



DOKUMENTATION

Fachtagung Musik & Medizin

27.-28. September 2013
Bad Ems



Inhaltsverzeichnis

Grußworte	4
Alexander Schweitzer.....	4
Peter Stieber	5
Frank Zwanziger	6
Anneliese Bodemar.....	7
Vorwort von Ralph Spintge	8
Vorträge	10
Warum Musik?	
Manfred Spitzer.....	10
Musik, Emotion und Gehirn	
Stefan Koelsch.....	12
Integration von Musiktherapie in eine Spezialambulanz für Psychoonkologie Erste Schritte eines Forschungsprojektes	
Pia Preißler, Ute Hennings.....	25
Die Bedeutung von Kunst und Musik für das Menschenbild der Heilkunde	
Rolf Verres	32
Die Musik als Element der Traditionell Chinesischen Medizin	
Werner Kühn, Michael Fei Sun.....	43
Den Schmerz zum (Ab-) Klingen bringen	
Theorie und Praxis der Musik-imaginativen Schmerzbehandlung	
Sylvia Kunkel.....	50
Musiktherapie mit jungen Erwachsenen	
Katrin Pumplün.....	60
Workshops.....	67
Neurologische Musiktherapie (NMT) – mit Musik das Gehirn „austricksen“	
Silke Kammer	67
Die Zerdehnung des Augenblicks	
Über Klangproduktionen und deren Behandlung in der Gruppenmusiktherapie	
Eine Werkstattarbeit aus dem Bereich der Psychosomatik	
Christof Kolb	70
Die Referenten.....	78
Zum Landesmusikrat Rheinland-Pfalz.....	85
Eindrücke von der Tagung.....	86
Partner	91
Impressum.....	91

Grußwort Alexander Schweitzer

Schirmherr der Tagung und damaliger Staatsminister für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie



Meine sehr verehrten Damen und Herren,
liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

in fast jedem Menschen ruft Musik emotionale Stimmungen hervor. Diese können im Krankheitsfall zu einer Linderung und im besten Fall zu einer Heilung beitragen. Die Bedeutung von Musik wird im Gesundheitsbereich zunehmend erkannt. Musik kann beruhigen, sie kann das Denken anregen oder kommunikative Fähigkeiten fördern. Aktive und rezeptive Musiktherapien bewirken teilweise Erstaunliches. Nach einem Schlaganfall tragen rhythmische Übungen häufig zu einer verbesserten motorischen Leistungsfähigkeit bei. Musik wird vor chirurgischen Eingriffen mittlerweile in der Prämedikation eingesetzt; und auch aus der Demenzforschung gibt es zahlreiche positive Beispiele. Den Ansatz der Musikgeragogik, in dem Erfahrungsräume inszeniert werden, die in den musikalischen Biographien der an Demenz erkrankten Personen liegen, hebe ich hervor.

„Musik und Medizin“ ist ein komplexes, aber auch ein überaus spannendes Thema. Ich bin deswegen sehr froh, dass der Landesmusikrat seit vielen Jahren mit zahlreichen Initiativen und Fachtagungen auf Themenschwerpunkte wie Musik und Behinderung, Musik und Demenz oder Musik und Hospiz aufmerksam macht. Auch meine Vorgängerin im Amt, Ministerpräsidentin Malu Dreyer, war immer eine ideelle Unterstützerin der Projekte des Landesmusikrats. Genau wie sie übernehme ich gerne die Schirmherrschaft und bedanke mich sehr herzlich bei allen, die zum Gelingen der Fachtagung „Musik und Medizin“ des Landesmusikrats Rheinland-Pfalz beitragen.

Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wünsche ich viel Erfolg, dem Landesmusikrat auch weiterhin alles Gute!

Grußwort Peter Stieber

Präsident des Landesmusikrats Rheinland-Pfalz

Sehr geehrte Damen und Herren,

„Musik und Medizin“ ist nicht nur der Titel unsere Fachtagung, sondern auch einer der Themenschwerpunkte, mit denen sich der Landesmusikrat Rheinland-Pfalz seit einigen Jahren intensiv beschäftigt. So fanden bereits sehr erfolgreiche Veranstaltung zu den Themen „Musik und Behinderung“, „Musik und Demenz“ und „Musik und Hospiz“ statt, aus denen Fortbildungsangebote an der Landesmusikakademie in Neuwied Engers hervorgingen.



Die Idee zu unserer Fachtagung entstand aus der Frage heraus, „Wie kann der Einsatz von Musik in den verschiedensten medizinischen Bereichen aussehen, und welche Wirkung kann Musik entfalten?“. Bewusst grenzt sich diese Veranstaltung ab von dem Bereich der „Musikermedizin“, in dem der Fokus auf die physischen und physiologischen Probleme von Musikerinnen und Musikern gelenkt wird. Dieses Gebiet gilt es in einer gesonderten Tagung zu beleuchten.

Die Verbindung von Musik und Medizin rückt nicht nur in der Fachwelt, sondern auch immer mehr in der breiten Öffentlichkeit in den Blickpunkt und wird sehr intensiv diskutiert. Behält man den demografischen Wandel unserer Gesellschaft im Auge, so handelt es sich um ein virulentes Thema, welches wir in Vorträgen und Workshops aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchten möchten. Der Einsatz von Musik kann Heilfaktor sein, aber auch im Bereich der Prävention eingesetzt werden.

Eindrucksvolle Forschungsergebnisse belegen den unterstützenden Einsatz und die Bedeutung von Musik bei Personen mit psychosomatischen und psychischen Erkrankungen. Auch die Gehirnforschung berichtet über die Zusammenhänge von Intelligenzentwicklung und Entwicklung kognitiver Fähigkeiten durch das aktive Musizieren. Es freut mich sehr, dass wir für unsere Fachtagung Referenten aus den verschiedensten medizinischen und therapeutischen Bereichen gewinnen konnten. Die große Nachfrage, sowohl von Tagungsteilnehmern als auch von Referenten, ist für den Landesmusikrat ein wichtiges Indiz der aktuellen gesellschaftlichen Bedeutung dieser Thematik. Wir werden uns auch zukünftig intensiv mit der medizinischen Wirkung von Musik auseinandersetzen.

Einen besonderen Dank möchte ich den Kooperationspartnern aussprechen. Mit der Lotto Stiftung Rheinland-Pfalz, der Techniker Krankenkasse und der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz haben wir starke, kompetente Partner an unserer Seite. Ebenfalls möchte ich mich bei der Staatsbad Bad Ems GmbH bedanken, die uns die einzigartigen Räumlichkeiten des Kurhauses für unsere Fachtagung zur Verfügung stellt.

Grußwort Frank Zwanziger

Geschäftsführer Lotto-Stiftung Rheinland-Pfalz



Sehr geehrte Damen und Herren!

Der Landesmusikrat Rheinland-Pfalz nimmt sich seit Jahren einem Thema an, das aus Sicht der Lotto-Stiftung absolut unterstützenswert ist.

Die innovativen Fachtagungen zur Wirkung der Musik in medizinisch relevanten Bereichen wie Demenz oder Hospiz, passen zur Lotto-Stiftung so gut wie die berühmten sechs Richtigen zum Lottogewinner.

Bereits 2007 widmete sich der LMR dem heute in vielen gesellschaftlichen Bereichen angestrebten Thema der Inklusion, also gemeinsames Musizieren von behinderten und nichtbehinderten Menschen. Dieses schon damals zukunftsorientierte Denken und Handeln der Verantwortlichen des Verbandes trifft exakt den Geist der Lotto-Stiftung, die viele soziale aber auch kulturelle Initiativen fördert und immer häufiger miteinander verbindet.

Der wohltuende Effekt der Musik in vielen Bereichen der Medizin ist uns also durchaus bewusst. Wir sind gespannt auf das nächste Konzept zu einer Fachtagung dieser Art und wir werden sicher auch in Zukunft gerne als Partner für Projekte mit diesem Charakter zur Verfügung stehen!

Grußwort Anneliese Bodemar

Leiterin der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse Rheinland-Pfalz

Sehr geehrte Damen und Herren!

Musik bringt uns zum Schwingen. Sie kann aufregen, erfreuen, beruhigen und Gänsehaut erzeugen. Sie ist einerseits alltäglich, kann andererseits jedoch ganz besondere Erlebnisse schaffen. Musik ist Teil unserer Kultur. Unsere Fähigkeit, Musik hervorzubringen und zu erkennen, ist angeboren. Bereits vor der Geburt nimmt sie Einfluss auf uns und bereichert unser Leben und unsere Gesundheit bis ins hohe Alter. Denn Musik wirkt auf den Blutdruck, die Atmung und viele andere Körperfunktionen. Und sie hat die Fähigkeit, unser ganzes Gehirn in Aktion zu versetzen. In der Medizin kann sie sogar Heilungsprozesse unterstützen.



Schon unsere Vorfahren setzten Musik als Heilmittel ein: Schamanen beschworen mit Musik die guten Geister und versetzten die leidenden Menschen in heilsame Trance. David behandelte die Depressionen seines Königs Saul mit Harfenspiel. Johann Sebastian Bach komponierte für den schlaflosen Grafen Kaiserling die Goldberg Variationen. Der Cembalist Johann Gottlieb Goldberg musste sie ihm dann nachts vorspielen. Aber erst seit etwa zwei Jahrzehnten beginnen wir zu verstehen, wie Musik ihre Heilkraft entfalten kann.

Viele Mediziner spielen beispielsweise während Operationen Musik, die der Patient gerne hört. Die Erfahrung zeigt, dass auf diese Weise nicht nur Beruhigungs-, sondern auch Schmerzmittel reduziert werden können. Und zwar bis zur Hälfte der üblichen Menge. Auch chronische Schmerzpatienten bestätigen diesen entspannenden, ablenkenden Effekt der Musik.

Musik ist für alle Menschen segensreich. Sie hilft uns zu entspannen, sowie den Stress und die Hektik des Alltages zu vergessen. Denn kaum etwas vermag uns mehr zu berühren, als die Töne eines Musikstückes. Wir können Musik buchstäblich fühlen. Durch diesen direkten Zugang zu unserem Innern ist die Musik in besonderem Maße geeignet, stärkend und entlastend bei Stress zu wirken.

Ich danke Ihnen, Herr Stieber, dem Landesmusikrat und unseren Partnern. Sie haben es möglich gemacht, dass wir uns gemeinsam dem Thema „Musik und Medizin“ widmen konnten.

Vorwort

Ralph Spintge

Sich musikalisch auszudrücken und musikalische Erfahrungen zu machen ist ein zutiefst menschliches Bedürfnis. Nie hat es in der Geschichte der Menschheit eine Kultur gegeben, in der nicht Musik eine zentrale Rolle sowohl in der individuellen, wie auch in der gesellschaftlichen Lebensgestaltung gespielt hat. Alle bedeutsamen Rituale, wie Geburt, Initiation in die Erwachsenenwelt, Heirat, Krankheit und Sterben werden auf dieser Erde musikalisch gestaltet. In der Medizin des 20. und 21. Jahrhunderts haben wir diese alten, künstlerischen Wurzeln der „Heilkunst“ im Sinne einer ganzheitlichen, oder besser gesagt „integrativen Medizin“ neu entdeckt.

Es sind Wurzeln, die durch den naturwissenschaftlich-technischen Fortschritt in Forschung und Lebenswirklichkeit während der vorhergehenden 400 Jahre seit der Renaissance überdeckt waren. Heute erwarten Patienten von jedem Arzt und Therapeuten wieder, dass er den geistigen, seelischen und spirituellen Bedürfnissen genau so gerecht wird, wie den biologischen Anforderungen und den medizin-technischen Erfordernissen. Gerade die künstlerischen Therapien, wie die Musiktherapie und die Musik in der Medizin als MusikMedizin haben ohne Frage neben ihren wissenschaftlich nachweisbaren, biologischen und physikalischen Wirkungen ebenso signifikanten Einfluss auf Geist und Seele des hilfeschuchenden Menschen. Musik ist nicht nur eine strukturierte, zeitliche Abfolge von komplexen, dynamischen, akustischen Reizimpulsen mit einer durch bildgebende Verfahren nachweisbaren, spezifischen Raum-Zeit-Repräsentation im menschlichen Zentralnervensystem. Musik ist mehr.

Sie erfasst den Menschen als Ganzes. Für die Forschung bedeutet dies unter anderem, dass die Untersuchung von Musik als therapeutischem Agens oftmals eher qualitativ orientierte Zugänge benötigt. Musikalische Wirkungsforschung generell muss daher neben quantitativen Messverfahren auch qualitative Beschreibungen in gleichem Maße berücksichtigen.

Ansonsten würde die Identität der Kunst an sich Schaden nehmen, wenn man versuchen wollte, sie rein quantitativ in Zahlen zu beschreiben. Gleiches gilt für die Wirkungen auf den Menschen. Auch hier ist neben der quantitativen Forschung gleichrangig die qualitative Beschreibung des subjektiven Erlebens zu sehen. Keinesfalls wird dadurch die Reputation der künstlerischen Therapien und ihre Anerkennung durch die medizinisch-wissenschaftliche Gemeinschaft beeinträchtigt, denn jeder moderner Arzt und Forscher versteht sein Tun heutzutage als die integrative Betrachtung des Menschen als Gesamtbild (Spintge, 2007; Spintge 2012; Spintge, 2010).

Die aktuelle Diskussion um das Thema „Evidenz basierte Medizin“ zeigt eben genau das auf: medizinische Therapieverfahren, und erst recht solche, die aus dem künstlerischen Bereich stammen sind nach den starren Vorgaben wissenschaftlicher Evidenz nur ungenügend abzubilden. Es sei beispielhaft auf die Unmöglichkeit einer ansonsten zu fordern- den „doppelten Verblindung“ hinzuweisen.

Die Bereitschaft zum Dialog und zur engen Zusammenarbeit im Sinne eines integrativen Ansatzes besteht auf Seiten der medizinischen Wissenschaft, wie auch der Künste. Die Initiative des Landesmusikrates Rheinland-Pfalz zur Förderung dieses Dialoges kann nicht hoch genug bewertet werden.

Das vom Landesmusikrat im September 2013 veranstaltete Symposium ermöglichte folgerichtig einen fachübergreifenden Austausch, dessen Spanne von neuesten Erkenntnissen der Hirnforschung bis zum musiktherapeutischen Workshop reichte. Dabei ist es gelungen Austausch über eine Vielfalt von Beiträgen nicht nur zu ermöglichen, sondern auch die gemeinsame Überzeugung zu erarbeiten, diesen Dialog und seine Ergebnisse der breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen und seine Dynamik dieserart fortzuführen.

Der Verfasser dieses Vorwortes hatte das Privileg als Moderator an der Tagung wirken zu können. Wenngleich es nicht möglich ist das ganzheitliche Erleben in Ton, Bild, Gespräch und Vortrag, Sprache und Musik dem Leser nahe zu bringen, so bieten die in diesem Buch enthaltenen Texte dennoch Anreiz zum Nach-Empfinden, Mit-Denken und Weiter-Tragen.

Warum Musik?

Manfred Spitzer

Überall hört man Klagen darüber, dass sich der Alltag unserer Kinder deutlich verändert habe: mehr Stress, weniger Freizeit, mehr strukturierte Aktivitäten und weniger offene Bereiche für eigene Initiativen und Kreativität. Schon im Kindergartenalter werden die Kleinen vom Geigenunterricht zum Ballettunterricht und von dort zum Kinderturnen gekarrt, was Millionen von Müttern zu TaxifahrerInnen macht und zudem oft für erheblichen Stress bei allen Beteiligten sorgt. Dabei ist das Ganze durchaus gut gemeint: Man möchte nichts verpassen, eine Fähigkeit fördern, bevor sich das vermeintliche „kritische Lernfenster“ möglicherweise für immer schließt; jeder möchte das Beste für seine Kinder, nicht zuletzt, weil sie hierzulande nicht im Plural vorkommen, sondern – bei durchschnittlich 1,3 Kindern pro Mutter in Deutschland – als Einzelkind.

Ganz oft werde ich gefragt, woran man denn erkennen könne, ob man es richtig mache und wieviel solcher Aktivitäten ein Kind heute eigentlich vertrage. Meine Antwort ist immer dieselbe: Solange es allen Beteiligten und insbesondere dem Kind Freude macht, ist es noch nicht zuviel. Wenn aber die Strukturierung der Freizeit von allen Beteiligten und insbesondere vom Kind nur noch als aversiv erlebt wird („Mamma, das nervt“), dann läuft etwas falsch. Dieser Ratschlag bringt mir gelegentlich den Vorwurf des „Spaßpädagogen“ ein. Es könne nicht alles im Leben Spaß machen, man müsse sich nun einmal beherrschen lernen, und das Kind sei früh daran zu gewöhnen, sich am Riemen zu reißen, Durststrecken zu überstehen und auch Dinge zu tun, die eben keinen Spaß machen. – Wer hat nun recht? Was soll man tun?

Die meisten Kinder fangen irgendwann einmal spontan an zu singen, ebenso wie sie spontan mit dem Sprechen anfangen. Ich selbst hatte bei meinen Töchtern mehrfach Gelegenheit, einem 15 Monate alten Kind fasziniert zu lauschen und plötzlich bekannte Melodien im spontan vorgebrachten Singsang zu erkennen. Kinder bezeugen sehr eindrücklich und schon sehr früh im Laufe ihrer Entwicklung, dass Musik zu allen Zeiten und an allen Orten zu uns Menschen gehört.

Man kann heute mit neurowissenschaftlichen Methoden belegen, was man eigentlich gar nicht zu belegen braucht, weil jeder, der Musik macht, es sowieso weiß: Musik mindert Angst und fördert zugleich Glückserlebnisse. Diese entstehen dadurch, dass beim Singen oder Spielen von Musik Zeitgestalten erfolgreich hervorgebracht werden, d. h. es geht um eine zielgerichtete Aktivität, die nicht nur im Augenblick stattfindet, sondern überhaupt nur deswegen zustande kommt, weil eine Zeitspanne überbrückt wird. Man kann zeigen, dass die Länge eines musikalischen Motivs letztlich durch unser Arbeitsgedächtnis begrenzt wird, was umgekehrt bedeutet, dass zur Produktion musikalischer Motive das Arbeitsgedächtnis benötigt wird. Hierbei handelt es sich um eine Funktion des Frontalhirns, von dem wir wiederum wissen, dass es sich in den ersten zwei Lebensjahrzehnten eines Menschen erst entwickelt. Ein Baby kommt nicht mit voll entwickeltem Frontalhirn auf die Welt, vielmehr muss dieser Bereich des Gehirns über Jahre bzw. Jahrzehnte reifen und zugleich arbeiten, um zu seiner vollen Ausbildung zu gelangen. Es ist ähnlich wie

bei Muskeln: Die Muskeln eines Babys sind noch klein und nehmen natürlich allein durch Wachstumsprozesse an Größe zu. Werden sie aber während dieser Wachstumsphase auch noch zusätzlich trainiert, ist die Zunahme eine ganz andere, als wenn sie während des Wachstums nicht beansprucht würden. Nicht anders ist es mit dem Frontalhirn.

Dort reift die Fähigkeit heran, nicht einfach nur reflexhaft auf äußere oder innere Weite zu reagieren, sondern zielgerichtet und planvoll zu handeln. Dies bezieht beispielsweise ein, nicht auf jedes Geräusch der Umgebung mit einer Ablenkung zu reagieren oder nicht jedes Vanilleeis zu essen, das vor einem steht, sondern zunächst einmal das gerade bearbeitete Projekt zu beenden bzw. ein langfristiges Ziel wie auch die Gesundheit zu bedenken. Wer Ziele verfolgt, der darf sich nicht ablenken lassen und wer gelernt hat, Ziele zu verfolgen, der hat gleichsam einen „Willensmuskel“ trainiert, der es ihm erlaubt, nicht immer jeder kurzfristigen Ablenkung folgen zu müssen. Aufforderungen wie „Reiß dich doch mal am Riemen!“ oder „Jetzt bleib mal bei der Sache!“ helfen dem sich entwickelnden Menschenkind dabei keineswegs, das Ausmaß an Selbstkontrolle zu erreichen, das jeder erwachsene Mensch braucht, um ein glückliches und erfülltes Leben zu führen.

Solche Aufforderungen haben vielmehr einen negativen Charakter und bewirken beim Kind genau das Gegenteil von dem, was sie bewirken wollen: Das Kind wird sich dagegen auflehnen und gerade nicht mehr Selbstkontrolle erlangen. Häufen sich solche Episoden, entsteht ein Teufelskreis: Druck von außen, d. h. vermehrte äußere Kontrolle durch Eltern oder Erzieher, soll bewirken, dass das Kind Selbstkontrolle (d. h. Kontrolle von innen) lernt. – Ein unmöglicher Vorgang! Hier kommt die Musik ins Spiel: Eine Melodie entsteht nur dann, wenn Zeitpunkte überbrückt werden und dadurch Zeitdauern und in diesen Dauern Zeitgestalten entstehen. Musikalische Zeitgestalten – das sind Melodien – werden positiv erlebt und haben damit einen unmittelbar belohnenden Charakter. Eine Melodie selbst zu produzieren stellt also ein unmittelbares positives Erlebnis dar, das gleichzeitig das Arbeitsgedächtnis trainiert. Man trainiert also nicht, indem man „sich zusammenreißt“, sondern weil das Resultat der Übung ein unmittelbares positives Erlebnis darstellt. Am Rande sei bemerkt, dass genau das gleiche Argument auch für körperliche Bewegungs- und soziale Handlungsabläufe gilt, also für Sport und Spiel. Auch hier entstehen Zeitgestalten, die (aufgrund der notwendigen Einbindung des Frontalhirns) mehr sind als der punktuelle Augenblick: Es wird jeweils Zeit überbrückt, zunächst einige Sekunden und später durch entsprechendes Zusammenfügen einzelner Bewegungen oder Handlungen zu ganzen Abfolgen auch Dutzende von Sekunden bis Minuten. Noch später, im Erwachsenenalter, wird es dem Menschen dadurch möglich, langfristige Ziele und Pläne zu verfolgen und damit, wie man so sagt, „im Leben etwas zu erreichen“. Widerstände überwinden, eine Sache „trotzdem durchziehen“ – dies sind Anlässe zu intensiven Glückserlebnissen, die ein Mensch genau dann haben kann, wenn er über die Fähigkeit verfügt, nicht immer nur auf den Augenblick und im Augenblick zu reagieren, sondern selbstgesteuert und zukunftsgerichtet zu agieren.

Musizieren mit Kindern hilft den sich entwickelnden jungen Menschen daher, für ihr ganzes Leben besser mit sich, den anderen und der Welt klar zu kommen. Funktionierende Kulturen haben daher Musik, Sport und Spiel „erfunden“ bzw. kultiviert, weil dadurch die Menschen besser befähigt werden, in einer Gemeinschaft zu leben.

Musik, Emotion und Gehirn

Stefan Koelsch

Ich nehme an, dass Sie alle schon mal Musik gehört haben und Sie daher das Phänomen kennen, dass Musik Emotionen hervorrufen kann. Aber haben Sie sich schon einmal gefragt, wie eigentlich Musik Emotionen in uns auslöst? Ich werde daher damit beginnen, Prinzipien der Evokation (also des Hervorrufens) von Emotion mit Musik zu besprechen. Ich habe solche Prinzipien in Tabelle 1 zusammengefasst und werde sie im Folgenden der Reihe nach kommentieren. Obwohl ich diese Prinzipien hier auf die Evokation von Emotion mit Musik beziehe, gehe ich davon aus, dass diese Prinzipien auch verallgemeinerbar sind und für das Entstehen von Emotion überhaupt gelten können.

Emotion principles	evaluation	contagion	memory	expectancy	imagination	understanding	social functions/aesthetics
--------------------	------------	-----------	--------	------------	-------------	---------------	-----------------------------

Tabelle 1: Prinzipien der Evokation von Emotionen

Das erste Prinzip ist **Evaluation**, also Bewertung. Mit diesem Prinzip beschäftigen sich die sog. Appraisal-Theorien der Emotion (z.B. die von Klaus Scherer, oder von Nico Frijda)¹

Hier geht es darum, dass Information bewertet wird, und das Ergebnis dieser Bewertung, dieses „appraisals“, eine Emotion auslöst: Ein Ereignis oder ein Objekt, das hilft, ein Ziel zu erreichen, wird als „positiv“ bewertet und evoziert eine positive Emotion. Ein Ereignis oder ein Objekt hingegen, das verhindert, dass ein Ziel erreicht wird, wird als „negativ“ bewertet und evoziert eine negative Emotion.

Um Ihnen ein Beispiel für Musik zu geben: Selbst wenn jemand Musik von Richard Wagner sehr gerne mag – wenn es zwei Uhr nachts ist, unser Jemand unbedingt schlafen möchte, während der Nachbar ebenso unbedingt bei voller Lautstärke den „Einzug der Götter in Walhall“ hören muss, dann wird die Musik in unserem Jemand Ärger auslösen, weil sie ihn daran hindert, sein Ziel „schlafen“ zu erreichen. Wenn dieser Jemand jedoch an einem anderen Tag um zwei Uhr nachts arbeiten und sich mit lauter Musik aktivieren und wach halten möchte, wird er möglicherweise dasselbe Stück selber gerne laut hören, weil es ihm hilft, sein Ziel „arbeiten“ zu erreichen. Musik kann einen also in eine Stimmung versetzen, in der sich ein Ziel leichter erreichen lässt, Musik kann aktivieren, Musik kann beruhigen, etc.

Ein weiterer möglicher Bewertungsprozess kann die Qualität der Performance betreffen (dies ist eine der sog. „production rules“ von Klaus Scherer & Marcel Zentner)², wenn der Nachbar Purist ist und den „Einzug der Götter in Walhall“ eigentlich nur in der Aufnahme der Berliner Philharmoniker unter Furtwängler hört, wird er nicht begeistert sein, wenn die Blaskapelle der örtlichen Feuerwehr ihre Version zum Besten gibt.

Bewertungsprozesse müssen nicht unbedingt kognitiv sein: Denken Sie an Schmerzreize, die von Ihrem Organismus als negativ bewertet werden, negative Empfindungen auslösen und Sie dazu motivieren, etwas zu unternehmen, damit der Schmerz aufhört: Dies ist z.B. bei zu lauter Musik der Fall. Oder Menschen, die nicht an Dissonanzen in der Musik gewöhnt sind, empfinden Aneinanderreihungen dissonanter Klänge in zeitgenössischer Musik oder gar im Jazz als unangenehm. Der schwedische Musikpsychologe Patrik Juslin bezeichnet solche Bewertungsprozesse als *brainstem reflexes*.³ D.h. solche Bewertungsprozesse können bereits auf sehr frühen perzeptuellen Verarbeitungsstufen erfolgen – bereits im sogenannten *Colliculus inferior* und im *Thalamus* werden akustische Gefahrensignale detektiert (n.b. nicht erst in der im sog. *Mandelkern* bzw. der *Amygdala*!).

Das zweite Prinzip ist **emotional contagion**, also „emotionale Ansteckung“. Elaine Hatfield und John Cacioppo schrieben dazu: „When people communicate, they automatically and continuously mimic and synchronize their movements with the facial expressions, voices, postures, movements, and instrumental behaviours of other people... This motor mimicry is often so subtle that it produces no observable changes in facial expression“;⁴ d.h. dieser Prozess der „motor mimicry“ ist nicht notwendigerweise intentional, und oft nicht einmal bewusst. Trotzdem kann man die „changes in facial expression“ mit elektromyographischen Methoden messen, also mittels Elektroden, die über Gesichtsmuskeln platziert werden.

Weiterhin schreiben Hatfield & Cacioppo: „Subjective emotional experience is affected, moment to moment, by the activation of and feedback from facial, vocal, postural, and movement mimicry.“⁵ Die Idee hierbei ist, dass Individuen körperliche Information nutzen, um Annahmen über ihren emotionalen Status zu machen (diese Annahme geht mindestens zurück bis zu Charles Darwins Buch „*The Expression of the Emotions in Man and Animals*“).

In der psychologischen Forschung ist dieser Effekt unter dem Label „*facial feedback hypothesis*“ untersucht worden: Wenn man mehrere Minuten traurig guckt, fühlt man sich trauriger, wenn man mehrere Minuten lang fröhlich guckt, fühlt man sich fröhlicher (probieren Sie es mal morgens nach dem Aufstehen!). Der emotionale Gesichtsausdruck moduliert sogar vegetative Aktivität (also bspw. Herzschlag, Atmung, Schweißproduktion). Dies bedeutet, dass nicht nur die Emotionskomponente des subjektiven Gefühls durch den emotionalen Gesichtsausdruck beeinflusst wird, sondern auch die Emotionskomponente der physiologischen Erregung.

Die Wahrnehmung eines emotionalen Ausdrucks führt also zu einem Spiegelprozess, in dem der emotionale Ausdruck motorisch gespiegelt („imitiert“) wird. Das eigene Annehmen dieses emotionalen Ausdrucks ruft dann die korrespondierende Emotion hervor (über afferentes physiologisches feedback). Dies führt dazu, dass ein Individuum von der Emotion eines anderen Individuums „angesteckt“ wird.

Dies geht nicht nur mit Gesichtsausdruck, sondern auch mit Körperhaltung, Stimme und Musik. Das wurde in Studien mit elektromyographischen Methoden untersucht. In einer

Studie von Lars-Olov Lundquist evozierte fröhliche Musik stärkere Aktivität des Jochbeinmuskels (M. zygomaticus) als traurige Musik.⁶ Sie können dies auch selbst probieren, indem sie sich ein Musikstück anhören, das sich fröhlich anhört (bspw. flotte irische Folk-music).

Das dritte Prinzip sind **memory principles**. Ich möchte hier nur auf einen Aspekt kurz eingehen, nämlich die Aktivierung von emotionalen Gedächtnisrepräsentationen durch Musik. Die Annahme lautet, dass musikalische Informationen zusammen mit einem emotional bedeutsamen autobiographischen Ereignis abgespeichert wurde und dann auch später diese musikalische Information die emotionale Gedächtnisrepräsentation aktivieren kann.

John Davies hat dieses Prinzip als das 'Darling, they are playing our tune' phenomenon bezeichnet.⁷ John Sloboda hat ebenfalls darauf hingewiesen, dass Musik oft genutzt wird als „reminder of valued past events“.⁸ Die meisten von uns werden Musik kennen, die bei Ihnen deshalb eine bestimmte besondere Stimmung auslöst, weil sie mit einem emotional bedeutsamen Ereignis ihres Lebens assoziiert ist.

Als nächstes möchte ich gerne etwas ausführlicher auf ein viertes Prinzip eingehen, und zwar **musikalische Erwartung** und Emotion. Stellen Sie sich dazu bitte etwas Musik vor, bei der alles so klingt, wie Sie es erwartet haben, und ein anderes, bei dem ein Ereignis harmonisch leicht unerwartet klingt, und eines, bei dem etwas harmonisch sehr unerwartet klingt.⁹ Unerwartet klingen Akkorde bspw. dann, wenn sie Töne enthalten, die nicht zur vorhergehenden Tonart gehören. Dies ist übrigens in jedem ersten Satz einer klassischen Sonate oder Sinfonie der Fall, wenn von der Tonart des ersten Themas zu der Tonart des zweiten Themas moduliert wird. Wenn ich in meinen Vorträgen entsprechende Musikausschnitte vorspiele, haben oft selbst ausgebildete Musiker Schwierigkeiten, zu sagen, an welcher Stelle genau moduliert wird (und sog. Nichtmusiker schauen mich mit fragendem Gesicht an und kratzen sich am Kopf...). Dennoch: obwohl viele Menschen den Unterschied bewusst kaum wahrgenommen haben, haben ihre Gehirne den Unterschied sehr wohl registriert.

Wie hängt nun das Erkennen von solchen musik-syntaktischen Erwartungsverletzungen (bspw. durch unerwartete Harmonien) mit emotionalen Reaktionen zusammen? Dazu hat Leonard Meyer, einer der einflussreichsten Musikpsychologen des letzten Jahrhunderts, eine Theorie aufgestellt.¹⁰ Diese Theorie besagt, dass wir beim Hören von Musik permanent Erwartungen etablieren und zwar Erwartungen darüber, wie die Musik wohl weitergehen wird. Unser Gehirn macht dies übrigens blitzschnell und automatisch, d.h. auch ohne dass wir dies überhaupt intendieren. Nach Meyers Theorie führt nun die Bestätigung oder die Verletzung solcher Erwartungen zu emotionalen Reaktionen - bspw. zu Überraschung und Spannung bei Erwartungsverletzung, und zu Entspannung, wenn Erwartungen erfüllt werden.

