

Einleitung

Dieser Artikel befasst sich mit dem Thema: Musiktherapie mit Schmerzpatienten. Dabei wird der Autor, seine persönlichen Erfahrungen, die er in der Fachklinik Enzensberg gemacht hat, beschreiben und diese, mit dem augenblicklichen Forschungsstand vergleichen.

Zum Autor:

Dipl. Kulturpäd. Musiktherapeut BVM, Ausbildung in Integrativer Musiktherapie(FPI/EAG)
Seit 4 Jahren in der Schmerztherapie tätig.

Zu Beginn dieses Artikels stelle ich einen anderen Beitrag vor, der im Rahmen meiner Tätigkeit in der Onkologie, mit Herrn Prof. Dr. Schmid entstanden ist.

1. Psycho-physiologische Wirkungen

In der pränatalen Entwicklung des Menschen ist das Gehörorgan das erste funktionsfähige Sinnesorgan überhaupt ([Tabelle 1](#)). Bereits ab 7. Monat reagiert der Fetus auf äußere Reize. Über die Gebärmutterwand kann er Klänge und Geräusche wahrnehmen und darauf etwa mit Änderung der Herzfrequenz reagieren ([30](#)). Auch erkannten Kinder nach der Geburt Lieder und Worte wieder, welche die Mutter während der beiden letzten Schwangerschaftsmonate gesungen bzw. gesprochen hatte. Säuglinge registrieren Veränderungen in Stimme- und Lautfarbe, sie reagieren auf Rhythmus, Zäsuren und Sprachmelodie, sie kommunizieren vor allem über Laute mit ihrer Mutter ([13](#)). Durch direkte Verbindungen des Ohrs zum limbischen System können starke emotionale Reaktionen auf akustische Reize ausgelöst werden. Diese Tatsache hängt damit zusammen, dass das limbische System intensiv mit wohl allen wichtigen neuronalen Kernen in Hypothalamus, Thalamus und auch der Großhirnrinde verbunden ist, wodurch eine Beeinflussung von zahlreichen neurophysiologischen und funktionellen Prozessen verständlich wird. Dazu gehören etwa Auswirkungen auf das Wach- und Schlafverhalten, auf Lernprozesse, auf Schmerzverarbeitung und ganz besonders auch

auf die Steuerung von Emotionen aller Art wie Aggression, Triebverhalten, Wut, Zorn, Unlust, Freude, Glück und Motivation, um nur einige Reaktionsmuster aufzuführen. Im limbischen System lassen sich tierexperimentell nach dem Hören von Musik signifikante Änderungen wichtiger Neurotransmitterpotentiale (z.B. Noradrenalin, Dopamin, Gaba) nachweisen (24, 27). Damit wird durchaus verständlich, warum auch beim Menschen auf die Art der einwirkenden Musik ein psycho-physiologisches Biofeedback festzustellen ist. So vermag eine Rhythmusbeschleunigung Reaktionen am Herz-Kreislaufsystem auszulösen, die exakt den Stressphänomenen wie etwa bei starken Schmerzen entsprechen. Sogar ein Abfall des IgA lässt sich nachweisen (Abbildung 1). Beruhigende, wenig rhythmusbetonte Musik und Rhythmusverlangsamung dagegen kann alle genannten Stressreaktionen abmildern oder gar aufheben und analog ist auch ein Anstieg des IgA zu beobachten (6). Bemerkenswert ist auch die Feststellung, dass Stressreaktionen umso intensiver und lang anhaltender ausfallen, je größer der Lärm und die Rhythmusbeschleunigungen ausgeprägt sind (8). Emotional ist bei Musikhörern Fröhlichkeit mit „schnellem Rhythmus und stakkato“, Traurigkeit mit „langsam und legato“, Ärger mit „schnell und legato“ und Angst mit „langsam und stakkato“ verknüpft (11). Alle diese Phänomene werden ohne Zweifel in der Werbebranche sehr erfolgreich eingesetzt. In der praktischen Medizin hingegen wird die Wirkung von Musik auf kranke Menschen - wenn überhaupt - nur marginal wahrgenommen, obwohl bereits seit Jahren zahlreiche bemerkenswerte Publikationen und Untersuchungsergebnisse aus unterschiedlichen medizinischen Fachgebieten vorliegen.

2. Allgemeine Wirkung von Musik auf Menschen

Auf die Vielfalt wissenschaftlicher Untersuchungen zur Wirkung von Musik auf kranke Menschen kann hier nur schlaglichtartig eingegangen werden. Teilweise beeindruckende Ergebnisse wurden vorwiegend in den Fachbereichen Psychosomatik, Psychiatrie, Neurologie, Pädiatrie, Geriatrie und vor allem in der Heil-, Sonder- und Sozialpädagogik erarbeitet (7, 12, 16, 18, 24, 26, 31). Auch in der Orthopädie lässt sich der

ausgezeichnete Effekt additiver Musiktherapie belegen. So wiesen G. BERNATZKY und Mitarbeiter (4) in einer randomisierten Studie bei Rückenschmerzen unterschiedlicher Genese nach, dass durch Musik und ganz besonders in Kombination mit Entspannungstechniken gegenüber der alleinigen konventionellen medikamentösen und krankengymnastischen Behandlung eine hochsignifikante Reduktion von Schmerz, Angst, Depression und eine ebenfalls signifikante Verbesserung der Beweglichkeit erzielt werden konnten. Interessant war dabei, dass die Musik stärker wirksam war als Entspannungstechniken, dass aber das beste Ergebnis durch deren Kombination zu erreichen war. Diese Ergebnisse wurden auch von der Arbeitsgruppe um W. KULLICH bestätigt (14).

