kommen. Die Menschen sind in ihrem Innersten betroffen. Sie äußern das in einem selbstgestalteten Tonraum. Die Charaktere des Deuterus, die wir im Gregorianischen Choral kennen, können in ihrer Versprachlichung diese Getroffenheit kaum deutlich machen.

Bedeutung der Charaktere Gregorianischer Modi für die Musiktherapie

119

Die Antiphonen sind nicht von ihren Schöpfern fern allem Weltlichen geschaffen worden. Die Schöpfer waren als Menschen mit ihrem ganzen Sein an diesem Prozess beteiligt – die Antiphonen brauchen daher zum Erklängen uns mit unserem ganzen Sein! Ausdrucksmöglichkeiten, wie ein "Aufschrei zu Gott", eine flehentliche Bitte als "Ausbruch des Herzens", finden sich weder im Buchstaben- noch im Notentext oder den Neumen. Sie finden sich erst im schöpferischen Akt der Ausführung: im Ausführenden, im Hörer und im Klangbild des Ausgeführten.

Die Beispiele aus Musiktherapiesitzungen zeigen, dass innerhalb einer Improvisation Tonräume entstehen können, die den gregorianischen Modi ähneln oder entsprechen. Um in ihnen empfinden zu können braucht es nicht die wissenschaftliche Kenntnis ihrer "grammatikalischen" (modologischen) Struktur. Es braucht ein Empfinden, wie es uns Menschen universell zur Verfügung steht.

Die hier vorgestellten Patienten sind oft dabei, ihre eigene Laut-Werdung neu zu entdecken. Sie haben vermutlich nie Neumen oder gregorianische Modi kennengelernt. Vielleicht braucht es die Unbefangenheit des Umgangs mit diesen Tonräumen, die den Patienten zu eigen, uns

jedoch nicht mehr möglich ist, um die Klangwelt der Modi so empfinden zu können. Von hirnerkrankten Menschen, denen oftmals jede Lebensqualität, jede Fähigkeit zur Wahrnehmung und zu einem "menschwürdigen Dasein" abgesprochen wird, können wir lernen, in diesen Tonräumen als Menschen zu empfinden. Sie zeigen uns, welches elementare Erleben schon allein in ganz kleinen Ausschnitten aus diesen Modi, in einigen wenigen Tönen möglich ist.

Das Wesen des Menschen, die Fähigkeit des Wahrnehmens, Erlebens und intentionalen Gestaltens mit seinen emotionalen Ausdrucksmöglichkeiten lebt auch in der Klangwelt der Gregorianik. Die "mitmenschliche Begegnung im Kunstwerk" als eine "Form persönlicher Mitteilung" muss in unserem Bewusstsein als Therapeuten gegenwärtig sein. Deshalb müssen wir den emotionalen Ausdruck der Modi kennen, um solche Regungen wahrnehmen, erkennen, auffangen und beantworten zu können.

Wir können die Laut-Werdung des Wortes so empfinden, wie auch die Schöpfer der Antiphonen sie empfunden und erlebt haben, bis in ihnen Wort und Klang eins wurden, denn Gregorianik ist am menschlichen Empfinden orientierte urmenschliche Laut-Werdung.



Literatur

Bernstein, L. (1981) Musik – die offene Frage. Wien, München, Zürich, Innsbruck: Goldmann.

Georgiades, T. (1984) Musik und Sprache. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Haberl, F. (1980) Inspiration und Komposition. In: Ut mens concordet voci – Festschrift Eugene Cardine zum 75. Geburtstag. Ottilien: EOS-Verlag.

Herkenrath, A. (1997) Die Charaktere der Gregorianischen Modi und ihre Bedeutung für die Nordoff/Robbins – Musiktherapie. Unveröffentlichte Diplomarbeit.

Kurzschnekel, W. (1971) Augustinus Confessiones, 10. Buch, 33. Kapitel. Die theologische Bestimmung der Musik. Trier: Paulinus.

Nordoff, P. (1980) Talks on music. Unveröffentlicht, NRMT-Centre, London.

Nordoff, P. und Robbins, C. (1986) Schöpferische Musiktherapie. Praxis zur Musiktherapie Bd 3. Stuttgart, New York, Kassel, Basel, London: Fischer, Bärenreiter.

Sacks, O. (1990) Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte. Reimbeck: Rowohlt.

Zuckermandl, V. (1964) Vom musikalischen Denken, Zürich: Rhein-Verlag.



MUSIKTHERAPIE UND WAHRNEHMUNG

Ein Beitrag der Musiktherapie zur Evaluierung der Wahrnehmungsfähigkeit bei Patienten mit schweren Hirnverletzungen

Ansgar Herkenrath



Menschen mit schweren Hirnverletzungen wird häufig eine über kortikale Restfunktionen hinausgehende Wahrnehmungsfähigkeit abgesprochen. Oft ist in medizinischen Gutachten oder Berichten von "schwersten Wahrnehmungsstörungen", "Fehlen kortikaler Fähigkeiten" und "Kommunikationsunfähigkeit" zu lesen. Mit diesen Diagnosen geht das Dilemma einher, dass Angehörige, Pflegende und Therapeuten oft andere Eindrücke gewinnen, von Ärzten aber ihrer Hoffnungen beraubt und aufgefordert werden, diese "falschen" Eindrücke zu relativieren.