Um diese Theorie empirisch zu testen, haben wir ein Experiment durchgeführt, mit Stimuli, die entweder nur reguläre, oder leicht irreguläre oder sehr irreguläre Akkorde enthielten (die leicht irregulären Akkorde hatten die Komponisten selber so komponiert, die

besonders irregulären Akkorde haben wir selber eingebaut). Wir haben die Versuchspersonen (alle sog. Nichtmusiker) zunächst gebeten, nach jedem Stimulus anzugeben, wie überrascht, wie erregt, und wie angenehm sie sich gerade gefühlt haben. Sie benutzten dafür eine Skala von 1 bis 9 (1 bedeutete „überhaupt nicht“, 9 bedeutete „sehr stark“). Besonders irreguläre Akkorde wurden als besonders überraschend eingestuft und völlig reguläre Akkorde als am wenigsten überraschend. Die leicht irregulären Akkorde, welche die Komponisten selber so komponiert hatten, wurden als überraschender empfunden als die ganz regulären Akkorde. Ähnlich fühlen die Versuchspersonen sich erregter nach der Darbietung dieser sehr irregulärer Akkorde, etwas weniger erregt bei dem etwas weniger irregulären Akkord (d.h. demjenigen Akkord, den der Komponist selber so komponiert hatte) und am wenigsten erregt bei den regulären Akkorden. Es gab auch eine Tendenz, die erwarteten Akkorde als etwas angenehmer einzustufen als die unerwarteten.

Die Verhaltensdaten zeigen also **emotionale** Effekte der **Erwartetheit** von musikalischen Ereignissen. Zusätzlich zu den Verhaltensdaten haben wir auch den Hautleitwiderstand gemessen. Dazu werden Elektroden auf den Handflächen der Versuchspersonen angebracht, die die Schweißproduktion auf den Handflächen messen. Diese nämlich variiert als vegetativer Effekt emotionaler Prozesse (dies ist ein Effekt des sog. Sympathikus, also eines Teils des autonomen Nervensystems).

Im Vergleich zur elektrodermalen Antwort auf die regulären Akkorde riefen die leicht irregulären Akkorde, (also diejenigen Akkorde, die vom Komponisten selber so komponiert wurden), eine deutliche Hautleitwiderstandsänderung hervor. Noch größer war die Hautleitwiderstandsänderung bei den besonders unerwarteten Akkorden. Wie bereits gesagt, waren alle Teilnehmer dieses Experiments sog. Nichtmusiker, die oft Schwierigkeiten haben, die irregulären Akkorde bewusst zu erkennen. Die Ergebnisse dieser Studie sind kein Einzelbefund. In einer ganz ähnlichen Studie haben wir statt Klaviersonaten Bachchoräle verwendet, das experimentelle Vorgehen war jedoch ähnlich: Auch hier haben wir originale und von uns variierte Versionen dargeboten (mit regulären, leicht irregulären und sehr irregulären Akkorden). Wie im Sonaten-Experiment fanden wir auch hier, dass im Vergleich zu den ganz regulären (erwarteten) Akkorden die leicht unerwarteten Akkorde (die Bach selber so komponiert hatte) einen leichten elektrodermalen Effekt hervorriefen, während dieser Effekt noch stärker war, wenn er durch die besonders irregulären Akkorde hervorgerufen wurde.

Es handelt sich dabei um einen reliablen (wiederholbaren) Effekt - was auch bedeutet, dass dies auch auf Ihren Handflächen (und an Ihren Fußflächen) geschehen ist, als Sie zum letzten Mal solche Musik gehört haben, selbst wenn Sie die Unterschiede zwischen regulären (erwarteten) und leicht oder stark irregulären (unerwarteten) Harmonien gar nicht bewusst wahrgenommen haben. Ist es nicht erstaunlich, wie sensitiv unser Organismus auf solch feine musikalische Nuancen reagiert?

Wir haben derartige Prozesse auch mit funktioneller Magnetresonanztomographie (fMRT) untersucht. Für dieses Experiment haben wir Akkordsequenzen als Stimuli dargeboten, die entweder auf einer regulären Akkordfunktion endeten oder auf einem stark irregulären Akkord.¹¹ Im Experiment wurden dann immer einige der regulären und einige

der irregulären Sequenzen direkt hintereinander dargeboten.

Vor dem eigentlichen fMRT-Experiment haben wir anhand von Verhaltensdaten erhoben, wie angenehm oder unangenehm Versuchspersonen diese Sequenzen fanden. Diese Daten haben wir sowohl von Musikern als auch von Nichtmusikern erhoben. Sie zeigten, dass die regulären Sequenzen als angenehmer empfunden wurden als die irregulären. Aufgrund dieses Unterschieds haben wir dann gerichtet in den Kernspin-Daten untersucht, ob sich Aktivitätsänderungen in der sog. Amygdala zwischen diesen Bedingungen zeigen.

Die fMRT Daten zeigten, dass die unterschiedliche Erwartetheit der Akkorde tatsächlich unterschiedliche Aktivität in der Amygdala evozierte. Als wir diese Ergebnisse damals zum ersten mal sahen, hätten wir uns kaum mehr freuen können – denn die Amygdala ist eine Kernstruktur emotionaler Prozesse im Gehirn, die eine Rolle spielt für die Initiierung von Emotion, für die Generierung, Detektion, und Aufrechterhaltung von Emotionen, und zwar von Emotionen, die als besonders wichtig gelten für das Überleben des Individuums und der Spezies.


Ich finde es wunderbar, dass musikalische Information – ein Akkord, der mehr oder weniger regulär ist – die Aktivität der Amygdala und die Schweißproduktion auf unseren Handflächen ändern kann. Dies zeigt nämlich, dass musik-evozierte Emotionen nicht nur Einbildung sind, nicht nur ästhetische Epiphänomene unseres emotionalen Universums, sondern dass Musik neuroaffektive Mechanismen modulieren kann, die basal sind für emotionales Erleben. Diese Einsicht hat auch therapeutische Relevanz, auf die ich später noch zu sprechen komme.

Es freut mich daher, sagen zu können, dass wir eine Theorie darüber, wie Musik Emotionen hervorrufen kann, empirisch haben testen können, und zwar dadurch, dass wir zeigen konnten, dass musik-syntaktisch irreguläre Ereignisse emotionale Effekte hervorrufen: im Hinblick auf das subjektive Empfinden (das zeigen die Verhaltensdaten), im Hinblick auf Aktivitätsänderungen in der Amygdala (wahrscheinlich auch in noch weiteren limbisch/paralimbischen Strukturen) und im Hinblick auf Änderungen der physiologischen Erregung (das zeigen die Änderungen der Schweißproduktion). Und so überraschend dies klingen mag: Dies war tatsächlich das erste Mal, dass eine Theorie darüber, wie Musik Emotionen hervorruft, empirisch getestet wurde, und dass ein emotionaler Effekt einer spezifisch musikalischen Manipulation in einer Hirnstruktur lokalisiert wurde.

In den Daten des zuletzt erwähnten Experiments fanden wir noch etwas anderes, nämlich eine deutliche Aktivierung des sog. dorsalen Striatums. Unsere Arbeitshypothese lautet, dass diese Aktivierung mit der Erwartung der Auflösung der irregulären Akkorde in Zusammenhang steht. In dur-moll-tonaler Musik treten Erwartungsverletzungen nämlich nie einfach isoliert auf. Auf sie folgt vielmehr stets eine Auflösung, und zwischen Erwartungsbruch und Auflösung erstreckt sich eine Zwischenphase, in der wir als erfahrene Hörer/innen wissen, dass die Auflösung kommen wird, eine Phase also, in der wir die Auflösung des musikalischen Erwartungsbruchs antizipieren.

Der Spannungsbogen, der sich daraus ergibt, ist in Tabelle 2 zusammengefasst, ein-

schließlich der Prinzipien, die durch ihre strukturellen, musik-syntaktischen, also intra-musikalischen Eigenschaften, Emotionen evozieren und modulieren können: Solch ein Spannungsbogen beginnt mit dem Aufbau einer musikalischen Struktur, diese kann eine bestimmte Stabilität haben, ein bestimmtes Ausmaß, sie kann einen Erwartungsbruch enthalten, der Spannung hervorruft, und auf den Erwartungsbruch folgt eine Übergangsstruktur, während der wir eine Auflösung antizipieren (oder auch imaginieren, entweder beim Zuhören, oder auch wenn wir selber spielen -- bspw. beim Improvisieren oder auch beim Komponieren). Auf diese Übergangsstruktur, die in der Spannung aufrecht erhalten wird, folgt dann früher oder später eine Auflösung, die meist als entspannend, angenehm und belohnend empfunden wird. Oft sind mehrere solcher Spannungsbögen in längeren Stücken oder Liedern in- und übereinander gewoben. Diese Prinzipien gelten natürlich nicht nur für Musik, sondern bspw. auch für Literatur.



Intra-musical	build-up	stability	extent	breach	post-breach	resolution	large-scale
Emotion principles	evaluation	contagion	memory	expectancy	imagination	understanding	social functions/aesthetics

Tabelle 2: Intra-musikalische Prinzipien musikalischer Spannung. Der Pfeil illustriert den Spannungsbogen. Die untere Reihe der Tabelle listet nochmals die Prinzipien der Evokation von Emotionen auf. Dadurch werden Verwandtschaften der Prinzipien beider Reihen deutlich (bspw. „breach“ und „expectancy“, „resolution“ und „understanding“, etc.).

Es gibt zu diesen Prozessen auch ein neuroanatomisches Modell, das ich hier nicht in allen Details besprechen werde. Ich will stattdessen nur kurz erwähnen, dass Erwartungsbruch mit Aktivität der Amygdala (möglicherweise auch des Orbitofrontalkortex) korreliert, die Antizipationsphase wahrscheinlich mit einer Aktivität im dorsalen Striatum, und für die als entspannend und belohnend empfundene Auflösung vermute ich, dass sie korreliert mit Aktivität im ventralen Striatum (dem sog. Nucleus accumbens).

Anhand der Konzepte „Antizipationsphase“ und „Auflösungsphase“ werde ich auch noch kurz zwei weitere der Emotions-Prinzipien darstellen, nämlich **Imagination** und **Verstehen**. Zunächst zur Imagination: Wenn Sie Musik selber spielen, improvisieren oder komponieren, kann allein der Prozess des Erfindens Emotionen evozieren, wir finden es z.B. spannend, Dinge zu konstruieren und herauszufinden, ob die funktionieren.

Im Hinblick auf das „Verstehens-Prinzip“ erinnere ich noch einmal an den Spannungsbogen, in dem die Auflösung eines strukturellen Bruchs als angenehm und belohnend empfunden wird. Ein Grund für das angenehme Gefühl ist, dass wir im Moment der Auflösung die Struktur verstehen und wir uns gewissermaßen sagen „aha!“. Solche Aha-Momente

empfinden wir als angenehm und belohnend – ja, sie machen uns Spaß. Vielleicht auch deshalb, weil sie ein inneres Bedürfnis in uns befriedigen, nämlich unser Bedürfnis, die Welt um uns und in uns zu verstehen. Unsere Gehirne sind ständige Sinn-Sucher, und wir mögen es, wenn wir Sinn erkennen und Dinge verstehen. Leonid Perlovsky hat das Bedürfnis, zu verstehen, den „knowledge instinct“ genannt.¹²

Nun wurde bisher zwar noch nicht speziell untersucht, ob die Auflösung eines Erwartungsbruchs tatsächlich Belohnungszentren im Gehirn aktiviert, aber es gibt einige Studien, die gezeigt haben, dass solche Belohnungszentren aktiviert werden, wenn wir Musik als angenehm empfinden.

In einer Studie von Anne Blood und Robert Zatorre wurde das Phänomen Musik-evozierter Gänsehauterlebnisse untersucht.¹³ Die Gänsehaut kam nicht etwa daher, dass die Versuchspersonen im Scanner besonders gefroren hätten, sondern daher, dass sie die Musik als besonders angenehm empfanden. Einige von Ihnen werden wahrscheinlich dieses besonders angenehme emotionale Erlebnis beim Musikhören kennen, wenn einem ein Schauer den Rücken (oder die Arme oder den Nacken) herunterläuft, oft begleitet von Gänsehaut. In ihrer Studie haben Blood und Zatorre die Versuchspersonen gebeten, ein Musikstück ins Labor mitzubringen, das normalerweise beim Hören ein solches Erlebnis bei ihnen auslöst. Als Kontrollstimulus haben die Versuchspersonen dann ein Musikstück gehört, das eine andere Person mit ins Labor gebracht hatte. In dieser Studie wurde zur Messung die sog. Positronen-Emissions-Tomographie (PET) verwendet. Diese PET-Daten zeigen u.a. einen Zusammenhang der Signaländerung im Bereich des ventralen Striatums (in dem sich der Nucleus accumbens befindet) mit der Intensität des empfundenen Gänsehauterlebnisses der Versuchsperson.

Die Aktivierung des Nucleus accumbens (Nac) zeigt ein weiteres Mal, dass Musik-evozierte Emotionen mit zentralen Strukturen des Emotionsystems im Gehirn zusammenhängen: Der NAc ist nämlich eine wichtige Struktur des sog. Belohnungssystems im Gehirn. Aktivierungen des NAc wurden bisher z.B. in funktionell-bildgebenden Studien gezeigt für Wasser trinken (wenn man durstig ist), guten Wein trinken (auch wenn man gerade nicht durstig ist), monetäre Belohnungen („Sie haben soeben 10 Euro gewonnen!“), sowie dem Ausbleiben einer negativen Konsequenz (wenn man etwa einen Bunjee-Jump überlebt hat). NAc Aktivität ist beobachtet worden bei sexueller Aktivität (selbst im Scanner, solche Experimente gibt es wirklich ...). NAc Aktivität kann durch Drogen induziert werden, und die Musik-Daten zeigen, dass Aktivität im NAc auch durch Musik hervorgerufen werden kann. D.h., der Nac schätzt, so könnte man sagen, „Sex, Drugs, and Rock ,n Roll“ außerordentlich. Glücklicherweise hat Musik gegenüber Drogen den Vorteil, dass sie kostengünstiger ist (und weniger Nebenwirkungen hat, also z.B. nicht dumm macht).

Es gibt Wissenschaftler, die dieses Belohnungs-System als das Glücks-System im Gehirn bezeichnen, ein gefährlicher Irrtum, wie ich später noch zeigen werde. Daher haben meine Kollegen Walter Alfred Siebel, Thomas Fritz und ich dieses System in einem Buchkapitel¹⁴ lieber das Spass-System genannt.

Interessanterweise wird das Spass-System nicht nur durch besonders intensive emotiona-

le Gänsehauterlebnisse aktiviert, sondern sogar schon durch Musik, die man einfach nur angenehm findet: Etliche Studien haben Aktivität des Nucleus accumbens (Nac) unter dieser Bedingung gezeigt. Nun kann man hier noch nicht sagen, ob es sich in diesen Studien um dopaminerge Aktivität¹⁵ im Bereich des Nac handelt, (das lässt sich mit dieser Methode nicht messen), aber auch dies ist bereits untersucht worden: In einem weiteren Experiment mit Positronen-Emissions-Tomographie (PET), ebenfalls aus der Gruppe von Robert Zatorre, haben wieder Versuchspersonen Stücke mit ins Labor gebracht, zu denen sie Gänsehauterlebnis haben. In dieser PET-Studie wurde ein sog. „Tracer“ eingesetzt, mit dem Dopaminverfügbarkeit im Gehirn sichtbar gemacht werden kann. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass Dopaminverfügbarkeit steigt, und zwar sowohl im NAc (kompatibel mit der ersten Studie von Blood & Zatorre), als auch z.B. in einem dorsalen Anteil des Striatums.¹⁶ Da die zeitliche Auflösung der PET sehr niedrig ist und man daher nicht sagen kann, wann diese Aktivierungen eigentlich auftraten, haben die Autoren in sehr eleganter Art und Weise zusätzlich noch eine funktionelle Kernspinstudie (fMRT) durchgeführt. Dabei war die Idee, dass bei ähnlichen Aktivierungen in den funktionellen Kernspindaten anhand der besseren zeitlichen Auflösung der fMRT Daten auch Aussagen über den zeitlichen Verlauf dieser Aktivierung gemacht werden können (die zeitliche Auflösung von fMRT-Daten liegt im Sekundenbereich, die der PET im Minutenbereich). Die fMRT Daten dieser Studie zeigten nun erwartungsgemäß Nucleus-accumbens-Aktivierung in dem Moment, in dem die Versuchspersonen den Schauer tatsächlich erlebten. In der Antizipationsphase, also in der Phase, in der die Versuchspersonen wissen, dass gleich „die Stelle kommt“, wurde Aktivierung im dorsalen Striatum beobachtet. Wenn man also die fMRT-Daten und die PET-Daten „übereinanderlegt“, sieht man während des Gänsehauterlebnisses Aktivitätsänderungen im Bereich des Nac (die einhergehen mit einer erhöhten Dopaminverfügbarkeit) und während der Antizipationsphase sieht man eine erhöhte Dopaminverfügbarkeit im dorsalen Striatum. Das passt zu dem neuroanatomischen Modell, in dem das dorsale Striatum in Zusammenhang gebracht wurde mit der Antizipationsphase und der NAc als eine Teilstruktur des Belohnungssystems mit der Auflösung von Erwartungsbrüchen erkennbar wurde.

Dass es sich hier tatsächlich um dopaminerge Aktivität handelt, hat weitreichende Auswirkungen auf musik-therapeutische Anwendungen, z.B. bei Patienten mit Depression, mit posttraumatischer Belastungsstörung (PTSD), oder mit Parkinson, wo diese dopaminerge Aktivität reduziert ist. Die systematische Erforschung des therapeutischen Einsatzes von Musik, mit denen wir diesen Menschen helfen können, und die Erforschung der neuronalen Grundlagen solcher therapeutischen Effekte, gehören zu den großen und wichtigen Herausforderungen der nächsten Jahre.¹⁷

Als nächstes möchte ich auf eine interessante Besonderheit von funktionell-bildgebenden Studien zu Musik und Emotion eingehen, nämlich auf die Aktivitätsänderungen innerhalb der Hippokampus-Formation. Aktivitätsänderungen der Hippokampus-Formation sehen wir auffällig häufig in Musik-Studien, im Unterschied z.B. zu solchen Studien, die Bilder mit emotionaler Valenz als Stimuli benutzen, oder solchen, die Belohnungs- bzw. Bestrafungsstimuli verwenden. Was bedeuten solche Hippokampus-Aktivierungen? Wenn Sie Hippokampus im Lehrbuch nachschlagen, werden Sie dort finden, dass der Hippokampus etwas mit Gedächtnis zu tun hat. Vielleicht lesen Sie auch noch etwas über seine Funktion für die räumliche Orientierung – was ja auch nicht falsch ist. Aber das ist so ähnlich, als würde

man sagen, dass es die Funktion des Handys sei, Telefonnummern zu speichern, was auch nicht ganz falsch ist, nur dass dabei übersehen wird, dass man mit einem Handy vor allem telefonieren kann.

Die Aktivierungen des Hippokampus in den genannten Studien lassen sich nämlich nicht einfach mit Gedächtnisprozessen erklären: in ihrer Studie analysierten Blood & Zatorre z.B. auch Antworten auf Stimuli, welche die Versuchspersonen für sich selber mit ins Labor gebracht hatten. Wir können also davon ausgehen, dass jeder das Stück, das er mitgebracht hatte, tatsächlich sehr gut kannte. Es kann daher nicht sein, dass in dieser Studie Gedächtnisprozesse für die Aktivitätsänderung in der Hippokampusformation eine Rolle spielten - vielmehr deuten die Aktivierungen der Hippokampus-Formation in Studien zu Musik und Emotion darauf hin, dass die Hippokampus-Formation ebenfalls eine entscheidende Rolle für Emotion spielt. Diese Rolle wurde zwar schon vor Jahrzehnten von James Papez und Paul MacLean vorgeschlagen¹⁸ ist dann jedoch in der Neurowissenschaft in Vergessenheit geraten, fatalerweise – wie Sie gleich noch sehen werden.

Für welche Art von Emotion spielt der Hippokampus nun eine Rolle? Unsere Hypothese ist, dass der Hippokampus bedeutsam ist für bindungsbezogene Emotionen, sog. attachment-related emotions, Emotionen also, die beim Etablieren und Aufrechterhalten sozialer Bindungen entstehen und subjektiv als Freude, Liebe und Glück empfunden werden. Das sind eher zarte, leise, sanfte, warme, auch sehr empfindliche, ja empfindsame und verletzbare Emotionen. Wenn ein Individuum nun traumatisiert wird, z.B. sexuell missbraucht wird, oder extreme Gewalt miterleben muss, dann sterben Nervenzellen im Hippokampus – der Hippokampus ist die einzige Struktur im Gehirn, in der Nervenzellen als Reaktion auf extremen chronischen emotionalen Stress sterben können. Und das tut weh. In der Hippokampus-Formation (im Gyrus dentatus) werden aber auch neue Neurone generiert, so dass abgestorbene Neurone ersetzt werden können. Aber bei extremem, chronischem emotionalen Stress wird auch diese Neurogenese reduziert. Dies erklärt die Volumenänderungen des Hippokampus bei Patienten, die als Kind sexuell missbraucht wurden, oder bei Patienten mit PTSD (bspw. Kriegsveteranen). Ähnliche Volumenänderungen lassen sich bei chronischer Hilflosigkeit und Verzweiflung beobachten, wie z.B. bei Patienten mit Depression.

Dass Aktivität in der Hippokampus-Formation also durch Musik moduliert werden kann, hat auch hier weitreichende Auswirkungen auf musik-therapeutische Anwendungen, weil bei Patienten mit z.B. Depression oder mit emotionalen Traumata Aktivität in der Hippokampus-Formation möglicherweise reanimiert werden und die Neurogenese im Gyrus dentatus wieder stimuliert werden kann. Daher gehört die Erforschung der neuronalen Grundlagen solcher möglichen therapeutischen Effekte zu den großen, wichtigen Herausforderungen der nächsten Jahre. Wir müssen diese Kraft der Musik, Ihre Fähigkeit, auf wunderbare Weise auf unser Gehirn zu wirken, sehr viel besser verstehen, um sie systematischer in der Musiktherapie nutzen zu können .

Zum Schluss möchte ich noch kurz auf zwei wichtige Unterschiede der emotionalen Qualität von hippokampus-zentrierten Emotionen (Freude, Liebe, Glück), und Emotionen des Belohnungsystems (Spaß) hinweisen:

1. Spaß kann man kaufen wie Schokolade, Drogen, Alkohol, Essen und Sex. Man kann sich einen Bungee-Jump kaufen (und Spaß daraus gewinnen, den Sprung überlebt zu haben). All dies sind Dinge, deren Konsumption den Belohnungspfad aktiviert. Dies ist jedoch kein echtes Glücksgefühl, sondern ein Spaßgefühl. Im Gegensatz dazu sind Bindungsbezogene Emotionen -- Liebe, Glück und soziale Bindungen -- nicht käuflich (und das ist auch gut so, weil es bedeutet, dass sie kostenlos sind, jedenfalls in materieller Hinsicht). Was passiert nun, wenn uns jemand weismacht, dass Aktivierung des Belohnungspfades (also Spaß) bereits Glück ist? Dann müsste man Glück verkaufen können (und aus dem fälschlicherweise sogenannten „Glück“ ein Glücks-Geschäft machen). Natürlich schließt das nicht aus, dass Glück auch Spaß machen kann. Der Hippokampus hat eine direkte Projektion zum NAc, deswegen kann Glück auch Spass machen.
2. Der zweite Unterschied zwischen den beiden Systemen zeigt sich am Phänomen der Sättigung: Die Emotionen des Belohnungspfades (z.B. Spaßempfindung) sättigen relativ rasch. Man kann Schokolade essen, aber schnell wird es zu viel. Im Gegensatz dazu wird einem jedoch nicht schlecht davon, dass man seine Kinder liebt. Auch Musik kann man lange hören, ohne dass einem schlecht wird. Evolutionär sind also zwei unterschiedliche Systeme entstanden: Ein System, das sättigt und ein anderes System, das für Bindungsbezogene Emotionen zuständig ist. Wie sinnvoll zwei solche Systeme sind, wird schnell deutlich, wenn Sie sich einmal vorstellen, was mit einer Spezies geschehen würde, bei der den Eltern von der Liebe zu den eigenen Kindern so schlecht würde wie von Schokolade oder Käsekuchen.

Dies bedeutet, dass es einen wichtigen Zusammenhang zwischen Emotion und der Teilhabe an sozialen Funktionen gibt. Eine Journalistin hat mich einmal in einem Interview gefragt: „Was ist das besondere an Musik (bitte in einem Satz ...)“ Die Antwort darauf war nicht schwer, denn das besondere an Musik ist für mich die Selbstverständlichkeit, mit der sie Gemeinschaft stiften kann. Insbesondere dann, wenn wir gemeinsam Musik machen, was evolutionär gesehen auch die ursprünglichere Art von Musik ist. Die sozialen Funktionen, die dabei aktiviert werden, habe ich in Tabelle 3 zusammengefasst:

Intra-musical	build-up	stability	extent	breach	post-breach	resolution	large-scale
Emotion principles	evaluation	contagion	memory	expectancy	imagination	understanding	social functions/aesthetics
Social functions	contact	social contagion	co-pathy	communication	coordination	cooperation	social cohesion

Tabelle 3: Intra-musikalische Prinzipien musikalischer Spannung, Prinzipien der Evokation von Emotionen und soziale Funktionen der Musik.

Wenn wir zusammen Musik machen, dann haben wir **Kontakt** miteinander, wir sind nicht einsam und nicht isoliert. Das ist wichtig, denn wenn ein Mensch vereinsamt und isoliert ist, wird er unglücklich und krank. Studien von Cacioppo und Kollegen zeigen, dass soziale isolierte Menschen früher sterben.¹⁹ Einsamkeit wird zur Folter eingesetzt. Sozialer Kontakt ist ein menschliches Grundbedürfnis.

Wenn wir Musik hören und machen, aktivieren wir unsere **soziale Kognition**. Wir interpretieren automatisch, was uns jemand wohl mitteilen möchte, was seine(oder ihre) Wünsche sind, was er (oder sie) wohl glaubt usw. Wir haben dies in einer Studie untersucht, in der wir Versuchspersonen Musik von Schönberg, Berg und Webern vorgespielt haben.²⁰ Den Versuchspersonen wurde vor dem Hören mitgeteilt, dass einige der Stücke von einem Komponisten komponiert, andere hingegen von einem Computer generiert worden seien. Im Vergleich dieser beiden Bedingungen haben wir dann Aktivitätsänderung in dem klassischen „Theory-of-Mind Network“ im Gehirn beobachtet: Dieses Netzwerk war dann stärker aktiviert, wenn die Personen glaubten, Musik von einem Komponisten zu hören und schwächer unter der Bedingung, unter der die Personen glaubten, Musik von einem Computer zu hören. Dieses Experiment zeigt, dass das Hören von Musik automatisch das „Theory of Mind Network“ aktivieren kann – also ein Netzwerk im Gehirn, in dem wir eine Theorie darüber etablieren, was wohl im Geist eines anderen Menschen gerade vorgeht.

Es gibt beim Musikmachen bzw. -hören Empathie-Prozesse, die über die „emotionale Ansteckung“ hinausgehen, weil es klassischerweise zur Definition von Empathie gehört, dass die Empathieempfindung bewusst ist und dass das, was die empathische Person fühlt, tatsächlich mit dem, was das andere Individuum gerade fühlt, übereinstimmt. Wenn empathische Prozesse bei mehreren Personen, z.B. in einer Gruppe stattfinden, dann hat dies den Effekt, dass die Handlungen der Menschen dieser Gruppe vorhersagbarer („prädictierbarer“) werden, als wenn etwa der eine ärgerlich ist, der andere traurig, der dritte neutral gestimmt, der vierte aber euphorisch. Wenn wir gemeinsam Musik machen, dann sind wir danach in unserer emotionalen Befindlichkeiten viel ähnlicher als vorher. Diese soziale Funktion von Empathie habe ich als **co-pathy** bezeichnet.²¹

Musik ist ein Mittel der **Kommunikation**, gleichgültig, ob wir mit Anderen Musik machen oder nur so -für uns- Musikhören. Im Bereich der Kommunikation sind wir Menschen jeder anderen uns bekannten Spezies weit überlegen: Nur wir Menschen können kommunizieren über koordinierte Rollen, die wir einnehmen, wenn wir etwas gemeinsam tun.

Wir Menschen können außerdem unsere Bewegungen zeitlich so **koordinieren**, dass wir z.B. beim Musik machen oder beim Tanzen ganz natürlich und ganz leicht unsere Bewegung dem Takt der Musik anpassen. Uns fällt es ganz leicht, zu klatschen oder zu schnippen oder ein Instrument zu spielen – das ist nicht-menschlichen Primaten nach unserem derzeitigen Wissenstand nicht möglich. Es scheint also so zu sein, dass nicht-menschliche Primaten ihre Bewegungen nicht in Einklang mit einem Takt synchronisieren können. Es gibt Säugespezies, die das wahrscheinlich können, aber unter den Primaten sind Menschen darin einzigartig. Mehr noch: Wir finden das toll, uns macht das Spaß, wenn wir uns

in Bewegungen koordinieren und zusammen trommeln, tanzen, Laola-Wellen durch das Stadion schicken, etc.

Wir Menschen können unsere Handlungen so koordinieren, dass wir **kooperieren** können, und dies ebenfalls in einem erheblich größeren Ausmaß als das jede andere Spezies kann. Kooperieren ist uns ein Bedürfnis, nicht nur etwas, das wir dann und wann angenehm finden. Es gibt Studien, die gezeigt haben, dass Kooperation von Menschen von Aktivität des Nucleus accumbens (also des Spaß-Zentrums) begleitet wird. Es gibt auch Studien, die gezeigt haben, dass Menschen, die einmal kooperiert haben, beim nächsten Mal, wenn sie sich begegnen, mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit erneut kooperieren. Dies stiftet Frieden zwischen Menschen unterschiedlicher Stämme.

Die Teilhabe an diesen sozialen Funktionen führt zu einer erhöhten **sozialen Kohäsion**: Menschen halten besser zueinander, mögen sich untereinander mehr, sie vertrauen einander mehr. Sie können stärker darauf vertrauen, dass sie auch in Zukunft an diesen sozialen Aktivitäten teilhaben dürfen. So wird ein Kind darauf vertrauen, dass es nicht das letzte Mal war, dass seine Eltern mit ihm gesungen haben.

Wenn sich die Teilhabe an all diesen sozialen Funktionen gleichzeitig ereignet, dann kann es auch Momente geben, die als spirituell erlebt werden. Daher ist es auch kein Zufall, dass z.B. religiöse Praktiken in allen uns bekannten Kulturen von Musik begleitet werden. Ich habe nur über einige der ersten Schritte berichtet, mit denen wir uns der Identifikation der neuronalen Grundlagen unterschiedlicher musik-evozierter emotionaler Prozesse nähern. In einigen Jahren, so meine Vision, werden wir ein deutlich besseres Verständnis dieser Grundlagen haben, und damit nicht nur menschliche Emotionen besser verstehen, sondern auch neue Mittel für die Therapie von Krankheiten haben, denen die Schulmedizin bislang hilflos gegenübersteht. Musik ist dafür besonders geeignet, und sie ist ein einzigartiges Instrument der Forschung. Nicht nur, weil sie uns im Innersten berühren kann, sondern auch, weil mit ihr etliche unterschiedliche Emotionen unter experimentell kontrollierbaren Bedingungen hervorgerufen werden können. Meine Überzeugung ist daher, dass unser Verständnis menschlicher Emotionen unvollständig bleiben wird, solange wir kein solides Verständnis von Musik und Emotion haben.

¹ Scherer, K. (2005). What are emotions? And how can they be measured? *Social Science Information*, 44(4), 695; Frijda, N.H. (1988). The laws of emotion. *American psychologist*, 43(5), 349.

² Scherer, K. R., & Zentner, M. R. (2001). Emotional effects of music: Production rules. *Music and emotion: Theory and research*, 361-392.

³ Juslin, P. N., & Vastfjall, D. (2008). Emotional responses to music: The need to consider underlying mechanisms. *Behavioral and brain sciences*, 31(5), 559.