In der Onkologie hat die Musiktherapie besonders in der Palliativmedizin und bei der Begleitung von Sterbenden Bedeutung erlangt (19). Nach R. VERRES (32) gehört die Musiktherapie „geradezu zur Grundversorgung im Palliativbereich“. Stellvertretend für zahlreiche Mitteilungen über Beobachtungen und Meinungen beim Einsatz der Musiktherapie in der Onkologie sei auf die Studie von E.K. O`BRIEN (20) aus dem Jahre 1999 hingewiesen, deren Ergebnisse in Tabelle 2 zusammengefasst sind. Ihnen liegen ausführliche Befragungen von 52 Patienten mit unterschiedlichen Tumorentitäten und -stadien zugrunde. Die hierbei erhaltenen Aussagen werden im Wesentlichen auch von anderen Arbeitsgruppen bestätigt (1, 2, 3, 5, 27, 34). Besonders überzeugend sind dabei die Ergebnisse, die im Rahmen der Schmerztherapie durch begleitende Musiktherapie erzielt wurden (2, 27). Eine deutliche Schmerzlinderung, begleitet von „höherem Optimismuslevel“ konnten M. HASENBRING und Mitarbeiter (9) nach Knochenmarktransplantation nachweisen. S. TILCH und Mitarbeiter (29) bestätigen diese Ergebnisse. Dabei werden in der myeloaplastischen Phase eine Reduktion von Depression und Müdigkeit sowie ein günstigeres Krankheitsverhalten vermerkt. Im Rahmen der hervorragenden Wirkung der Musiktherapie bei Stressabbau (18) und Angstlinderung (12, 16, 18, 21, 24) ist sicher auch zu verstehen, dass die Verträglichkeit von zytostatischer Chemotherapie deutlich verbessert werden kann, was in der Reduktion von Anxiolytika, Antiemetika und Sedativa zum Ausdruck kommt (28, 34).

3. Rezeptive Musiktherapie mit Schmerzpatienten

Das Setting, wie es sich heute nach vierjähriger Erfahrung in der Arbeit mit Schmerzpatienten darstellt, hat sich zum einen daraus entwickelt, dass ich den Schmerzpatienten die Möglichkeit geben wollte, Musik auf eine bekannte bzw. vertraute Art, zu erleben und zum anderen die Widerstände der Patienten ernst zu nehmen und diese in eine, für die Patienten annehmbare Form zu kanalisieren.

Die Widerstände in die Musiktherapie zu gehen sind zu Beginn der Therapie häufig sehr hoch. Diese Widerstände werden von Ängsten begleitet, wie: „Ich kann nicht singen, keine Instrument spielen, den Ton nicht halten usw.". So ist der erste Teil der von mir angebotenen Musiktherapie, in gewisser Weise ein niederschwelliges Angebot, in Form einer Rezeptiven Musiktherapie.

Ich beginne also mit der Rezeptiven Musiktherapie die ich als Musik und Entspannung bezeichne. Hier folge ich im Prinzip dem Konzept der Musiktherapeutischen Tiefenentspannung, die sich aus sieben so genannten Grundschritten zusammensetzt:

I. Sensibilisierung auf den Körperkomfort

II. Sensibilisierung auf die Atmung

III. Sensibilisierung auf den Umgang mit Gefühlen, Bildern und Gedanken

IV. Sensibilisierung der auditiven Wahrnehmung auf die Musik hin

V. Reorientierung in das Hier und Jetzt

VI. Reflexion des Erlebten

VII. Rolling back

Quelle: Hans Helmut Decker-Voigt, Zur Methodik der Musiktherapeutischen Tiefenentspannung, in: Rezeptive Musiktherapie in Theorie und Praxis, Hrsg. I. Frohne-Hageman, 2004.

Dieser Struktur folge ich nur bedingt, weil ich die Musikentspannung, so wie ich sie heute anbiete, selbst entwickelt habe. Erst bei der Literatur Recherche zu diesem Artikel, entdeckte ich diese o.g. Vorgehensweise, die meiner sehr nahe kommt. Ich werde hier ein Stückweit dieser Struktur folgen, um dem Leser einen besseren Eindruck

von meiner Arbeit zu ermöglichen. Dabei werde ich Punkte, die von meiner Struktur abweichen, weglassen oder, wenn nötig, zusammenfassen.

Zu I.:

Bevor ich zu Punkt I. komme, spreche ich die Befindlichkeit der Patienten. Ich rege an, erst einmal bei „Sich“ anzukommen und wahrzunehmen wie sie sich jetzt Leib-Seelisch fühlen. Erst im Anschluss an diese Frage, die jeder Patient zunächst für sich in seinem Inneren wahrnimmt, komme ich zu Schritt I., „die Sensibilisierung auf den Körperkomfort hin“. Hier weise ich auf die angenehmen und individuell sehr verschiedenen Liegepositionen hin. Schmerzpatienten haben hier sehr große Defizite. Sie haben im Laufe ihrer Erkrankung verlernt, auf ihren Körper zu hören, bzw. ihren Körper als störend erlebt.

„Für die Patienten ist jedoch ihr Körper als der Ort ihrer Schmerzen oder anderer Störungen vordergründig der unfreundliche oder sogar feindliche Partner...“

Quelle: Hanne Seemann, Freundschaft mit dem eigenen Körper schließen. Über den Umgang mit psychosomatischen Schmerzen, Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart, 1998.

Ich spreche hier den ganzen Körper vom Kopf bis zu den Füßen an. Wichtig ist mir auch, dass die Patienten während der Entspannung und auch während der Musik, ihre Haltung verändern dürfen. Im Anschluss daran folgt die eigentliche Entspannungsphase. Hier benutze ich eine Kombination der PM nach E. Jakobson und dem Autogenen Training nach H. Schultz. Den Patienten begegnen hier vertraute Übungen aus der Schmerztherapie der Klinik, z.B. aus der SB-Gruppe.

In der Gruppe Musik und Entspannung benutze ich nicht, wie in der Rezeptiven Musiktherapie oder der Musik-Medizin allgemein üblich, eine Musik-Kassette (CD oder Musikkassette), sondern spiele selbst. Nacheinander spiele ich auf drei Instrumenten: Gitarre, ¹Monochord und ²Rainmaker (Regenmacher).