Es stellt sich die Frage nach einer wissenschaftlichen Grundlage, auf der die Wahrnehmungsfähigkeit solcher Patienten beurteilt werden kann. Hier sollen medizinische sowie musiktherapeutische Evaluierungselemente und ein möglicher Beitrag der Musiktherapie zur Problemlösung vorgestellt werden.

122

Reanimation, Bewusstsein und Wahrnehmung

Bewusstsein und Wahrnehmung gehören bei schwer hirnverletzten Patienten zu den wichtigen, jedoch schwer einzuschätzenden Potentialen. Die dazu benutzten Begriffe können nicht eindeutig definiert werden, da sie immer auf Einschätzungen beruhen und nicht objektiv messbar sind. So werden Patienten als "wach" bezeichnet, von denen nur berichtet werden kann, dass sie die Augen geöffnet haben, ohne zu fixieren, sonst jedoch kaum auf irgendwelche Reize reagieren, schon gar nicht kommunizieren.

Hieraus stellt sich eine Reihe von Fragen:

- ⊗ Gibt es eine Wachheit ohne Wahrnehmung?
- ⊗ Setzt Wahrnehmung Bewusstsein voraus?
- ⊗ Führt jede Wahrnehmung unbedingt zu einer erkennbaren Reaktion?
- ⊗ Kann trotz Wahrnehmung eine Reaktion unterbleiben?

Viele Patienten mit schweren Hirnverletzungen waren oder wurden bei/nach Eintritt des Akutereignisses bewusstlos und mussten reanimiert werden. Dieser Vorgang und der Begriff Reanimation an sich machen die Problematik deutlich:

Die beiden Bestandteile des Wortes re – anima – (tion) können mit "Zurückführung der Seele" übersetzt werden. Das würde bedeuten, dass bei einer Reanimation mehr geschieht, als dass das "Instrument Körper" repariert und der "Motor Herz" wieder in Gang gebracht wird. Zwar wird das Herz tatsächlich wieder funktionsfähig, der Kreislauf stabilisiert sich und das Gehirn wird wieder durchblutet. Wesentlicher wäre jedoch die ursprüngliche Bedeutung des Begriffs re – anima – (tion), die Rückkehr der "Seele", des "Ich", des "Bewusstseins". Was weiß man aber über diesen Kern menschlicher Existenz?

In der Medizin beschäftigt sich die Anästhesiologie mit der Erforschung der Vorgänge während der Narkose. Bei einer Operation sollen Wahrnehmung und Bewusstsein ausgeschaltet sein. Körper und Umwelt werden scheinbar nicht mehr wahrgenommen. Wie jedoch eine ganze Reihe von Studien beweist, bleibt den Patienten die betreffende Zeit über eine Bewusstseinssebene erhalten, die existent, ihnen später jedoch nicht unbedingt bewusst ist (Salomon 1994). Dieses "Unterbewusstsein" ist ebenso wie die "Bewusstlosigkeit" in Bezug auf die Wahrnehmungsfähigkeit ein von Anästhesie und Intensivmedizin noch nicht ausreichend definierter und erklärbarer Begriff. *"Bewusstlosigkeit in der Intensivmedizin ist ein Zustand des Patienten, in dem wir nicht erkennen können, ob er uns wahrnimmt und was er mitbekommt. Es fehlt uns die Rückkopplung auf der intellektuellverbalen und nonverbalkommunikativen Ebene. Wir können vielleicht grobe Schmerzreaktionen erkennen, aber nicht differenziertere Gefühle."* (Salomon 1994, S. 32)

123

Auch Neurologie und Neurochirurgie lassen in diesem Zusammenhang trotz aller Fortschritte Fragen offen. Warum die Resektion verschiedenster Gehirnanteile nicht zwangsläufig zu einem Erlöschen des "Bewusstseins", der Persönlichkeit eines Menschen führt, welche Areale des Gehirns welche Aufgaben übernehmen können und die Frage nach der Rolle des Gehirns bei Wahrnehmung und Bewusstsein gehören zu den noch nicht umfassend geklärten wichtigen Fragestellungen. *"Der Mensch ist nicht Person, weil und sofern er Gehirn hat, sondern weil er ein Mensch ist"* (Rest 1994, S. 58).

