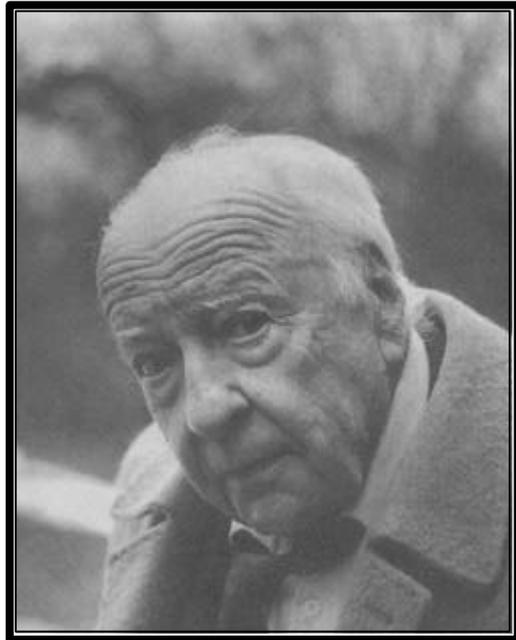


Sprachlos...



...für immer!?

Sprachlos...

...für immer!?

Musiktherapie als Krankheitsverarbeitung in der
Frühphase der Rehabilitation von schweren globalen
Aphasien.

Diplomarbeit im Rahmen des Studienganges Musiktherapie an
der Saxion Hogeschool Enschede

Mai 2002

Vorgelegt von Jennifer Zantopp

Mit Beratung von Laurien Hakvoort

(Die Fotos auf der Titelseite repräsentieren keine Aphasiker. Alle Ähnlichkeiten sind rein zufälliger Natur.)

Zusammenfassung

Mit Hilfe von qualitativen Forschungsmethoden (Improvisationsanalyse) wird eine Antwort auf die Frage gegeben, ob Patienten mit schweren globalen Aphasien in der Lage sind eine musikalische Interaktion mit dem Musiktherapeuten einzugehen.

Weiterhin wird erläutert wieso Musiktherapie als Psychotherapie in diesem Setting betrachtet werden kann.

Eine Indikationsstellung für Musiktherapie als Psychotherapie erfolgt nach einer genauen Betrachtung von Aphasie mit ihren primären und sekundären Folgen.

Abstract

Met behulp van kwalitatief onderzoek (improvisatieanalyse) wordt de vraag beantwoord of en hoe patiënten met een globale afasie in staat zijn een muzikale interactie met de muziektherapeut aan te gaan.

In het verlengde hiervan wordt tevens onderzocht of muziektherapie als een vorm van psychotherapie kan worden toegepast.

Een indicatiestelling wordt geformuleerd op basis van een nauwkeurig beschouwing van primaire en secundaire gevolgen van afasie.

Summary

Can people who suffer from global aphasia commit a musical interaction with their music therapists? We try to answer this question using qualitative research methods. (analysis of musical improvisation)

Second, we investigate whether and how music therapy can be used for psychotherapeutic purposes.

A justification (indication) for music therapy as psychotherapeutic treatment follows from the primary and secondary symptoms of aphasia.

Keywords

Aphasie - Aphasia - Afasie - interaction research - Interaktionsanalyse - Interactie - early rehabilitation - Frührehabilitation - revalidatie - Krankheitsverarbeitung - ziekteverwerking - grief response - music as psychotherapy - Musiktherapie als Psychotherapie - muziektherapie als psychotherapie - kwalitatief onderzoek - qualitative research - qualitative Forschung - Improvisation analysis- Improvisationsanalyse - Improvisatieanalyse

Vorwort

Kurz bevor ich anfang Musiktherapie zu studieren, habe ich in einem Zug diesen Spruch gelesen:

„Wer in die Fußstapfen anderer tritt, hinterlässt keine Spuren...“

Seitdem habe ich mich von diesem Spruch leiten lassen und versucht meinen eigenen Weg zu gehen.

Diese Arbeit ist so etwas wie eine Beschreibung des *Weges*, den ich während meines Studiums gegangen bin.

Viele Fragen, die mich beschäftigt haben, finden hier eine Antwort.

Mir hat es Spaß gemacht mich intensiv mit diesen Fragen auseinander zu setzen und nach einer befriedigenden Antwort zu suchen.

Dies sind meine „*Fußabdrücke...*“

An dieser Stelle möchte ich mich bei all den Menschen bedanken, die es mir ermöglicht haben, meine Fußspuren hinterlassen zu können.