¹ Das Monochord:

Das ursprüngliche Monochord besteht aus einem Resonanzkasten, über dessen ganze Länge eine Saite zwischen zwei festen Stegen gespannt ist. Schon 480 v. Chr. wurde das Monochord von Pythagoras dazu genutzt, mathematisch ganzzahlige Teilungsverhältnisse in Längenmaßen sichtbar zu machen. Die sieben harmonischen Grundgesetze wurden von Pythagoras verdeutlicht, und als Teil der natürlichen Ordnung begriffen. In der

Die Gitarre spielt in diesem Setting eine einführende Rolle, da sie den meisten Menschen vertraut ist und so den Boden bereitet für die weniger vertrauten Instrumente wie das Monochord und auch den Regenmacher.

Zu II. Sensibilisierung auf die Atmung

Dieser Schritt steht am Ende der leiblichen Entspannungsphase.

Zu III. Sensibilisierung auf den Umgang mit Gefühlen, Bildern und Gedanken

Die Sensibilisierung auf o.g. Punkte findet bei mir immer zu Beginn der Entspannungsphase statt. Es ist wichtig, dass die Patienten jederzeit in der Lage sind, auf bestimmte Situationen reagieren zu können. Das heißt, dass der Patient jederzeit in der Lage ist auch und gerade in unangenehmen Situationen, wo unangenehme Gefühle, Gedanken oder Bilder aufsteigen, zu reagieren. Musik, Klänge und Geräusche sind in der Lage viele Bilder, Gedanken und Gefühle entstehen zu lassen. Aus diesem Grund spreche ich dies vor jeder Sitzung an und weise darauf hin, dass jeder entscheiden kann, wie weit er sich auf Gefühle, Bilder und Gedanken einlassen möchte. Jeder darf zu jeder Zeit die Augen öffnen und wenn es nötig sein sollte, die Ohren mit den Händen verschließen oder, wenn es gar nicht anders geht, leise den Raum verlassen, mit der Bedingung im Anschluss an die Entspannung wieder zu kommen und zu berichten, was vorgefallen ist.

heutigen Zeit wird das Monochord mit 13 oder mehr Saiten gebaut. Die Saiten sind alle auf einen Ton gestimmt. Durch eine gleichmäßige Spielweise entsteht ein schwebender Grundton, mit seinen natürlichen Obertönen.

² Der Regenmacher:

Der Rainmaker oder Regenmacher stammt aus dem Norden Chiles. Sein Ursprung ist das sehr trockene Atacama-Gebiet wo der Rainmaker erstmals von den Disaguitas-Indianern gebaut wurde und für Regenzeremonien eingesetzt wurde. Der Rainmaker wird aus dem Copado-Kaktus hergestellt. Es werden nur abgestorbene Kakteen verwendet die schon Verholzt sind. Die Dornen werden entfernt und in das innere des Kaktus getrieben. Dann wird der Rainmaker mit Kiesel gefüllt und an beiden Enden verschlossen.

Dreht man nun den Regenmacher um fallen die kleinen Kieselsteine von einem Stachel zum nächsten. Dadurch entsteht dieses angenehme gleichmäßige Geräusch das an fließendes Wasser bzw. an Rauschen dicker Regentropfen erinnert. In Südamerika wollten die Medizinmänner mit dem leise rauschenden Klang des Rainmakers den ersehnten Regen herbeilocken.

(Quelle: Internet, www.african-cult.de)

IV. Sensibilisierung der auditiven Wahrnehmung auf die Musik hin

Diesen Schritt verbinde ich mit einer Phantasiereise. Ich führe Patienten in dieser kurzen Phantasiereise an ihren persönlichen „Sicheren Ort“. Dabei überlasse ich die Kreation des Ortes in seiner Beschaffenheit, Form, Farbe, Atmosphäre usw., ganz der Vorstellung der Patienten.

„Bei einem kombinierten Training von Entspannung und Imagination sehen wir folgende Vorteile zusätzlich eingeführter imaginativer Techniken:

- Die Entspannung wird vertieft.*
- Über die Entspannung hinausgehend werden positive Emotionen erlebt.*
- Es kommt zu größerer Abwechslung in der Entspannung (bei der PMR fehlt eine Oberstufe, wie es sie beim AT gibt).*
- Imaginative Bilder verstärken die Schmerzablenkung in der Entspannung.*
- Spezielle physiologische Prozesse, wie z. B. Erwärmung oder Kühlung erkrankter Körperteile, werden unterstützt.*
- Eine imaginative Transformation des Schmerzerlebens wird möglich.*
- Die Motivation zur Krankheitsbewältigung wird gestärkt (Simonton et al. 1982).*
- Bei der Entspannung häufig spontan auftretende Imaginationen werden systematisch in die Therapie einbezogen.“*
(Rehfish et al. 1989; Basler 2001)

In der Sequenz der Fantasiereise gebe ich auch noch mal einen Hinweis, dass die Musik, die Töne, die Klänge helfen können, diesen Ort in ihrer Fantasie entstehen zu lassen. Im Anschluss an diese Fantasiereise, beginne ich mit der Musik.

V. Reorientierung in das Hier und Jetzt

Im Anschluss an die Musik, hole ich die Patienten aus der Entspannung zurück, indem ich sie kräftig durchatmen und durchstrecken lasse.

Die Punkte sechs und sieben fasse ich in einer Feedback Runde zusammen.