Ebenso werden die Erinnerungen von Patienten kontrovers diskutiert, die reanimiert wurden. Menschen, die diese Nah-Todes-Erfahrung selbst gemacht haben, können meist davon berichten, auf einer ihnen bis dahin unbekanntem Bewusstseinssebene Wahrnehmungen gehabt zu haben. Mediziner, Physiker, Biologen, Psychologen und Neurophysiologen können bislang keine zufriedenstellenden Erklärungen dieser Bewusstseinsereignisse geben (Valarino 1995). Es ist davon auszugehen, dass den Menschen, die während des Vorgangs der Reanimation der realen Situation entsprechende Wahrnehmungen hatten, zu diesem Zeitpunkt ein von ihrem körperlichen Zustand unabhängiges "Bewusstsein" im Sinne eines "bewussten Seins" zur Verfügung gestanden hat.

Wird der Körper, wie der Begriff "Reanimation" sagt, wieder "beseelt", stellt sich die Frage nach dem Sitz dieser "Seele", oder anders ausgedrückt des "Ich", das den Menschen ausmacht, das seine Personalität bestimmt. Aus diesen Überlegungen heraus ist der Gedanke naheliegend, dass dieses bewusste Sein nicht Bestandteil des Gehirns oder eines anderen Teil des Körpers ist. Ebenso wäre davon auszugehen, dass es keine "Bewusstlosigkeit" des Menschen gibt, sondern diese nur eine andere Form des Bewusstseins und in ihrer Existenz nicht abhängig von der Messbarkeit der Gehirnströme ist.

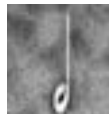
"Aus dem Verlust prüfbarer Hirnleistungen darf man keinesfalls den Schluss ziehen, dass bei dieser Bedingung sämtliche Faserverbindungen mit sämtlichen kortikalen Anteilen unterbrochen sind. Vielmehr muss immer ein elementares Bewusstsein beim Patienten angenommen werden, welches im Sinne des 'passiven Erlebens' wirksam ist" (Cramon 1979, S. 84).

Es ist wissenschaftlich nicht belegbar, ob das bewusste Sein unabhängig vom Körper, ein Sein nach dem Tod existiert oder nicht. Weil es der exakten Wissenschaft der Medizin nicht gelingt, dieses Wissen zu(be)schaffen, darf sie diese Frage aber nicht a priori aus ihren Überlegungen streichen und zur Lösung an Philosophie oder Theologie weiterreichen. Die Problematik hat grundlegende Bedeutung für die Medizin selbst:

124

Wahrnehmung und Bewusstsein sind elementare Eigenschaften die den Menschen als Menschen, als Person, als Ich ausmachen. Der Zugang zu unserem Patientenkreis erfordert ein umfassendes Verständnis der Begriffe Bewusstsein und Wahrnehmung. Sie sind für Diagnose, Therapie und Prognose von entscheidender Bedeutung. Aus ihnen folgt die Erwartung einer Reaktionsfähigkeit. Der Gedankengang "wer ein auf die Situation ausgerichtetes Bewusstsein hat, nimmt wahr und reagiert" darf nicht den Umkehrschluss implizieren " wer nicht reagiert, hat keine Wahrnehmung und kein bewusstes Sein"!

"Insofern ist der Begriff 'Bewusstlosigkeit' ein Deutungsversuch von uns, den Mangel an Rückkopplung zu uns als Handelnde zu beschreiben. Er sagt nur, dass uns die Antenne fehlt, Botchaften dieser Menschen zu empfangen. Er charakterisiert somit unsere Grenzen, Zugang zum Patienten zu finden. Als Defizitbegriff erfasst er unser Defizit und lastet es dem Patienten an. Denn wir bezeichnen den Menschen, der vor uns liegt, als bewusstlos, nicht aber uns als 'empfangsunfähig' oder ähnlich." (Salomon 1994, S.32)



Medizinische Untersuchungselemente zur Wahrnehmungsfähigkeit

Die üblichen medizinischen Untersuchungselemente zur Wahrnehmungsfähigkeit eines Patienten beinhalten vor allem verbale Aufforderungen und negative Reize zur Provokation von Abwehrreaktionen.

- ☉ Zu den verbalen Aufforderungen gehören, die Hand zu drücken oder zu heben, Augen oder Mund zu öffnen.
- ☉ Wenn der Patient auf verbale Ansprache nicht reagiert, wird er unangenehmen Reizen ausgesetzt, wie z.B. lautes Klatschen, Schmerzreize, Drohgebärden, etc.
- ☉ Die Austestung der Kommunikationsfähigkeit geschieht immer auf verbaler Basis. Bei mangelnder verbaler Ausdrucksfähigkeit wird der Versuch gemacht, einen Code für Ja/Nein-Antworten zu vereinbaren, sei es durch Handdrücken, die Blickrichtung oder den Lidschluss.