Das sind zunächst meine Eltern, die immer hinter mir gestanden haben, wie ein *Küstenwind*, der einem den Rücken stärkt und in den man sich legen kann, wenn man des *Weges* müde ist.

Freunde, die mir zeigten, was *es Interessantes* entlang des *Weges* zu entdecken gibt; ein kleines oder großes Stück des *Weges* mit mir gegangen sind; mir Tee angeboten haben, wenn die *Wellen* einmal zu hoch schlugen, um weitergehen zu können; mir geholfen haben *steinige Küsten* zu durchqueren; mich erfrischten wie ein Bad in ihren *Wellen* und mich wärmten wie die *Sonne*.

Einige Freunde waren auch wie ein *Schwarm Möwen*, der mich mal etwas weiter entfernt, mal etwas näher, ständig begleitet hat.

(Ich hoffe, dass alle Freunde sich angesprochen fühlen und selbst wissen, welchen Beitrag sie hatten.)

Ich bedanke mich auch bei all den Menschen, die sich Zeit genommen haben, mit mir über fachliche Fragen zu diskutieren und mir die Gelegenheit gaben, auch praktische Erfahrungen zu sammeln.

Dazu gehört Simon Gilbertson, dessen wissbegieriger Geist mich während des Praktikums angeregt hat, Catrin van Lengen (und alle anderen Logopäden in Lingen), die mir die Chance für mein Praxisprojekt gegeben haben, Madeleen de Bruijn für den Erfahrungsaustausch und ihre Hilfsbereitschaft und nicht zu vergessen, Laurien Hakvoort für das Mitdenken an dieser Arbeit.

Bleiben noch all die Menschen zu erwähnen, die durch andere Dinge aufgefallen sind:

Ton de Bruijn und die 2e jaars, die mit viel Elan an dem Forschungsprojekt mitgewirkt haben, Henk Smeijsters, der mir ein paar Artikel zugeschickt hat und nicht zuletzt Luise Lutz, die eines Abends anrief, nur um mir zu sagen, dass sie mir zwar keinen Arbeitsplatz anbieten kann, Musiktherapie aber für sehr sinnvoll hält. Und das zu einem Zeitpunkt, an dem ich das ganze Projekt am liebsten hingeworfen hätte...

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	4
2	FRAGESTELLUNG UND INTENTION DER ARBEIT	6
3	WAS IST APHASIE?.....	7
3.1	Definition	7
3.2	Wie können Aphasien entstehen?	7
3.3	Erscheinungsformen/Syndrome	9
3.3.1	Globale Aphasie	10
3.3.2	Broca – Aphasie.....	11
3.3.3	Wernicke – Aphasie.....	12
3.3.4	Amnestische Aphasie	13
3.4	Aphasie ist keine „geistige Behinderung“ ..	13
3.5	Begleitsymptome.....	14
3.6	Sekundäre Folgen	15
3.6.1	Psychologische Folgen	15
3.6.2	Soziale Folgen	17
3.6.3	Die Umgebung ist auch aphasisch.....	19
4	PHASEN DER KRANKHEITSVERARBEITUNG	20
4.1	Rehabilitationspsychologie	20
4.1.1	Trauerprozess nach Kübler-Ross.....	20
4.1.2	Krankheitsverarbeitungsprozess in der Betrachtung von Rehabilitationspsychologen.....	21
4.2	Kennzeichen der Frührehabilitation	22
5	INDIKATION UND UNMÖGLICHKEIT DER PSYCHOTHERAPIE	25
5.1	Eine Literaturübersicht	25
6	VORAUSSETZUNGEN FÜR MUSIKTHERAPIE ALS PSYCHOTHERAPIE	27
6.1	Kann Musiktherapie als Psychotherapie dienen?	27
6.2	Analoge Kommunikation muss erhalten sein	31
6.2.1	Wie kommunizieren wir?	31
6.2.2	Verarbeitung von Musik und Sprache im Gehirn.....	34