Beschreibung der Wirkung:

Wie oben schon erwähnt, beginne ich im Anschluss an den verbalen Teil der Entspannung mit der Musik und den Klängen. Hier ist immer wieder deutlich von außen zu beobachten, wie sich der gesamte Muskeltonus bei den Patienten verändert. Die Muskulatur wird weicher und die Atmung wird ruhiger und flacher. Es entsteht eine absolute Ruhe im Raum. Dies sind Phänomene die sich von Außen beobachten lassen. Von den Patienten wird im Anschluss an die Entspannung immer wieder beschrieben, wie leicht sie sich gefühlt haben, dass sie sich gefühlt hätten, als ob sie schweben würden. Diese Schwebezustände werden immer wieder mit den Klängen des Monochords in Verbindung gebracht. Sie fühlten sich sicher und geborgen und getragen von diesem Klang. Selten kommt es vor, dass Patienten unangenehm von den Klängen des Monochords berührt werden, dass die Klänge als zu konfluent zu überschwemmend erlebt werden. Dies kann bei Ich-Schwachen Persönlichkeiten bzw. frühgestörten- oder auch traumatisierten Menschen, Ängste auslösen und auch Retraumatisierend wirken. Aus diesem Grund mache ich gerade bei neuen Patienten immer darauf aufmerksam, dass jederzeit die Möglichkeit besteht die Augen zu öffnen und, wenn gar nichts anderes hilft, den Raum zu verlassen. Diesen Fall habe ich in der Praxis mit Schmerzpatienten allerdings noch nicht erlebt.

Die oben beschriebenen Schwebezustände sind in der Praxis auch bei KollegInnen die mit einer anderen Klientel arbeiteten beobachtet worden. Das hat den Anlass gegeben, dieses Phänomen eingehender zu untersuchen. In einer Studie von Sabine Rittner und Jörg Fachner wurde die Wirkung eines ³Ganzkörpermonochords untersucht. Bei diesem Monochordtyp legt sich der Patient auf den Klangkörper. Dieser Vergleich mit dem reinen Monochordspiel ist zwar nicht exakt, doch die beobachteten o.g. Phänomene treten auch hier auf, nur vielleicht etwas stärker, weil das leibliche Erleben noch einmal stärker ist. In dieser Studie wurde die Wirkung an 2 Probanden(männlich/weiblich) mit Hilfe des EEG-Brainmapping, untersucht. Hierbei wurde deutlich, dass das

³ Ganzkörpermonochord: Ein relativ neues Instrument. Der Patient liegt auf dem Resonanzkörper und nimmt so die Schwingungen der Klänge über den ganzen Körper wahr. Die Saiten des Instruments sind auf der Unterseite des Liegemonochords angebracht und werden vom Therapeuten gespielt.

Monochordspiel unterschiedliche Trancezustände hervorruft, zum einen bei dem männlichen Probanden eine ⁴Ergotrope, zum anderen bei der weiblichen Probandin Trophotrope ⁵Trance. „Klang und Trance im EEG, tranceiduzierende Klänge. Sabine Rittner/Jörg Fachner, MU 25, 1 (2004), 570-80.“

Auswirkung der Entspannung:

Durch die Entspannung wird eine hypothalamisch gesteuerte trophotrope Umschaltung erreicht.

Es ergibt sich eine Reduktion von:

Herzfrequenz,

Blutdrucks,

Atemfrequenz (ebenso eine Gleichmäßigkeit der Atmung),

Muskeltonus,

Aktivität der Schweißdrüsen,

Wachheit.

(Quelle: Psychologische Schmerztherapie, Basler et.al., Springer Verlag Berlin Heidelberg, 1999, 2004, S. 538; 30.2)

⁴ Die **Ergototropie** ([griech. ergon](#): Werk, Arbeit) bezeichnet eine Funktionslage des [Nervensystems](#), die für den Organismus anregend wirkt. Es kommt dabei zu einer Aktivierung des [sympathiko-adrenalen](#) Systems. Sie stellt das Gegenteil der [Throphotropie](#) dar. Dabei wird vor allem das [Herz-Kreislauf-System](#) aktiviert und das [Glykogen](#) aus der [Leber](#) mobilisiert. Die Verdauungstätigkeit wird herabgesetzt. Die Ergototropie bewirkt eine Erhöhung viszero-motorischer und [psychomotorischer](#) Impulse. Mit einer Bereitstellung des Organismus zu motorischen und bestimmten viszeralen Aktionen geht eine Erhöhung der psychischen Wachheit ([Vigilanz](#)) einher. Quelle: Wikipädia-Internet

⁵ Trance: Klass. Hypnose: Ein veränderter Bewusstseinszustand, der zu einer erhöhten Suggestibilität(Empfänglichkeit) der Patienten führt.
Milton Erickson: „Zustand intensivierter Aufmerksamkeit und Fähigkeit mit einer erhöhten Reaktionsfähigkeit gegenüber einer Vorstellung.“
Hypnose, Entspannung, AT. und Meditation stellen allesamt für das Gehirn einen Zustand entspannter Wachheit dar und weisen ein kurzweiliges EEG auf, den sogenannten Alpha-Rhythmus.“
Quelle: In Naturarzt Nr. 12, Dezember 2004, 144. Jahrgang, Schmerz und Stress einfach vergessen, Dr. Med. Wolf-Jürgen Maurer.

Harmonisierung erweckt auch auf die für die Störung integrative Regelsysteme im Körper verantwortlichen subkortikalen Bereiche ausbreitet (limbische System, Hypothalamus, Hirnstamm), desto effektiver kommt es auch zu einer Rekonstitution bisher (durch Anspannung, um Ruhe, Stress) gestörter Funktionen (kardiovaskuläre System, neuroendokrines System, vegetative System, Immunsystem). Diese Effekte sind umso nachhaltiger, je länger sie bei der betreffenden Person nachklingen (als innere Erlebnisbilder, als im Geist weiter gehörte oder weitergespielte Melodien etc.).

Quelle: Gerald Hüther, ebenen salutogenetischer Wirkungen von Musik auf das Gehirn, Deutsche Gesellschaftsmusiktherapie, Internet Redaktion, Dezember 2003

4. Aktive Musiktherapie

Musikalischer Rhythmus beeinflusst leibliche Rhythmen!

Da dieses Missing Link Konzept der Rhythmizität m.E. nach in der Rezeptiven Musiktherapie wirkt, lässt dies auch den Schluss nahe, dieses Prinzip auch auf die Aktive Musiktherapie zu übertragen.