Verschiedenste Skalen, wie z.B. die Glasgow Coma Scale, wurden erdacht, um die Komatiefe beschreiben zu können:

Augen öffnen	spontan mit Fixation	4	Beste motorische		
	auf Ansprache	3	Antwort	auf Aufforderung	6
	auf Schmerzreize	2		gezielte Abwehrbewegung	5
	nicht	1		ungerichtete Abwehrbewegung	4
				abnorme Beugung	3
Beste verbale				Strecksynergismen	2
Antwort	orientiert	5		keine	1
	unzusammenhängende Sätze	4			
	inadäquate Laute	3			
	unverständliche Laute	2	möglicher Level		3 - 15
	keine	1			

125

Tbl. 1: Glasgow Coma Scale

Alle diese Untersuchungselemente beinhalten Forderungen an den Patienten. Dabei werden Wortverständnis und motorische Fähigkeiten, zeitliche Orientierung, situatives Verständnis und die Bereitschaft des Patienten zur Mitarbeit vorausgesetzt. Reagiert der Patient nicht, hat er die Anforderungen nicht erfüllt und gilt als zumindest wahrnehmungsgestört. Dass Aphasien, Kontrakturen und Ritardierungen bei Hirnschädigungen häufige Begleitsymptome sind und ein Ausbleiben der Reaktion somit darauf und nicht auf mangelnde Wahrnehmungsfähigkeit zurückzuführen sein könnte, bleibt in der Regel bei diesen Untersuchungen unbeachtet.

Schmerzreize, Drohgebärden und ähnliche bedrohliche und unangenehme Reize führen eher zu einem weiteren Rückzug des ohnehin der Umwelt ausgelieferten und in seiner Wahrnehmung verunsicherten Patienten. Dass er sich ihr nicht entzieht, sondern zu einer Reaktion überhaupt bereit ist, wird grundsätzlich vorausgesetzt. Es wird erwartet, dass der Patient Leistung erbringt, damit seine Wahrnehmungsfähigkeit erkannt werden kann. Er muss die Existenz dieser Potentiale selbst beweisen und nicht selten hört man von erwachten Patienten, dass sie froh seien, "nicht mehr so viel leisten zu müssen".

Wenn in der medizinischen Untersuchung Kommunikationsfähigkeit eruiert wird, geschieht das trotz der oben beschriebenen Problematiken fast immer auf verbaler Basis. Nonverbale Kommunikation innerhalb einer mitmenschlichen Begegnung zwischen Arzt und Patient findet nur in Ausnahmefällen statt.

"Es wird erwartet, dass der Kranke auf einen definierten Stimulus von außen in einer beobachtbaren, weitgehend starren Weise reagiert, und das möglichst identisch mit anderen Patienten. Funktionalität statt Individualität steht in diesem Denkschema an erster Stelle. Über die Objektivierung des anderen geht das Verständnis für das Einmalige verloren. Es wird vergessen, dass der Mensch zeit seines Lebens versucht, seinen individuellen Weg zu gehen und seine Identität zu wahren." (Hannich 1994, S. 54)

Fallbeispiel - 1. Teil¹

Dieses Fallbeispiel zeigt datengeschützt zunächst einige Ergebnisse der medizinischen Untersuchung einer Patientin, die fast keinerlei Reaktionen zu zeigen schien, und die daraus resultierenden ärztlichen Schlussfolgerungen:

Folgender neurologischer Aufnahmezustand wurde erhoben:

„Patientin ist wach, kommuniziert nicht, keine Blickfixation, keine Reaktion auf Drohgebärden, auf Schmerzreize, Grimassieren, auf Klatschen reagiert die Patientin mit einem Blinzelreflex; orale Automatismen mit schmatzenden Bewegungen.“

In der abschließenden Beurteilung heißt es:

„Intermittierend kommt es zu stereotyp ablaufenden Bewegungen wie Grimassieren, was von der Mutter als sinnhafte, gezielte Reaktion auf Umweltreize (fehl)gedeutet wird. ... Das EEG zeigt schwerste Allgemeinveränderungen, es besteht jedoch eine Reaktion auf akustische Reize als Hinweis für eine kortikale Restfunktion. Hiervon abgesehen kann man jedoch davon ausgehen, dass die höheren kortikalen Funktionen vollständig erloschen sind. Da mittlerweile mehr als drei Monate nach dem initialen Koma mit hypoxisch-ischämischen Hirnschaden verstrichen sind, kann eine definitive prognostische Einschätzung ausreichend zuverlässig erfolgen. Nach aller bisherigen Erfahrung ist bei NN nicht mehr mit einer Reversibilität des derzeitigen Zustands zu rechnen.“

¹Das Fallbeispiel wird nach dem nächsten Abschnitt fortgesetzt.

Evaluierungselemente zur Wahrnehmungsfähigkeit

Die Musiktherapie ist von ihrem Ansatz her ein therapeutisches Angebot an den Patienten und richtet sich an seinen Potentialen aus. Doch welches sind die Potentiale eines schwer hirnerkrankten Patienten?