⁴ „Wenn Leute miteinander reden, synchronisieren sie automatisch und ständig ihre Mimik und ihre Bewegungen mit den Gesichtsausdrücken, Stimmen, Körperhaltungen, Bewegungen und dem zweckgerichteten Verhalten anderer Menschen. Diese motorische Mimikry ist häufig so subtil, dass sie keine beobachtbaren Veränderungen des Gesichtsausdrucks hervorruft.“ Hatfield, E., Cacioppo, J., & Rapson, R. (1993). Emotional contagion. *Current Directions in Psychological Science*, 2(3), 96–100.

⁵ „Die subjektive emotionale Erfahrung wird in jedem Augenblick beeinflusst durch die Aktivierung und Rückkopplung mimischer und vokalischer Mimikry sowie solcher von Körperhaltung und Bewegung.“

- Hatfield, E., Cacioppo, J., & Rapson, R. (1993). Emotional contagion. *Current Directions in Psychological Science*, 2(3), 96–100.
- ⁶ Lundqvist, L. O., Carlsson, F., Hilmersson, P., & Juslin, P. N. (2009). Emotional responses to music: Experience, expression, and physiology. *Psychology of Music*, 37(1), 61-90.
- ⁷ Davies, J. (1978). *The Psychology of Music*, Stanford University Press.
- ⁸ Sloboda, J. A. (2000). Music and worship: A psychologist's perspective. *Creative Chords: studies in music, theology and Christian formation*. Leominster: Gracewing, 110-125.
- ⁹ Sie können sich auch Beispiele aus unseren Experimenten dazu anhören, z.B. unter http://www.stefan-koelsch.de/ERAN_EDA/ERAN_EDA_examples.html oder http://www.stefan-koelsch.de/papers/Music_Emotion2/index.html
- ¹⁰ Meyer, L. (1956). *Emotion and Meaning in Music*, Chicago: University of Chicago Press.
- ¹¹ Beispiele dazu unter: http://www.stefan-koelsch.de/fMRI_AdultsAndKids/index.html
- ¹² Perlovsky, L. (2007). Neural dynamic logic of consciousness: The knowledge instinct, *Neurodynamics of Cognition and Consciousness 2*: 73–108.
- ¹³ Blood, A. & Zatorre, R. (2001). Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion, *Proceedings of the National Academy of Sciences* 98(20): 11818–11823.
- ¹⁴ Koelsch, S., Siebel, W. A. & Fritz, T. (2010). Functional neuroimaging, in P. Juslin and J. Sloboda(eds), *Handbook of Music and Emotion: Theory, Research, Applications*, 2nd ed., Oxford: Oxford University Press, pp. 313–346.
- ¹⁵ Dopamin ist ein Neurotransmitter, der u.a. für Lernen, Bewegungen und Vergnügen („Spaßhormon“) eine Rolle spielt. Dopamin-Mangel ist eines der neurologischen Symptome von Morbus Parkinson.
- ¹⁶ Das Striatum besteht aus dem sog. Putamen und Nucleus caudatus, im „unteren“ (d.h. ventralen) Anteil enthält es den Nucleus accumbens. Der dorsale Anteil des Striatums befindet sich beim Menschen „darüber“. Das Striatum spielt für eine Vielzahl von Prozessen eine Rolle, z.B. Sensomotorik, Motivation, Erwartung und Lernen.
- ¹⁷ Blood, A. & Zatorre, R. (2001). Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion, *Proceedings of the National Academy of Sciences* 98(20): 11818–11823.
- ¹⁸ MacLean, P. (1990). *The Triune Brain in Evolution: Role in Paleocerebral Functions*, New York: Plenum Press.
- ¹⁹ Cacioppo J, Hawkley L. Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms. *Perspect Biol Med*.2003; 46: 39-52.
- ²⁰ Steinbeis, N. & Koelsch, S. (2008c). Understanding the intentions behind man-made products elicits neural activity in areas dedicated to mental state attribution, *Cerebral Cortex* 19(3): 619–623.
- ²¹ Koelsch S. *Brain and Music*. Chichester, UK: Wiley; 2012.

Integration von Musiktherapie in eine Spezialambulanz für Psychoonkologie

Erste Schritte eines Forschungsprojektes

Pia Preißler, Ute Hennings

Abstract

Der Vortrag beschreibt die Konzeption eines Forschungsprojektes zur Integration von Musiktherapie in eine Spezialambulanz für Psychoonkologie im Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf.

Er skizziert und verortet die Musiktherapie in der Psychoonkologie unter Einbezug des Forschungsstandes. Er gibt Einblicke in die Zusammenhänge und Fragestellungen des Projektes und veranschaulicht anhand eines Fallbeispiels die ersten Erfahrungen.

Onkologie und Musiktherapie

Die Diagnose Krebs bedeutet für Patienten oft eine langwierige Therapie der lebensbedrohlichen Erkrankung und hat trotz verbesserter medizinischer Behandlungsmöglichkeiten „bio-psycho-soziale“ Belastungen für die Betroffenen und auch Auswirkungen auf die ganze Familie zur Folge (Schulz-Kindermann 2013).

Die Musiktherapie in der Onkologie versteht sich als Teil der Psychoonkologie und verfolgt als supportives, ressourcenorientiertes Verfahren gleiche Zielsetzungen, wie die Verbesserung der Krankheitsverarbeitung und die Erhaltung oder die Wiederherstellung der Lebensqualität. Sie wird in Kliniken (Akut- und Rehabilitationsbereich), Hospizen, Palliativstationen oder in freier musiktherapeutischer Praxis angeboten (Hennings 2009).

Musiktherapie im Universitätsklinikum Hamburg

Im Universitätsklinikum Hamburg wurde das musiktherapeutische Verfahren durch Forschungsprojekte initiiert und konnte in die stationäre onkologische Versorgung seit über zwanzig Jahren integriert werden.

Musiktherapeutische Forschung im Universitätsklinikum Hamburg

1991-1995: „Psychosoziale Angebote in der Strahlentherapie“ (Verres & Klusmann 1998)

1995-1999: „Adjuvante psychosoziale Behandlungsangebote in der Knochenmarktransplantation (Hasenbring et al. 1999)

2008-2012: „Effekt der musiktherapeutischen Begleittherapie bei Patienten mit myeloablativer Chemotherapie und Stammzelltransplantation“ (Tuinmann, Preißler, unpublished)

2012-2014: „Stellenwert von Musiktherapie im Rahmen einer komplexen palliativmedizinischen Behandlung unheilbar kranker Patienten“ (Oechsle, Preißler, Bokemeyer; unpublished)

In der ambulanten Weiterbehandlung und Nachsorge gibt es regelhaft für Patienten noch keine musiktherapeutischen Angebote.

Durch den Austausch mit Kollegen bestehender Netzwerke und Kooperationen innerhalb des Universitätsklinikums und der Hochschule für Musik und Theater kam es zu der Idee eines gemeinsamen Forschungsprojektes. Der Antrag auf Förderung wurde durch die Andreas Tobias Kind Stiftung genehmigt.

Forschungsprojekt: Integration und Evaluation von Musiktherapie mit Krebspatienten und Angehörigen in der Spezialambulanz für Psychoonkologie im Universitätsklinikum Hamburg

Antragsteller:

- Ute Hennings, Musiktherapeutin (DMtG), Psychoonkologin (WPO)
- Pia Preißler, Dipl.-Musiktherapeutin (DMtG), Psychoonkologin (WPO)
- Dr. Frank Schulz-Kindermann, Dipl.-Psych., Psychol. Psychotherapeut, Psychoonkologe (WPO), Leiter der Spezialambulanz für Psychoonkologie
- Prof. Dr. Eckhard Weymann, Dipl.-Musiktherapeut, Psychotherapeut (HPG), Supervisor (DGSv), Leitung des Instituts für Musiktherapie, Hochschule für Musik und Theater

Förderer:

- Freundeskreis der Spezialambulanz für Psychoonkologie am UKE
- Andreas Tobias Kind Stiftung

Die Fragestellungen des Projektes lauten:

- Wie lässt sich die Musiktherapie in die etablierte Spezialambulanz für Psychoonkologie integrieren?
- Gibt es bestimmte sich bewährende Interventionen?
- Finden sich Hinweise zur differenziellen Indikationsstellung?
- Welche Forschungsmethodik ist für die Musiktherapie angemessen?

Spezialambulanz für Psychoonkologie im Universitätsklinikum Hamburg

In die Spezialambulanz kommen erwachsene Krebspatienten mit unterschiedlichen soliden und hämatologischen Tumorerkrankungen nach Erst- bzw. Rezidivdiagnose sowie Angehörige von Krebspatienten.

In einer hier durchgeführten Untersuchung (Rosenberger et al. 2012) zu Zugangswegen, psychischen Belastungen und Unterstützungsbedürfnissen zeigten sich bei fast allen Patienten und Angehörigen hohe Distresswerte und bei ungefähr der Hälfte eine moderate bis mittelschwere Depressivität und Ängstlichkeit. Die meisten der Betroffenen wünschen sich Einzelgespräche und der Wunsch nach emotionaler Unterstützung steht an erster Stelle.

Studie (Rosenberger et al.2012): Angehörige und Patienten in der ambulanten psychoonkologischen Versorgung

Teilnahme: 362 Krebspatienten, 132 Angehörige (Teilnehmerquote 95%)

Screening:

Distress	(Distress - Thermometer)
Ängstlichkeit	(GAD-7)
Depressivität	(PHQ-9)

Psychische Belastungen

Distress:	bei mehr als 90% der Patienten und Angehörigen
Moderate bis hohe Depressivität:	bei 59% der Patienten und 49% der Angehörigen
Moderate bis hohe Ängstlichkeit:	bei 61% der Patienten und 58% der Angehörigen

Die Ergebnisse der Studie unterstreichen den Bedarf an spezifischen onkologischen Interventionen und zeigen, dass in der psychoonkologischen Spezialambulanz Angehörige und Patienten mit sehr hohen Belastungen behandelt werden.

Die in der Ambulanz angebotene Unterstützung soll an die Erkrankungs- und Behandlungssituation angepasst und auf die individuellen Bedürfnisse und Ressourcen zugeschnitten sein.

Im Hinblick auf die Belastungssituation und das Behandlungskonzept soll nun ein musiktherapeutisches Unterstützungsangebot entwickelt und etabliert werden. Dazu wurde in der ersten Projektphase der Stand der musiktherapeutischen Forschung in der Onkologie erarbeitet und nach Hinweisen gesucht, in wieweit Musiktherapie diese spezifische Belastung und den Wunsch nach emotionaler Unterstützung der psychoonkologischen Patienten ansprechen kann. Im Folgenden wird dieser Forschungsstand skizziert.

Zum Stand der Forschung Musiktherapie in der Onkologie

2004 führten Rose et al. eine erste kritische Analyse zum Stand der Forschung durch und untersuchten hier Anwendungsbereiche und Funktionen von Musiktherapie in der Akutbehandlung sowie der Rehabilitation von erwachsenen Krebspatienten. In sehr heterogenen Studien ergaben sich Hinweise auf positive Wirkungen der Musiktherapie auf Entspannung, Schlaf, Übelkeit, Subjektives Schmerzerleben, Angst- und Depressionsminderung, Selbstwertgefühl, Gefühle von Isolation, Kommunikation, emotionalem Ausdruck, Gefühle von Trost und Hoffnung, Spiritualität und auf die Krankheitsverarbeitung insgesamt.

2011 erschien von Bradt et al. ein Cochrane Review „Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients“. Hier wurden 30 Studien mit 1891

Teilnehmern untersucht.

Das Review weist darauf hin, dass Musikinterventionen einen unterstützenden Effekt auf Angst, Schmerz, Stimmung und Lebensqualität sowie physische Parameter wie z.B. Atemfrequenz haben könnten. Ein depressionsmindernder Einfluss wurde nicht nachgewiesen. Eine Schlussfolgerung für den Einfluss auf Distress, Körperbild, Spiritualität, Kommunikation und andere physische Parameter konnte nicht gezogen werden. Aufgrund der kleinen Teilnehmerzahl in den meisten Studien, der Heterogenität im Studiendesign raten die Autoren zu einer vorsichtigen Interpretation der Ergebnisse und weisen auf weiteren Forschungsbedarf hin.

Eine im selben Jahr veröffentlichte Literaturrecherche von Gruber et al. (2011) zur Erfassung des wissenschaftlichen Kenntnisstandes aller Künstlerischen Therapien in der Onkologie bestätigt für die Musiktherapie diese gefundenen Ergebnisse bezogen auf Verbesserung der Lebensqualität und Reduzierung der psychischen Belastungen

Es gibt weitere Untersuchungen zu den Bereichen Palliative Care und Schmerzbehandlung, die die Gruppe der onkologischen Patienten mit einschließen und somit herangezogen werden.

Ein Cochrane Review „Music therapy for end-of-life-care“ (Bradt & Dileo 2011) gibt Hinweise auf einen möglichen Benefit von Musiktherapie auf die Lebensqualität von palliativen Patienten.

In einem weiteren Cochrane Review „Music for pain relief“ (Cepeda et al 2006) wird festgestellt, dass Musikhören Schmerzstärke und Opioidgaben reduzieren könnte. Speziell zur ambulanten aktiven MT konnten König et al. (2013) in einem Review über die Entwicklung von ambulanter aktiver Musiktherapie mit Schmerzpatienten das Fazit ziehen, dass aktive Musiktherapie die Schmerzhäufigkeit und -intensität bei wiederkehrendem und chronischem Schmerz senken könnte.

Die letztgenannte Untersuchung bezieht sich bereits auf das Feld der ambulanten Musiktherapie, in welchem das Hamburger Projekt auch verortet ist. Dies im Auge habend wurde noch einmal der Fokus auf die Studien im ambulanten Feld gerichtet.

Im oben genannten Review „Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients“ wurden drei Studien eingeschlossen, die erwachsene Krebspatienten in einem ambulanten Setting zur Zielgruppe hatten.

Eine dieser Untersuchungen (Allen 2010, unpublished) widmet sich der Wirkung von Musik und Imagination in einem Gruppensetting in einem Prozess über 10 Sitzungen im Hinblick auf eine mögliche Verbesserung des Selbstkonzeptes bei langzeitüberlebenden Frauen mit Brustkrebs.

Eine zweite Studie (RCT) (Hanser 2006) untersucht den Effekt von Musiktherapie bei Frauen mit metastasiertem Brustkrebs und findet signifikante unmittelbare Effekte für Ent-

spannung, Wohlbefinden und positive Stimmung. Allerdings kann sie keinen signifikanten Unterschied zur Vergleichsgruppe im Zeiteffekt nachweisen.

Die dritte Studie (RCT) (Burns 2001) untersucht den Effekt von GIM (Guided Imagery and Music) bei Frauen mit Brustkrebs oder Ovarialkarzinom bei abgeschlossener oder pausierter Chemotherapie oder Bestrahlung. Über einen Zeitraum von 10 Wochen konnte sie eine Verbesserung der Stimmung und eine Verbesserung der Lebensqualität nachweisen. Zwei weitere Studien außerhalb des Reviews scheinen für das Projekt interessant zu sein. Bonde (2005) untersuchte den Einfluss von GIM (Guided Imagery and Music) auf Stimmung und Lebensqualität bei sechs langzeitüberlebenden Patientinnen mit Brustkrebs. Er konnte in einem 10 Sitzungen umfassenden Therapieverlauf einen signifikanten angstreduzierenden Effekt und eine Verbesserung des „Sense of Coherence“ (nach Antonovsky) nachweisen. Für die Verbesserung der Lebensqualität und Minderung von Depression gab es keine Signifikanz. Bonde wendete eine Methodenintegration an und konnte dadurch die quantitativen Aussagen durch Patienteninterviews und Musikanalysen näher beleuchten.

Wormit (2008) hat die Wirkung einer mit 20 Einzelsitzungen aktiven Musiktherapie untersucht und herausgefunden, dass es dabei zu einer signifikanten Verbesserung der Lebensqualität kommt. Auch hier wurden die Messergebnisse durch Fallvignetten verdeutlicht.

Bei O'Callaghan (2009) findet sich ein Überblick über Ergebnisse qualitativer Studien im Bereich der Onkologie und Palliativmedizin.

Hier finden sich Phänomene wie die Förderung von positivem Selbstausdruck, Lebendigkeit, Kreativität, Wohlbefinden, neuen Perspektiven und Bewusstseinsweiterung.

Fazit

Als Fazit kann gezogen werden, dass es insbesondere in Bezug auf Angst, Schmerz, Stimmung und Lebensqualität eine Reihe von Hinweisen gibt, dass Musiktherapie onkologische Patienten hilfreich unterstützen kann. Der Einfluss auf Distress und Depressivität bleibt dabei noch unklar.

Insgesamt ist die Musiktherapie in der Onkologie im Vergleich zu anderen künstlerischen Therapien derzeit am besten beforscht (Gruber et al 2011).

Allerdings ist die Studienlage noch nicht ausreichend. Auch sind in den Studien oft zu kleine Teilnehmerzahlen untersucht worden und sie sind im Design eher zu heterogen. Deshalb sind die Ergebnisse vorsichtig zu interpretieren und es gibt weiteren Forschungsbedarf.

Erste Erfahrungen

Die Erfahrungen in der musiktherapeutischen Begleitung onkologischer Patienten im stationären Rahmen, die die beiden involvierten Musiktherapeutinnen mitbringen, bilden

für die ambulante Arbeit den Ausgangspunkt (Preißler 2010). Im Rahmen der psychosozialen Betreuung in der Klinik für Stammzelltransplantation am UKE sind Patienten ambulant in der Nachsorge musiktherapeutisch begleitet worden. Im Vorfeld des Projektes konnte außerdem einer Patientin eine 10 Sitzungen umfassende Behandlung mit GIM (Guided Imagery and Music) angeboten werden. Hieraus entstand ein ausführlicher Fallbericht (Preißler 2014). Es folgt daraus eine Zusammenfassung, die einen exemplarischen Eindruck in die ambulante Musiktherapie geben soll.

Es handelt sich um den musiktherapeutischen Prozess einer etwa 60 jährigen Patientin in der Nachsorge einer Stammzelltransplantationsbehandlung. Die Diagnosestellung und die Behandlung wurden von der Patientin als ein tiefer Einschnitt in ihr Leben erlebt. Ein Thema für sie in der Musiktherapie war das Gefühl, sich ein Stückweit verloren zu haben. In den GIM Reisen gelang es ihr, Kontakt aufzunehmen zu ihren Sehnsüchten nach Lebendigkeit und sie konnte sich mehr und mehr das Fühlen von Gefühlen wieder erlauben. Insbesondere Gefühle von Beweglichkeit, Leichtigkeit und Weite konnten durch die Musik ins Jetzt des Erlebens geholt werden. Die Patientin entdeckte etwas von ihren inneren Schätzen, ihrem Selbstwert und erlebte einen neuen Zugang zu ihrer Kreativität. Mit einem Zitat über ihre Erfahrung in der Musiktherapie soll die Patientin hier selbst zu Wort kommen:

„Im Vordergrund stand: mich zentrieren, mich fühlen, aus der inneren Schau eine Kraft entwickeln und in die Handlung kommen, mich selbst wertschätzen, dass ich jemand bin - nach diesem körperlichen und seelischen Crash (die Diagnosestellung und Transplantationsbehandlung, Anm. d. A.) vor über fünf Jahren.“

Dieses Beispiel und die Erfahrungen mit den ersten Patienten in der Spezialambulanz bieten einen Ausblick, dass die Patienten in der Ambulanz mit den unterschiedlichen Methoden der Musiktherapie in ihren Bedürfnissen angesprochen werden und in Hinblick auf die Krankheitsverarbeitung und die Verbesserung ihrer Lebensqualität gut unterstützt werden.

Allen, J (2010): The effectiveness of group music and imagery on improving the self-concept of breast cancer survivors. [PhD thesis] Philadelphia, USA: Temple University (unpublished).

Bonde, LO (2005): The Bonny Method of Guided Imagery and Music (BMGIM) with Cancer Survivors: A Psychosocial Study with Focus on the Influence of BMGIM on Mood and Quality of Life. Institut for Musik og Musikterapi, Aalborg Universitet. Internet Quelle: <http://vbn.aau.dk/da/publications>; 14.03.2012.

Bradt J, Dileo C (2011): Music therapy for end-of-life care. The Cochrane Library, Issue 3 2011

Bradt J, Dileo C, Grocke D, Magill L (2011): Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. The Cochrane Library, Issue 9 2011

Burns, DS (2001): The effect of the Bonny Method of Guided Imagery and Music on the mood and life quality of cancer patients. Journal of Music therapy, 38 (1), 51-61.

Cepeda MS, Carr DB, Lau J, Alvarez H (2010): Music for pain relief. The Cochrane Library, Issue 8 2010

Gruber H, Rose JP, Mannheim E, Weis J (2011): Künstlerische Therapien in der Onkologie – wissenschaftlicher Kenntnisstand und Ergebnisse einer Studie. In: Musiktherapeutische Umschau, 32 (3), 206-217.

Hanser SB, Bauer-Wu S, Kubicek L, Healey M, Manola J, Hernandez M, Bunnell C (2006): Effects of a Music Therapy Intervention on Quality of Life and Distress in Women with Metastatic Breast Cancer. *J Soc Integr Oncol* 2006; 4(3): 116-124.

Hasenbring M, Schulz-Kindermann F, Hennings U, Florian M, Linhart D, Ramm G, Zander AR (1999): Efficacy of relaxation/imagery, music therapy and psychological support for pain and quality of life: First results from a randomized controlled clinical trial. *Bone Marrow Transplantation* 23 (1), 166.

Hennings U (2009): Onkologie und Musiktherapie. In: Decker-Voigt HH, Weymann E (Hrsg.): *Lexikon Musiktherapie*. 357-361, Göttingen: Hofgrefe.

Rose JP, Brandt K, Weis J (2004): Musiktherapie in der Onkologie. Eine kritische Analyse zum Stand der Forschung. In: *Psychother Psych Med* 2004 (54) 457-470. Georg Thieme: Stuttgart.

König J, Warth M, Oelkers-Ax R, Wormit A, Bardenheuer HJ, Resch F, Thayer JF, Hillecke TK (2013): I Need to hear some sounds that recognize the pain in me: An integrative review of a decade of research in the development of Active Music Therapy Outpatient Treatment in patients with recurrent or chronic pain. *Music and Medicine* (published online 24 June 2013)

Maratos A, Gold C, Wang X, Crawford M (2009): Music therapy for depression. *The Cochrane Library*, Issue 1 2009

O'Callaghan C (2009): Objectivist and Constructivist Music Therapy Research in Oncology and Palliative Care: An Overview and Reflection. *Music and Medicine* 2009 1: 41

Preißler P (2010): Spielräume in der Palliativmedizin. In: "Musiktherapie in Hospiz und Palliativmedizin". *Musik und Gesundheit*, Heft 8 2010, S.9-11

Preißler P (2014 : Vertrauensvoller Blick aufs Meer – ein Fallbericht aus der Psychoonkologie. In: Frohne-Hagemann I (Hrsg): *Guided Imagery and Music – Konzepte und klinische Anwendung*. S. 167-183; Reichert Verlag 2013

Rose JP, Brandt K, Weis J (2004): Musiktherapie in der Onkologie. Eine kritische Analyse zum Stand der Forschung. In: *Psychother Psych Med* 2004 (54) 457-470. Georg Thieme: Stuttgart.

Rosenberger C, Höcker A, Cartus M, Schulz-Kindermann F, Härter M, Mehnert A (2012): Angehörige und Patienten in der ambulanten psychoonkologischen Versorgung: Zugangswege, psychische Belastungen und Unterstützungsbedürfnisse. *Psychother Psych Med.*, 62, 185-194.

Schulz-Kindermann F (2013): *Psychoonkologie. Grundlagen und psychotherapeutische Praxis*. Basel: Beltz

Verres R, Klusmann D (Hrsg.) (1998): *Strahlentherapie im Erleben der Patienten*. Heidelberg. Leipzig

Wormit AF (2008): *Heidelberger Musiktherapiemanual: Tumor-, Schmerz- und Nierenerkrankungen*. Heidelberg

Die Bedeutung von Kunst und Musik für das Menschen-Bild der Heilkunde

Rolf Verres

Die ärztliche Heilkunde befasst sich mit existenziellen Themen vom Zeugungswunsch bis zum Tod und zum Umgang mit der Endlichkeit. Innerhalb der Medizin sind die verschiedenen Arbeitsfelder derart heterogen, dass von einem konsensfähigen Menschenbild keine Rede sein kann. Ein Orthopäde hat mit hoher Wahrscheinlichkeit völlig andere Philosophien im Kopf als ein Suchttherapeut. In ihrem Buch „Theorie der Humanmedizin - Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns“ vertraten Thure von Uexküll und Wolfgang Wesiack (1988) die These, man könne zwischen einer Ingenieurmedizin für Körper ohne Seelen und einer Psychotherapie für Seelen ohne Körper unterscheiden. Die traditionelle somatische Medizin verstehe den Menschen als einen nur von seiner Haut begrenzten Organismus. Demgegenüber lasse sich psychosomatische Medizin „als eine Form der Heilkunde beschreiben, die den Patienten in der Hülle seiner individuellen Wirklichkeit mit ihren Kontakten zur Umgebung und den dort vorgefundenen Mitmenschen zu sehen versucht“ (a.a.O. S.324). Die Medizin habe es versäumt, ein integriertes Modell für Heilen zu entwickeln und daher scheine die Theorie der Medizin selbst heilungsbedürftig zu sein.

Zur Frage, was Heilung sei, gibt es verschiedenste Vorstellungen. Ich halte es für sinnvoll, Begriffe wie Gesundheit oder Heilung unter prozessualen Aspekten zu reflektieren. Es ergibt sich dann nämlich die interessante Frage, ob diejenigen Prozesse, die der Gesundheit bzw. der Heilung dienen sollen, wohl eine allgemeingültig beschreibbare Richtung haben können.

In der eher körperorientierten Medizin wird das Älterwerden als lebenslanger Prozess häufig in erster Linie mit einer Zunahme von Beeinträchtigungen der Gesundheit gleichgesetzt. Die Entwicklungspsychologie geht demgegenüber von der Annahme aus, dass die seelische Entfaltung der Persönlichkeit als ein lebenslanges dialektisches Geschehen begriffen werden kann, welches häufig gerade durch Krisen und Leiden vertieft und intensiviert wird, sofern der betreffende Mensch nicht an den Krisen und am Leiden scheitert.

Da nun jeder Mensch seine eigene Biographie hat, zu der auch Hoffnungen, Sehnsüchte und Ziele gehören, lässt sich eine allgemeingültige Theorie gelungener Lebenskunst kaum formulieren – es gibt hierzu allerdings viel versprechende Ansätze. Am Beispiel der Auseinandersetzung von Menschen mit lebensgefährlichen Erkrankungen (z. B. Krebs), die als eine Antithese der Lebenskräfte aufgefasst werden können, habe ich in meinem Buch Die Kunst zu leben – Krebs und Psyche (2003) versucht, einige Grundlinien für ein Menschenbild zu entwerfen, welches die subjektiven Theorien von Menschen über Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen lebensgefährlicher Erkrankungen unter dem Aspekt der Lebenskunst würdigt. Im vorliegenden Beitrag möchte ich diskutieren, welche Bedeutungen Kunst und Musik für ein Menschenbild haben können, welches am Gedanken der Gesundheit als lebenslangem Prozess, als Möglichkeit einer

ständigen Weiterentwicklung der Lebenskunst orientiert ist.

In seiner wegweisenden Arbeit über Salutogenese hat Aaron Antonovsky (1979) folgende wichtige Aspekte der Lebenskunst bei der Auseinandersetzung mit Bedrohungen benannt: das Kohärenzgefühl, die Verstehbarkeit, die Handhabbarkeit und das Finden von Sinnzusammenhängen (Bedeutsamkeit). Die Theorie von Antonovsky hat einen enormen Widerhall vor allem in der psychosomatischen Medizin gefunden, da sie deutlich macht, dass für ein Verständnis von Gesundheit die Potenziale der Menschen genauso wichtig sind wie pathogenetische Einflüsse. Der Begriff der Lebenskunst verweist auf weitere Potenziale, die von Antonovsky noch nicht benannt wurden, aber in der psychosomatischen Medizin und auch in vielen Bereichen der Rehabilitationsmedizin immer häufiger berücksichtigt werden: beispielsweise in Form von Musik- und Kunsttherapie oder in Form von Gesprächen über die subjektive Lebensphilosophie.

Seit einigen Jahrzehnten setzen sich in der westlichen wissenschaftlichen Medizin solche Ansätze durch, die aufgrund von Prozessen des Zählens und Messens als empirisch nachweisbare Behauptungen gelten können. Es gilt dann beispielsweise als „gesichert“, dass eine Behandlungsmethode X der Behandlungsmethode Y überlegen ist, weil die Überlebenszeiten bei Anwendung der Methode X statistisch signifikant höher sind als bei Anwendung der Methode Y. Solchen nomothetischen Modellen steht das idiographische Denken nahezu diametral gegenüber: Betrachtet man jeden Menschen als einen Einzelfall, kommt man schnell zur subjektiven Sinnfrage. Beispielsweise kann ein Krebspatient im Terminalstadium möglicherweise mehr Sinn darin sehen, die letzten Lebensmonate zu Hause mit seinen Angehörigen zu verbringen und sich bewusst von dieser Welt zu verabschieden, statt die starken Nebenwirkungen einer angebotenen Chemotherapie in Kauf zu nehmen, die seine Lebenszeit möglicherweise noch etwas verlängern könnten. Kunst- und Musiktherapeuten sind fast immer eher am idiographischen statt am nomothetischen Denken orientiert. In ihrer Ausbildung spielt die empirische Forschungsmethodik eine eher geringe Rolle. Künstler interessieren sich im Allgemeinen eher selten für Wirkungsnachweise ihres Tuns. Solche Nachweise werden aber in der heutigen Medizin immer unerbittlicher gefordert. Auf diesem Hintergrund ist die Feststellung interessant, dass Kunst- und Musiktherapie dennoch eine zunehmende Bedeutung erlangen.

Die künstlerische Dimension des Menschenbildes hat zumindest teilweise mit Spiritualität zu tun, sie ist sinnlicher als das primär an der Ratio orientierte medizinische Handeln, und sie hat etwas mit dem Bedürfnis nach Aufgehobensein zu tun. Die Aufsplitterung medizinischer Professionen in Form von Fachgebieten hat zwar Vorteile, die allgemein bekannt sind und hier nicht weiter diskutiert werden sollen, doch es stellt sich die Frage, wovon es abhängt, dass sich Menschen in den Einrichtungen des Gesundheitssystems aufgehoben fühlen können.

In denjenigen Einrichtungen des Gesundheitswesens, in denen Kunst- und Musiktherapeuten mitwirken, lässt sich nicht selten eine subtile systemische Wirkung von Kunst und Musik auf die betreffende Einrichtung beobachten (Verres u. Klusmann 1998; Renz 2001; Gindl 2002; Zeuch, Hänsel, Jungaberle 2004; Verres 2005; Baumann, Bünemann 2009). Sitzt eine Musiktherapeutin am Krankenbett und singt für einen schwer kranken

Patienten ein Schlaflied, so geht allein von dieser Szene eine Wirkung aus, die auch das Verhalten der hinzukommenden Ärzte und Pflegenden verändert. Es besteht die Chance zu mehr Behutsamkeit im Umgang miteinander. Manche Musiktherapeuten treten in der Klinik auch als Musikanten auf, und aufgrund ihrer Ausbildung verfügen sie über ein fundiertes Wissen darüber, welche Art von Musik im gegebenen Augenblick angemessen sein könnte.

In hochkomplexen Kliniken der High-Tech-Medizin wie z. B. der Strahlenheilkunde wird von den Ärzten ein derart differenziertes Wissen über internistische, chirurgische und physikalische Grundlagen der Medizin verlangt, dass manche Ärzte es geradezu als Zumutung empfinden, auch noch Kunst oder Musik ernst nehmen zu sollen oder sich mit Lebenskunst zu befassen.

Am Beispiel der Kinderheilkunde lässt sich allerdings besonders gut zeigen, wie die Kunst ganze Kliniken verändern kann. Kaum eine Kinderklinik wirkt seelenlos. Vielmehr ist es für alle Beteiligten einleuchtend, dass kindgerechte Gestaltungen notwendig sind. Dabei werden meist solche Verschönerungen der Klinik bevorzugt, die von den kleinen Patienten selbst (z. B. unter Anleitung von Kunsttherapeuten) gestaltet wurden. Hierbei handelt es sich im gelungenen Fall keineswegs um reine Dekoration. Vielmehr sind die Bilder von Kindern, die während einer Krankheit entstehen, Zeugnisse der Auseinandersetzung dieser Kinder mit den sie beschäftigenden Lebensthemen, die bei Verunsicherung durch eine Krankheit häufig eine existenzielle Dimension haben.