Die Begegnung mit der aktiven Musiktherapie ist für die meisten Patienten zu Beginn sehr schwierig. Es kommen hier sehr viele Erfahrungen zusammen, das heißt, Erfahrungen die mit Musik gemacht worden sind. Dies sind häufig negative Erfahrungen. Durch Schule Kindergarten und andere Institutionen, oder auch dem Elternhaus sind viele Menschen negativ mit dem Medium Musik in Berührung gekommen. Es begegnen mir in der Therapie Sätze wie: „Ich kann kein Instrument spielen, ich kann nicht singen, ich kann keinen Ton halten etc.. „

Es reicht meiner Meinung deshalb nicht aus, darauf hinzuweisen das Patienten keine Instrumental Vorkenntnisse oder Notenkenntnisse brauchen, sondern, es bedarf einer Therapie Atmosphäre, die Menschen dazu anregt Musik neu zu entdecken, Instrumente auszuprobieren, die Wirkung von Rhythmus zu spüren, sich mit einem oft fremden Medium ganz neu zu erleben.

Aus diesem Grund, lasse ich den Patienten zu Beginn sehr viel Zeit.

Als erstes steht das Vorstellen der Instrumente, wobei ich großen Wert darauf lege,

jedes einzelne auch mit seinem Namen und seinem Herkunftsland zu benennen, so dass die Patienten auch etwas über den jeweiligen kulturellen Hintergrund der Instrumente lernen. Auch spiele ich jedes Instrument kurz vor, so dass auch hier eine klangliche Vorstellung entstehen kann. Erst wenn diese instrumentale Vorstellungsrunde beendet ist, fordere ich die Patienten auf, sich ein Instrument auszusuchen. Dabei sollen sie darauf achten, dass das gewählte Instrument ihren ästhetischen, klanglichen oder anderen individuellen Vorlieben entspricht. Meist ist die Wahl des persönlichen Instruments gar kein Problem mehr. Die Patienten wählen sehr schnell und sicher ihr Instrument auf dem sie dann bis zum Ende der Stunde spielen.

Wenn die Patienten ihr Instrument gewählt haben, lasse ich Ihnen eine Weile Zeit, sich mit dem Instrument vertraut zu machen. Jedes Orchester braucht ja eine Einstimmungsphase!

Im Anschluss an diese Einstimmungsphase, beginne ich dann mit einer Spielform z. B. mit einer Rhythmuspyramide, oder anderen Rhythmusspielen.

Rhythmuspyramide:

Ein Spieler beginnt mit einem leicht nach zu vollziehenden Rhythmus, dieser Rhythmus wird vom Nachbar Spieler entweder zur rechten oder zu linken Seite (wird vorher verabredet) aufgegriffen, so dass immer ein Mitspieler hinzukommt. Wenn alle spielen, besteht dann die Möglichkeit, zu variieren. Das heißt Rhythmen können erfunden werden, Töne können hinzugefügt werden, Melodien können erfunden werden, alles was zu dem Grundrhythmus passt, ist hier möglich.

Das Spiel findet dann ein Ende, wenn der 1. Spieler, sein Spiel beendet. Ab diesem Zeitpunkt, steigt ein Spieler nach dem anderen aus. Wichtig ist, dass immer nur ein Spieler nach dem anderen aussteigt. Dies ist eine sehr leichte Spielform, die aber umso mehr Freude bereitet, weil man beim Ein- und Ausstieg, jedes Instrument für sich wahrnimmt.

Diese Spielform wird von den meisten Patienten gut angenommen, spätestens beim zweiten Durchgang, beginnen viele von den Teilnehmern zu improvisieren das heißt sie

erfinden neue Rhythmen, die zu dem Grundrhythmus passen, oder sie bauen ihre Spielräume auf den Instrumenten mit größerem Tonumfang aus.

Das Instrumentarium besteht aus Trommeln (Djembés, Rahmentrommeln, kleinen Percussionsinstrumenten, Stabspielen wie Balafon und Schlitztrommel, und einer Steeldrum.)

Die Wirkungen des Rhythmusspiels sind sofort spürbar und erkennbar. Gesichter die vor dem Spiel noch hart und unbeweglich schienen, werden weicher, und es stellt sich oft ein Lachen ein. Die Körperhaltung verändert sich auch deutlich, sie wird weicher und beweglicher.

In den im Anschluss an die Rhythmusspiele gegebenen Rückmeldungen, wird deutlich, wie Rhythmus in einzigartiger Weise geeignet ist, das Schmerzerleben positiv zu beeinflussen. Rückmeldungen wie: „ Ich habe meine Schmerzen gar nicht mehr gespürt, oder, „mein Schmerzlevel war vor der Sitzung auf 7 und ist nun auf 5“, können dies beispielhaft belegen.

"It was suggested to me that I do some research with drums and Alpha waves. What first came to my mind were my hypervigilant patients. Not expecting anything really, I went ahead and took four or five people and did an experiment wherein I got an Alpha wave baseline from them, which was, of course, typically low (below 10 MV) and had them drum for half an hour. The instructions I gave them were to drum a soft slow heartbeat type of rhythm. Not everyone followed the instructions. A couple did some emotional expressive drumming, and one or two might have had too much pain or felt pain from holding the drum due to fibromyalgia, but I found that 50% of the ones I tested got a normal Alpha wave pattern after thirty minutes of drumming, which means that their Alpha waves doubled. They went from 10 microvolts average to 20 microvolts just in the course of one drumming session.

Quelle: "The Healing Power of the Drum", by Robert Lawrence Friedman, published by White Cliffs Media, Inc., October 2000.

Da meine Arbeitsgrundlagen aus meiner Ausbildung resultieren hier eine kurze Einführung in die Grundlagen Integrativen Therapie.