Als Musiktherapeut nehme ich einen Patienten in der ersten Begegnung in vielfältiger Form wahr. Der erste Blick fällt auf sein Gesicht mit dem ihm eigenen Ausdruck. Ich sehe seine Hände und den Körper, beobachte vielleicht vorhandene Bewegungen. Eventuell sind Lautäußerungen zu hören, als stimmhafte Ausatmung oder eigenständige Stimmproduktion. Schließlich beachte ich die Atmung in ihren Ausdrucksformen. Die für mich relevanten Parameter sind dabei bei allen Beobachtungen ähnlich:

Atmung	Mimik	Motorik	Lautäußerungen
Frequenz		Frequenz	Häufigkeit
Intensität	Ausdruck	Intensität	Ausdruck
Rhythmus	Rhythmus	Rhythmus	Rhythmus
Tonalität			Tonhöhe

Tbl. 2: Parameter musiktherapeutischer Patientenbeobachtung

Oft bleibt mir zunächst in der ersten musikalischen Begegnung nur das Eingehen auf die Atmung als das Ausdrucksmittel, das trotz aller Einschränkungen dem Patienten noch geblieben ist (Gustorff 1998). Trotzdem kann ich während der Improvisation mich den Eindrücken durch andere Reaktionen nicht verschließen. Ein angespannter Gesichtsausdruck, eine Bewegung in einem Arm oder einer Hand, eine erhöhte Sekretion – alles beeinflusst mein Empfinden und dadurch meine Improvisation.

Ich nehme den Patienten in seiner Gesamtheit wahr und versuche, ihm mit meinem ganzen Sein im musikalischen Ausdruck zu begegnen. Erst wenn ich mir über meine eigene Wahrnehmung und mein eigenes Empfinden klar geworden bin, kann ich versuchen zu entdecken, ob und in welcher Form der Patient die Musik, unsere Begegnung wahrnimmt.

Dabei ist es unerheblich, ob es sich bei seinen Reaktionen um "Massenbewegungen", "Automatismen", "Bewegungsmuster" oder "Stereotypien" handelt. Das können unter Umständen seine einzigen Ausdrucksmöglichkeiten und in ihrem Auftreten intentionell herbeigeführte Reaktionen sein. Für mich als Musiktherapeuten kommt es darauf an,

- ☉ wann diese Reaktionen auftreten,
- ☉ ob ein Zusammenhang zum musikalischen Angebot erkennbar ist,
- ☉ ob sie sich bei einer Veränderung eines musikalischen Parameters auch verändern,
- ☉ ob sie auf die Dauer der musikalischen Begegnung beschränkt sind,
- ☉ ob sie wiederholbar sind.

Daraus ergibt sich eine erste Einschätzung des Wahrnehmungspotentials eines Patienten. Dieser wird, nimmt er etwas wahr, zuerst versuchen, sich zu orientieren. Orientierung und Wahrnehmung stehen hier in einem engen Zusammenhang. Orientierung setzt Wahrnehmung voraus.

Situative Orientierung	Wahrnehmung einer Begegnung Intensivierung der Atmung (evtl. erhöhte Sekretproduktion, evtl. erhöhte Atemfrequenz) Bezugnahme auf die erklingende Musik Erkennen einer nonverbalen Kommunikationsmöglichkeit
Zeitliche Orientierung	Wahrnehmung einer zeitlichen Struktur Erkennen der Dauer einer Phrase (Anfang und Ende) Atemzäsuren und Atempausen an Phrasenstruktur orientiert musikalische Äußerung am Grundschatz orientiert Erkennen einer rhythmischen Struktur
Körperliche Orientierung	Wahrnehmung körpereigener Ausdrucksformen Erkennen der Beziehung zwischen Melodieverlauf und eigener Atmung Suche nach Möglichkeiten der Laut-Werdung Stimmproduktion Einsetzen von Mimik/Motorik
Räumliche Orientierung	Wahrnehmung des Bezugs zur körperfernen Umwelt Ausrichten auf die Schallquelle Aufnehmen von/Suchen nach Blick- und/oder Körperkontakt Instrumentalkontakt Instrumentalspiel Melodiespiel
Intentionalität	Wahrnehmung eigener Gestaltungsmöglichkeiten Veränderung der Atemfrequenz oder Atemintensität (dabei Orientierung an der/Zielgerichtetheit auf die Musik) Veränderung der Lautgebung (s.o.) Veränderung des Instrumentalspiels Übernahme von Mitverantwortung für die Improvisation Gestaltung eines musikalischen Dialoges



Auf allen Orientierungs- und Wahrnehmungsebenen gibt es eine Vielzahl von Abstufungen, von denen einige in der Tabelle 3 wiedergegeben sind. Oft bedingen sie einander, d.h. Veränderungen treten auf einer Ebene nicht allein auf, sondern sind mit denen einer anderen gekoppelt. Diese Veränderungen geschehen meist langsam und in sehr kleinen Schritten, wobei Zeiten der Stagnation vom Patienten und Therapeuten mit Geduld ertragen werden müssen. Aber jede Veränderung, die nicht einmalig, sondern wiederholbar ist, ist ein untrügliches Zeichen von Wahrnehmung und Orientierung, von Erleben, von Leben.