Auch in Krankenhäusern für Erwachsene finden wir vielerorts neue Entwicklungen. Bevor ich hierauf näher eingehe, möchte ich einige grundsätzliche Gedanken zur Bedeutung der Lebenskunst für einen umfassenden Gesundheitsbegriff voranstellen (ausführlich: Verres 2003).

Das Menschenbild in der modernen Medizin ist wesentlich geprägt durch Kriterien, anhand derer Forschung definiert wird. Dass nicht nur professionelle Forscher, sondern auch die Menschen ganz allgemein in ihrem Alltag Forschung betreiben, sollte mehr gewürdigt werden. Jeder Mensch, der nach neuen Erkenntnissen sucht und dabei für sich Erfahrungen auswertet, ist ein Forscher. In der Brockhaus-Enzyklopädie (1988) wird Forschung definiert als „die von einzelnen oder mehreren Personen betriebene planmäßige und zielgerichtete Suche nach neuen Erkenntnissen in einem Wissensgebiet, einschließlich der Suche nach Möglichkeiten zu deren Prüfung“.

Unterschiede zwischen professionellen Forschern, Laien, Erkrankten und ihren Helfern können zum einen in der Planmäßigkeit und der Zielgerichtetheit des Suchens nach neuen Erkenntnissen liegen, zum zweiten in der Art der Prüfung dieser Erkenntnisse, zum dritten in der Motivation, überhaupt planmäßig nach neuen Erkenntnissen suchen zu wollen. Auch professionelle Forscher durchlaufen in ihrer eigenen Persönlichkeitsentwicklung häufig verschiedene Stadien.

Stufe eins der Forscherentwicklung nenne ich die Stufe des naiven Dilettantismus oder – weniger wertend – der ersten Gehversuche. Sie ist in vielen Kliniken gekennzeichnet

durch die Haltung „Man könnte mal erforschen...“, wobei die eigentliche wissenschaftliche Wissbegierde nur als Ahnung spürbar ist. Inhaltliche Themen der wissenschaftlichen Forschung werden oft dadurch nahe gelegt, dass es für bestimmte Themen leichter ist, Drittmittel einzuwerben.

Stufe zwei nenne ich die Stufe der wissenschaftlichen Exaktheit und Perfektion. Diese wird übrigens auch von vielen medizinischen Laien zunehmend betreten, indem sie sich immer differenzierter mit neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen beschäftigen – z.B. über das Internet oder bei Patiententagen von Kliniken.

Stufe drei nenne ich die Stufe des missionarischen Weltverbesserertums. Auf dieser Stufe bewegen sich diejenigen, die glauben, man könne aus Forschungsergebnissen grundsätzlich Handlungsanweisungen ableiten, und man müsse auch die anderen Menschen von seinen eigenen Erkenntnissen überzeugen. So wird beispielsweise die Erkenntnis, dass Früherkennung bei bestimmten Krebserkrankungen, statistisch gesehen, Verbesserungen bei den Überlebensraten bringen kann, häufig dazu benutzt, alle Menschen dazu überreden zu wollen, die Segnungen der Krebsfrüherkennung auch im eigenen Leben anzunehmen: nach dem Motto „Je früher der Krebs erkannt wird, um so besser ist es für den Patienten“. Hier bleibt außer Acht, dass bei manchen Laien eine ganz andere Regel gelten kann wie z.B. die subjektive Regel: „Je später eine Erkrankung erkannt wird, umso besser ist es für mich. Was ich nicht weiß, macht mich nicht heiß“. Den persönlichen Stellungnahmen von Menschen zu solch wichtigen Entscheidungsproblemen liegen nicht in erster Linie die in der professionellen Forschung entstandenen Denkkategorien zugrunde, sondern es geht um die persönliche Lebensphilosophie jedes Einzelnen und um sein Selbstbestimmungsrecht. In dieser Sicht sind Bonus- und Malussysteme von Kostenträgern, die das Gesundheitsverhalten beeinflussen sollen, prinzipiell ethisch hinterfragbar, allerdings auch nicht unsinnig.

Die Stufe vier in der Forscherentwicklung möchte ich die Stufe der Lebenskünstler nennen. Jeder hat die Chance, in der Auseinandersetzung mit der Antithese des Lebens zu einer Lebenskunst vorzustoßen, deren Intensität und Vielfalt man eher in Romanen als in Lehrbüchern der Medizin oder Psychologie beschrieben findet. Zur Intensität kann die Bereitschaft gehören, sich Erlebnisbereichen wie Angst, Schmerz, Wut, dem Nichts, der Einsamkeit zu stellen und diese mit dem Lebenswillen zusammenprallen zu lassen. Viele lebensgefährlich erkrankte Menschen berichten, ihr Leben sei seit der Erkrankung intensiver geworden. Dies sollte man allerdings nicht verklären; denn ein intensives Leben kann auch intensives Leiden beinhalten (Dalai Lama 2007).

Die Tatsache, dass zwischen professionellen und subjektiven Theorien zu Gesundheit und Krankheit fundamentale Unterschiede bestehen können, führt häufig zu Kommunikationsproblemen zwischen Patienten und ihren Ärzten. Aktuelle Ansätze zur „partizipativen Entscheidungsfindung“ haben das Ziel, solche Diskrepanzen zu überwinden. Dabei geht es nicht nur um die Frage, welche Ethik sich durchsetzt. Im Prozess der partizipativen Entscheidungsfindung wird sowohl dem Arzt als auch dem Patienten eine gewisse Anstrengung abverlangt. Das Zuhören wird dann gleichermaßen eine Aufgabe für den Arzt wie auch für den Patienten.

In der Kunst setzen sich nur selten diejenigen durch, die hauptsächlich etwas Schönes und Harmonisches zeigen – hier kommt man im Gegenteil manchmal an die Grenze zum Kitsch. Diejenigen Menschen, die als bildende Künstler, als Musiker oder als Schriftsteller eine überdauernde Resonanz finden, haben das Leben nicht nur genossen, sondern auch durchlitten. Sie bringen oft das Schöne mit dem Hässlichen, das Gute mit dem Bösen, das Licht mit dem Schatten, das Banale mit dem Bedeutsamen in eine spannungsreiche Verbindung, oder sie lassen diese Gegensätze sogar unverbunden nebeneinander bestehen. Dieser Gedanke ist wichtig für ein realistisches Verständnis der Möglichkeiten und Grenzen von Lebenskunst.

In der Kunst- und Musikerfahrung, auch in der Meditation, spüren Menschen oft eine Offenheit mit ungewissem Ausgang (Kabat-Zinn 2006). Lebenskunst kann bedeuten, dem eigenen Leben gegenüber eine forschend-künstlerische Haltung einzunehmen, den Tod ebenso wie das Leben als bejahenswert zu empfinden, offen zu werden für die Kultur als inspirierendes Resonanzfeld der menschlichen Gestaltungsfähigkeit. Das Erleben und Genießen von Kunst kann dazu beflügeln, die eigene Kreativität zu entdecken, statt im Leben die Rolle eines passiven Mitläufers einzunehmen. Kunst ist eine Kraft, das Leben zu vertiefen (Holm-Hadulla 2005).

Eine künstlerische Haltung einzunehmen kann auch bedeuten, die eigene Lebensgestaltung und die der anderen als Inszenierung aufzufassen. Den Lebenskräften werden neue Spielräume eröffnet. Krankenhäuser sollten als kulturelle Orte erkennbar sein. Niemand sollte mehr behaupten dürfen, Krankenhäuser seien „kranke Häuser“ oder „seelenlos“.

Aus diesen Überlegungen ergibt sich die Schlussfolgerung, dass Krankenhäuser und Arztpraxen allein schon in atmosphärischer Hinsicht als „heilsame Räume“ spürbar werden könnten. Was dies für die Architektur und Innenarchitektur bedeuten kann, habe ich an anderer Stelle dargestellt (Verres 2003, 2005).

Es soll nun auf zwei existenzielle Aspekte des menschlichen Lebens eingegangen werden, die in den Diskussionen zum Menschenbild, zum Gesundheitsbegriff und zur Lebenskunst sehr unterschiedlich beachtet werden: Das Geboren-Werden und das Sterben. Dass eine angemessene Vorbereitung und Gestaltung des Geburtsvorganges eine wesentliche Bedeutung für die Gesundheit des werdenden Kindes wie auch der Mutter (und des Vaters) hat, wurde in allen Kulturen der Welt erkannt, und in unserem modernen Gesundheitssystem darf die Entwicklung der letzten Jahrzehnte wohl als erfreulich bezeichnet werden. Dass aber auch die Kunst des Sterbens etwas mit Gesundheit zu tun haben könnte, wird bedauerlicherweise bisher noch zu wenig thematisiert. Es gibt zwar eine umfassende Weltliteratur zur „Ars moriendi“; in den Hörsälen der medizinischen Fakultäten und in den Lehrbüchern wird dieser gesellschaftliche Wissensvorrat aber wenig aufgegriffen.

Zur Bedeutung der Geburt für die körperliche und seelische Gesundheit haben sowohl Frauenärzte als auch Psychosomatiker wesentliche Gedanken beigesteuert. Die Idee der „sanften Geburt“ hat weltweit Anhängerinnen und Anhänger gefunden. Die Anwesenheit von Vätern bei der Geburt ist vielerorts eher die Regel geworden als die Ausnahme.

Schon vor Jahrhunderten und Jahrtausenden wurde in vielen Kulturen die Geburt eines Menschen als eine Angelegenheit der Gemeinschaft angesehen. Besonders in Europa und Nordamerika ist in den vergangenen Jahrzehnten ein neues „Resonanzfeld“ entstanden, das man sich so vorstellen kann: Das Bedürfnis schwangerer Frauen nach einer „sanften Geburt“ ihres Kindes dürfte etwas mit aufkeimender mütterlicher Liebe zu tun haben; zugleich weiß man heute mehr als früher über die Entwicklung, die Bewegungen und das beginnende Seelenleben des Kindes im Mutterleib. Durch dieses Wissen wird schon während der Schwangerschaft eine aufmerksame Beziehung der werdenden Mutter zum Kind gefördert. Bei den Vorsorgeuntersuchungen im Verlauf der Schwangerschaft können die zukünftigen Eltern Ultraschallbilder des werdenden und sich bewegenden Kindes betrachten, wobei sie ihnen erklärt werden; mancherorts können sie diese Bilder sogar mitnehmen, und damit haben sie schon das erste Kapitel für das neue Fotoalbum.

Als Folge solcher Kommunikationen wird die Bewusstheit für gute Rahmenbedingungen und für eine gute Atmosphäre bei allen Beteiligten verfeinert. Schwangere Frauen lernen, Lebenszeichen des in ihrem Bauch heranwachsenden Kindes immer subtiler wahrzunehmen und eine Beziehung mit dem Kind einzugehen, schon bevor es geboren wird. Auch für die Ärzte ist es befriedigender, fürsorglich zu sein, statt Routine zu betreiben. So ist eine neue Kultur um das „Fest der Geburt“ herum entstanden. Kliniken, die dies noch nicht erkannt haben, werden von werdenden Eltern möglichst gemieden, bis auch sie sich eines Tages dem Trend anschließen.

Wesentlich gefördert wurde dieser Trend durch kunst- und musiktherapeutische Konzepte. Frederic Leboyer hat in seinen Büchern (1991) auch künstlerische Darstellungen zur Mythologie und Kultur des Gebärvorganges in Erinnerung gerufen. In manchen Kliniken werden schwangere Frauen durch Musiktherapeutinnen zur Achtsamkeit für die Vorgänge im eigenen Körper und im werdenden Kind sensibilisiert. Findige Instrumentenbauer haben konkave Monochorde entwickelt, auf denen die werdende Mutter direkt auf dem Bauch zarte Musik für das Kind und für sich selbst spielen kann.

Im Unterschied zu diesen erfreulichen Entwicklungen sind wir von einer Vertrauen spendenden Kultur des Sterbens noch weit entfernt. Übergangsriten bedeuten Trennung und Transformation. Diese Themen spielen in allen Kulturen der Menschheit eine wesentliche Rolle und werden eher von Künstlern und Musikern sinnlich erfahrbar gestaltet als von Medizinern. Carl Gustav Jung hat gezeigt, dass Archetypen, Phantasien und Imaginationen gerade in existenziellen Situationen meist wichtiger sind als das rationale Denken. In neueren Theorien zur Evolution des menschlichen Bewusstseins werden das an Mythen orientierte Denken und das rationale Denken nicht mehr prinzipiell als Gegensätze aufgefasst (Wilber 2000, Scharfetter 2004).

Im antiken Griechenland fanden sich bei den Eleusynischen Mysterien Tausende von Menschen ein, um existenzielle Lebensthemen in Liturgien, bei denen auch psychoaktive Substanzen verabreicht wurden, mit Bezug auf Mythen (hier: die Demeter-Kulte) vertieft an sich heranzulassen. Diese Liturgien hatten – wie auch die heutigen Liturgien bzw. Inszenierungen der Weltreligionen – einen künstlerischen Charakter (Wasson, Hofmann, Ruck 1978).

Auch Menschen, die sich nicht als religiös bezeichnen, nehmen in existentiell wichtigen Lebenssituationen an Zeremonien teil, die auf andere Wirklichkeiten verweisen. Beispiele sind die Taufe, die Hochzeit oder die Begräbnisrituale. Erfahrungen, bei denen der Glaube eine zentrale Rolle spielt, werden von der wissenschaftlichen Medizin häufig in den Bereich des Irrationalen verwiesen und möglichst nicht beachtet. Mögliche Bedeutungen des Glaubens für die Bewältigung existentieller Lebenskrisen bis in das Sterben hinein kann man auf einer Inhaltsebene und auf einer Beziehungsebene betrachten. Auf der Inhaltsebene ist es beispielsweise für viele Menschen tröstlich, Vorstellungen über das zu entwickeln, was nach dem Sterben kommt. Auf der Beziehungsebene ist es tröstlicher, an eine tragfähige Begleitung beim Sterbeprozess glauben zu können.

In seinem Buch „Du musst dein Leben ändern“ entfaltet der Philosoph Peter Sloterdijk (2009) Überlegungen zur Einführung einer rational orientierten Sprache für eine Gruppe von Phänomenen, die traditionell mit Ausdrücken wie Spiritualität, Frömmigkeit, Moral, Ethik oder Askese bezeichnet wurden. Sloterdijk postuliert „Vertikalspannungen“ in der menschlichen Lebensführung, die als entscheidende Vektoren der *conditio humana* wirken, schon immer für die Evolution wichtig waren und zu einer Reorientierung der konfusen Existenz moderner Menschen beitragen können.

Sterbende Menschen brauchen ein Gegenüber, das die Fähigkeit besitzt, zu schauen und Blicke zu erwidern. Konzepte wie „aktives Zuhören“, wie „Handhalten“ oder „Ruhe ausstrahlen“ mögen hilfreich sein, eine tragfähige Sterbebegleitung erfordert es aber auch, im Kontakt mit Ordnungsmächten des In-der-Welt-Seins zu sein in einer Weise, in der keine Einwände mehr erhoben werden können. Es scheint eine Autorität eines anderen Lebens in diesem Leben zu geben, die, wie Sloterdijk es ausdrückt, „mein innerstes Noch-Nicht“ andeutet. Er sagt: „Eine für dich gültige Vertikalspannung kann dein Leben aus den Angeln heben“. In einer solchen Sicht kann man also vielleicht eine gemeinsame Schnittmenge der verschiedenen Weltreligionen darin sehen, dass sie den Menschen helfen wollen, die Angst vor dem Sterben zu verringern, indem sie Angebote machen, mit höheren Mächten in Kontakt zu kommen. Dies kann nur gelingen, wenn man es rechtzeitig übt.

Die Auseinandersetzung mit dem Sterben kann als Resignation, als ein Sich-Abfinden mit der Endlichkeit betrachtet werden. Sloterdijk schlägt dem gegenüber vor, sich an einem Idealfall menschlicher Weiterentwicklung zu orientieren, nämlich eine „Kategorie der sehenswürdigen Menschen“ einzuführen, zu denen hinauf zu schauen sich lohnt. Ist es nicht eine faszinierende Idee, zu einem Sterbenden hinauf zu schauen statt auf ihn herab zu blicken?

Der tschechisch-amerikanische Psychiater Stanislav Grof hat in verschiedenen Publikationen (1977, 2000, 2006) gezeigt, wie eine interkulturelle Perspektive genutzt werden kann, wenn es darum geht, den Tod nicht als Betriebsunfall der Medizin anzusehen, sondern als ein Mysterium, welches eine besondere Bewusstheit aller Beteiligten erfordert. Er plädiert dafür, das interkulturelle Wissen zu Übergangsriten und althergebrachten Mysterien mit der modernen Bewusstseinspsychologie in Verbindung zu bringen.

Das Streben nach Glück im Sinne außergeleiteter Ziele wie Besitz, Macht oder sozialem Ruf kann völlig bedeutungslos werden, wenn der alles Profane relativierende Triumph des Todes allmählich im Horizont erscheint. Es kann kaum einen Zweifel daran geben, dass Künstler, Philosophen und Schriftsteller hierzu ebenso Wichtiges zu sagen haben wie die meisten wissenschaftlich orientierten Mediziner. Die Möglichkeit, beim Sterben die Erfahrung des Eingehens in ein größeres Ganzes machen zu können, wird in der wissenschaftlich orientierten Medizin unserer Zeit weitgehend ausgeblendet, da der Tod als Feind gilt, der mit allen Mitteln zu bekämpfen sei. Und doch wird man wohl sagen dürfen, dass es zu den vornehmsten und anspruchsvollsten Aufgaben des Arztes gehört, zu einer Kultur des Sterbens beizutragen, in der sich Menschen mit ihren Ängsten und Hoffnungen aufgehoben fühlen können. Das Begleiten eines Menschen beim Erlöschen seines Lebens wird dann als eine positive professionelle Aufgabe angesehen, die – auch wenn es vordergründigen Denkschablonen zu widersprechen scheint – vielfältige Möglichkeiten einer tragfähigen beruflichen Zufriedenheit des Arztes eröffnet, insbesondere dann, wenn der Arzt sich seinerseits auf eine Beziehungskultur im Krankenhaus verlassen kann.

Zu einem würdigen Umgang mit Sterben, Tod und Trauer gehört es dann zunächst, Alltagsroutinen und „Sachzwänge“ zu unterbrechen. Das gemeinsame Innehalten kann wichtiger werden als der übliche Aktionismus, der als „Handlungsdruck“ erlebt wird und persönliche Freiheitsgrade unnötig einschränkt, da ein verkürztes Modell von Gesundheit zugrunde liegt (Verres 1995, 2006). Dieses kann leicht überwunden werden, wenn sich der Arzt darauf besinnt, dass die existenziellen Themen von Geburt und Tod zur Lebenskunst gehören und dass auch der Arzt davon profitieren kann, subjektive Theorien seiner Patienten ebenso wie künstlerische Ausdrucksmöglichkeiten im Blick zu haben.

Die massive Verleugnung des Todes führt zu sozialen Pathologien mit gefährlichen Konsequenzen für die Menschheit. Habgier, Gewalt und Kriege könnten vermindert werden, wenn mehr Menschen, gerade auch im Kontext der Heilkunde, eine philosophische Einstellung zur spirituellen Dimension von Geburt und Tod entwickeln würden. Diese These ist nicht empirisch beweisbar (auch terroristische Akte werden häufig religiös begründet), aber sie ist des Nachdenkens wert. Im Idealfall könnte die Heilkunde Vordenker hervorbringen, die auch in weitere gesellschaftliche Bereiche hinein wirken (Richter 2001).

Ein umfassender Gesundheitsbegriff muss auch den Sterbevorgang einbeziehen. Zu den Formen eines würdigen Umgangs mit Sterben, Tod und Trauer gehört zweifellos die Gestaltung angemessener Rituale (Saalfrank 2009, Saalfrank u. Verres 2004). Musiktherapie kann in Einrichtungen gedeihen, in denen nicht hauptsächlich ein „Kampfgeist“ vorherrscht, der den Tod zum Hauptfeind erklärt und mit allen Mitteln bekämpft. Es ist eine Grundeinstellung notwendig, die den Tod akzeptiert und der Sterbebegleitung in die innere Ruhe mindestens den gleichen Wert beimisst wie dem Kampfgeist.

Nicht nur für einen sterbenden Menschen, sondern auch für die Hinterbliebenen ist es wichtig, sich in einem größeren Ganzen aufgehoben zu fühlen. Durch heilsame Rituale im Krankenzimmer kann eine starke Energie mobilisiert werden, die den gesellschaftlichen Wissensvorrat und die kulturellen Möglichkeiten nutzt, die über viele Jahrhunderte entstanden sind (Rittner 2008, von Hodenberg 2013).

Eine schwer kranke Krebspatientin hörte während der Chemotherapie auf meine Empfehlung die CD „Officium“ von Jan Garbarek und dem Hilliard Ensemble. Hier werden Psalmen gesungen, und diese Musik hat auch den Charakter des Betens. Während der Chemotherapie erlebte die Patientin diese Musik mit Kopfhörern. Dadurch wurde die medizinische Behandlung in einen rituellen Kontext spiritueller Welten eingebettet. Etwas später besuchte dieselbe Frau noch eine Live-Aufführung mit Jan Garbarek und dem Hilliard Ensemble in einer Kirche. Die Klinikserfahrungen und die sakralen Welten wurden so miteinander verbunden. Derartige Erfahrungen haben auch mich selbst ermutigt, meine ganz persönlichen Möglichkeiten der Lebenskunst, speziell auch meine eigene Begabung als Musiker, so direkt wie möglich in den ärztlichen Beruf einzubringen. So steht in meinem Sprechzimmer ein Steinway-Klavier, das schon durch seine pure Existenz Andeutungen des Musischen in den Horizont bringt. Manchmal spiele ich für meine Patienten ein improvisiertes Musikstück. Ich habe eine Musik-CD mit leisen, zarten Klavierimprovisationen veröffentlicht, die viele „luftige“ Passagen enthalten und zum Innehalten einladen. In Forschungsprojekten werden die Verwendungsmöglichkeiten dieser Art von Musik derzeit von meiner Arbeitsgruppe evaluiert.

Das Lied „Weißt du, wie viel Sternlein stehen“ kann für einen schwer kranken Menschen ganz einfach zum Einschlafen gesungen werden. Zugleich verweist es auf Transzendenz, indem es Metaphern enthält, die die Beziehung des Einzelnen zum großen Universum, in das man im Sterben eingeht, indirekt anklingen lässt, ohne dass das als eine direkte Konfrontation mit dem Tod zugemutet werden muss.

Musik hat etwas mit dem Unfassbaren zu tun. Musik kann körperliche Vorgänge beeinflussen, wie z.B. bei der Schmerzlinderung, doch darüber hinaus liegt eine besondere Kraft in der Musik, wenn es darum geht, die Suche nach Sinn zu fördern und zu begleiten. Das Musikerleben bietet Möglichkeiten, bewusster auf „Zwischentöne“ zu achten, und dies kann die Sensibilität für die oft wichtigen feinen Nuancen im mitmenschlichen Umgang fördern.

Einfache Musikinstrumente wie z. B. eine Leier oder eine Klangschaale können ohne jegliche Vorkenntnisse der Patienten in fast jeder Position gespielt werden. Schon eine überschaubare Tonfolge von zwei bis drei Tönen kann ein kleines musikalisches Werk ergeben, so dass der Patient erlebt, dass er durch Musik die eigene Entspannung fördern kann.

Das sensibelste Musikinstrument dürfte wohl die menschliche Stimme sein, die gerade für empfindliche Menschen eine besondere Bedeutung hat. Klang, Farbe und Höhe der Stimme können Hinweise darauf geben, auf welcher Ebene die Menschen miteinander im Dialog sind. Schon ein leises Summen kann Präsenz spürbar machen und manchmal wichtiger sein als Reden. Lieder können vertraute Gemütszustände reaktivieren und sowohl belebend als auch beruhigend wirken, wenn sie an die Situation des Kranken angepasst sind.

Auch für traurige Menschen kann es hilfreich sein, behutsam durch Summen oder das Auswählen von Musik Verbindungen zwischen der Traurigkeit und den Lebenskräften

einschließlich deren spirituellen Dimension anzudeuten. Bei der stimmlichen oder musikalischen Begleitung schwer kranker Menschen muss man keineswegs ausschließlich auf deren emotionale Situation eingehen. Eine echte zwischenmenschliche Beziehung bedeutet ja auch, dass der Begleiter bzw. die Begleiterin auch die eigene Gestimmtheit in die Situation mit einbringen kann. Denn auch der Begleiter sollte sich mit sich selbst im Einklang fühlen können und zumindest selektiv authentisch sein dürfen. Das Erleben von Klängen kann eine Möglichkeit bieten, zu erfahren, was Loslassen bedeutet. Jeder einzelne verklingende Ton in den Pausen einer Melodie kann die Sensibilität für die Bedeutung des Loslassens fördern.

Gerade im Verklingen kann Musik zu einer tragenden Kraft werden, selbst wenn sie in die Stille hineinführt. Der Patient muss nichts „tun“, nicht einmal hören. Musik kann zu einem Übergangsobjekt im Trennungsprozess werden und auch im Krankenhaus als eine heilsame Kraft wirken, indem sie in Grenzsituationen auf Grundgefühle der menschlichen Existenz verweist. Sie löst nicht nur bei den Patienten, sondern auch bei den Pflegenden und Ärzten etwas aus: Sie erinnert an das „Draußen“, an die Kultur, an die Lebendigkeit. Die sakrale Dimension der Musik, z. B. bei gesungenen Gebeten, Mantrien oder Liedern, kann Verbindungen zwischen der Heilkunst und dem, was nach dem Leben sein wird, fördern.

Für manche Menschen, einschließlich der Professionellen im wissenschaftlich orientierten Gesundheitswesen, ist es noch etwas gewöhnungsbedürftig, den Gesundheitsbegriff so weit zu fassen, dass er auch die Vorgänge um das Erlöschen des Lebens herum einbezieht. Einigt man sich aber darauf, dass Gesundheit als ein lebenslanger Prozess verstanden werden sollte, so bleibt keine andere Wahl mehr als die, auch das Sterben einzubeziehen, nämlich gemeinsam eine Kultur des Sterbens zu gestalten. Ich hoffe, gezeigt zu haben, dass angesichts der spirituellen Dimension der Heilkunde die Beachtung der musischen Potenziale der Menschen nicht nur nahe liegt, sondern Möglichkeiten eines umfassenderen Menschenbildes eröffnet, als es bisher in den meisten Lehrbüchern der Medizin zu finden ist.

Antonovsky Aaron: Health, Stress and Coping, San Francisco 1979, deutsche Übersetzung von Alexa Franke, Tübingen 1997

Baumann Martina, Bünemann Dorothea: Musiktherapie in Hospiz und Palliative Care, München 2009

Brockhaus Enzyklopädie: Forschung, Mannheim 1988, Band 7, S. 468

Dalai Lama: Das Buch der Menschlichkeit – Eine neue Ethik für unsere Zeit, Bergisch Gladbach 2000

de Montaigne Michel: Essais. Erste moderne Gesamtübersetzung von Hans Stillet, Frankfurt, 1998

Gindl Barbara: Anklang – die Resonanz der Seele – über ein Grundprinzip therapeutischer Beziehung, Paderborn 2002

Grof Stanislav, Halifax Joan: The Human Encounter with Death, New York 1977

Grof Stanislav: LSD-Psychotherapie, Stuttgart 2000

Grof Stanislaw: The Ultimate Journey: Consciousness and the Mystery of Death, Sarasota/Fl 2006

Holm-Hadulla Rainer: Kreativität – Konzept und Lebensstil, Göttingen 2005

Kabat-Zinn Jon: Zur Besinnung kommen, Freiburg 2006

Leboyer Frederic: Das Fest der Geburt, München 1991

Renz Monika: Zeugnisse Sterbender – Todesnähe als Wandlung und letzte Reifung, Paderborn 2001

Richter Horst-Eberhard (Hrsg.): Kultur des Friedens, Gießen 2001.

Rittner Sabine: Der Wirkfaktor der Stimme in der Psychotherapie/in der Musiktherapie. In: Musiktherapeutische Umschau 29/3, Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen 2008, S. 201-220

Saalfrank Eva, Verres Rolf: Stärkung der eigenen Spiritualität und Offenheit in der Sterbebegleitung. Z Palliativmedizin 2004; 5:47-54

Saalfrank Eva: Innehalten ist Zeitgewinn. Praxishilfe zu einer lebendigen Sterbekultur, Freiburg 2009

Scharfetter Christian: Das Ich auf dem spirituellen Weg, Sternenfels 2004

Schmid Wilhelm: Philosophie der Lebenskunst, Frankfurt 2000; Wilhelm Schmid: Mit sich selbst befreundet sein, Frankfurt 2004

Sloterdijk Peter: Du musst dein Leben ändern, Frankfurt 2009

Verres Rolf: Tod und Sterben, Trauer, In: Hermann Faller und Hermann Lang (Hrsg.): Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Heidelberg, 2. Auflage 2006, S.239-246

Verres Rolf: Krebs und Angst. Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen, Berlin 1986

Verres Rolf: Vom Handlungsdruck zur Begleitung in die innere Ruhe. Deutsches Ärzteblatt, 1995, 92: A-3615-3618 (Heft 51-52)

Verres Rolf, Klusmann Dietrich: Strahlentherapie im Erleben des Patienten, Heidelberg, Leipzig 1998

Verres Rolf: Die Kunst zu leben – Krebs und Psyche, Freiburg 2003

Verres Rolf: Heilsame Wirkfaktoren von Räumen, in: Der Architekt 7-8 (2003) 74-76

Verres Rolf: Was uns gesund macht. Ganzheitliche Heilkunde statt seelenloser Medizin, Freiburg 2005, 177-183

Verres Rolf: Lichtungen – Eine Einladung zur Stille (CD), vgl. auch www.rolf-verres.de

von Hodenberg Frederike: Jedes Wort ein Klang. Die Stimme an den Grenzen des Lebens. Reichert Verlag Wiesbaden 2013

von Uexküll Thure, Wesiack Wolfgang: Theorie der Humanmedizin - Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns, München 1988

Wilber Ken: Integral Psychology: Consciousness, Spirit, Psychology, Therapy, Boston 2000

Wasson Gordon, Hofmann Albert, Ruck Carl: The Road to Eleusis, New York 1978

Zeuch Andreas, Hänsel Markus, Jungaberle Henrik (Hrsg.): Systemische Konzepte für die Musiktherapie; Heidelberg 2004

Die Musik als Element der Traditionell Chinesischen Medizin

Werner Kühn und Michael Fei-Sun

Die westliche Schulmedizin ist eine Naturwissenschaft. Sie existiert weniger als 300 Jahre, geht symptombezogen und analytisch, mechanistisch und biochemisch vor, ist evidenzbasiert und vorwiegend therapeutisch ausgerichtet.