5. Grundlagen der Integrativen Therapie

Die Integrative Therapie hat seine Wurzeln in der:

- Gestalttherapie nach Fritz Perls
- Psychoanalyse nach S. Ferenczi
- Verhaltenstherapie Ellis et.al

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Gestalttherapie nach F. Perls noch andere Wurzeln hat, so z.B. das Psychodrama nach Moreno- (Stuhlarbeit Hot Seat and empty Chair, Rollenspiele und Rollentausch etc..), Karen Horney (Technik der beziehungsorientierten Analyseform im Sitzen), Wilhelm Reich (Zugang zu emotionalen Konflikten über Körperinterventionen),

Paul Goodman (politische Dimension Solidaritätserlebnisse werden in sogenannten Gestaltkibbuzim gefördert - Exchange learning, Exchange helping), Kurt Goldstein (Gestaltpsychologie - Frankfurt), Feldbegriff von Lewin (der Mensch lebt in einem Beziehungsfeld mit voneinander unabhängigen und gleichzeitig bestehenden Beziehungen, Ausdehnung des therapeutischen Geschehens auf den Schwerpunkt des sozialen Umfelds - Wichtigkeit des Sich-aufeinander-Beziehens im Vordergrund - Wurzel des Hier und Jetzt), S. Friedländer (Polaritätsbegriff - ohne komplementären Hintergrund, ohne Kontrast oder das Gegenteil ist jede Gestalt inkomplett)

Integrative Therapie

Hilarion Petzold entwickelt in Deutschland aus der Gestalttherapie seinen eigenen Ansatz weiter. Er nennt diesen Ansatz Integrative Therapie.

Die Integrative Therapie bemüht sich um Integration verschiedener kreativer, verbaler und nonverbaler Ansätze. (Musiktherapie, Bewegungstherapie u.a.)

Ein zentraler Begriff ist der Leib, er ist der Ort an dem alles Erlebte gespeichert ist, der erlebte und der sich selbst erlebende Körper.

Das Menschenbild der Integrativen Therapie betont die existentielle Bezogenheit des Menschen auf seinen Mitmenschen, „Jeder Mensch steht in fundamentaler Beziehung (Korrespondenz-Antwortfähigkeit, Verantwortung, und Bezogenheit) mit der Welt und seinen Mitmenschen. So ist ein Ich ohne das Du nicht denkbar, und das Ich kann sich nur in Beziehung zum Du entwickeln (Buber).

Ein weiterer wichtiger Begriff der Integrativen Therapie ist die Intersubjektivität (Marcel). Beziehung spielt sich immer zwischen zwei Subjekten statt - Bezogensein des Menschen auf den anderen.

Intersubjektivität ist somit Ziel jeder Beziehung, auch der Therapeutischen.

Praxis der Integrativen Therapie

Die fünf Säulen der Identität

Diese fünf Säulen dienen als Struktur zur Analyse der Tragfähigkeit bestimmter Lebensbereiche des Patienten/Klienten. Wo gibt es Defizite, oder Stärken, was gibt es für Wünsche, was soll aus der Sicht des Klienten verändert oder gefördert werden.

Hieraus werden gemeinsam Therapieziele formuliert. Dabei richtet sich das therapeutische Handeln immer nach diesen bestimmten Zielen. Auf diese Ziele abgestimmt werden Methoden (z.B. Bewegungstherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie) und bestimmte Behandlungstechniken (z.B. Rollentausch, Arbeit mit dem leeren Stuhl, Identifikationstechniken, Lebenspanorama u.a.).

Im Vordergrund steht immer die Tragfähige empathische Beziehung zwischen dem Patienten/Klienten und Therapeuten.

(Wo Übertragung ist, soll Beziehung werden, im Gegensatz zu Freud: Wo „Es“ ist, soll „Ich“ werden.)

Grundlage der Behandlung sind immer die Probleme der gesamten Lebensspanne(Lifespan-Development) nicht nur Belastungen aus der Kindheit, sondern auch Schwierigkeiten der aktuellen Lebenssituation und Befürchtungen für die Zukunft.

- **Materielle Sicherheit**
- **Leiblichkeit**
- **Arbeit und Leistung**
- **Normen und Werte**
- **Soziales Umfeld**

Abhängig von der Ebene, auf der der Patient/Klient einen guten Zugang zu sich findet, und abhängig von der Problematik wird der Therapeut einen von vier Wegen der Heilung einschlagen.

Die vier Wege der Heilung

1. Sinnerfahrung und Vermittlung von Einsicht

Hierbei soll die eigene Problematik verstanden werden, indem sie in den Ursprüngen wieder erlebt und Sie mit Hilfe des Therapeuten in den Zusammenhang der damaligen und heutigen Erfahrungen gestellt werden.

2. Emotionale Nachsozialisation und Vermittlung von Grundvertrauen durch korrigierende emotionale Erfahrungen

Wenn das Grundvertrauen durch frühe Defizite oder Traumata beschädigt oder mangelhaft ausgebildet ist, wird der Therapeut versuchen, gute und heilsame Szenen und Atmosphären zwischen sich und dem Klienten herzustellen. Der Therapeut wird hierbei nicht so abstinent sein, wie dies vielleicht aus anderen

Therapierichtungen bekannt ist. Caring, holding und containing (Winnicott), also ein eher mütterliches Wunschprinzip des Nachnährens, werden so lange in der Therapie einen großen Stellenwert einnehmen, bis der Klient genügend Kraft hat, um einen Neubeginn zu wagen.

3. Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentfaltung

Der Therapeut wird diesen Weg immer dann einschlagen, wenn Störungen durch Verarmung der Lebenswelt bedingt sind. Ziel ist es dann, Angebote der Umwelt wieder aufzunehmen und somit neue Erfahrungen machen zu können. Gehemmte oder brachliegende Potentiale werden neu angeregt. Die kreativen Fähigkeiten, das Ausdrucksvermögen können gezielt mit kreativen Methoden und Techniken gefördert werden.

Dies findet in der Regel in Gruppen statt.

4. Solidaritätserfahrung

Hierbei geht es um den Ausbau des sozialen Netzes, z.B. über Solidaritätserfahrungen mit anderen Gruppenteilnehmern und auch mit dem Therapeuten. Über praktisches Tun werden gemeinsam Alltagsprobleme angegangen (Arbeitslosigkeit, Wohnungsnot). Hier steht nicht die Lebensgeschichte insgesamt im Vordergrund, sondern die bzw. unsere Beziehung zur Umwelt und zum momentanen Lebensstress.