Zunächst steht die Orientierung zur Situation im Vordergrund. Der Patient wird erkennen, dass die Musik, die er wahrnimmt, nicht von ihm unabhängig ist und nicht aus einer künstlichen Schallquelle (Radio, Tonband, Fernsehen) kommt, sondern sich individuell auf ihn ausrichtet. Dies führt oft zu einer Reaktion in Form einer emotionalen Erregung mit intensiverer Atmung, die meist mit erhöhter Sekretproduktion verbunden ist. Als nächste Orientierungsebene tritt die der Zeit hinzu. Der Patient wird feststellen, dass die Musik nicht immer da ist, es einen Anfang und ein Ende gibt und die Melodie in sich strukturiert ist. Damit verbunden ist die Orientierung zum eigenen Körper, das Erkennen der Beziehung zwischen der Melodie und der eigenen Atmung. Oft ist dabei eine Orientierung im Raum, ein Ausrichten auf die Schallquelle zu erkennen, durch Hinwendung, Blick- und/oder (wenn die motorischen Potentiale es zulassen) Körperkontakt.

Diese Wahrnehmungen können im Patienten den Willen zu einer gezielten Beantwortung wecken. Wenn er erfährt, dass die kleinste Veränderung seiner Äußerungsformen zu einer Veränderung in der Musik führt, kann er zu einer Wahrnehmung der eigenen Gestaltungsmöglichkeiten kommen. Daraus kann sich intentionelles Verhalten in Form einer bewussten Änderung einzelner Parameter entwickeln und dadurch kommunikative, gestalterisch künstlerische Potentiale ihren Ausdruck finden.

129

Fallbeispiel – 2. Teil

Das zuvor begonnene Fallbeispiel wird hier um die musiktherapeutischen Beobachtungen ergänzt:

Die Patientin zeigt innerhalb der Musiktherapiesitzungen ein deutliches Orientierungspotential, das über einfache "Reaktionen auf akustische Reize als Hinweis für eine kortikale Restfunktion" hinausgeht:

Sie kann ihre Stimme in verschiedenen Klangfarben einsetzen. Wütendes oder melodisches Schreien sind deutlich verschieden. Das melodische Schreien besteht aus der Produktion von Glissandi oder Einzeltönen.

Es zeigt sich eine situative Orientierung durch sofortige Lautäußerungen zu Beginn bzw. Stille am Ende vieler Sitzungen und Bezugnahme auf die improvisierten Melodiebögen.

Zeitliche Orientierung ist an Dialogformen erkennbar, in denen die Patientin entweder mit mir abwechselnd Töne produziert oder nach jeweils vier Takten in meinen Pausen kurz lautiert.

Die körperliche (hier: vokale) Orientierung geht so weit, dass die Patientin ihre Stimme gezielt auf die von mir in der Improvisation ausgewählte Tonhöhe ausrichten kann und dabei mit mir den Ambitus einer Oktave Ton für Ton durchschreitet.

Intentionalität ist festzustellen, wenn die Patientin ihrerseits die Tonhöhen verändert und dadurch zu einer selbständigen Schöpfung kurzer Melodiephrasen kommt. Diese Begegnungen in der gemeinsamen Improvisation sind oft durch hohe Intensität und große Nähe gekennzeichnet und beinhalten auch gemeinsame Abschlüsse mit anschließender langandauernder (mehr als 20 Sekunden) und spannungsreicher Stille.

Unter den fast 50 Therapiesitzungen gibt es immer wieder einige, in denen eine solche Kommunikation nicht erreicht werden kann, sei es, weil das Allgemeinbefinden der Patientin es nicht erlaubt oder andere Gründe im Wege stehen. Sie kehren jedoch häufig wieder, sind also wiederholbar und legen offen, dass die oben zitierte medizinische Einschätzung nicht nur nicht unwidersprochen bleiben darf, sondern eindeutig widerlegt werden kann.

Zusammenfassung

Auch in der Musiktherapie sind die oben angesprochenen Problematiken vorhanden. Eine Nichterkennbarkeit von zu erwartenden Reaktionen auf Wahrnehmungen musikalischer Parameter muss nicht unbedingt deren Nichtexistenz beweisen. Eine Grundvoraussetzung ist die Bereitschaft des Patienten zur Reaktion (Mitarbeit). Und doch bleibt festzustellen, dass sich die Musiktherapie durch ihre Orientierung an den Potentialen des Patienten, der Einbeziehung aller seiner Ausdrucksmöglichkeiten und der ausschließlichen Arbeit auf nonverbaler Ebene grundlegend vom rein medizinischen Ansatz unterscheidet.