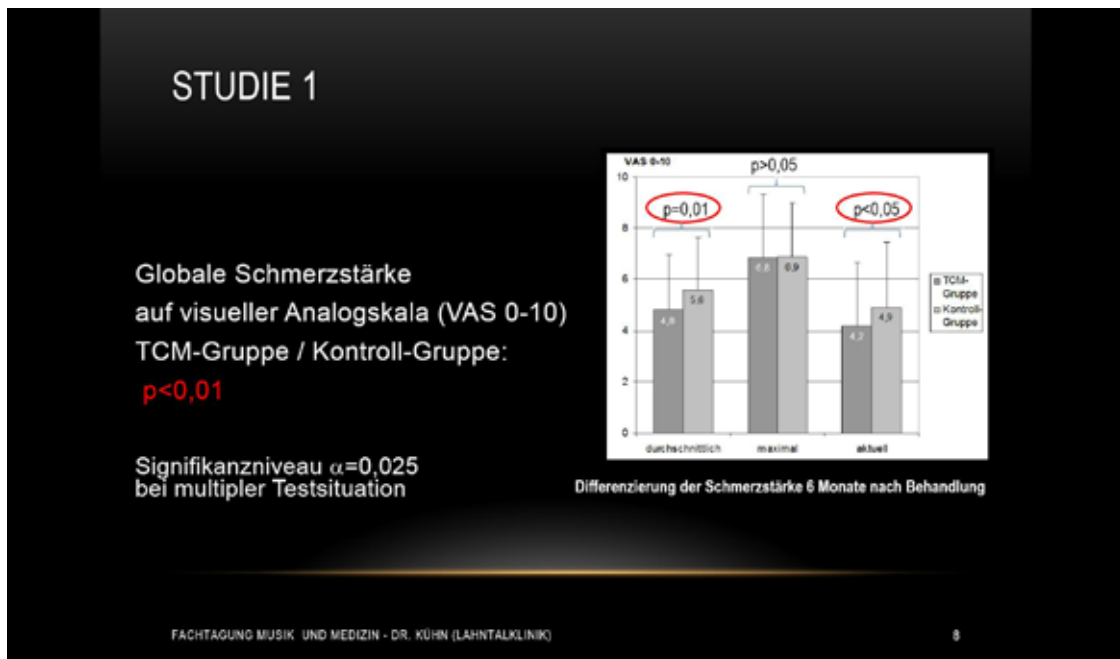
Im Gegensatz dazu ist die Traditionell Chinesische Medizin eine mehr als 3.000 Jahre alte Disziplin, die symptombezogen, ganzheitlich, philosophisch, traditionell empirisch vorgeht und als wesentlichen Aspekt die Prävention beinhaltet. Die Krankheitsvermeidung steht hier im Vordergrund des ärztlichen Schaffens. Die Traditionell Chinesische Medizin umfasst einige im Westen sehr bekannte Elemente, aber auch Elemente, die weniger bekannt sind. Inhalte der Traditionell Chinesischen Medizin sind die Akupunktur, die Akupressur, Moxabustion, Tuina-Massagen, Kräutertherapie, die Musiktherapie und bedient sich der Bewegungstherapien wie Qigong und Tai Ji Quan.

Der Einsatz der Elemente der Traditionellen Chinesischen Medizin erfolgt in Deutschland und in Europa im Wesentlichen nicht präventiv sondern kurativ als Alternative oder Ergänzung zur naturwissenschaftlichen Medizin. In China gibt es zwei Studienzweige der Medizin, die naturwissenschaftliche und die traditionell Chinesische Medizin. Nach dem jeweils fünfjährigen Studium erfolgt eine fachspezifische Weiterqualifikation. Im Anschluss daran werden die beiden Medizinzeige in China wieder zusammengeführt, um Synergieeffekte zu nutzen. Die Musiktherapie spielt in der Traditionell Chinesischen Medizin eine große Rolle. In der ursprünglichen Ausbildung waren Ärzte auch Musiker, d.h. sie hatten sowohl eine Ausbildung in der Medizin, als auch eine klassische Musikausbildung. Die Konsequenz hieraus war, dass diese Mediziner „am Hof“ bei der begüterten Oberschicht tätig waren. Erst durch die Einführung von Tonträgern wurde die Musik als Therapie auch einer größeren Anzahl der Bevölkerung zugänglich. Die Musik, sowohl als verstärkendes Element der Akupunktur, als auch als reine Einzeltherapieleistung wurde in der Lahntalklinik auch im Rahmen der Kuration eingesetzt.

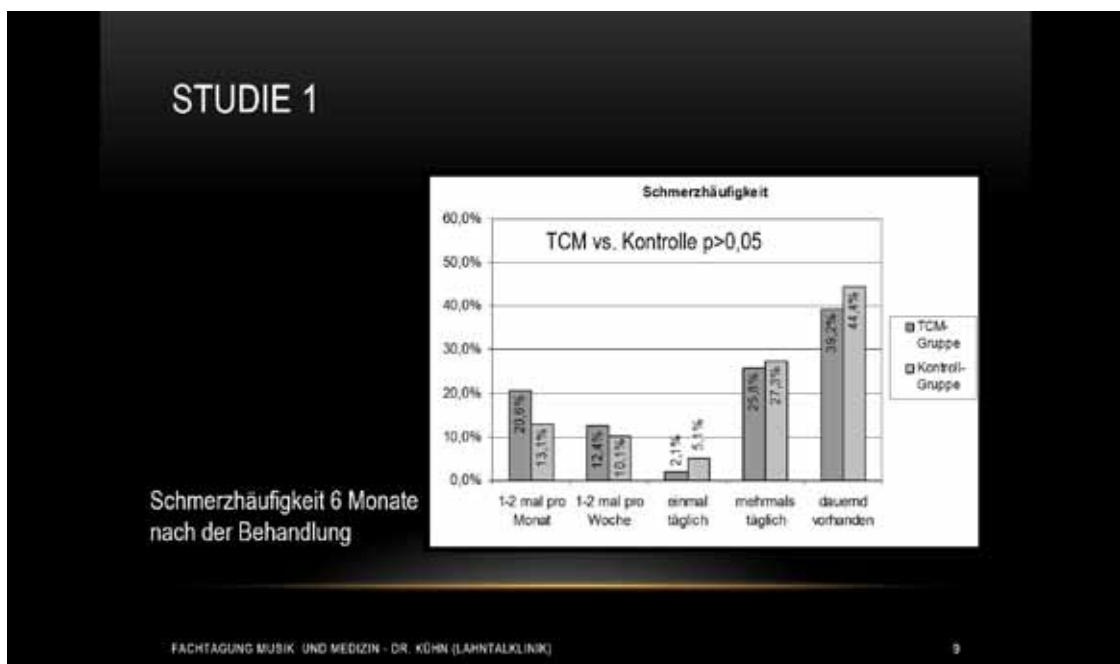
Während einer vierwöchigen Rehabilitationsbehandlung wurden chronische Schmerzpatienten mit einer klassischen schulmedizinischen Standardbehandlung versorgt, die die medikamentöse Behandlung, die Physiotherapie und die physikalische Therapie umfasste. In einer Vergleichsgruppe wurden die Patienten zusätzlich mit einer Akupunkturbehandlung, einer Tuina-Massage und einer Musiktherapie versorgt. Nach der chinesischen Lehrmeinung ist die Akupunktur in Kombination mit der Musiktherapie sehr viel effektiver, weil energetische Differenzen durch die bei der Musik entstehenden Schwingungen besser und effektiver korrigiert werden können. Ein Prinzip der Akupunktur ist das Wiederherstellen des Energieflusses durch den Organismus. Der Akupunkturpunkt wird so gewählt, weil in diesem Bereich eine Blockade existiert und der Energiefluss wiederhergestellt werden soll. Über die Musik werden zusätzlich Wellen und Schwingungen erzeugt, die den Energiefluss erheblich verbessern.

Als Ergebnis der Studie mit 278 Patienten konnte festgestellt werden, dass noch sechs Monate nach der Behandlung auf einer visuellen Analogskala (VAS 0-10) die globale Schmerzstärke signifikant niedriger war als bei der Kontrollgruppe. Untersucht wurden die durchschnittliche Schmerzstärke, die maximale Schmerzstärke und die aktuelle Schmerzstärke zum Zeitpunkt der Befragung.

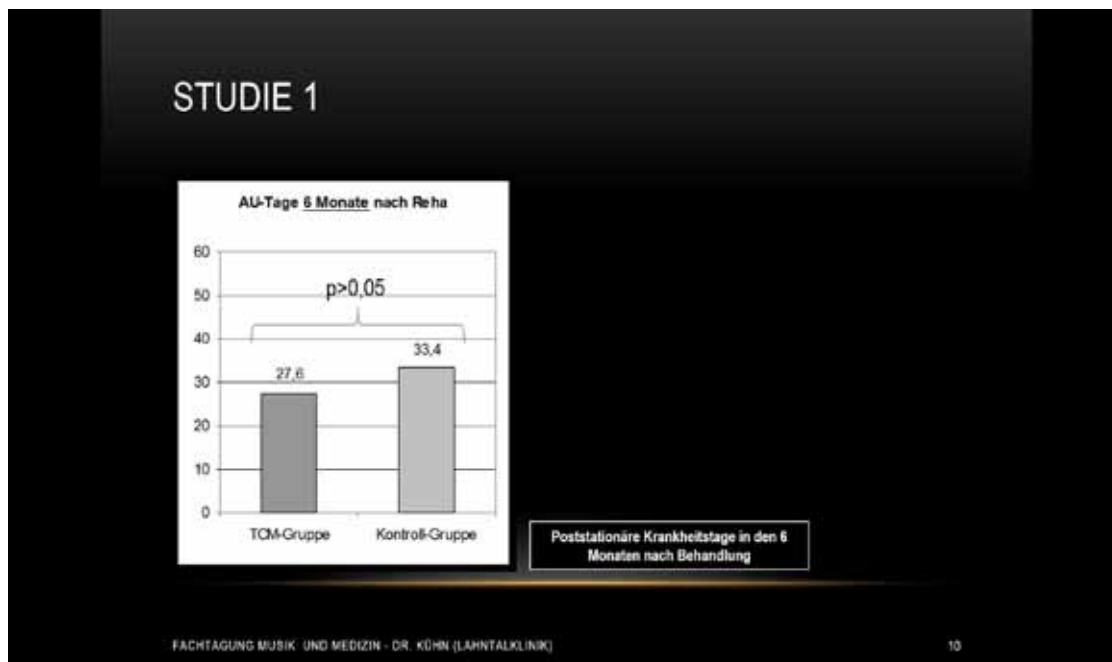
Es zeigte sich eine mit einem Signifikanzniveau von $P=0,01$ ein deutlich niedrigerer Wert bei der durchschnittlichen Schmerzstärke und bei der aktuellen Schmerzstärke ein deutlich niedrigerer Wert mit $P<0,05$.



Auch die Schmerzhäufigkeit hat sechs Monate nach der Behandlung signifikant abgenommen.

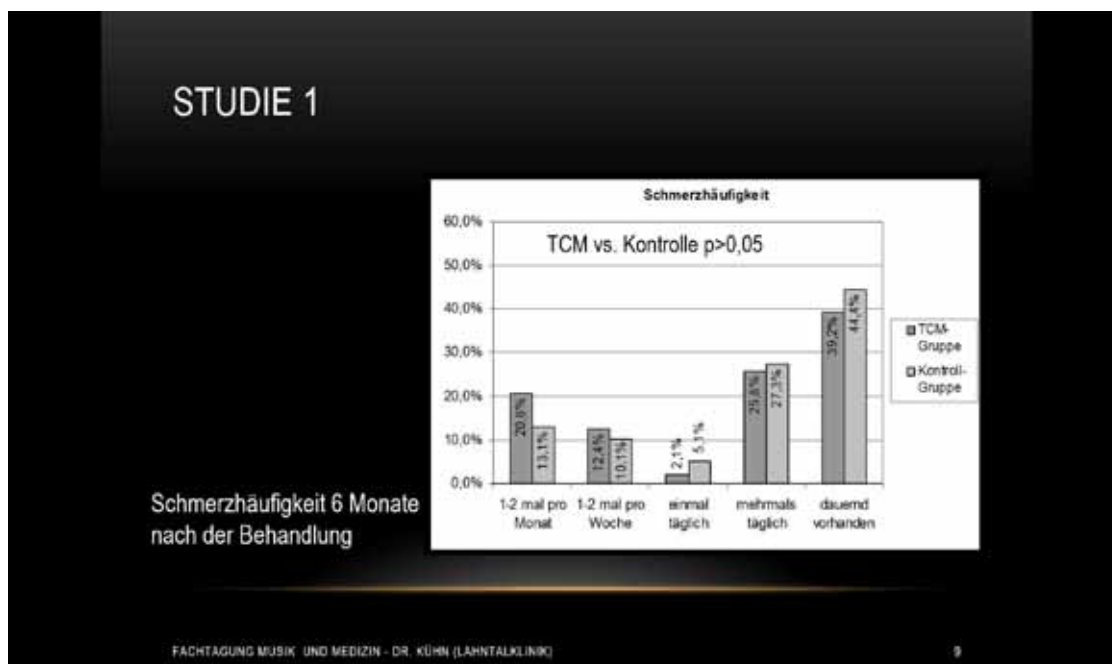


Damit zeigt sich bei der Schmerzhäufigkeit eine deutliche Verminderung der Schmerzen der TCM-Gruppe. Des Weiteren wurden objektive Daten herangezogen, indem die Tage der Arbeitsunfähigkeit sechs Monate nach der Rehabilitation aufsummiert wurden.



Damit zeigt sich auch hier ein deutlicher Unterschied.

Ein sehr wichtiges Kriterium war außerdem die subjektive Einschätzung, inwieweit der Patient selbst glaubt, dass er noch in einem Jahr berufstätig sein wird. Diese subjektive Erwerbsprognose ist ein wichtiges Kriterium bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes eines jeden Menschen. Sie beinhaltet die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes, der Leistungsfähigkeit und lässt Rückschlüsse auf das Maß der Verarbeitung gesundheitlicher Einschränkungen zu.



Die Auswertung in der Studie zeigt, dass die Gruppe der Patienten, die eine TCM-Behandlung einschließlich Musiktherapie erhielten, sich bezüglich ihrer zukünftigen und aktuellen Erwerbsprognose hoch signifikant besser einschätzten.

Die Unterstützung der Akupunktur mittels Musiktherapie beinhaltet im Rahmen der rezeptiven Form der Musiktherapie zwei Bereiche. Einerseits wurden mittels Tonträger Musikstücke mit chinesischer Heilmusik abgespielt, andererseits wurde die Therapie durch Musik des TCM-Arztes in Form von Gesang, Keyboard und Instrumenten der alten Chinesischen Medizin unterstützt. Erstaunlich waren daraufhin unzählige Rückmeldungen von Patienten, die unaufgefordert ihre Gefühle und Eindrücke auf und durch die Musik berichteten. Sie berichteten, dass der Effekt der Akupunktur erst bei Hinzukommen der Musik eingetreten war, bzw. erheblich verstärkt wurde. Sie berichteten, dass Körper und Geist ruhig werden, dass der Schmerz an Bedeutung verliert und die Schmerzen einfach vergessen werden. Sie berichteten von einer Entpflichtung, von einer Leichtigkeit, von einer Befreiung von Sorgen und sie erinnerten sich an glückliche Zeiten. Spontan entstanden Träume und Phantasiereisen, und die Patienten berichteten, dass sie den Eindruck hatten, dass ihre Gefühlswelt wieder ins Gleichgewicht komme. Sie spürten die Zusammenhänge zwischen Akupunktur und Genesung, sie hatten das Gefühl des inneren Schwingens und berichteten, dass das Freilassen von Emotionen wieder möglich sei. Mit Einsetzen der Musik veränderte sich der Effekt der Therapie. Es zeigte sich ein plötzlich heilsamer und wohltuender Effekt und eine tiefere Ruhe und Entspannung waren möglich. Erst durch die Musik wurde deutlich, dass die positiven Effekte der Akupunktur gespürt wurden und es ergab sich eine stärkere Schmerzlinderung.

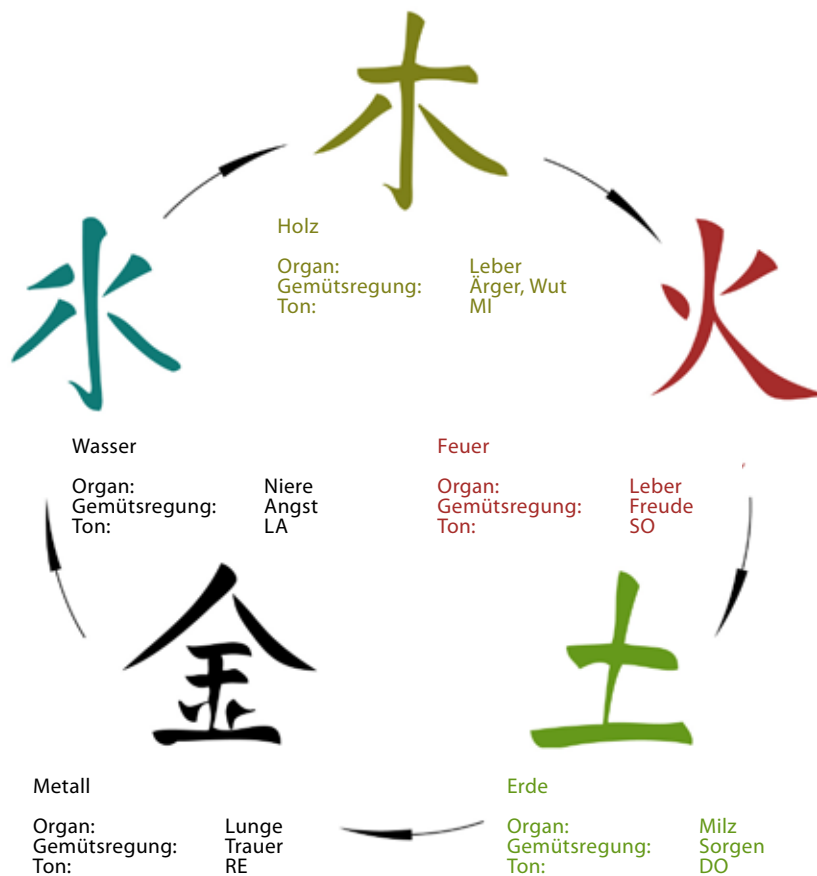
Unabhängig vom Geschlecht, unabhängig vom Alter und auch unabhängig vom Bildungsstand der Patienten berichteten diese die zuvor beschriebenen Erlebnisse, so dass die Musiktherapie auch außerhalb dieser zuvor angeführten Studien in der Lahntalklinik eingesetzt wurde und wird. Um eine möglichst große Anzahl von Patienten zu erreichen wurde die rezeptive und aktive Form der Musiktherapie in Form regelmäßig stattfindender Konzerte angeboten. Hierbei handelt es sich um Instrumentalmusik und Gesang und die Konzertteilnehmer, bzw. Patienten, werden zum aktiven Mitsingen aufgefordert. Die Rückmeldung dieser Patienten beschreibt ebenfalls eine Reihe von schönen emotionalen Momenten. Sie beschreiben ein Gefühl von Dankbarkeit, Glück, Geborgenheit und Harmonie. Schöne Erinnerungen wurden geweckt, sie befänden sich in einer Phantasiereise mit Träumen, es ergäbe sich der Glaube an die Zukunft, an die Liebe und die Menschlichkeit. Sie verspüren angenehme Schwingungen, sie tanken neue Energie und Kraft, positive Gefühle wurden gestärkt und schöne Erinnerungen werden geweckt. Wiedergegeben werden hier die schriftlich fixierten Beschreibungen der Konzertteilnehmer.

Die Musik in der chinesischen Kultur stellt ein wichtiges philosophisches Element, sowie auch ein ästhetisches Element des Daoismus dar. Es beschreibt das Endstadium der Kultur. Es war schon beschrieben im Buch „Des gelben Kaisers und die innere Medizin“, das ca. 400 bis 200 Jahre vor unserer Zeitrechnung angesiedelt ist. Zu dieser Zeit wurde das Denkmodell der „Fünf Wandlungsphasen“ entwickelt. Dieses ursprünglich daoistische Modell nutzt die TCM um die Zusammenhänge zwischen Organen des Körpers und den pathologischen Einflüssen zu deuten.

Das chinesische Schriftzeichen für Medizin setzt sich aus zwei Anteilen zusammen, einerseits das Schriftzeichen für Kräuter, andererseits das Schriftzeichen für Musik, Musik plus Kräuter ergeben Medizin. Das Zeichen für Musik besteht ursprünglich aus den hier dargestellten Musikinstrumenten. Insofern ist schon ersichtlich, dass die klassische Traditionell Chinesische Medizin aus der Musik und der Kräuterkunde entstanden ist.



Neben den fünf Wandlungsphasen, auf der die gesamte chinesische Philosophie aufbaut,




ergeben sich auch die Gegensätze aus Yin und Yang, die sich gegenseitig beeinflussen.



Auch in der klassischen Medizin, insbesondere in der Musiktherapie, die verknüpft wurde mit Akupunktur, findet sich die Zahl fünf. Das ist realisiert in der Pentatonik. Die Pentatonik ist das älteste Musiksystem der Welt. Es entstand in vielen alten Kulturkreisen, unabhängig voneinander, und umfasst nur fünf Töne innerhalb einer Oktave. Diese unterstützen sich gegenseitig und wirken harmonisch zusammen. Sie sind heute noch in der japanischen, chinesischen und keltischen Musik vorhanden. Die fünf Töne der Pentatonik Do Re Mi So La stehen jeweils in Verbindung mit den fünf Wandlungsphasen und den fünf Organen des Menschen.

AKUPUNKTUR MIT MUSIKTHERAPIE

Pentatonik



- ältestes Musiksystem
- entstand in vielen alten Kulturkreisen unabhängig voneinander
- umfasst nur fünf Töne innerhalb einer Oktave
- diese unterstützen sich gegenseitig und wirken harmonisch zusammen
- heute noch in der japanischen, chinesischen und keltischen Musik

Die Musiktherapie aktiviert die Selbstheilungskräfte, führt durch die Anregung der biomechanischen Energie zu einer Wirkungsverstärkung der Akupunktur und konzentriert sich im Wesentlichen auf psychosomatische Veränderungen.

Beim Einsatz der Musiktherapie in der Lahntalklinik werden zum großen Teil Musikstücke aus der reinen Pentatonik verwandt, so z.B. bei den Liedern „Ein Traum von Mama“, „Das galoppierende Pferd“ das nach der chinesischen Philosophie zur Yinmusik gehört, d.h. es

stärkt das Yin, die Ruhe, die Nacht, die Kälte, die Dunkelheit. Hingegen sind Musikstücke wie „Die Pfingstrose“, „Die Ahornbrücke“, „Ein schöner Tag“ Musikstücke, die das Yang, d.h. die Aktivität, unterstützen. Yang steht für Herz und Feuer, es steht für die Aktivität, für den Tag, für die Helligkeit, für die Wärme und die Energie.

Die Erfahrungen, die in der Lahntalklinik mit dem Einsatz der Musiktherapie gemacht wurden, sind so positiv, dass die Musiktherapie mittlerweile einen festen Stellenwert in der somatischen Medizin gefunden hat. Das gibt Anlass, die Effekte der Musiktherapie weiter zu untersuchen. Eine enge Zusammenarbeit besteht zwischen der Lahntalklinik Bad Ems und dem ersten Lehrkrankenhaus der Universität für Traditionell Chinesische Medizin in Tianjin in China mit dem Direktor Professor Ma. Auch beteiligt Sie sich am nächsten Forschungsprojekt die Fakultät für Wissenschaften der Universität Heidelberg, Abteilung Musiktherapie, Direktor Professor Thomas Hillecke. Untersucht werden soll, inwieweit sich westliche und fernöstliche Musiktherapie in der Kombination mit der Akupunktur auf chronische Schmerzen in der orthopädischen Rehabilitation auswirken. Hierbei sollen die Einflüsse unterschiedlicher Modelle auf die Patienten eruiert werden.

Den Schmerz zum (Ab-) Klingen bringen

Theorie und Praxis der Musik-imaginativen Schmerzbehandlung

Sylvia Kunkel

Einführung

Chronische Schmerzen zählen in Deutschland mit einer Häufigkeit von 17 Prozent der Gesamtbevölkerung zu den verbreitetsten gesundheitlichen Beeinträchtigungen: „Von den insgesamt 32 Millionen Menschen, die in einem Quartal ihren Arzt aufsuchen, sind 16 bis 24 Prozent von chronischen Schmerzen betroffen“ (Metzner 2011, 1). Dass in der Bevölkerungsgruppe der über Sechzigjährigen sogar 60 bis 80% an chronischen Schmerzen leiden (ebd.), stellt vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung eine besondere Herausforderung dar. Bereits zum aktuellen Zeitpunkt haben sich (seit etwa 1990) Krankenkassenberichten zufolge die Krankmeldungen aufgrund von Schmerzbeschwerden um 100 % erhöht (vgl. Nöcker-Ribaupierre in Nöcker-Ribaupierre 2008, 15).

Akuter und chronischer Schmerz

Dass das Erleben von Schmerzen eine Alarmfunktion hat, gilt lediglich für den akuten Schmerz. Dieser Schmerz ist zumeist von kurzer Dauer und fast immer Folge einer aktuellen Erkrankung oder Verletzung, die es zu behandeln gilt. Er hilft, schädliche Reize zu identifizieren und zu lokalisieren und ist mit Schutz- und Vermeidungsreflexen verbunden – also ungemein wichtig und sinnvoll! Er ist meist gut lokalisierbar und geht mit vegetativen Begleiterscheinungen, zumeist Stress- und Aktivierungsreaktionen wie Schwitzen, Tachycardie usw. einher. Akuter Schmerz ist meist mit nur kurzfristigen psychischen Veränderungen assoziiert – i. d. R. mit Angst. In Abgrenzung zu diesem situationsbedingten physiologischen Schmerz spricht man von chronischem Schmerz, wenn er länger als drei Monate andauernd oder wiederkehrend verspürt wird. Neben der Zeitperspektive gibt es aber auch andere Unterscheidungskriterien: Eine eindeutige Ursache i. S. einer Gewebeschädigung liegt häufig nicht vor und der Schmerz hat seine Warn- und Schutzfunktion verloren. Chronischer Schmerz ist selten mit den für den akuten Schmerz dargelegten vegetativen Reaktionen assoziiert sondern häufig von gravierenden psychischen Folgen wie Schlafstörungen, sozialer Isolation, Anorexie, Obstipation, Depressionen und Suizidalität begleitet (Hillecke 2005, 22). Er muss als eigenständiges Krankheitsbild betrachtet werden, bei dem die Schmerzlinderung zum eigentlichen Ziel der Behandlung wird.

Von chronischen Schmerzen Betroffene sind mit einem Leiden konfrontiert, das weit über das je individuelle Schmerzerleben hinausgeht. Nina George, die Autorin des wunderbaren Romans „Das Lavendelzimmer“, beschreibt in ihrem Roman eindrücklich, was Schmerztherapeuten immer wieder hören: „Schmerzen ... polen alle Zellen um. ... Aus Erregungszellen werden Schmerzzellen. Aus Sinneszellen werden Angstzellen. ... Und zum Schluss ist jede Zärtlichkeit nur Weh, jeder Windhauch, jede Musikvibration, jeder sich nähernde Schatten ein Angstauslöser. Und an jeder Bewegung, in jedem Muskel nährt sich gierig der Schmerz und gebiert Millionen neuer Schmerzrezeptoren. Du wirst innerlich vollständig umgebaut, ausgetauscht, und von draußen sieht 's keiner. Am Ende ... willst

du nie mehr berührt werden Einsam wirst du. ... Und in den Graben, den die Schmerzen ins Hirn furchen, fallen alle hellen Gedanken hinein. Alle Hoffnungen. Am Ende fällst du hinein und bist fort, dein ganzes Ich, verschlungen von pain and panic“ (261).

Musiktherapie in der Schmerzbehandlung

Den in diesem Zitat anklingenden emotionalen und sozialen Dimensionen des Schmerzerlebens wird inzwischen auch in der medizinischen Schmerzbehandlung Rechnung getragen: Wenngleich das Hauptaugenmerk zumeist auf medikamentösen Behandlungskonzepten liegt, gewinnt – auch vor dem Hintergrund oft gravierender unerwünschter Medikamentenwirkungen – die Etablierung alternativer Therapieansätze immer mehr an Bedeutung. Auch Musiktherapie ist zunehmend Bestandteil der Behandlung vor allem von Patienten mit chronischen Schmerzen und hat zum Jahresbeginn 2005 erstmals als Regelverfahren innerhalb der multimodalen stationären Schmerztherapie Eingang in den Fallpauschalenkatalog für stationäre Leistungen gefunden (vgl. Spintge 2007, 8). Im klinischen Alltag haben sich sowohl rezeptive als auch Methoden der aktiven Musiktherapie als wirksam bewährt sowie musiktherapeutische Vorgehensweisen, die beide Behandlungstechniken kombinieren. Zu den in diesem Bereich intensiv beforschten musiktherapeutischen Methoden zählen der Einsatz medico-funktionaler Musik in Anästhesie und Schmerztherapie (Spintge 2000), eine am Ansatz der Schöpferischen Musiktherapie orientierte Methode aktiver Musiktherapie (Hoffmann 2008), das Heidelberger Modell der Musiktherapie bei chronischen Schmerzerkrankungen (Hillecke 2005, Hillecke et al. 2008) sowie die Musikimaginative Schmerzbehandlung (Metzner 2008, 2009).

Die Musik-imaginative Schmerzbehandlung

Diese Methode geht auf das an der Temple University Philadelphia von Cheryl Dileo und Joke Bradt entwickelte „Pain Management and Entrainment“ zurück und wurde in Deutschland von Prof. Susanne Metzner eingeführt, theoretisch fundiert und weiter entwickelt. Es handelt sich um eine Kurzzeittherapie von zumeist vier, manchmal bis sechs Sitzungen, die ausschließlich im Einzelsetting durchgeführt werden.

Methodisches Vorgehen

1. Das Schmerzinterview

Die erste Sitzung ist nach der Erläuterung der Methode einem ausführlichen Schmerzinterview gewidmet: Der Patient wird zunächst nach seiner Schmerzsymptomatik und allen damit zusammenhängenden Informationen befragt; also nach Schmerzursachen, Art, Lokalisation, Dauer und Intensität des zu behandelnden Schmerzes, bisherigen und aktuellen Behandlungsformen, aber auch nach der sozialen Situation, Folgen und Bewältigungsmöglichkeiten. Das Hauptaugenmerk liegt jedoch auf dem ganz individuellen Schmerzerleben des jeweiligen Patienten.

Allein die Bitte, den Schmerz ganz genau und nachvollziehbar zu beschreiben; zu formulieren, ob es sich z. B. um einen ziehenden, reißenden oder bohrenden Schmerz handelt; ob es eher ein heißer oder ein kalter Schmerz ist; ob es Bilder, Farben oder andere Möglichkeiten der Charakterisierung des zu behandelnden Schmerzes gibt, überrascht die meisten Patienten zunächst und löst bei Einigen durchaus eine gewisse Abwehr aus: Sich dem Schmerz, dem eigenen Schmerzerleben und der eigenen Schmerzgeschichte zu

zu wenden wurde häufig lange Zeit ganz bewusst vermieden und/oder von der Umwelt gefordert und gefördert. Wenn die Patienten aber erst einmal spüren, dass hier wirklich Raum und Zeit ist für ihr Erleben, kommt es fast immer zu eindrücklichen und erschütternden Erzählungen und Szenen:

Frau A., eine achtundvierzigjährige Patientin mit den Diagnosen „Schwere depressive Episode“ (F32.2), und „Anhaltende somatoforme Schmerzstörung“ (F45.4), die nach einem Suizidversuch in unsere Klinik kam, befand sich seit Jahren in psychotherapeutischer sowie mehrfach in stationärer Behandlung. Äußerst angespannt und wie erstarrt sitzt sie vor mir und reagiert auf meine Aufforderung, von ihren Schmerzen und ihrer Geschichte zu erzählen, überrascht und dann regelrecht aggressiv: Sie solle sich doch nicht mit ihren Schmerzen beschäftigen, alle sagten, sie steigere sich da hinein und müsse lernen, ihre Aufmerksamkeit auf Anderes zu lenken – und nun käme ich und verlange genau das Gegenteil! Auf meine Versicherung, dass wir das im Team genau abgesprochen hätten und es für den Erfolg der Musik-imaginativen Schmerzbehandlung sehr wichtig sei, dass ich ihre Geschichte und ihr aktuelles Erleben wirklich nachempfinden kann, berichtet sie erst stockend, dann immer lebendiger und gedrängter von ihrer jahrzehntelangen Odyssee, von unzähligen Arztbesuchen, Medikamenten und Operationen, von schmerzhaften und schließlich auch kostspieligen Behandlungen; von ihrer Ehe, die zerbrach, weil sie außer Schmerzen nichts mehr fühlte; von der richtig guten Arbeitsstelle, die sie verlor, weil sie nur noch mit dem alles verschlingenden „Monster Schmerz“ beschäftigt war.

So ausufernd wie ihre Schmerzgeschichte ist auch ihr Schmerzerleben: Ausgehend von den Zähnen und dem Kieferbereich links tut inzwischen eigentlich alles weh: Zähne, Kiefer, Gesicht, Nacken; bohrende Kopfschmerzen kamen dazu, schließlich Bein- und Hüftschmerzen linksseitig. Sie kann den Schmerz schon lange nicht mehr genauer lokalisieren, er ist immer da und auf einer Schmerzskala von 1 bis 10 ordnet sie ihm andauernd den Wert 10 zu. Wir nehmen uns für dieses Schmerzinterview zwei mal 50 Minuten Zeit, und am Ende des zweiten Termins - als sie das Gefühl hat, alles, was ihr wichtig war, gesagt zu haben, und ich das Gefühl habe, sie in ihrem Schmerz wirklich erkannt zu haben - entspannt sie sich spürbar und beginnt, lange und heftig zu weinen. Dann meint sie, sie habe das erste Mal das Gefühl gehabt, dass sich wirklich jemand für sie und ihre Schmerzen interessiert. Und sie habe das Gefühl, dass ihr allein schon dieses ausführliche Schmerzinterview geholfen habe.