Natürlich wird der Therapeut mit dem Klienten nicht den einen oder den anderen Weg dieser „Vier Wege“ gehen. Häufig wird es zu einer Mischung von verschiedenen Vorgehensweisen kommen.

Gefühlszentrierte Sequenzen können sich mit konfliktzentriert-aufdeckender Arbeit oder mit körpertherapeutischer Bearbeitung von Ereignissen abwechseln. Rollenspiele können dem einüben neuen Verhaltens dienen, Arbeit mit kreativen Medien kann als Förderung der Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeit herangezogen werden.

Kritische Betrachtung:

Durch diesen Artikel wird deutlich, dass die Musiktherapie in der Fachklinik Enzensberg, funktional ausgerichtet ist. Seelische beziehungsweise emotionale Prozesse stehen erst einmal im Hintergrund. Das liegt zum einen darin begründet, dass der Auftrag der Klinik für die Musiktherapie psychotherapeutisch zu arbeiten, nicht gegeben ist. Zum anderen wäre es auch nicht zu verantworten, seelische Prozesse in Gang zu setzen die für die Patienten nicht mehr zu beherrschen wären. Es ist im Haus einfach nicht gewährleistet, dass im Anschluss an die Musiktherapie, Patienten adäquat aufgefangen werden. Die Fachklinik Enzensberg ist keine psychosomatische Klinik und somit wäre eine intensive Psychotherapie auch kontraindiziert.

Literatur:

1 Aldridge G (1996) A Walk Through Paris: The Development of Melodic Expression in Music Therapy with a Breast-Cancer Patient. *The arts in Psychotherapy* 23: 207-223

2 Beck SL (1991) The Therapeutic Use of Music for Cancer-Related Pain. *Oncology Nursing Forum* 18: 1237-1337

3 Bellamy MA, Willard PB (1993) Music Therapy: An Integral Component of the Oncology Experience. *The international Journal of Arts Medicine* 2: 14-19

4 Bernatzky G, Feichtinger L, Likar R, Leiner G, Wendtner F (2000) Musik und Entspannungsanleitung bei chronischen Rückenschmerzen. 8. Wiss. Tagg. der Österr. Schmerzges., Abstr. 23

5 Berner MM, Herren-Pelzer S (1996) *Klinikarzt* 25: 243-247

6 Charnetzki CF, Brennan FXjr (1999) Effect of music and auditory stimulation secretory immunoglobulin A. (IgA) *Perceptual Motor Skills* 87: 1163-1170

7 Droh R, Kummert W, Kögel W (1985) Angstlösende Musik in der Geburtshilfe. In: Spintge R, Droh R (eds) *Musik in der Medizin*. Editiones Roche, Basel. Mayr Miesbach Verlag. S. 145-158

8 Eckel K (1992) Der Anteil der Sinnesphysiologie an der menschlichen Hörwelt. In: Harrer G (ed) *Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie*. Thieme-Verlag, S.55-81

9 Hasenbring M, Schulz-Kindermann F, Hennings U, Florian M, Linhart D, Ramm G, Zander AR (1999) The efficacy of relaxation/imagery, music therapy and psychological

support for pain relief and quality of life: first results from a randomized controlled clinical trial. *Bone Marrow Transplantation* 23:166

10 Jourdain R (2001) *Das wohltemperierte Gehirn. Wie Musik im Kopf entsteht und wirkt.* Spektrum Akademischer Verlag Heidelberg-Berlin

11 Juslin PN (2001) Cue Utilization in Communication of Emotion in Music Performance: Relating Performance to Perception. *J. Exp. Psych.* 26: 1797-1813

12 Kächele H, Oerter U, Scheytt-Hölzer N, Schmidt HU (2003) Musiktherapie in der deutschen Psychosomatik. *Psychotherapeut* 3: 155-165

13 Klemm G (1987) *Untersuchungen über den Zusammenhang musikalischer und sprachlicher Wahrnehmungsfähigkeit.* Dissertation, Universität Frankfurt/M.

14 Kullich W, Wendtner F, Likar R, Hesse HP, Bernatzky G (2001) Therapeutische Anwendung von Musik und Entspannungsanleitung bei schmerzhaften Wirbelsäulenerkrankungen. 9. Jhr. Tgg. der Österr. Schmerzges. Abstr. S. 26

15 Lloyd-Green L (1999) Palliative Medicine in the Nineties. In: Pratt RR, Grocke DE (ed) *Music Medicine 3. Music Medicine and Music Therapy: Expanding Horizons.* Faculty of Music, The University of Melbourne, Parkville, Victoria. S. 238-241

16 Mac Donald RAR, Ashley EA, Davies JB, Serpell MG, Murray JL, Rogers K, Millar K (1999) The Anxiolytic and Pain Reducing Effects of Music on Post-Operative Analgesia In: Pratt RR, Grocke DE (ed) *Music Medicine 3. Music Medicine and Music Therapy: Expanding Horizons.* Faculty of Music, The University of Melbourne, Parkville, Victoria. S. 12-18

17 Mangold I, Oerter U (1999) "... Du kannst ja nicht das Klavier mitnehmen." Zur besonderen Situation der Musiktherapie am Krankenbett. *Musiktherapeutische Umschau* 20:349-357

18 Möckel M, Störk T, Vollert J, Röcker L, Danne O, Hochrein H, Eichstädt H, Frei U (1995) Stressreduktion durch Musikhören. *Dtsch. Med. Wschr.* 120: 745-752

19 Munro S (1986) *Musiktherapie bei Sterbenden.* In: Bolay V, Bernius V (ed) *Praxis der Musiktherapie* Fischer Verlag

20 O'Brien EK (1999) Cancer Patients' Evaluation of a Music Therapy Programm in a Public Adult Hospital In: Pratt RR, Grocke DE (ed) *Music Medicine 3. Music Medicine and Music Therapy: Expanding Horizons.* Faculty of Music, The University of Melbourne, Parkville, Victoria. S. 285-300