Die Musik in ihrer frei improvisierten Form erhält die Impulse gleichermaßen vom Patienten und vom Therapeuten. In ihr finden beide Raum für Gestaltung und Begegnung. Reflexivität und Kreativität stehen dabei im Vordergrund.

Der schwer hirnerkrankte Patient kann die Musik, wenn er sie wahrnimmt, als etwas auf ihn Bezogenes und von ihm Beeinflussbares erleben. Sie bietet ihm zunächst einen Raum frei von Sprache und Begrifflichkeit, in dem er die Möglichkeit zur Orientierung auf das eigene Sein hat. An diese Begegnung mit sich selbst schließt sich die Wahrnehmung der Begegnung mit der Umwelt und damit eine über das eigene Sein hinausgehende Orientierung an. Diese Wahr-

nehmungs-, Orientierungs- und Erlebnispotentiale sind in bzw. an der musikalischen Gestaltung ablesbar.

Eine über das grobe Raster hinausgehende Einteilung der Reaktionen in Bezug auf Quantität und Qualität erscheint mir z.Zt. problematisch. Die wechselseitigen Bezüge und ihr gegenseitiger Einfluss sind zu komplex, als dass sie schematisch dargestellt werden könnten.

Sicher ist jedoch, dass die Musiktherapie aufgrund ihres beschriebenen Ansatzes entscheidend zur Evaluierung von Bewusstsein und Wahrnehmung schwer hirnerkrankter Patienten beitragen kann.

“Wenn Frau E. mehrfach am Ende einer musikalischen Phrase eine Atempause macht oder mit sichtbarer körperlicher Erregung und Weiteratmen reagiert, wenn ich die musikalische Phrase unerwartet um zwei Takte verlängere, dann weiß ich, dass zwischen ihr und mir eine anspruchsvolle Kommunikationsebene entstanden ist. Die Patientin hat für wenige Minuten wieder die Möglichkeit, einen Zeitabschnitt ihres Daseins zu erleben, zu beantworten und zu gestalten.” (Herkenrath 1998)



131

Literatur

Cramon, D. (1979) Quantitative Bestimmung des Verhaltensdefizites des skalaren Bewusstseins. Stuttgart.

Gustorff, D. (1998) Grenzerfahrungen – Musiktherapie mit Herrn C. In Aldridge, D. (Hrsg.) Kairos II. Beiträge zur Musiktherapie in der Medizin. Bern: Verlag Hans Huber.

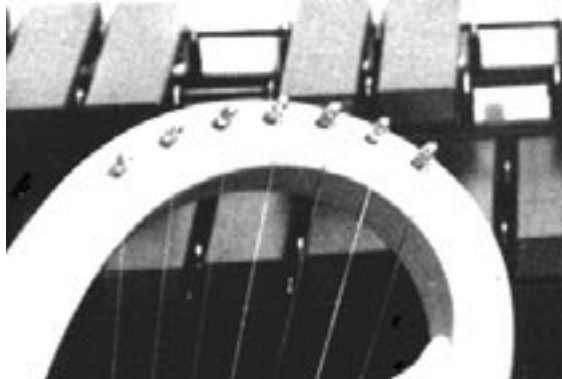
Hannich, H. (1994) Beziehung und Interaktion mit Bewusstlosen. In Bienstein, C. und Fröhlich, A. (Hrsg.) Bewusstlos. Düsseldorf: verlag selbstbestimmtes leben.

Herkenrath, A. (1998) Musik ist Leben. NOT 2/98. Unabhängige Fachzeitschrift der Schädel-Hirnerkrankten. Leimersheim: Fachverlag hw-studio weber.

Rest, F. (1994) Bewusst-Sein statt Bewusst-Haben. In Bienstein, C. und Fröhlich, A. (Hrsg.) Bewusstlos. Düsseldorf: verlag selbstbestimmtes leben.

Salomon, F. (1994) Bewusstsein und Bewusstlosigkeit aus anästhesiologischer und intensivmedizinischer Sicht. In Bienstein, C. und Fröhlich, A. (Hrsg.) Bewusstlos. Düsseldorf: verlag selbstbestimmtes leben.

Valarino, E. (1995) Erfahrungen an der Schwelle des Todes. Genf: Ariston Verlag.



WERNER RICHARD - DR. CARL DOERKEN STIFTUNG



Seit ihrer Gründung im Jahre 1989 ist die Werner Richard - Dr. Carl Doerken Stiftung dem Institut für Musiktherapie der Universität Witte/Herdecke als Förderer verbunden. Mit einer ersten Sachmittelförderung in ihrem Gründungsjahr ermöglichte sie die Umsetzung von Forschungsvorhaben und deren Veröffentlichung.