Ganz anders das Schmerzinterview mit Frau B.: Die Patientin, eine 51jährige Chirurgin, befand sich seit mehreren Wochen wegen einer schweren depressiven Episode bei uns in klinischer Behandlung. Obwohl sie psychotherapeutischen Bemühungen anfänglich skeptisch bis ablehnend begegnete und stark rationalisierte, konnte ich in der Musiktherapie ein stabiles Vertrauensverhältnis zu ihr aufbauen und gemeinsam entdecken wir hinter der burschikos-distanzierten Fassade eine zutiefst verletzte, emotional lebendige und sehr kreative Frau. Dass sie immer wieder an den Folgen einer äußerst schmerzhaften Gleitwirbelsymptomatik litt, erfuhren wir erst, als sie sich eines Tages plötzlich kaum noch bewegen konnte. Eine ihr schon vor längerer Zeit und auch aktuell im Konsil nahegelegte Operation lehnte sie, die selbst zahlreiche solcher Operationen durchgeführt hatte, strikt ab. Als ich ihr beim Anblick ihres schmerzverzerrten Gesicht-

tes anbot, die nächsten Musiktherapiestunden für die Musik-imaginative Schmerzbehandlung zu nutzen und ihr das Vorgehen erläuterte, meinte sie lapidar, sie habe sich ja nun schon auf so viel Humbug hier eingelassen, da könne sie das ja nun auch noch probieren. Das Schmerzinterview mit dieser Patientin dauerte keine 20 Minuten, allerdings brauchte ich hinterher noch einmal eine halbe Stunde, um die zahlreich von ihr verwendeten Fachbegriffe nachzuschlagen.

Herr C., ein 45jähriger Patient, litt seit 25 Jahren an einer inzwischen als chronisch zu bezeichnenden schizoaffektiven Psychose, hatte sich jedoch in den letzten Jahren auf einem Niveau stabilisiert, das ihm ein relativ eigenständiges und offenbar weitgehend zufrieden stellendes Leben ermöglichte. Aktuell suchte er unsere Klinik als „sicheren Hafen“, wie er es selbst formulierte, auf, weil er nach einer Tumorerkrankung mit kompliziert verlaufenden und folgenschweren Operationen erschöpft und destabilisiert war. 2010 wurde ein Glomustumor im Gesichts-Hals-Bereich rechtsseitig diagnostiziert und operativ entfernt, was zu einer Stimmbandlähmung und Verletzung mehrerer Hirnnerven führte. Zwei Operationen folgten, um die aus diesen Verletzungen resultierenden starken Schmerzen zu lindern – mit mäßigem Erfolg. Eine weitere ihm angeratene Operation lehnte der Patient ab. Während Herr C. in den Gesprächen mit seinem ärztlichen Therapeuten ausschließlich die starken körperlichen Schmerzen thematisierte, berichtete er bei mir im Schmerzinterview darüber hinaus, dass ihn seine Freundin vor wenigen Tagen verlassen habe und ihn diese Trennung momentan am allermeisten schmerze. Wenngleich er seinen körperlichen Schmerz, den wir im Rahmen der Musik-imaginativen Schmerzbehandlung fokussieren sollten – was er auch ausdrücklich wünschte - differenziert beschreiben konnte, kam er doch immer wieder auf seine „Seelenqualen“ wie er sagte, zurück und es wurde schließlich deutlich, dass beides in seinem Erleben untrennbar miteinander verbunden war. Die Bilder von schwarzem Gewitter, dumpfen Donnerschlägen und rot-zuckenden Blitzen sowie dem überhitzten, schon feuerroten Kochtopf, die er für seine Schmerzen fand, dienten ihm immer wieder auch als Anknüpfungspunkte, auf diese Trennung zu sprechen zu kommen. Die aktuell höchste Schmerzintensität gab er – ausdrücklich im Zusammenhang mit seinem „Trennungsschmerz“ - bei 7 bis 8 an.

Nach der ausführlichen Exploration der Schmerzsymptomatik wird das Augenmerk des Patienten auf positive Assoziationen und angenehme Empfindungen gelenkt, indem nach seinen Vorstellungen von Linderung gefragt wird. Auch in diesem Zusammenhang ist es oft beeindruckend, dass selbst Patienten, die zunächst völlig hoffnungslos erscheinen, durch gezielte Fragen und vorsichtiges Anregen entsprechender Imaginationen Bilder und Vorstellungen von Linderung entwickeln. Dabei knüpfen sie häufig an frühere kraftspendende Erlebnisse an und können wieder positive Erinnerungen zulassen und in die Zukunft projizieren.

So erinnerte sich Frau A. an längst vergangene Familienurlaube, in denen sie noch schmerzfrei und rückblickend unbekümmert und glücklich war und wagte, sich vorzustellen, irgendwann einmal wieder an den von ihr am meisten geliebten Ort zu fahren.

2. Die Komposition der Schmerz- und Linderungsmusik

Im Rahmen des zweiten Behandlungsschrittes wird der Patient gebeten, zusammen mit der Therapeutin mit Hilfe der im Musiktherapieraum befindlichen Instrumente Klänge und Geräusche herzustellen, die seinem Schmerzempfinden Ausdruck verleihen. Dabei können beide – Patient und Therapeutin – auf die im Rahmen des Schmerzinterviews verwendeten Beschreibungen und Bilder zurückgreifen, z. B. auf Ähnlichkeitsverhältnisse zwischen dem beschriebenen Schmerzerleben und den konkreten Bewegungen bei der Handhabung der Instrumente wie „hämmern“, „kratzen“, „stechen“, „bohren“ o. ä. (vgl. Metzner 2009). Ganz konkret sieht das zumeist so aus, dass die Patienten erst einmal selbst verschiedene Instrumente und unterschiedliche Arten der Klangerzeugung ausprobieren und/oder der Therapeut ihnen bestimmte Instrumente oder Spielarten vorschlägt. Letztendlich spielt jedoch der Therapeut nach Anweisung des jeweiligen Patienten für diesen. Immer wieder verblüffend und auch anrührend ist, dass die Patienten meist sehr genau wissen, welcher Klang, welches Geräusch wirklich passt und welches nicht. Gerade auch Patienten, die ihren Schmerz verbal nicht so gut oder gar nicht beschreiben konnten.

Wichtig ist, dass die schließlich fertig komponierte Schmerzmusik dem Schmerzerleben des Patienten auch wirklich nahe kommt! Natürlich wissen Patient wie Therapeut, dass eine ganzheitliche Erfassung des Schmerzgeschehens über die Musik nicht gelingen kann! Und doch haben die Patienten immer ein Gespür dafür, wann es „stimmt“. Der Therapeut ist in diesem Behandlungsschritt vor allem Berater, Mit-Fühlender und natürlich Musiker, der die Vorstellungen des Patienten musikalisch umsetzt.

Frau A. z. B., die so viel Zeit und Raum gebraucht hatte, um ihre Geschichte erzählen und endlich Resonanz verspüren zu können, fand für ihren so allumfassend und konturlos erlebten Schmerz recht schnell die Möglichkeit des musikalischen Ausdrucks mit tiefen Clustern am Klavier. Darüber hinaus bauten wir das Klavier auseinander und ich musste mit einem Schlägel schnell und voller Druck über die nun offen liegenden tiefen Basssaiten des Instrumentes streichen. Unterbrochen wurden diese Klangflächen von „Kettenrasseln“ an der Cabasa und kurzen, harten Schlägen auf die Pauke.

[Im Rahmen des Vortrages wurde die beschriebene Schmerzmusik an dieser Stelle vorgespielt und die Zuhörer bekamen einen deutlichen Eindruck von den Gefühlen des Überwältigt-Werdens und der Ohnmacht, die in dieser Musik zum Ausdruck kamen.]

Genau so wie mit dem im Schmerzinterview explorierten Schmerzerleben des Patienten verfahren wir anschließend mit den von dem Patienten geäußerten Vorstellungen von Linderung und komponieren gemeinsam die sog. Linderungsmusik. Auch hier ist es eindrücklich, dass auch Patienten, die schon alle Hoffnung auf Besserung aufgegeben hatten und im Rahmen des Schmerzinterviews Mühe hatten, so etwas wie „Linderung“ zu imaginieren, sehr genau „wissen“, wie ihre Linderungsmusik klingen muss und sehr sensibel dafür sind, welche Töne und Klänge die Therapeutin produzieren darf und soll.

Frau B., der im Interview zur Linderung nur eingefallen war, dass der Schmerz eben weg oder wenigstens erträglich sein sollte, entwickelte bei der Komposition der Linderungsmusik eindruckliche Bilder teils ihr bekannter, teils phantasierter Landschaften und schrieb mir Ton für Ton mit äußerster Genauigkeit in Tempo, Dynamik und Agogik vor, wie ich ihre Linderungsmusik auf der Altblockflöte zu spielen hätte.

Während sich die Komposition der Schmerzmusik mit Herrn C. zunächst schwierig gestaltet hatte, da er immer wieder auf bekannte Instrumente und musikalische Muster zurückgriff, was ihm zwar Halt und Sicherheit gab, jedoch nicht zu dem erwünschten Selbstaussdruck führte und es viel Fingerspitzengefühl brauchte, bis auch er sich traute, seinem Schmerz und den damit verbundenen Verlassenheitsgefühlen musikalisch Ausdruck zu verleihen, fiel es ihm um so leichter, mir Anweisungen für die Linderungsmusik zu geben: Ich sollte auf dem Klavier etwas hin und her schaukelndes in gleichbleibender Lautstärke spielen; etwas wiegenliedartiges, und dazu summen – „Wenn man das Kind zu Bett bringt und die Mutter noch singt“, assoziierte er dazu und fand damit ein anrührendes Gegenbild zu seinen schmerzvollen Gefühlen der Einsamkeit und des Verlassenseins.

3. Anwendungsphase

Der dritte methodische Schritt der Musik-imaginativen Schmerzbehandlung ist die Anwendungsphase. Der Patient kann sich, je nach Wunsch, bequem setzen oder auch hinlegen und der Therapeut intoniert die in der Stunde zuvor komponierte Schmerz- und Linderungsmusik ohne dazwischen liegende Pause für den Patienten. Einerseits kann sich der Patient dabei der Musik und den dadurch ausgelösten inneren Bildern, körperlichen Reaktionen usw. zuwenden. Andererseits ist er insofern aktiv, als er die Zeichen für den Beginn der Intonation der Schmerzmusik, für ihr Ende und auch für das der Linderungsmusik gibt sowie alle darüber hinaus im Kompositionsprozess vereinbarten Zeichen z. B. für Instrumentenwechsel, Steigerungen von Tempo und Dynamik o. ä. Während der Intonation der Schmerzmusik setzt sich der Patient noch einmal intensiv mit dem Schmerzerleben auseinander. Fast immer kommt es – wie auch im Zusammenhang mit der Komposition der Schmerzmusik – zu einer kurzfristigen, häufig am Körperausdruck des Patienten deutlich sichtbaren Intensivierung des Schmerzerlebens, die bei dem übergangslosen aber selbst intendierten Wechsel zur Linderungsmusik zumeist einer eben so deutlich sichtbaren und spürbaren Entspannung weicht.

[An dieser Stelle wurde im Rahmen des Vortrages die vollständige Komposition der Schmerz- und Linderungsmusik von Herrn C. vorgespielt.]

4. Reflexion

Die letzte Phase der Musik-imaginativen Schmerzbehandlung ist der Reflektion von Eindrücken, Erkenntnissen oder auch Schwierigkeiten während der Anwendungsphase und der gesamten Behandlung gewidmet sowie natürlich den Rückmeldungen des Patienten bezüglich der Wirksamkeit der Behandlung.

Nach Absprache bekommt der Patient in diesem Rahmen auch eine CD mit der Aufnahme seiner Schmerz- und Linderungsmusik, die während der Anwendungsphase erstellt wur-

de, ausgehändigt. Das reflektierende Nachgespräch findet zumeist ein bis zwei Wochen nach der Anwendung statt.

Frau A. berichtet im Nachgespräch, dass sie gar nicht sagen könne, ob die Behandlung bei ihr geholfen habe: Zunächst habe die Schmerzintensität tatsächlich deutlich abgenommen, aber dann erfuhr sie, dass sie auch bei ihrer jetzigen Arbeitsstelle gekündigt werden solle und reagierte darauf, wie sie es schon von sich kenne, mit einer Verstärkung der Schmerzen. An die Schmerzmusik könne sie sich gar nicht mehr erinnern und würde sie gerne noch einmal mit mir zusammen anhören. Das tun wir, und sie ist entsetzt: Das sei ja fürchterlich! Nein, so schlimm sei ihr Schmerz nun wirklich nicht (mehr?)!

Frau B. kommt kopfschüttelnd in die nächste Stunde und meint: „Es ist mir zwar schleierhaft, wie man einen so lange bestehenden Schmerz mit so handfesten Ursachen einfach so „wegspielen“ kann, aber um so mehr genieße ich die Schmerzfreiheit – ein ganz neues Lebensgefühl!“.

Herr C. erzählt, dass sich der Schmerz im Kopf- und Gesichtsbereich „ganz positiv“ entwickelt habe, er trete zwar nicht seltener auf, sei aber weniger intensiv. Auf der Schmerzskala liege er jetzt so bei vier bis fünf. Dann vergewissert er sich, dass wir doch aber bis zu seiner Entlassung noch zwei Stunden hätten, und als ich bejahe, greift er noch einmal das Thema seines Trennungsschmerzes auf und wünscht sich, dass wir in diesen Stunden gemeinsam singen.

Indikation

Die Musik-imaginative Schmerzbehandlung kann grundsätzlich bei jeder Art von Schmerz wirksam werden, egal, ob es sich um akuten oder chronischen Schmerz handelt und unabhängig von Schmerzursache und Schmerzintensität. In den USA wurde das Verfahren ursprünglich für die Behandlung bei Kindern, die postoperativ an akuten Schmerzen litten, entwickelt und mit großem Erfolg angewendet und dann erst auf andere Bereiche übertragen. In Deutschland wird die Musik-imaginative Schmerzbehandlung im ambulanten Setting sowie stationär in der Psychosomatik, in der Onkologie und in der Orthopädie von inzwischen etwa 20 MusiktherapeutInnen angewendet. Hinzu kommt, vertreten durch die Tätigkeit der Autorin, die Anwendung des Verfahrens in der Psychiatrie. Dem Umstand, dass psychiatrische Diagnosen und insbesondere psychotische Erkrankungen ursprünglich als Kontraindikation galten, stehen positive Erfahrungen der Autorin wie die beschriebenen gegenüber, die die Schlussfolgerung zulassen, dass die Kontraindikation „psychiatrische Diagnose“ zu pauschal und zu ungenau ist. Zum Einen gibt es ja durchaus Überschneidungen zwischen den Bereichen Psychiatrie und Psychosomatik, wo dieses Verfahren schon länger und ebenfalls sehr erfolgreich eingesetzt wird. Zum Anderen kommt es eher auf den aktuellen Zustand des Patienten, auf seine Motivation und die Fähigkeit, eine therapeutische Beziehung aufbauen zu können, sowie auf die Erfahrungen des jeweiligen Therapeuten in der psychotherapeutischen Arbeit mit psychiatrischen Patienten an. Metzner schreibt zum Thema Kontraindikation: „Hingegen ist eine Kontraindika-

tion bei Patienten zu stellen, die sich in einem medizinisch oder psychisch sehr instabilen Zustand befinden“ (Metzner 2008, 38) und präzisiert dann: „Diagnostisch betrachtet gilt die Kontraindikation bei ausgeprägteren Formen von Depression, posttraumatischen und dissoziativen Störungen oder bei einer psychotischen Vulnerabilität“ (ebd.). Die Mitglieder des von Prof. Susanne Metzner gegründeten „Kompetenznetzwerkes Musik-imaginative Schmerzbehandlung“, dem Musiktherapeutinnen aus Deutschland und Österreich angehören, die in dieser Methode ausgebildet sind und damit in unterschiedlichen klinischen Bereichen arbeiten, sind aktuell damit beschäftigt, diese Kriterien zu präzisieren, Erfahrungen zu sammeln und Daten auszuwerten, um hier klarere Aussagen treffen zu können.

Forschung

Bisherige Forschungen in den USA haben sich vor allem mit Fragen zur Wirksamkeit dieser Methode beschäftigt und die guten klinischen Erfahrungen eindeutig belegen können. Im Rahmen quantitativer Studien konnte die Wirkung der Musik-imaginativen Schmerzbehandlung im Vergleich mit einer Kontrollgruppe von ausschließlich medikamentös behandelten Patienten gut belegt werden (z. B.: Dileo/Bradt 1999, Bradt, J. 2001, Schwoebel, J. et al. 2002; zit. nach Schrauth 2010). Über die Frage, ob die Methode wirkt hinaus ist die Frage, was genau daran wirksam ist; wie also dieses Verfahren wirkt, von besonderem wissenschaftlichen Interesse. Das methodische Vorgehen beinhaltet ja unterschiedliche Bausteine und Vorgehensweisen, die bezüglich der Wirksamkeit zusammenspielen, aber ganz sicher bei jedem Patienten anders gewichtet sind, wie den Fallvignetten vielleicht schon zu entnehmen war. Anhand der Fallbeispiele dürfte ebenfalls nachvollziehbar geworden sein, dass diese Methode den allgemeinen Wirkprinzipien von Psychotherapie (vgl. Metzner 2009 nach Grawe et al. 1994) folgt und sowohl die Problemaktualisierung als auch die Ressourcenaktivierung, aber auch die Bewältigungs- und Klärungsperspektive beinhaltet. Unter diesen Gesichtspunkten lässt sich die Musik-imaginative Schmerzbehandlung aus weiteren, sehr unterschiedlichen Perspektiven betrachten, um einzelne Wirkfaktoren dieser vielschichtigen Prozesse zu identifizieren und zu untersuchen.

Die in der Psychosomatik tätige Musiktherapeutin Ruth Liesert (2011) beispielsweise beschäftigt sich in ihrem Beitrag damit, welche psychodynamischen Prozesse die Struktur der Musik-imaginativen Schmerzbehandlung anregen kann und legt dar, dass und wie diese Methode in dem von ihr vorgestellten Fallbeispiel ganz speziell dazu beiträgt, Selbstobjektfunktionen zu gewähren und Selbstobjektdifferenzierungen zu ermöglichen. Weitere wichtige Wirkfaktoren sind die bei diesem Vorgehen möglich werdende Expression sowie das Ermöglichen eines Erlebens der Selbstwirksamkeit und Kontrolle: Der ebenfalls in der Psychosomatik tätige Musiktherapeut Thomas Schrauth (2010) konnte diesbezüglich die besondere Bedeutung des Wechsels von der Schmerz zur Linderungsmusik herausarbeiten und betont vor allem die Bedeutung von Expression und Externalisierung sowie den Umstand, dass die Patienten mithilfe der Komposition und ihrer aktiven Rolle bei der Anwendung der Musik aktiv Einfluss auf ihre Schmerzen nehmen können und exemplarisch die Kontrolle über ihre Schmerzen zurückgewinnen. Und nicht zuletzt spielen natürlich auch neurophysiologische Wirkmechanismen eine wesentliche Rolle. In Kooperation mit dem Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf ging die Musiktherapeutin Prof. Susanne Metzner im Rahmen einer experimentellen Studie mit Hilfe der Magnetenzephalographie der Frage nach Zusammenhängen zwischen der sensorischen

und affektiven Schmerzwahrnehmung und der Aktivitätsdynamik im Gehirn nach (Hauck, M. et al. 2013). In Anlehnung an das methodische Vorgehen im Rahmen der Musik-imaginativen Schmerzbehandlung wurde untersucht, ob und wie selbstkomponierte Schmerz- und Linderungsmusiken sowie eine jeweils ganz persönliche Entspannungsmusik die Wahrnehmung und kortikale Verarbeitung von Schmerzen beeinflussen können. Die Ergebnisse sind unglaublich spannend und sehr eindrücklich! Es wurde deutlich, dass ein gleichbleibender Schmerzstimulus nur durch das Hören unterschiedlicher Musik von den Probanden unterschiedlich schmerzhaft wahrgenommen wurde. Konkret konnte gezeigt werden, dass das Gehirn innerhalb von Millisekunden auf die Klangereignisse reagiert, und zwar umso stärker, je emotional bedeutsamer die Musik war und dass dabei vor allem die für die Schmerzverarbeitung relevanten Hirnregionen aktiv waren. Der Einfluss auf das unangenehme Schmerzempfinden war dabei größer als der auf die Schmerzstärke. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass die erhobenen neurophysiologischen Daten mit den psychophysischen Daten, also den subjektiven Einschätzungen der Probanden, übereinstimmten.

Abschließende Gedanken

Aktuell wird das Potential der Musiktherapie im klinischen Alltag noch lange nicht ausgeschöpft! Studien wie die erwähnten liefern Erklärungen für den Erfolg musiktherapeutischer Behandlungen wie z. B. der Musik-imaginativen Schmerzbehandlung und unterstützen - wie die positiven Behandlungsergebnisse selbst - die Notwendigkeit des Einsatzes der Musiktherapie im klinischen Alltag als nichtinvasive Methode z. B. zur Behandlung von (chronischen) Schmerzen.

George, N. (2013) Das Lavendelzimmer. Verlag Droemer/Knaur

Hauck, M.; Metzner, S.; Rohlfes F.; Lorenz, J.; Engel, A.K. (2013) The influence of music and music therapy on neuronal pain induced neuronal oscillations measured by MEG". *Pain*®154(4): 539-47

Hillecke (2005): "Heidelberger Musiktherapiemanual: Chronischer, nicht maligner Schmerz" uni-edition GmbH, Berlin

Hillecke et al. (2008): "Das Heidelberger Modell der Musiktherapie bei chronischen Schmerzerkrankungen – Forschungsergebnisse im Überblick" In: Nöcker-Ribaupierre (Hg.) (2008) „Musiktherapie und Schmerz“ Reichert Verlag Wiesbaden, 93-118

Hoffman, (2008): "Aktive Musiktherapie bei chronischen Schmerzen – eine Pilotstudie" In: Nöcker-Ribaupierre (Hg.) (2008) „Musiktherapie und Schmerz“ Reichert Verlag Wiesbaden, 73-91

Liesert, R. (2011): „Möglichkeiten der Selbstobjektdifferenzierung im Kontext der „Musik-imaginativen Schmerzbehandlung“ In: DMtG (Hg.): Jahrbuch Musiktherapie Bd.7, Reichert Verlag, Wiesbaden

Metzner, S. (2008): Über die Kluft vom Tatsächlichen zum Möglichen“ Die Wirksamkeit von Musik in der Musik-imaginativen Schmerzbehandlung“ In: Nöcker-Ribaupierre (Hg.) (2008) „Musiktherapie und Schmerz“ Reichert Verlag Wiesbaden, 31-47

(2009): „Musik-imaginative Schmerzbehandlung (Entrainment)“. In: Lexikon Musiktherapie, H.-H. Decker-Voigt, E. Weymann (Hg.), Hogrefe Verlag Göttingen

(2011): „Einführung in die Musik-imaginative Schmerzbehandlung“ Eröffnungsvortrag zum weiterbildenden Studienprogramm Musiktherapeutische Schmerzbehandlung an der Hochschule Magdeburg-Stendal, Unv. Manuskript

Nöcker-Ribaupierre (Hg.) (2008): „Musiktherapie und Schmerz“ Reichert Verlag Wiesbaden

Rohlfes, F. E. V. (2010): „Experiment zum Einfluss von Musik auf die kortikale Schmerzverarbeitung“ Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin an der Med. Fakultät der Universität Hamburg

Schrauth, Th. (2010): „Die Musik in der Musik-imaginativen Schmerzbehandlung (Entrainment)“ Unv. Masterthesis im Studiengang „Methoden Musiktherapeutischer Forschung und Praxis“ an der Hochschule Magdeburg/Stendal (FH)

Spintge, R. (2000): Musik in Anaesthesie und Schmerztherapie. Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie 35, 254-261

(2007): „Ausgewählte Aspekte und Grundlagen musikmedizinischer Anwendungen. In: Musik im Gesundheitswesen, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Gmündner Ersatzkasse (Hg.), Bd. 47, 8-26

Musiktherapie mit jungen Erwachsenen

Katrin Pumplün

Zusammenfassung

In der stationären Arbeit mit jungen Erwachsenen kann, da sich ihre seelische und psychische Entwicklung in einem frühen Stadium befindet, viel bewegt und entwickelt werden. Die Musiktherapie bietet eine Interaktion, in der ein Prozess angeregt und begleitet werden kann. Anhand beschriebener Tendenzen der musikalischen Gestaltung werden mögliche Therapieschritte und -ziele formuliert und an Fallbeispielen verdeutlicht.

Die Abteilung

Die Station für junge Erwachsene im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke ist dem Bereich der Erwachsenenpsychiatrie untergeordnet. Sie wurde vor 25 Jahren mit der Idee gegründet, dass einem Patienten mit dem Erreichen des 18. Lebensjahres nicht unbedingt das Setting der Erwachsenenpsychiatrie gerecht werden kann. Infolgedessen ist ein entsprechendes Therapieangebot entwickelt worden, welches sich an junge Erwachsene in einem Alter zwischen 16-24 Jahren richtet. Die Station umfasst 15 Betten und wird von einem Team aus Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und Pflegenden geführt, ergänzt von Lehrern und Therapeuten. Neben einem Milieutherapeutischen Setting und Ergotherapeutischen Angeboten wie Gartentherapie und Werken (mit Holz), Weben, Kochen und Backen, einem sportlichen Aktivierungsprogramm und Schulunterricht werden verschiedene Kunsttherapien: Dramatherapie und Sprachgestaltung, Plastizieren mit Ton und Speckstein, Maltherapie, Heileurythmie und Musiktherapie angeboten. Der individuelle Stundenplan eines Patienten setzt sich zusammen aus einem festen Rahmenprogramm, zugewiesenen Therapien und selbst gewünschten Aktivitäten.

Der Musiktherapeutische Ansatz

Am GKH wird die „schöpferische Musiktherapie“ nach Paul Nordoff und Clive Robbins als ein aktiver und künstlerischer Ansatz praktiziert (vergl. Gustorff, 1997 und Ansdell, 1995 und Ansdell 2014). Im Musikraum stehen verschiedene Instrumente aus dem Bereich des Schlagwerkes zur Verfügung. Dazu gehören Trommeln und Becken des Schlagzeugs, verschiedene Handtrommeln, Stabspiele (wie das Xylophon und das Metallophon), Steeldrums, Gitarren und Tasteninstrumente. Für die Patienten gibt es die Möglichkeit, Instrumente mitzubringen und die eigene Stimme einzusetzen. Sie werden eingeladen, ein von ihnen gewähltes Instrument auszuprobieren, Klänge zu erzeugen und sich musikalisch auszudrücken. Das Spiel des Patienten wird vom Musiktherapeuten am Klavier begleitet, unterstützt, gefordert und umrahmt. Musik wird dabei als eine über das Hören erlernte Sprache verstanden und künstlerisch eingesetzt. Es wird meist frei improvisierend gestaltet. In dem entstehenden Dialog kann an Kreativität, Struktur und Form, aber auch Flexibilität gearbeitet werden. Auf der Beziehungsebene rückt die Kontaktgestaltung in den Mittelpunkt des Geschehens. So kommt es zu einem authentischen Ausdruck des Patienten, in dem sich direkt Charakterzüge, Gefühle, Befindlichkeiten und Verhaltensmuster zeigen. Es steht nicht die Interpretation dieses Ausdrucks im Fokus der Therapie,

vielmehr wird dieser Ausdruck musikalisch aufgegriffen, und es beginnt eine Entwicklung der Gestaltungsbandbreite oder Konkretisierung der Gestaltung. Dabei bietet die Musik eine Vielfalt an Bausteinen: musikalische Parameter wie Tempo, Lautstärke, Rhythmus und Phrasierung, formgestaltende Prinzipien wie der Kontrapunkt, Lied und Tanzformen, die Melodielehre mit Motiv und Variationsmöglichkeiten in Form von Wiederholung und Verarbeitung und die Harmonielehre mit den unterschiedlichsten Skalen (aus allen Kulturkreisen) und Tonarten. Diese Bausteine erklingen als Ausdrucksmöglichkeiten, dienen aber ebenso als therapeutisches Werkzeug. Gleichzeitig stellt die therapeutische Situation eine Interaktion dar, innerhalb derer die Musik als Kammermusik ein soziales Übungsfeld bietet für das Zuhören, Gehört werden, für reaktives Gestalten und Initiieren, für ein Führen und Begleiten, für eine spannungsreiche Auseinandersetzung oder eine harmonische Zusammenführung.

Die Schöpferische Musiktherapie stellt somit den Menschen mit seinen natürlichen Potentialen in den Mittelpunkt: „Die Möglichkeit und Fähigkeit zu künstlerischem Schaffen wird als entscheidendes Merkmal menschlichen Daseins verstanden. Das alltägliche Leben vollzieht der Mensch, indem er wahrnimmt, erlebt und gestaltet in Beziehung zu und unter Einbeziehung von den ihn umgebenden Menschen und Gegebenheiten. Im Idealfall handelt er dabei in Autonomie, Selbstbestimmtheit und mit intentionaler Kraft.“ (Gustorff, 1997, S.4)

Indikationen für die Musiktherapie und Fallbeispiele

In den Diagnosen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen tauchen überdurchschnittlich oft Depressionen und häufig Entwicklungsstörungen auf. Unabhängig von der Klassifikation der psychischen Störung bringen nahezu alle Patienten einen Verlust der Tagesstruktur mit den alltäglichen Tätigkeiten, einen sozialen Rückzug und Abbrüche in ihrer Lebensplanung mit.

Die Indikationen der Psychologen und Ärzte für die musiktherapeutischen Anforderungen lauten häufig: Dialogfähigkeit erarbeiten, Auseinandersetzungsfähigkeit erarbeiten, Interaktion üben oder Verbindlichkeit in der Kommunikation erleben.

Die Wunschziele der Patienten beziehen sich meistens auf mehr Selbstbewusstsein, dem Wiedererlangen einer Tagesstruktur und dem Erarbeiten einer Perspektive.

In der Entwicklung zum erwachsenen Menschen bilden die jungen Leute Fähigkeiten aus, die sie zur Selbstständigkeit reifen lassen. Sie können dann Initiative ergreifen, Entscheidungen treffen, bewusst die Zeit strukturieren, eigene Standpunkte vertreten. Häufig müssen diese Reifungsprozesse nachgeholt werden, da sie durch Erkrankung oder auf Grund einer Lebenskrise zum Stillstand kamen.

Aus dieser Notwendigkeit können sich die musiktherapeutischen Schwerpunkte ableiten lassen. Diese lauten:

1. Verbindlichkeit in der Beziehung, vor allem in Beziehung zu sich selbst

2. Gestaltung von Zeit
3. Selbstwirksamkeit
4. Verantwortung für die Dialoggestaltung

Hört und beschreibt man die entstehende Musik aus diesen unterschiedlichen „Blickwinkeln“ so ergeben sich daraus musiktherapeutische Arbeitsschritte, welche beispielhaft in den folgenden Abschnitten beschrieben werden.

1. Es kommt eine Unbeweglichkeit und Passivität zum Ausdruck:

Der Patient kann sich nicht gut auf eine Zusammenarbeit einlassen. Er macht gestellte Aufgaben nur halbherzig. Er ist unpünktlich und vernachlässigt ein regelmäßiges Besuchen der Therapien, ist unverbindlich in Absprachen aller Art. Er schiebt anderen die Verantwortung für seine schlechte Befindlichkeit zu und fordert mit seinem Verhalten viel Aufmerksamkeit und Sicherheit auf der Beziehungsebene.

Beim Musizieren ist er in Klang und Gestaltung nicht mit seiner Aktivität verbunden, nimmt sich nicht ernst oder hört sich nicht zu, wirkt abwesend oder abgelenkt. Der Patient setzt Anregungen nicht direkt um oder zeigt wenig Möglichkeiten, sich auf musikalische Angebote einzulassen. Er akzeptiert die Improvisation nicht als künstlerischen Prozess, sondern versucht die musiktherapeutische Veranstaltung als Musikunterricht zu degradieren.