21 Palakanis KC, De Nobile JW, Sweeney WB, Blankenship CL (1994) Effect of Music Therapy on State Anxiety in Patients Undergoing Flexible Sigmoidoscopy. *Dis. Colon Rectum* 37: 478-481

- 22 Porchet-Munro S (1990) Musiktherapie für Tumorpatienten. Der informierte Arzt - Gazette Medicale 13: 1175-1180
- 23 Porchet Munro S (1991) Aspects of Nonverbal Communication. Recent Results in Cancer Research 121: 313-320
- 24 Ries R (1998) Musik als Medizin. Gezielt eingesetzte Musik kann Angst und Schmerzen lindern. Einblick 3: 20-21
- 25 Schaub St (1993) Erlebnis Musik. Bärenreiter Verlag Kassel und Deutscher Taschenbuch Verlag München
- 26 Sehhati-Chafai GH, Kau G (1985) Comparative Study on the Anxiolytic Effect of Diazepam und Music in Patientes during Operations in Regional Anästhesia. In: Spintge R, Droh R (eds) Musik in der Medizin. Editiones Roche, Basel. Mayr Miesbach Verlag. S. 231-236
- 27 Spintge R (2000) Musik in Anaesthesie und Schmerztherapie. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 35: 254-261
- 28 Standley JM (1992) Clinical applications of music and chemotherapy: the effects on nausea and emesis. Music Therapy Perspectives 10: 27-35
- 29 Tilch S, Haffa-Schmidt U, Wandt H, Kappauf H, Schäfer K, Birkmann J, Gallmeier WM (1999) Supportive Music therapy improves mood state in patients undergoing myeloablative chemotherapy. Bone Marrow Transplantation 23: 170
- 30 Tomatis A (1999) (ed) Der Klang des Lebens. Rowoldt TBV Hamburg
- 31 Van Dreest H (1997) Heilen mit Musik. Deutscher Taschenbuch Verlag München
- 32 Verres R (1999) Zukunftsmusik: Wie kann die Musiktherapie in der Onkologie gestärkt werden? Musiktherapeutische Umschau 20: 396-400
- 33 Von Hodenberg F (1999) Die Stimme in der Sterbebegleitung. Musiktherapeutische Umschau 20: 358-363
- 34 L. Schmid ⁽¹⁾, I. Schmid ⁽²⁾, D. Kreuzer ⁽¹⁺³⁾, Rauthe ⁽¹⁾ „Aktuellen Onkologie“: Praktische Onkologie Nr. 14 Verbesserung der Betreuung von Tumorpatienten durch Musik?
- 35 Basler, Franz, Kröner-Herwig, Rehfisch; Psychologische Schmerztherapie, 5. Auflage, Springer Verlag: Berlin, Heidelberg, New York, 1999, 2004.
- 36 Gerald Hüther, ebenen salutogenetischer Wirkungen von Musik auf das Gehirn, Deutsche Gesellschaftsmusiktherapie, Internet Redaktion, Dezember 2003
- 37 Dr. Spintge, Internet

38 Sabine Rittner, Jörg Fachner „Klang und Trance im EEG, tranceiduzierende Klänge., Musiktherapeutische Umschau 25, 1 (2004), S70-80.“

39 Hanne Seemann, Freundschaft mit dem eigenen Körper schließen. Über den Umgang mit psychosomatischen Schmerzen, Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart, 1998.

40 Dr. Med. Wolf-Jürgen Maurer, in Naturarzt Nr. 12, Dezember 2004, 144. Jahrgang, Schmerz und Stress einfach vergessen.

41 Prof. Dr. Hans Helmut Decker-Voigt, Zur Methodik der Musiktherapeutischen Tiefenentspannung, in:Rezeptive Musiktherapie in Theorie und Praxis, Hrsg. I. Frohne-Hageman, 2004.

42 Dr. H.C. Müller-Busch, Schmerz und Musik, Musiktherapie bei Patienten mit chronischen Schmerzen, Praxis der Musiktherapie Band 15, Hrsg. H.V. Bolay, Gustav Fischer Verlag, 1997

43 Manfred Ruoff, Psychologie des Schmerzes, Hogrefe 1998

44 Robert Lawrence Friedman, "The Healing Power of the Drum", published by White Cliffs Media, Inc., October 2000.

Weber S, Nuessler V, Wilmanns W (1997) A pilot study of the influence of receptive music listening on cancer patients during chemotherapy. The international Journal of Arts Medicine 5: 27-35

Tabellen:

Tabelle 1

Pränatale Entwicklung des Gehörorgans (modifiziert nach (13))
Erstes funktionsfähiges Sinnesorgan !
4.-5. Monat: Innenohr voll entwickelt
5.-6. Monat: Gehör voll funktionsfähig
ab 7. Monat: Reaktionen auf Klänge/ Geräusche/ Rhythmus. Melodien werden postnatal wiedererkannt.

Tabelle 2

Einstufung des Effekts von Musiktherapie auf verschiedene Bereiche der Lebensqualität durch 52 Tumorpatienten (n = 100%) während stationärer Tumorthherapie (modifiziert nach (20))					
Therapieziele	extrem hilfreich (%)	hilfreich (%)	etwas hilfreich (%)	nicht angemessen (%)	nicht geeignet (%)
Entspannung und Stressreduktion	45	44	11	–	–
Verminderung von Angst	45	38	17	–	–
Ablenkung von „medizinischen Prozeduren“	54	23	23	–	–
Linderung von Langeweile	66	23	–	–	11
Schmerzreduktion	45	44	–	–	11
Verbesserung der Toleranz onkologischer Therapien	33	34	–	–	33
Verbesserung sonstiger Symptome (z.B. Antiemese)	11	33	34	–	22
Nützliche kreative Selbsterfahrung	54	23	11	–	12
Möglichkeit persönlicher Ausdrucksform	45	44	–	–	11
Bewertung des Musikprogrammes insgesamt	66	23	11	–	–