In den folgenden Jahren wurden von der Werner Richard - Dr. Carl Doerken Stiftung drei konkrete wissenschaftliche Forschungsvorhaben von Musiktherapeuten ermöglicht. Zwei dieser Projekte führten zu Promotionen von Mitarbeitern des Institutes. Innerhalb der Universität förderte die Werner Richard - Dr. Carl Doerken Stiftung auch andere wissenschaftliche Projekte und vergab Promotionsstipendien an Studierende verschiedener Fachbereiche. So ist die vorliegende Buchreihe und deren Vorgängerin, die KAIROS-Reihe, nur ein sichtbares Ergebnis, das aus der initial wirkenden Förderung dieser Herdecker Stiftung resultiert.

In einem zunächst auf fünf Jahre angelegten Projekt fördert die Werner Richard - Dr. Carl Doerken Stiftung derzeit die Entwicklung und Nutzung neuer Medien als Publikationsmöglichkeit für wissenschaftliche Arbeiten im Bereich Musiktherapie. Ziel des Projektes ist es, die berufliche Entwicklung von Musiktherapeuten zu fördern, indem der Zugang zur Literatur erleichtert wird. Im Rahmen dieser Förderung unterstützt die Werner Richard - Dr. Carl Doerken Stiftung auch einen Forschungsservice, die Erarbeitung einer Literaturdatenbank und eines Artikelarchives. Diese Angebote sind weltweit zugänglich und werden in Zukunft die wissenschaftliche Arbeit für Kolleginnen und Kollegen in der Musiktherapie wesentlich erleichtern.

STIFTUNG ZUR FÖRDERUNG DER NORDOFF/ROBBINS MUSIKTHERAPIE



Die Stiftung zur Förderung der Nordoff/Robbins Musiktherapie fördert seit ihrer Gründung das Institut für Musiktherapie der Universität Witten/Herdecke, um neben der Patientenbetreuung sowohl die Ausbildung als auch die wissenschaftliche Forschung zu ermöglichen und zu sichern. Nachdem jahrelang Walter Lichte geschäftsführend die Geschicke dieser Organisation gelenkt hat, ist die Geschäftsführung an mich übergegangen, nachdem ich schon lange Jahre als Projektleiterin für die Stiftung tätig war.

Mit den Aktivitäten der Stiftung, wie dem jährlichen Fundraising-Dinner in Hamburg, erwirtschaftet sie nicht nur die Mittel, die für den Erhalt und die Entwicklung der Musiktherapie wichtig sind, sie stellt auch eine Plattform zur Verfügung, um Musiktherapie bekannter zu machen und in die Öffentlichkeit zu tragen. Viele Sympathieträger konnten so für die Stiftungsarbeit gewonnen werden, die hinter den Kulissen im Stillen wirken oder in öffentlichkeitswirksamen Aktionen auf die Stiftung und vor allem auf die Musiktherapie aufmerksam machen. Mehr zu diesen Aktionen, auch den gerade aktuellen Aktivitäten, erfahren Sie auf der Stiftungsseite im Internet www.nordoff-robbins.de.

Diese neue Buchreihe mit dem Titel "Musiktherapyworld" sieht sich als Nachfolgerin der KAIROS-Reihe. In der KAIROS-Reihe sind bereits 5 Bände erschienen.

Die Bücher sind der Stiftung deshalb wichtig, weil neben der oben erwähnten Aufmerksamkeit, durch zum Teil auch spektakulär wirkende Aktionen, die inhaltliche Information das eigentliche Anliegen der Stiftung ist. So wird hier im gedruckten Wort und

Bild, im Dreiklang mit der CD ROM Reihe und dem Internetauftritt des Institutes (www.musictherapyworld.de) der Inhalt weitervermittelt, für den die Stiftungsmitglieder ihre Arbeit ehrenamtlich zur Verfügung stellen.

Was hier zu lesen ist - so wissen auch die Mitglieder der Stiftung - ist Ergebnis einer intensiven Begegnung in der Therapie und einer langen Auseinandersetzung mit dem Kontext, in dem die musiktherapeutische Arbeit steht. Die Beiträge dieses Buches sind - wie die der lesenswerten Vorgänger - als Vorträge, in Diskussionen geprüft und auf Tagungen schon in die Welt getreten.

Sie sehen hier als Leser ebenso wie wir, dass die Arbeit der Stiftung Früchte trägt und dass das von uns maßgeblich geförderte Institut für Musiktherapie der Universität Witten/Herdecke die erhaltenen Mittel einzusetzen weiß, um die Musiktherapie weiterzuentwickeln und vor allem die musiktherapeutischen Kolleginnen und Kollegen zu unterstützen.

135

Ein Beitrag zur Musiktherapielandschaft, dem auch unsere englischen und amerikanischen Schwesterstiftungen großen Respekt zollen - wie auf unserem jährlichen "International Trust Meeting" in London deutlich wurde.

Wir wünschen dem Institut weiterhin fruchtbringende Tätigkeit und werden das unsere tun, um diese Arbeit zu sichern.

Fiona von Vaernewyck

(Geschäftsführerin der Stiftung zur Förderung der Nordoff/Robbins Musiktherapie)