Ein sich daraus ergebendes musiktherapeutisches Ziel ist, die Motivation anzuregen und Erfolgserlebnisse zu vermitteln. Es werden Gestaltungsfreiräume und Gestaltungsmöglichkeiten aufgezeigt. (Verbal können Bezüge zum allgemeinen Therapieverlauf hergestellt werden)

Ein Fallbeispiel:

Eine junge Frau hat viele Abbrüche erlebt. Die Schule abgeschlossen hat sie die Ausbildung ihrer Wahl begonnen, konnte diese aber nicht fortsetzen, da Angst- und Panikattacken sie davon abhielten. Um die Zeit zu überbrücken, die sie pausierte, machte sie Praktika und half in einer Familie aus. Alle Versuche jedoch, wieder einen geregelten Alltag aufzunehmen scheiterten. Sie selbst wünschte sich für den Aufenthalt, dass sie frei von Angst ihre Ausbildung beenden könne. Die Ärztin forderte Musiktherapie an, um ihren Umgang mit Gefühlen zu stärken.

In die Musiktherapie kam eine junge, selbstbewusst wirkende Frau, die fröhlich und mit deutlicher Stimme ihre Geschichte erzählte. Ein Leidensdruck wurde in der Mimik nicht sichtbar. Sie konnte sich relativ spontan auf die Instrumentalimprovisationen einlassen. Diese waren in den ersten Sitzungen geprägt von einem lauten, vehementen Spiel. Scheinbar willkürlich wählte sie Tonfolgen auf den Stabspielen, auf den Trommeln spielte sie ausschließlich metrisch. Dabei schaute sie fast ununterbrochen zur Therapeutin hinüber.

In der vierten Sitzung stand die Patientin an der Standtrommel, einer Tom, und spielte mit nur einem Stock. Das Tempo war relativ hoch, das Spiel sehr dynamisch, laut und

metrisch. Die Therapeutin spielte dazu ein geformtes, in der Struktur überschaubares Klavierstück, und drosselte in einer Überleitung deutlich das Tempo. Zunächst gestaltete die Patientin das Ritardando mit, dann blieb sie bei dem erreichten Tempo, das Klavierspiel der Therapeutin wurde zunächst noch langsamer, passte sich dann dem Tempo der Patientin wieder an.

In dieser Situation konnte die Patientin erleben, dass sie musikalisch eingeladen wird, eine Veränderung mitzugestalten. In dieser Veränderung hat sie möglicherweise die Erfahrung gemacht, sich in einem verbindlichen Kontakt zu erleben und diesen zuzulassen. Dabei wurde sie in dem Gestaltungsprozess unterstützt, eine für sie wichtige Erfahrung, um auch Unterstützung im allgemeinen therapeutischen Prozess zulassen zu können.

2. Im musikalischen Dialog zeigt sich keine (Überschaubarkeit der) Struktur:

Der Patient gestaltet im Moment, wirkt starr und unbeweglich im Ausdruck, phrasiert nicht und formuliert monoton. Oder er wechselt permanent die Idee, ohne es zu einer Vertiefung im gemeinsamen Spiel kommen zu lassen, häufig auch ohne erkennbare oder nachvollziehbare Form.

Beim Singen eines Liedes singt er kurzatmig Wort für Wort. Es fehlt an Phrasierung des Atems.

Das sich hieraus ergebene therapeutische Ziel ist, ein formendes und vorausschauendes Gestalten des Kandidaten zu fördern.

Ein Fallbeispiel:

Ein junger Mann hat einen mehrjährigen Drogenkonsum hinter sich. Die Tagesstruktur ist entgleist, er geht keinem geregelten Tagesablauf mehr nach, hat die Schule aufgegeben und keine Perspektive für sein weiteres Leben. Er kommt, nun stationär, in die Singgruppe und fällt direkt auf durch einen sehr unruhigen Habitus. Er ist sehr leicht ablenkbar, nahezu von jedem Reiz direkt gefangen, redet häufig dazwischen, meistens inhaltlich unbezogen.

Die Psychologen fordern Musiktherapie an mit der Indikation, die Dialogfähigkeit zu fördern.

Der junge Mann selbst wünscht sich mehr Durchhaltevermögen und eine Perspektive. In den ersten Sitzungen kann er sich gut auf die gemeinsamen Improvisationen einlassen. Diese haben gemeinsam, dass sie in einem hohen Tempo gespielt werden, häufig der Kontakt vom Therapeuten aufrecht gehalten werden muss, also noch kein reaktives Gestalten des Patienten hörbar wird. Ein erstes Ziel in dieser Therapie ist, dem jungen Mann sein Spiel bewusst werden zu lassen, ihm einen Zugang und eine Wahrnehmung zu seinem Part bekommen zu lassen.

In der 3. Sitzung spielt der junge Mann die Konga in einem hohen Tempo. Er zeigt in seinem Spiel keine erkennbaren Schwerpunkte oder sich wiederholende Formen, die

nachvollziehbar wären. Die Begleitung der Therapeutin begleitet dieses Spiel und öffnet die Begleitung im Verlauf zu vorhersehbaren Pausen, die dazu führen, dass der Patient ein kleines Solo spielt, welches er gut akzentuieren kann. Der Wechsel zwischen gemeinsamen Spiel und seinem Solo ermöglicht ihm eine Konzentration seiner Aktivität auf einen akzentuierten und durchgeformten Rhythmus.

So hat er die Erfahrung gemacht, eine kleine Form und Struktur mitzugestalten. Gleichzeitig erlebt er sich in einem verbindlichen Kontakt und bekommt, da diese Intervention sich als wiederholbar erweist, eine Wahrnehmung von seiner Gestaltung, sie wird intentional.

3. Es zeigt sich eine eingeschränkte Wahrnehmung vor allem die eigenen Fähigkeiten betreffend:

Der Patient gestaltet rein begleitend, versucht im Voraus zu erraten, was gespielt wird. Er ist mit seiner Wahrnehmung stark bei seinem Gegenüber oder zu sehr bei sich, beispielsweise indem er seine Schläge abzählt und sie isoliert vom Geschehen wahrnimmt. Er trifft keine Entscheidungen oder übernimmt gleichermaßen die Verantwortung für das Fortsetzen einer musikalischen Idee oder Bewegung.

Beim Singen eines Liedes singt er ohne Bezug zu der Begleitung in einem eingeschränkten Tonraum, ohne selbst zu korrigieren.

Kann nicht alleine singend ein Lied wiedergeben, ohne die Tonhöhe oder den Bezug zu der Klavierbegleitung zu verlieren.

Hier liegt der Schwerpunkt auf dem Fördern der eigenständigen Gestaltung in Bezug auf das gemeinsame Musizieren. Der Patient soll sich in seinem Tun als wirksam auf das gemeinsame Musizieren erleben.

Ein Fallbeispiel:

Eine junge Frau kommt mit einer atypischen Anorexie zur stationären Therapie. Im weiteren Verlauf wird eine Biographie mit sehr vielen Beziehungsabbrüchen innerhalb der Familie deutlich. Die Patientin begegnet den Mitarbeitern misstrauisch und zurückhaltend. Sie spricht immer sehr leise und wenig.

In den Musiktherapeutischen Sitzungen versteckt sie sich klanglich hinter dem Spiel der Therapeutin und begleitet ausschließlich metrisch. Wenn das Spiel der Therapeutin leiser wird oder pausiert, bricht sie ihr Spiel ab. Sie zeigt dabei eine sehr wache und feine Wahrnehmung für kleine Veränderungen, ist sehr präsent im Kontakt, gestaltet ihr Spiel aber über eine lange Phase nur innerhalb eines sehr eng gesteckten Gestaltungsrahmens. Sie wird verschiedentlich musikalisch eingeladen, durch Tempo Veränderungen oder rhythmische Angebote, ihr Spiel zu variieren. Auf diese Angebote geht sie nur sehr zögerlich und nur bedingt ein.

In der 10. Sitzung spielt sie die kleine Trommel mit zwei Stöcken. Ihr Spiel ist sehr dezent, leise und metrisch und bedarf des guten Zuhörens und einer transparenten Begleitung am Klavier. Als sie von dem metrischen Spiel zu einem kleinen Rhythmus wechselt, wird dies vom Klavierspiel aufgegriffen und in der Melodie verarbeitet.

So kann die Patientin die Erfahrung machen, dass ihre initiierten Veränderungen eine Wirksamkeit auf die gemeinsam gestaltete Musik haben. Sie macht die Erfahrung, dass sie etwas verändert und sich damit auch der Kontext verändert.

4. Im Spiel der Patienten zeigen sich wenig musikalische Gestaltungsmöglichkeiten:

Der Patient initiiert beispielsweise keine eigenen Ideen. Er tut sich schwer darin, musikalisch Entscheidungen zu treffen. Gestaltungsmöglichkeiten, die er über die Nachahmung gelernt hat, trägt er in Pausen nicht eigenverantwortlich weiter. In Schlußwendungen zieht er sich aus dem Kontakt und lässt den Therapeuten alleine abschließen. Er möchte nur Lieder singen, die er kennt und diese nach Möglichkeit vom Original kopieren. Er tut sich schwer, erarbeitete Songs alleine mit Klavierbegleitung zu singen.

Als therapeutische Ziele gelten die Förderung der Möglichkeit, eigene Ideen in den Raum stellen, eigene musikalische Standpunkte zu vertreten, kleine Soli zu spielen und eigene Liedinterpretationen, mit der Möglichkeit, diese vorzutragen, zu entwickeln.

Ein Fallbeispiel:

Ein junger Mann, der zu Beginn der Musiktherapie sehr unstrukturiert und wenig verbindlich gestaltet hat, bereitet einen selbst gewählten Song vor, den er eigens interpretiert und mit Klavierbegleitung zum Abschluss seines Aufenthaltes der Mitpatientengruppe vorträgt.

Gegen Ende seines etwa sechswöchigen Aufenthaltes entscheidet der Patient sich für einen Popsong. Er übt diesen in den Therapiesitzungen und wird dabei von der Musiktherapeutin am Klavier begleitet. Dadurch bekommt der Song, sonst von einer Band gespielt, schon einen neuen Charakter. Der Patient wird darin unterstützt, auf seine Atmung und die Phrasierung zu achten. Außerdem soll er, angelehnt an den Inhalt des Songs eine dramaturgische Dynamik entwickeln. Dies tut er auch eigenverantwortlich und probiert dann in den Sitzungen aus, was er sich zuvor überlegte.

Im Moment vor dem Vortragen ist er sehr nervös, macht läppische Bemerkungen, wird sehr rotgesichtig. Dann jedoch beginnt er, zu singen und ist von Anfang an sehr präsent in seiner Stimme, die sicher, voll und warm erklingt. Ihm gelingt es, die Hörer zu fesseln, sich zu zentrieren und die Spannung bis zum Schluss zu halten. Ein schönes Erfolgserlebnis und die positive Erfahrung, etwas geschafft zu haben und zu einem Abschluss zu bringen.

Coda

Beschrieben wurden skizzierte Gestaltungstendenzen und Momentaufnahmen, um musiktherapeutische Impulse vorzustellen. Mit Blick auf diese Tendenzen ist es möglich, in der Reflektion der Improvisationen, therapeutische Ziele mit den Patienten zu formulieren und den therapeutischen Weg für sie nachvollziehbar und verständlich werden zu lassen. Eine solche Reflektion kann dazu dienen, dem Patienten die Therapie inhaltlich näher zu bringen. Häufig findet sie jedoch erst in den Schlusssitzungen statt, da das Erleben im Vordergrund steht und nicht das Verstehen. Die Patienten machen die Erfahrung, mit zunehmender Sicherheit, Erfolge verbuchen zu können. Sie erleben, an spannungsreicher, lebendiger und abwechslungsreicher Musik mit zu gestalten. Sie entdecken Fähigkeiten an sich und erleben sich in ihrer musikalischen Aktion als wirksam in Bezug auf den Dialog. Zum Abschluss des therapeutischen Aufenthaltes und der Musiktherapie haben die Patienten die Möglichkeit, durch einen musikalischen Vortrag ein sich gestecktes Ziel zu erreichen. Mit diesen Erfahrungen innerhalb der musikalischen Interaktion kann eine Nachreifung angestoßen werden.

Ansdell, Gary (1995). *Music for Life: Aspects of Creative Music Therapy with Adults Clients*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers

Ansdell, Gary (2014). *How Music Helps in Music Therapy and Everyday Life*. Surrey, Burlington: Ashgate Publishing Company

Gustorff, Dr. (1997). Die Nordoff/Robbins Musiktherapie. Schöpferische Musiktherapie (Kurzüberblick). In D. Aldridge (Hrsg.), *Kairos 1. Beiträge zur Musiktherapie in der Medizin* (S. 4-5). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber

Neurologische Musiktherapie (NMT) - mit Musik das Gehirn „austricksen“

Workshop von Silke Kammer

Musik gilt durch ihre Rhythmik und ihre vorhersehbare Struktur als biologische Sprache des Gehirns. Es gibt kein separates Musikareal im Gehirn, sondern sie steht in ständiger Wechselwirkung mit allen Funktionen und Bereichen wie Motorik, Sprache oder Konzentration. Nach oder bei einer neurologischen Erkrankung wie nach Schlaganfall oder bei Parkinson schafft es die Musik, im Gehirn neue Bahnen zu schaffen, z.B. für Bewegungsabläufe oder Sprach(wieder)anbahnung. In diesem Workshop wurde durch exemplarische Übungen – durch Filmsequenzen dargestellt und zum Selbst ausprobieren – die Methodik der von Michael Thaut begründeten Neurologischen Musiktherapie verdeutlicht und erklärt.

Musiktherapie an sich ist definiert als „...der gezielte Einsatz von Musik im Rahmen der therapeutischen Beziehung zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer, körperlicher und geistiger Gesundheit.“ (Definition der DMtG). Hier wird Musiktherapie vor allem als psychotherapeutisches Verfahren gesehen. Die Musik steht hierbei als non-verbales Kommunikations- und Ausdrucksmittel zur Verfügung.

Die Abkürzung NMT steht für Neurologische Musiktherapie. Als Zusatz in der Berufsbezeichnung zeichnet es den diesen Titel tragenden Musiktherapeuten als zertifizierten neurologischen Musiktherapeuten aus. Diese Zertifizierung wird in Deutschland nach einer mindestens 30stündigen Zusatzausbildung vom Biomedical Research Institute der State University Colorado (www.colostate.edu/dept/cbrm/academymissionstatement.html) ausgestellt.

Als musiktherapeutische Technik ist Neurologische Musiktherapie definiert als der therapeutische Einsatz von Musik bei Patienten mit kognitiven, sensorischen und motorischen Dysfunktionen, die auf eine neurologische Erkrankung des menschlichen Nervensystems zurückzuführen sind und bietet Unterstützung bei funktionalen Veränderungen nicht-musikalischer Gehirn- und Verhaltensfunktionen. Es handelt sich also um eine funktionale Arbeitsweise der Musiktherapie. Die Übungen haben vor allem funktionale Ziele. In diesem Zusammenhang finden Techniken für Sprach(wieder)erwerb und –training, motorische Übungen von der Feinmotorik über einzelne Bewegungsabläufe bis zum Gangtraining und diverse kognitive Übungen zum Konzentrations- und Aufmerksamkeitstraining Anwendung. Die Wirksamkeit der Neurologischen Musiktherapie ist wissenschaftlich evidiert! Der wichtigste Aspekt hierbei ist die rhythmische Unterstützung und das akustische Feedback bei den Übungen. Rhythmische Stimulationen wie das gleichmäßige Ticken des Metronoms oder das unterstützende rhythmische Spiel des Therapeuten wirken ohne Zwischenstation direkt im Gehirn und sprechen alle Bereiche an. Deutlich wird dies im Alltag z.B. dadurch, dass wir unwillkürlich beginnen, mit dem Fuß im Takt zu einer laufenden Musik zu wippen oder uns der Geschwindigkeit einer Person, die mit lauten Absätzen läuft, für kurze Zeit automatisch anpassen. Auch mit den anderen Bereichen des Gehirns ist Musik verknüpft und steht stets in Wechselwirkung.

Exemplarische Erläuterung NMT-Techniken

Die Basis aller NMT-Techniken ist die rhythmische Ankopplung. Mit Hilfe des Metro-
noms oder musikalischer Begleitung seitens des Musiktherapeuten wird dem Patienten
ein gleichbleibender Rhythmus vorgegeben, der den direkten Weg vorgibt. Das Tempo
wird individuell angepasst, aber so schnell wie möglich gewählt. Der rhythmische Schlag
wirkt ohne Zwischenverarbeitung direkt im Gehirn multisensorisch auf alle Bereiche. Das
Gehirn merkt z.B., von Schritt 1 zu Schritt 2 habe ich nur eine bestimmte Zeitspanne zur
Verfügung, also wird der kürzeste, direkte Weg gewählt – der gerade Schritt (statt Bein
nachziehen).

Motorik

- z.B. TIMP – Therapeutisches Instrumentalspiel
Motorische Übungen werden mit Instrumentalspiel verknüpft, z.B. beim Heben des
Beines das Tamburin anschlagen, Rumpfstabilitätstraining durch das wechselseitige
Anschlagen von beidseitig positionierten Instrumenten, z.B. zwei Congas.
- z.B. RAS – Gangtraining mit Rhythmisch akustischer Stimulation
Anhand einer Formel wird die individuelle Schrittgeschwindigkeit des Patienten er-
rechnet. In diesem Tempo (x Schritte / Minute) erfolgt ein Gangtraining mit rhythmischer
Ankopplung. Besonders gut geeignet bei Parkinson!

Sprache

- z.B. VIT – Vokale Intonationstherapie
Atem- und Tonhöhenübungen (ähnlich wie Einsingübungen) zur Verbesserung der
Atmung und des Klanges der Stimme, z.B. bei Dysarthrie.

Kognition

- z.B. MEFT – musikalisches Exekutivfunktionstraining
Die Patienten sollen beispielsweise ein fiktives Konzert vorbereiten. Sie planen Ablauf,
wählen Instrumente aus, erarbeiten eine Partitur usw. Die Handlungen entsprechen
den Abläufen von Alltagshandlungen, z.B. Einkaufen gehen. Die musikalische Metho-
de ist ganzheitlicher und auf mehrere Aktivitäten übertragbar!
- z.B. MNT – musikalisches Neglect-Training
Es werden Klangbausteine aufgebaut, der Patient spielt diese nacheinander. Es sollte
eine eingängige Tonfolge erklingen. Im Laufe der Sitzung werden diese immer wei-
ter in die betroffene Seite auseinander gezogen. Durch die akustische Rückmeldung
merkt der Patient sofort, wenn ein Ton fehlt und muss diesen in der Reihe suchen und
wendet sich in die erlernte Richtung, wo er den fehlenden Ton findet.
- z.B. MACT – Musikalisches Aufmerksamkeitstraining
Es können für alle Formen der Aufmerksamkeit Übungen erstellt werden. Praktische
Aufgabe zum Thema anhaltende Aufmerksamkeit für Sie zum Ausprobieren: Singen
Sie das Lied „Hänschen klein“. Erst 1x gemeinsam, danach singt jeder der Reihe nach
nur 1 Wort – konsequent im Tempo bleiben! Wiederholen Sie so oft, bis derjenige, der
angefangen hat, wieder anfangen würde. Funktioniert am Besten in Gruppen ab 3
Personen.

Literatur und Links

- M. H. THAUT: Rhythm, music and the brain: scientific foundations and clinical applications. Taylor&Francis/Routledge New York 2008
- www.mit-musik-geht-reha-besser.de
- www.musiktherapie.de
- www.musikaufraedern.de

Die Zerdehnung des Augenblicks Über Klangproduktionen und deren Behandlung in der Gruppenmusiktherapie. Eine Werkstattarbeit aus dem Bereich der Psychosomatik

Workshop von Christof Kolb

Immer ist Konzeptuelles im Spiel

Wie der Name „Workshop“ schon sagt, steht bei diesem das gemeinsame Tun im Mittelpunkt, also das Praktische (siehe gr. praktikos - „auf das Handeln gerichtet, tätig, tüchtig“). Praktisches und Theoretisches (aus gr. theoretikos - „beschauend, untersuchend“ und gr. theoria - „Betrachtung“, eigtl. „das Zuschauen“) bilden eine Einheit, brauchen einander.. Im Handeln untersuchen wir wie sich Zusammenhänge herausbilden und diese wiederum werden erprobt in unserem unermüdlichen Tun.

Deshalb bedarf auch unser Praxisversuch einiger vorausgehender Betrachtungen, damit sein Ansatz verständlich wird, denn auch im vermeintlich unbefangenen und unmittelbaren Tun und Handeln ist Konzeptuelles immer mit im Spiel .

Der Titel unseres Workshops enthält einige Implikationen, denen wir nachgehen wollen, um die „Stoßrichtung“ unseres Vorgehens nachzuvollziehen. Wir beginnen mit einer Stelle am Ende des Titels. Es ist da die Rede von einem Werkstattprojekt „aus dem Bereich der Psychosomatik“.

Unser Tun und Handeln ist also kein beliebiges. Wir wollen hier und heute nicht einfach auf den Instrumenten spielen, um uns vielleicht nach den vorher doch eher kopflastigen Vorträgen etwas zu entspannen. Nein, unser Tun ist vielmehr ausgerichtet auf ein bestimmtes Klientel. Das ist gemeint, wenn der Titel hinweist auf ein Behandlungsfeld aus dem Bereich der Psychosomatik.

Menschen, die beispielsweise eine stationäre Behandlung im Rahmen einer Psychosomatischen Rehabilitation aufnehmen, leiden an Störungen, die einer seelischen Behandlung bedürfen.

Eine Behandlung des Seelischen bezieht alles Leiden eines Menschen konsequent auf Störungen in dessen Lebensvollzug, sowohl die psychischen als auch die körperlichen Leiden. Diese eindeutige Bezugnahme fordert auch eine entschiedene Ausrichtung für eine gruppenmusiktherapeutische Behandlung.

Eine solche Gruppenmusiktherapie sollte so beschaffen sein, dass sie in der Lage ist seelische Formen zu entfalten mit all ihrem Können und Nicht-Können (Gestörtem). Diese Entfaltung gelingt uns, indem wir ein einfaches Instrumentarium zur Verfügung stellen.

Die erwachsenen Teilnehmer spielen darauf, ohne durch Vorgaben in eine Richtung ge-

lenkt zu diese werden. Wir bevorzugen dabei ein regelloses Spiel eher primitiven Charakters. Wir setzen auf die Autopoiesis, also die Selbstorganisation des Seelischen, und erwarten durch das einfache Drauflosspielen eine Lockerung von Zwängen oder Verankerungen.

Diese Klangproduktionen sind so gesehen Herstellungen seelischer „Sinnfelder“ (Gabriel 2013), wie sie auch unsere nächtlichen Träume darstellen. Denn auch der Traum entsteht in einer Verfasstheit, wo die Strukturierungsnotwendigkeiten des Alltags aufgehoben sind und mehr Beweglichkeit zu finden ist.

Wenn die eine Hälfte der Teilnehmergruppe als musikalisches Ensemble tätig ist (5 Spieler), die andere als Zuhörer (6 Hörer) und das Spielereignis sich versteht als Auftritt „in einem Konzertsaal“, unterstreicht diese Installation, dass seelische Formen in der Musiktherapie als musikalische Augenblicke oder Geschehnisse auftreten.

Unsere Klangproduktionen in der Musiktherapie sind musikalische Augenblicke, die das Spielensemble entwirft und in die es hineingeworfen wird. Das, was dabei alles geschieht, schürt unsere Neugier ungemein und fordert uns auf die Morphologie (übersetzt: Formenbildung) dieses Augenblickhaften zu erkunden und zu entdecken.

Das Instrumentarium spielt dabei eine wichtige Rolle, da es sich in die fließende Wirklichkeit setzt als „Vorgeformtes (Präformiertes)“ (Waldenfels 1998), quasi etwas, was wir vorfinden und welches dabei unumstößlich feststeht.

So gesehen sind die Klangproduktionen und die Instrumente „Widerlager“ (Salber W. 1997), durch die sich Seelisches in Anderem bricht und dadurch zu etwas Anderem wird. Das Ensemble „gerät so durch sein Spiel in die Welt hinein“, zuerst ohne recht zu wissen, was es da tut. Erst danach, nachträglich, kann es zu erfassen versuchen, welche Art von Drama oder auch Ereignis da denn vonstatten ging.

Methodisch bewerkstelligen wie dieses Erfassen, indem wir das von uns selbst hergestellte Klangereignis zu zerdehnen suchen, den musikalischen Moment entfalten, um seine Formenbildung (Salber W. 1959, 1988/6) freizulegen.

Ein solcher Vorgang kann jedoch nur gelingen, wenn er schrittweise, step by step vollzogen und durchgeführt wird. Ansonsten würden wir versinken in Einmal-Interpretationen, in denen vielerlei Hypothetisches und Spekulatives aufgehoben wäre.

„Schritt- für Schritt-Auslegungen“ (Grootaers 2012) bringen einen Prozess von Kultivierung in Gang, durch den der musikalische Augenblick nicht nur nach und nach begreifbar wird, sondern zugleich auch in eine Entwicklungsbewegung kommt derart, dass er sich zu drehen und wenden beginnt. Durch seine Kultivierung ermöglichen wir es der musikalischen Augenblicks-Gestalt, dass sie sich zu verändern beginnt. Mehr noch: Kultivieren heißt anders werden.

In diesem Behandlungskonzept „macht das Gehirn keinen Sinn“ (Salber L. 2006). Vielmehr

interessiert es sich ausschließlich für die Genese und Verwandlung einer Formenbildung im Behandlungsprozess. Dieser Vorgang wird als Kultivierung bezeichnet (Grootaers 2013).

Wie läuft nun konkret eine solche Behandlungsstunde ab? Vier Schritte sichern unser Vorgehen dabei methodisch ab (I -IV).

Zu Beginn suchen unsere Spieler ihre Spielgeräte. Sie finden etwas, werfen es wieder, stellen Neues zusammen, arrangieren um, bis sie schließlich ihre Wahl getroffen haben (I). Danach folgt die Kreation des musikalischen Augenblick, das Ensemblespiel (II).

Im Weiteren wird unser Werk besprochen in mehreren Variationen und dabei transformiert von seiner klanglichen Manifestation in es beschreibende Wörter und Sätze.

Dabei zerdehnt sich unser Klangwerk dadurch, dass wir Zugänge in verschiedenen Variationen eröffnen.

Anfangs werden Einfälle zum Gesamteindruck des Werkes gesammelt. In einer ersten Polarität werden diese dann in einem ersten Grundverhältnis gebündelt. Desweiteren stellen wir, in neuer Perspektive, weitere Hörerfahrungen zur Verfügung, indem wir die Klangproduktion als Ganzes über das Aufnahmegerät nachhören. Danach werden Details in weiteren Hörpassagen untersucht und dabei herausgehoben. Dieses Zerdehnen wird begleitet durch abschnittsweises Mitteilen des Musiktherapeuten, was sich in unseren Abschnitten jeweils herauskonstruiert, welche Tendenzen wie und in welchem Verhältnis zu den anderen „auftreten“ (wie im Theater) (III).

Zum Schluss hin zentriert der Musiktherapeut das musikalische Geschehen durch eine Art Echo zur Stunde, in dem die Morphologie der ganzen Stunde nochmals kurz entfaltet wird. Die Gestalt unseres Werkes wird dabei in seinen Facetten, Verhältnissen und Bezügen rekonstruiert.

Eine Pause gibt dem Leiter den Raum ein solches Resumee schriftlich zu skizzieren, um es dann dem Ensemble anschaulich vorzutragen (IV).

Auch die Kunstmusik kennt Augenblickskreationen z.B. in Klavierstücken: Die Moments Musicaux von Franz Schubert sind solche Schöpfungen aus der 2.Hälfte des 19.Jhrds., die sich bereits durch ihre freie Form und Bewegung kennzeichnen. Auch seine Impromptus betonen als schnelle Erfindungen den offenen Formcharakter dieser Musik.

Lat.: promptus heißt: Offen sagen, bereit sein, zur Hand haben, leicht zur Hand haben und meint mit lat.: in promptu: Etwas zur Verfügung haben im Sinne einer unvermittelten, unmittelbaren oder prompten Verwirklichung.

Diese schnellen Erfindungen, zu denen wir auch die Spielweise des Improvisierens (lat.: improvidere, übers.: Unvorhergesehenes) dazurechnen können, dürfen jedoch nicht als absolute schöpferische Vorgänge verstanden werden. Es gibt keine reinen Neuschöpfungen, sondern wir knüpfen immer an Bekanntes, schon Dagewesenes, Tradition an, um,

von da herkommend, auf Fremdes zu stoßen, welches uns neugierig macht und anstößt Bekanntes zu verändern, auch zu dekonstruieren und umzuformen (Waldenfels ebenda).

Zusammenfassend heben wir hervor, dass schon Goethe in seinen Schriften zur Naturwissenschaft erwähnt, dass wir Geschehensweisen in der Natur immer nur als „im Augenblick Festgehaltenes“ (Goethe 1977) wahrnehmen können. In diesen, bei uns in der Musiktherapie musikalischen, Augenblicken sind wir zugleich Teilhaber der ganzen Wirklichkeit, die es erst nachträglich zu entdecken gilt, da wir in unserem Mit-sein im Moment selbst darin verwickelt sind. Ganzes (Wirklichkeit) zeigt sich also immer im Teil (Augenblick) und das Teil ist gleich dem Ganzen (siehe: Goethe 2005).

So stoßen wir auch niemals auf Neues als ein direktes Gegenüber, sondern Neues entsteht „anonym“ (Merleau-Ponty 1945, dt. 1966). Nicht ich suche und finde Neues, sondern „es entsteht Neues“.

Gruppenmusiktherapie im Sinne einer Zerdehnung von musikalischen Augenblicken heißt daran teilzuhaben wie Neues entstehen kann (Kultivierung).

Diese Teilhabe ist gerade auch für die Menschen, die unter psychosomatischen Störungen leiden, wesentlich, da dieses Neue auch Möglichkeiten mit sich bringt ins Stocken geratene Lebensvollzüge in (neue) Verwandlungen zu bringen.

Das Workshop-Ereignis

Am 28.09.2013 findet sich um 14.00 Uhr im Rokoko Marmorsaal des Kurhauses in Bad Ems ein elfköpfiges Ensemble zum gemeinsamem Spiel auf einfachem Instrumentarium ein. Es handelt sich bei diesem Zusammentreffen um Teilnehmer des Workshops II der Fachtagung Musik&Medizin, die just an diesem Tag und am Vortag stattfindet.

Das Vorhaben, an „der Zerdehnung eines musikalischen Augenblicks“ (Salber 2001) teilzuhaben, dient dazu seelische Formen im Status Nascendi kennenzulernen und in ihren Drehungen und Entfaltungen „am eigenen Leib“ zu erfahren. Die Teilnehmer sind nämlich als Spieler oder Zuhörer an der Entstehung dieser Formenbildung beteiligt.

Im Kontext eines solchen Workshops dient diese musikalische Arbeit keinen musiktherapeutischen Interessen, sondern vielmehr dem Ansinnen Einblicke in allgemeines seelisches Funktionieren überhaupt zu geben.. Deshalb auch die zuhörende Position des Leiters im Verhältnis zu musiktherapeutischen Behandlungen, in welchen er mitspielt und damit seine Mitbewegung (Gegenübertragung) noch stärker zur Verfügung stellt.

Zuerst sind die Teilnehmer beeindruckt von dem vielseitigen Instrumentarium, das verstreut im vorderen Teil des Saals herumsteht.. Die verschiedenen Klangerzeuger appellieren, sprechen unsere Ensemblespieler auf ihre jeweils eigene Art und Weise an.

Ein Quintett findet sich, sucht sich seine Instrumente heraus, arrangiert sich seine Welt (I) und spielt los, ohne Vorgabe, in der Art eines regellosen Geschehens. So entsteht eine

Klangproduktion, ein „Moment Musical“ (II). Wir befinden uns in einem Konzertsaal. Unser Quintett spielt auf für ein Publikum, das aus sechs Zuhörern besteht. Es begann so „atemlos“, so die Bemerkung einer Zuhörerin zum Spiel des Ensembles. Auf einen anderen Zuhörer wirkt es „angestrengt“.

In diesen ersten Echos zum Gesamteindruck unserer Klangproduktion wird unser musikalisches Geschehen transformiert. Wir beginnen den musikalischen Augenblick mit ihn beschreibenden Wörtern und Sätzen zu entfalten, besser, zu zerdehnen (III).

Die erlebte Anstrengung, die von der zweiten Zuhörerin geäußert wurde, äußert sich bei ihr mitunter darin, dass sie während des Zuhörens „Kopfweg bekommt“.

Auf die Nachfrage des Leiters, wodurch denn diese Angestrengtheit in den Tönen entstanden sei, antwortet sie, dass sie den Eindruck hatte, im Spiel „werde etwas festgehalten“.

Eine dritte Zuhörerin spricht von „einem tiefen Ton, der sehr harmonisch gewesen sei“ und wir machen auf der Suche nach diesem tiefen Ton die Bongos aus, von denen derselbe ausgeht.

Überhaupt sind sich einige der Untersucher einig, „dass das gemeinsame Spiel mit der Zeit harmonischer wurde“, eine Teilnehmerin sagt, „dass die Instrumente nach und nach mehr Raum bekamen“. Zu guter Letzt bemerkt eine weitere Zuhörerin während der Klangproduktion „beinahe eingeschlafen zu sein“.

Dem Workshopleiter gehen, dabei suchend, einige Gedanken zum gemeinsamen Spiel durch den Kopf, die er der Gruppe als Mitteilung zur Verfügung stellt (Rückmeldung 1):

„Anfangs war ich erstaunt über ihre Echos. Atemlos sein, sich anstrengen, Kopfweg bekommen, schienen mir zu dem als ruhiges und plätscherndes Spielgeschehen beschreibbaren Gesamteindruck nicht zu passen. Ich wunderte mich über den doch krassen Unterschied zwischen den Wahrnehmungen der Zuhörer und meiner eigenen.

Jedoch vergegenwärtigte ich mir schon beim ersten Hören, dass in der Produktion zwei entgegengesetzte Tendenzen (Grundverhältnis) aufzufinden waren: Einmal regelmäßige Bewegungen, davon gleich mehrere verschiedene (erst von den Röhrenglocken, dann eine andere von der Leier, schließlich eine dritte der Bongos), zum andern ein eher unregelmäßiges Fließen von den restlichen Instrumenten herrührend (vor allem von der Schlitztrommel und der Calimba).

Es war mir beim zweiten Nachfassen so, als ´schlummere` in unserer Klangproduktion eine ganze Menge mehr, als es sich uns auf den ersten Eindruck erschließt.“

Die Behandlung unserer Klangproduktion sieht methodisch vor, dass das gemeinsame Spiel weiter zerdehnt wird, indem es in ganzer Länge nochmals vom Tonträger gehört wird.

Dadurch eröffnet sich eine zweite Hörperspektive, entsprechend beispielsweise der Mehrperspektivität bei der Betrachtung kubistischer Kunstwerke.

Neue Eindrücke stellen sich ein:

Jetzt wird von einem Teilnehmer „der durchgehende, regelmäßige Rhythmus“ von einigen Instrumenten (siehe oben) ausgemacht. Schnell kommt auch der Gegenpart ins Spiel. Jemand bemerkt, dass da auch „etwas unsicheres da sei“, ein „Trappeln“ oder eine „Art vorsichtige Neugier“. Dieser Gegenpart ist weniger regelmäßig, sondern vielmehr bewegter oder „schwankender“. Dazu passt das Bild „eines Kamelritts“, der Einfall eines weiteren Teilnehmers.

Interessanterweise wird das „Gewoge des Kamelritts“ als „etwas harmonisches“ erlebt wie überhaupt in unserem zweiten Durchgang das gesamte Geschehen unserer Klangproduktion in seiner Wirkungsweise viel harmonischer wegkommt als bei der ersten Version. Es wird als stimmiger wahrgenommen.

Trotzdem verspüren zwei Teilnehmer noch anderes, davon Abweichendes: „Etwas bedrohliches“ nähme sie war und da war „Beunruhigendes im Spiel“, so die beiden Bemerkungen.

Der Begriff ‚im Spiel sein‘ meint hier zweierlei: Einerseits natürlich das gemeinsame Spiel der Gruppe, aber auch, dass da noch anderes, bisher noch schwer greifbares, mitwirkt.

Dazu wieder die zusammenfassenden Sätze des Leiters (Rückmeldung 2):

„Wir können jetzt den Zusammenhang unseres Klanggeschehens schon genauer fassen: Offensichtlich haben wir es mit einer interessanten Zweiteilung zu tun. Einem regelmäßigen Muster stehen unregelmäßige und schwankende Bewegungen gegenüber. Auf der einen Seite wird das Klanggeschehen als harmonisch und wohltuend erlebt, wie es das Bild des Kamelritts es auch vermittelt, auf der anderen Seite spüren sie ein relativ diffuses, aber doch wahrnehmbares Drängen. Es ist, als ob sich da auch noch ‚wildere‘ Regungen zu tummeln scheinen. Diese sich nunmehr herauskristallisierende Zweiseitigkeit in unserem Werk können wir als vorläufiges Ergebnis des nunmehr zweiten Behandlungsschrittes herausstellen.“

Unsere Zerdehnung des musikalischen Augenblicks wird fortgesetzt durch eine weitere Drehung im Behandlungsverlauf. Diese dritte Drehung richtet ihre Aufmerksamkeit nunmehr auf die Einzelheiten im Spiel, die Details. Kleine Hörpassagen führen an Mikromuster heran, die sich als interessante Gestaltungen entdecken lassen. Diese musikalischen Teile verweisen jedoch zugleich auf grundlegende Verhältnisse, die unsere Produktion bestimmen (Ganzes).

In unserem „Fall“ hören wir nun tatsächlich ein solches musikalisches Detail. Etwa in der Mitte des Spiels steigert sich klar hörbar das bisher unruhige, aber sehr leise Spiel der Calimba.

Dies wird, deutlich hörbar, schneller und steigert sich auch, indem sie lauter wird. Die bisher so klar aufgeteilte Ordnung, die zwei Seiten von Regelmäßigkeit und Schwankung zugleich, verliert gewissermaßen ihr Gleichgewicht und die drängenden und sich steigenden Tendenzen verstärken sich zunehmend. Es ist der Moment, wo das Gleichgewicht aus dem Ruder gerät. Dieses Mikromoment, das noch bestehende Dasein einer Form und das gleichzeitig aus dieser Form Herausgehende, was immer mehr zunimmt, ist ein Übergang und ein neuer Trend: Die Entstehung einer starken Beunruhigung, die sich im Gefühl von Bedrohung und dem körperlichen Erleben von Kopfschmerz äußert.

Der Leiter antwortet der Gruppe wieder, in dem ihr er die wichtigsten Konstruktionszüge dieses Behandlungsabschnitts mitteilt (Rückmeldung 3):

„Etwas gerät aus dem Ruder. Diese sich verdeutlichende und verstärkende Unruhe ist der Zugewinn aus dem vorigen Zugleich. Sie überwiegt jetzt und belebt unser Werk. Zugleich macht sie ihm zu schaffen, denn sie löst Verankerungen und drängt. Wir haben es mit einem Stellenwechsel zu tun. Im Falle unseres Werks ist es die Genese einer (nicht mehr zu überhörenden) Loslösung.“

Der letzte Schritt unserer Unternehmung vollzieht sich durch eine abschließende Interpretation des musikalischen Augenblicks (IV). Sie orientiert sich an den 3 Rückmeldungen unseres Leiters, jeweils nach den einzelnen Abschnitten der Behandlung. Dabei zentriert sich das Werk nochmals, seine Form wird in rekonstruierender Art und Weise fassbar gemacht. Dadurch wird auch gezeigt, wie sich das Werk entwickelt hat. Wir kultivieren den musikalischen Augenblick dergestalt, dass er jetzt, am Ende der Behandlung, uns als ein Anderer entgegentritt.

Nun jedoch zur abschließenden Rekonstruktion unserer Klangproduktion am 28.09.13 in Bad Ems. Wir nennen diese „das Echo zur Stunde“, anlehnend an die von F.G. Grootaers ähnlich benannten vielschichtigen Interpretationen seiner musiktherapeutischen Falluntersuchungen (siehe: Echo des Tages in: Grootaers 2004)

Das Echo der Stunde lautet in unserem Fall wie folgt: Anfangs finden wir ein „ruhiges, plätscherndes Geschehen“ vor (in Anführungszeichen Gesetztes heißt in diesem Echo: Wörtliche Zitate aus den Rückmeldungen des Leiters an die Gruppe, hier aus Rückmeldung 1), das jedoch in der Folge bald „einer Zweiteilung“ (Rückm.2) unterliegt. „Ruhig-Regelmäßiges“ (Rückm.2) steht „Schwankendem“ (Rückm.2) gegenüber.

Dieses in der Zweiteilung hergestellte Gleichgewicht „gerät nun aus dem Ruder“ (Rückm.3). „Verankerungen werden gelöst“ (Rückm.3) und „Unruhiges drängt und es wird wilder“ (Rückm.3). Dadurch entsteht ein „Stellenwechsel“ (Rückm.3), durch den „die Unruhe überwiegt“ (Rückm.3). Auf's Ganze hin betrachtet macht unsere Zerdehnungsarbeit einen Kultivierungsprozess sichtbar, den wir als „Genese einer Loslösung“ (Rückm.3) benennen können, denn es beginnt plätschernd und unterliegt zusehends einer sich verstärkenden Unruhe. Begleitet wird die Genese durch einen Stellenwechsel. Ein Gleichgewicht geht verloren. Dadurch kommt eine gewünscht-befürchtete Bewegung in Gang. Um die seelische Form besser greifen zu können und sie auch so einfach wie möglich zu formulieren, verdichten wir die Rekonstruktion nochmals.

Das Echo nochmals in verdichteter Form: Plätscherndes zweiteilt sich in eine regelmäßige und eine schwankende Bewegung. Dieses durch die Zweiteilung hergestellte Gleichgewicht gerät aus dem Ruder und eine Unruhe, die darauf hinweist, dass eine Loslösung stattfindet, gewinnt die Oberhand.

Mit dieser rekonstruierenden Zusammenfassung unserer Unternehmung endet auch meine Dokumentation des Workshops. Das dabei entfaltete Konzept erweist sich als sehr geeignet für die musiktherapeutische Arbeit in der Psychosomatischen Rehabilitation. Denn es versucht als Kurzbehandlung selbst innerhalb einzelner Sitzungen Veränderungen anzustoßen. So hoffe ich, dass es gelingen konnte in diesem Rahmen in Bad Ems etwas von diesem Konzeptansatz zu vermitteln und bedanke mich nochmals bei den Teilnehmern dafür, wie lebendig und aufmerksam sie sich an unserer gemeinsamen Unternehmung engagiert haben.

Duden (2003): Das große Fremdwörterbuch, Mannheim

Freud, S. (1937): Konstruktionen in der Analyse, in: Studienausgabe Bd. XII, Schriften zur Behandlungstechnik, Frankfurt am Main

Gabriel, M. (2013): Warum es die Welt nicht gibt, Berlin

Goethe, J. W. v. (1977): Zur Morphologie, in: Schriften zur Naturwissenschaft, Stuttgart

Ders. (2005): Maximen und Reflexionen, in: Goethes Werke, Hamburger Ausgabe in 14 Bänden, Band XII, München

Grootaers, F.G. (2004): Bilder behandeln Bilder, Münster

Ders. (2010): Im Hören sehen, in: Johannes Th.Eschen (Hg.): Zu den Anfängen der Musiktherapie in Deutschland, Wiesbaden

Ders. (2012): Hören. Ein Indem, in: Jahrbuch Musiktherapie, Band 8, Wiesbaden

Hanslik, E. (2010): Vom Musikalisch-Schönen, Wiesbaden -S.10-

Grootaers, F. G.: Ders. (2013): Im Garten der Möglichkeiten. Kultivierung von Erfahrungsmodi, in: Jahrbuch Musiktherapie, Band 9, Wiesbaden

Merleau-Ponty, M. (1945, dt. 1966): Phänomenologie der Wahrnehmung, Berlin

Ders. (1964, dt. 1986): Das Sichtbare und das Unsichtbare, München

Salber, L. (2006): Psychologie für die Westentasche, 3 Audio-CDs, Leipzig

Salber, W. (1997): Tag und Traum, Bonn

Ders. (2001): Psychologische Behandlung, Bonn

Tüpker, R. (2004): Musikhören als Gestalt, in: Frohne-Hagemann (Hg.): Theorie und Praxis der Rezeptiven Musiktherapie, Wiesbaden

Waldenfels, B. (1998): Grenzen der Normalisierung, Frankfurt am Main

Die Referenten



Michael Fei Sun

Von Juni 1974 bis Oktober 1979 war Fei Sun als Klangtherapeut tätig. Er studierte auf dem Gebiet der Heilmusik und war Lehrer der Musik am Kulturensemble in Huadian, Jili.

1979 bis 1984 studierte er ganzheitliche Medizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Chang Chun in Jili. Nach seinem Studium war Fei Sun als TCM-Arzt und später dann als Oberarzt im Staatlichen Militärkrankenhaus der Luftwaffe in Peking tätig.

In Deutschland arbeitete er danach als TCM-Arzt bis 1995 um dann von 1996 bis 2001 dieser Tätigkeit in Kanada nachzugehen. Seit 2004 ist er TCM-Arzt an der Lahntalklinik Bad Ems im Rahmen von Forschungsprojekten zur Überprüfung der Effektivität der Traditionellen Chinesischen Medizin.

Ute Hennings

Ute Hennings absolvierte ein Rhythmikstudium (Diplom-Rhythmik) an der Hochschule für Musik und Theater in Hamburg (1979). Sie ist zertifizierte Musiktherapeutin (DMtG) und Psychoonkologie (WPO). Seit 1995 arbeitet sie als Musiktherapeutin, wissenschaftliche Mitarbeiterin und Psychoonkologin in der Klinik für Stammzelltransplantation im Universitätsklinikum Hamburg und ist seit April 2013 zusätzlich in der Spezialambulanz für Psychoonkologie im Institut für Medizinische Psychologie. Sie ist Lehrbeauftragte für Musiktherapie in der Hochschule für Musik und Theater Hamburg seit 2011.



Silke Kammer

Silke Kammer, geb. 30.3.1977, Diplom-Musiktherapeutin / Neurologische Musiktherapeutin (NMT), ist seit Februar 2007 freiberuflich selbstständige Musiktherapeutin beim bundesweiten Franchiseunternehmen „Musik auf Rädern – ambulante Musiktherapie“ in und um Bad Nauheim und Frankfurt/Main. Zunächst studierte sie in Gießen das Lehramt an Sonderschulen, welches sie mit dem 1. Staatsexamen abschloss. Anschließend besuchte sie den Zusatzstudiengang Diplom-Musiktherapie an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster und schloss diesen mit dem Diplom im Februar 2006 ab. Im Mai 2011 erwarb sie die Zusatzqualifikation NMT- Neurologische Musiktherapeutin, 2012 wurde sie von der Deutschen musiktherapeutischen Gesellschaft als Musiktherapeutin zertifiziert. Im gleichen Jahr erschien ihr Buch „Mit Musik geht vieles besser – der Königsweg in der Pflege bei Menschen mit Demenz“, gemeinsam mit Simone Willig, Vincentz-Verlag Hannover März 2012.



Silke Kammer ist bundesweit als Referentin rund um das Thema Musiktherapie tätig, z.B. schult sie in Seniorenheimen die Pflegekräfte im Umgang mit Musik speziell in der Pflege mit Demenzkranken oder informiert auf Kongressen und Tagungen über Musiktherapie.



Univ.-Prof. Dr. Stefan Koelsch

Stefan Koelsch, geboren 1968 in Texas (USA), studierte am Konservatorium Bremen Musik (Violine, Klavier und Komposition) und an der Universität Leipzig Psychologie und Soziologie. 2000 promovierte er in Psychologie am Max Planck Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften Leipzig und habilitierte 2004 an der Universität Leipzig.

2001/02 war er Stipendiat an der Harvard Medical School (Boston, USA). Von 2003-2007 leitete Stefan Koelsch die unabhängige Nachwuchs-Forschungsgruppe „Neurokognition der Musik“ am Max Planck Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften in Leipzig.

Derzeit ist er Cluster Professor für Musikpsychologie und Biologische Psychologie an dem Forschungscluster der Freie Universität Berlin. Sein Forschungsschwerpunkt liegt im Bereich der Neurokognition von Musik und Sprache, Musik und Emotion, der Entwicklungsaspekte von Sprach- und Musikkognition, der Emotion und ihrer Wirkung auf das vegetative, hormonelle und Immun-System.



Christof Kolb

Geboren am 31.12.1962 in Stuttgart. Er studierte an der Fachhochschule Heidelberg und schloss das Studium 1988 als Diplom Musiktherapeut FH ab.

An der Gelderland Klinik, einer Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie hatte er seine erste Stelle und leistete zusammen mit einer Kollegin Aufbauarbeit. Er studierte im Rahmen der berufsbegleitenden Weiterbildung Morphologische Musiktherapie von 1991 bis 1994 am Institut für Musiktherapie und Morphologie. Seit 1992 ist er an der Celenus Klinik Schömberg, einer Fach-

klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, in Schömberg im Nordschwarzwald als Dipl. Musiktherapeut tätig.

Er ist in verschiedenen Arbeitsgruppen am Institut für Musiktherapie und Morphologie (IMM) tätig gewesen, vor allem mit dem Schwerpunkt der Gruppenmusiktherapie. Es entstanden einige Beiträge in Buch- und Zeitschriftenveröffentlichungen. Christof Kolb ist Gründungsmitglied des Ateliers für Kulturmorphologie. Des weiteren ist er Mitglied in der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft. Im Rahmen seines Promotionsstudiengangs Musiktherapie an der Universität Münster beschäftigt er sich mit der Entwicklung einer Form der Kurzbehandlung von Gruppen in der psychosomatischen Rehabilitation. Gegenstand seiner Untersuchung sind die Kultivierungen, die sich in den Klangproduktionen in der Musiktherapie ereignen.

Sein derzeitiges Tätigkeitsfeld umfasst die Praxis und Forschung von Musiktherapie in der Psychosomatischen Rehabilitation.

Dr. Werner Kühn

Geboren 1954 in Bochum. Studium der Medizin an den Universitäten Bochum und Bonn. Unfallchirurgische Tätigkeit im Bergmannsheil Bochum, danach orthopädische und rheumatologische Ausbildung an der Universitätsklinik Aachen und Beendigung der Facharztausbildung am Alfried Krupp Krankenhaus Essen.

Für drei Jahre war er Oberarzt an der Klinik am Hellweg in Bad Sassendorf. Danach hatte Kühn die Chefarztposition am orthopädisch-neurologischen Rehabilitationszentrum Klinik Bavaria in Schauffling inne und ist seit



1996 Chefarzt der Lahntalklinik, zunächst in Nassau und derzeit in Bad Ems.

Von Haus aus ist Kühn Orthopäde und Rheumatologe und ist als Sportmediziner ausgebildet mit der Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie und Sozialmedizin sowie Chirotherapie. Später erwarb er zusätzlich den zweiten Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin.

Kühn leitet die Lahntalklinik Bad Ems, eine Klinik der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, mit 200 Betten. Behandelt werden etwa zur Hälfte Patienten, die aus Akutkrankenhäusern in der Unfallchirurgie, Chirurgie, Orthopädie, Neurochirurgie etc. nach größeren Operationen verlegt werden. Hierbei handelt es sich um Patienten mit rheumatologischen Grunderkrankungen, degenerativen Erkrankungen und um Unfallverletzte, die andere Hälfte der Patienten leiden an chronischen Erkrankungen des Skelettsystems, insbesondere Rückenschmerzen, hierbei handelt es sich z.T. um chronische Schmerzpatienten.

Diese Patienten werden mit nicht operativen Verfahren Patienten behandelt, unter anderem auch mit Alternativmethoden, die im Rahmen eines Forschungsprojektes angewandt werden. Seit 2004 werden Verfahren der Traditionellen Chinesischen Medizin, Akupunktur, Moxi-bustion, Tuina-Massage, Kräuterkunde, Musiktherapie, im Rahmen von Studien angewandt, und die Ergebnisse werden mit der Universität in Tianjin abgeglichen. Seit 2011 ist Kühn Gastprofessor an der Universität in Tianjin.

Dr. Sylvia Kunkel

Sylvia Kunkel, geb. 1967, Dr. sc. mus., Diplom-Musiktherapeutin, Diplom-Musikpädagogin. Sie studierte Musikpädagogik mit dem Schwerpunktfach Klavier an der Hochschule für Musik „Franz Liszt“ Weimar, das sie 1991 mit dem Diplom abschloss. An der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster beendete sie 1995 ihr Zusatzstudium der Musiktherapie ebenfalls mit dem Diplom. Kunkel promovierte 2008 auf dem Gebiet der Musiktherapie an der Hochschule für Musik und Theater Hamburg.



An der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V. München bildete sie sich überregional in Analytischer Psychotherapie von 1997 bis 1999 weiter. Berufsbegleitend belegte sie den Studiengang der Musik-imaginativen Schmerzbehandlung an der Hochschule Magdeburg-Stendal von 2011 bis 2012 und besuchte 2013 das Ausbildungsseminar „Klangmassage nach Peter Hess“.

Seit 1993 arbeitet Kunkel als Musiktherapeutin in der Klinik für Psychotherapie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Münster. Von 1996-2014 unterrichtete sie als Lehrbeauftragte im Master-Studiengang „Klinische Musiktherapie“ an der Westfälischen Wilhelms-Universität. Seit 2013 ist sie als Dozentin im berufsbegleitenden Weiterbildungsstudiengang „Musik-imaginative Schmerzbehandlung“ an der Hochschule Magdeburg/Stendal tätig.

Darüber hinaus ist sie Klavierlehrerin an der Musikschule Havixbeck und gründete 2003 den Chor „La Musica“ Bösensell, dessen künstlerische Leitung sie auch inne hat. Seit 2013 arbeitet Kunkel als Musiktherapeutin in freier Praxis in Havixbeck.

Ihre langjährigen Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte liegen im Bereich der Musiktherapie mit psychotischen Patienten (zahlreiche Veröffentlichungen) und aktuell auf dem Gebiet der Musik-imaginativen Schmerzbehandlung.



Pia Preißler

Pia Preißler (Dipl.-Musiktherapeutin (DMtG)), geb. 1974, studierte Musiktherapie an der Hochschule für Musik und Theater Hamburg und schloss dies 2008 mit dem Diplom ab. 2011 beendete sie ihre beiden Weiterbildungen zur Psychoonkologin (WPO) und GIM-Therapeutin (IMIT).

Bis 2013 war sie als Musiktherapeutin in der Versorgung und Forschung im Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf am Onkologischen Zentrum im akutstationären und palliativmedizinischen Bereich tätig. Seitdem arbeitet sie in der Spezialambulanz für Psychoonkologie im Institut für Medizinische Psychologie am UKE. Ein zweiter Arbeitsschwerpunkt ist die musiktherapeutische Frühförderung. Seit 2011 ist sie Lehrbeauftragte am Institut für Musiktherapie an der Hochschule für Musik und Theater Hamburg.

Katrin Pumplün

Geboren 1969 in Nordrheinwestfalen. Sie studierte Musik in Dortmund/Detmold und schloss anschließend das Studium der Musiktherapie an der Universität Witten/Herdecke mit einem Diplom ab. Seit 2012 ist sie zertifiziert durch die DMtG.

Im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke ist Katrin Pumplün seit 1995 als Musiktherapeutin tätig. Ihre dortigen Tätigkeitsfelder umfassen den Bereich der Pädiatrie und den der Kinder- und Erwachsenenpsychiatrie.



Zurzeit arbeitet sie auf der Station für Paraplegiker und der psychiatrischen Station für junge Erwachsene. Ein weiteres Feld, auf dem Katrin Pumplün tätig ist, ist das der Neonatologie.

Prof. Dr. Ralph Spintge

Professor Spintge ist Leitender Abteilungsarzt für Algesiologie - Interdisziplinäre Schmerztherapie sowie Leiter des Regionalen Schmerzzentrums der DGS und des MusikMedizinischen Forschungslabors am Krankenhaus für Sportverletzte Hellersen in Lüdenscheid.

Ferner ist er Professor für MusikMedizin am Institut für Musiktherapie der wissenschaftlich-künstlerischen Hochschule für Musik und Theater Hamburg, Präsident der International Society for Music in Medicine ISMM, vormals Assoc. Professor am Institute for Music Research

UTSA San Antonio, USA.



Seine Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Medicofunctionale Musik, Schmerzverarbeitung, Neurovegetative Rhythmizität / Herzfrequenzvariabilität. Bücher, Fachartikel und CD-Programme zum Thema Musik in der Medizin. Wissenschaftliche Leitung von 13 internationalen Symposien in Deutschland, USA und Australien.

Spintge ist Co-Editor-in-Chief des International Journal Music and Medicine, SAGE, Los Angeles sowie der Zeitschrift für Musik und Gesundheit, Reinhart Verlag, München.



Prof. Dr. Dr. Manfred Spitzer

Prof. Dr. Dr. Manfred Spitzer studierte in Freiburg Medizin, Psychologie und Philosophie. Nach seiner Promotion in Medizin und Philosophie und seiner Habilitation für das Fach Psychiatrie war er als Oberarzt an der psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg tätig.

Drei Forschungsaufenthalte in den USA an der Harvard University und der University of Oregon prägten das weitere wissenschaftliche Werk von Manfred Spitzer an der Schnittstelle von Neurobiologie, Psychologie und

Psychiatrie. Seit 1997 ist Manfred Spitzer Ärztlicher Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik in Ulm.

2004 gründete er das Transferzentrum für Neurowissenschaften und Lernen (ZNL), das im Bildungsbereich sowohl Grundlagenforschung betreibt als auch Bildungseinrichtungen evaluiert und sie bei der Weiterentwicklung ihrer pädagogischen Arbeit begleitet. Manfred Spitzer ist Autor zahlreicher Bestseller.



Prof. Dr. med. Dipl. Psych. Rolf Verres

Rolf Verres ist Facharzt für psychotherapeutische Medizin. Bis zu seiner Emeritierung im Jahr 2013 war er Ordinarius und Ärztlicher Direktor des Instituts für Medizinische Psychologie im Zentrum für Psychosoziale Medizin am Universitätsklinikum Münster.

Er studierte Medizin und Psychologie in Münster, Heidelberg und an der Stanford University/Kalifornien als Stipendiat der Studienstiftung des deutschen Volkes und promovierte 1977 am Lehrstuhl für Arbeits- und Sozialmedizin Heidelberg.

Seit 1986 war er Oberarzt an der Abteilung für Psychotherapie und Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Heidelberg.

1986 habilitierte Verres mit der Schrift „Subjektive Krankheitstheorie und präventives Verhalten“. Das Buch wurde mit dem Hans-Roemer-Preis des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin ausgezeichnet.

Von 1987 bis 1991 hatte er eine Professur für Medizinische Psychologie am Universitätskrankenhaus Hamburg Eppendorf inne und war Lehrbeauftragter an der dortigen Hochschule für Musik und Theater.

Verres war von 1991 bis 2013 Ärztlicher Direktor der Abteilung für Psychotherapie und Medizinische Psychologie am Klinikum der Universität Heidelberg. Weitere Rufe auf den Lehrstuhl für Medizinische Psychologie an der Universität Münster sowie auf den Lehrstuhl für Medizinische Psychologie an der Universität Wien hat er abgelehnt. Der letztere Ruf führte zur Aufwertung der bisherigen C3-Professur an der Universität Heidelberg zu einem C4-Lehrstuhl bei gleichzeitiger Umbenennung der Abteilung Psychotherapie und Medizinische Psychologie in Abteilung für Medizinische Psychologie. Seit Dezember 2004 Umbenennung in Institut für Medizinische Psychologie im Zentrum für Psychosoziale Medizin.

Verres ist ehemaliger Vizepräsident des Europäischen Collegiums für Bewusstseinsstudien. Von 2002 bis 2013 forschte er über den Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen.

Nebenher ist er als Pianist und Fotograf tätig.

rolf.verres@hotmail.de

www.rolf-verres.de

Zum Landesmusikrat Rheinland-Pfalz

Aufgabe

Der Landesmusikrat hat zur Aufgabe, die Musik in Rheinland-Pfalz zu fördern. Er ist Dachverband für das Musikleben, für Laienmusizieren ebenso wie für professionelle Musik, für Chöre und Orchester und vertritt damit mehr als 550.000 Musizierende in Rheinland-Pfalz.

Seine Initiativen richten sich u. a. auf die Ausbildung von Musikberufen, auf die Musikerziehung in Kindergarten, Schule und außerhalb der Schule. Er vertritt die Musikwissenschaft wie auch die Musikwirtschaft und engagiert sich bei der Suche nach konstruktiven Lösungen in bildungs- und kulturpolitischen Fragen. Durch landesweite Wettbewerbe fördert er begabte Jugendliche und die Qualität des Musizierens der Laienorchester und -chöre.

Seit 1. Januar 2013 sind alle fünf Jugendensembles des Landes Rheinland-Pfalz sowie die Nachwuchswettbewerbe „Jugend musiziert“ und „Jugend jazzt“ in der Trägerschaft des Landesmusikrats. Bereits in der Vergangenheit beschäftigte sich der Landesmusikrat in Form verschiedener Fachtagungen mit dem Themenkomplex „Musik und Medizin“. So wurden Projekte durchgeführt zu „Musik und Behinderung“, „Musik 50+“, „Musik und Demenz“ sowie „Musik und Hospiz“.

Personen

Präsident:	Peter Stieber
Vizepräsidenten:	Markus Graf, LAG Rock&Pop Rheinland-Pfalz Bernhard Welsch, Landesmusikverband Rheinland-Pfalz Karl Wolff, Chorverband Rheinland-Pfalz
Ehrenpräsident:	Wolfgang Schmidt-Köngernheim
Präsidium:	Ulrich Adomeit, LAG Jazz Rheinland-Pfalz Dr. Gabriele Buschmeier, Akademie der Wissenschaften und der Literatur Hartmut Doppler, Chorverband der Pfalz Peter Fuchs, Arbeitskreis für Schulmusik und allg. Musik- pädagogik Prof. Peter Leiner, Musikhochschule Saarbrücken Christa Schäfer, Landesverband der Musikschulen
Geschäftsführer:	Etienne Emard

Eindrücke von der Tagung



Der Veranstaltungsort der Tagung: Der Marmoraal in Bad Ems



Peter Stieber, Präsident des Landesmusikrats und Etienne Emard, Geschäftsführer des Landesmusikrats begrüßen Anneliese Bodemar, Leiterin der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse



Blick in den Marmorsaal Bad Ems während der Eröffnung der Tagung



In einer Ausstellung im Foyer konnten sich die Tagungsteilnehmer über Literatur und Arbeitsmittel aus dem Bereich der Musiktherapie informieren



Christine Morgenstern, Abteilungsleiterin im Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie, bei ihrem Grußwort



Die Referenten Dr. Werner Kühn, Michael Fei Sun und Dr. Sylvia Kunkel im Plenum



Prof. Dr. Stefan Koelsch während seines Vortrags zur neurowissenschaftlichen Perspektive von Musik und Medizin



Präsident Peter Stieber bei seinem Grußwort.



Ute Hennings erläutert das Forschungsprojekt zur Musiktherapie am Universitätsklinikum Hamburg



Praktisches Beispiel musiktherapeutischer Ansätze durch Pia Preißler

Partner

Die Fachtagung in Bad Ems beleuchtete in Vorträgen und Workshops mit Referenten aus Lehre und Praxis verschiedenste Teilbereiche der Medizin, in denen die Musik eine unterstützende Rolle einnimmt. Best-Practice Beispiele zeigten den innovativen Einsatz von Musik in der Medizin. Die Fachtagung wurde durch die Bezirksärztekammer Koblenz zertifiziert.

Der Landesmusikrat Rheinland-Pfalz dankt seinen Partnern für die Unterstützung der Veranstaltung:



Impressum

Herausgeber	Landesmusikrat Rheinland-Pfalz e.V. Kaiserstr. 26-30 55116 Mainz Tel. (0 61 31) 22 69 12 Fax (0 61 31) 22 81 45 Email: info@lmr-rp.de Internet: www.lmr-rp.de
Druck	Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Rheinland-Pfalz
Redaktion	Lena Wilhelm-Winter, Etienne Emard, Ralph Spintge
Satz	Etienne Emard
Fotos	Stefan S. Sämmer
Auflage	500

LANDESMUSIKRAT
RHEINLAND-PFALZ

Geschäftsstelle
Kaiserstraße 26–30
55116 Mainz

Tel. +49(0) 61 31-22 69 12
Fax +49(0) 61 31-22 81 45

info@lmr-rp.de
www.lmr-rp.de