7	MUSIKALISCHE INTERAKTIONSFÄHIGKEIT IN DER PRAXIS	37
7.1	Einleitung	37
7.1.1	Forschungsprojekt	37
7.2	Material und Methode.....	37
7.2.1	Die Improvisationsanalyse nach Bruscia.....	37
7.2.2	Beschreibung der Bewertungsgruppe	39
7.2.3	Beschreibung des Testablaufs	39
7.2.4	Beschreibung der Patienten und Videoaufnahmen.....	40
7.3	Analyse.....	43
7.3.1	Auswertung der Beurteilungen der Videofragmente.....	43
7.3.2	Exkurs: Über die Schwierigkeit das Autonomieprofil zu bewerten... ..	50
7.4	Auswertung	51
7.4.1	Schlussfolgerungen des Forschungsprojektes	51
7.4.2	Kritische Betrachtung der Forschungsmethode.....	52
7.5	Ideen für weitere Forschung und Entwicklung	53
8	SCHLUSSFOLGERUNGEN.....	54
9	WIE KANN MUSIKTHERAPIE GESTALTET WERDEN?.....	58
9.1	Einleitung	58
9.2	Therapiekaleidoskop	58
9.3	Interaktion.....	60
9.4	Die Stimme	60
9.5	Bedeutung von Sprache in Musiktherapie mit Aphasikern	61
9.6	Therapeutischer Hintergrund	62
9.7	„Der Rahmen“	63
9.8	Wie verändert sich Musiktherapie in Abhängigkeit von der Phase der Krankheitsverarbeitung?.....	63
9.9	Grenzen und Probleme von Musiktherapie bei der Krankheitsverarbeitung in der Frührehabilitation	64
	NACHWORT.....	66

**„Wie hast du den Vogel wieder zum Singen gebracht,
Momo?**

Niemand hat es bisher geschafft!“

(aus dem Film „Momo“
nach dem Roman von Ende 1973)

... Antwort auf der letzten Seite

1 Einleitung

Stellen sie sich folgendes vor:

Sie werden morgens wach und fühlen sich relativ gut. Alles scheint wie immer zu sein. Der Blick auf den Wecker zeigt, dass es - wie immer - wirklich Zeit zum Aufstehen ist. Als sie - wie üblich - ihr rechtes Bein aus dem Bett schwingen wollen, stoppen sie:...

Es geht nicht! –

Panik überkommt sie: „Wo sind meine Beine?“ Sie sind noch da, aber das rechte Bein reagiert nicht mehr. Sie geraten noch mehr in Panik und rufen nach ihrer Frau. - aber halt! - Das, was sie gerade gerufen haben, war nicht der Name ihrer Frau, vielmehr ein Kauderwelsch aus verschiedenen Silben. „Was ist mit mir passiert?“ „Bin ich über Nacht schwachsinnig geworden, träume ich noch?“

Obwohl sie nicht den richtigen Namen gerufen haben, kommt ihre Frau trotzdem zu ihnen. Sie wollen ihr erzählen was mit ihrem Bein los ist - aber es ist ihnen nicht möglich, auch nur ein einziges erkennbares Wort zu sprechen.

An dem Gesicht ihrer Frau können sie sehen, dass sie wirklich nichts zu verstehen scheint. Sie sieht besorgt aus. „Hilf mir!“ wollen sie schreien, aber sie bleiben stumm...

Sprachlos... für immer!?

Meine erste Begegnung mit dieser Krankheit fand während meines Praktikums statt und macht noch immer tiefen Eindruck auf mich. „*Wie in Gottes Namen kann ich mit jemandem in Kontakt kommen, der mir nicht antworten kann?*“ „Versteht er mich?“ fragte ich mich damals.

Alle üblichen Mittel der Kommunikation versagten. Ich fühlte mich sehr hilflos.

Warum war ich darauf nicht vorbereitet? „Wie heißt diese Krankheit?“ wollte ich wissen.

Nachdem ich einiges über diese Erkrankung gelesen und eigene Erfahrungen im täglichen Umgang mit den Patienten gesammelt hatte, interessierte mich diese neurologische Störung nur noch mehr, was einer der Gründe dafür war, sie zum Thema dieser Arbeit zu machen.

Diese Krankheit heißt **Aphasie**.

Sie kommt fast so oft vor, wie Multiple Sklerose oder Alzheimer. Jährlich erkranken in Deutschland 30.000 Menschen an ihr. Zu jedem Zeitpunkt sind 85.000 Menschen (in der BRD) an ihr erkrankt. (Lutz 1996 S.31)¹ „Wo sind all diese Menschen?“ frage ich mich. Während MS oder Alzheimer in aller Munde ist, schauen die meisten Menschen eher unwissend, wenn sie das Wort Aphasie hören.

Vielleicht liegt das daran, dass Menschen die nicht sprechen können, in unserer Gesellschaft keine Lobby haben?

Im Gegensatz zur Unbekanntheit dieser Krankheit in der Bevölkerung, stehen Berge von Literatur über Aphasie. „Welche Artikel sollte ich lesen?“ – „Oder muss ich sie alle lesen?“ Außerdem stellte sich die Frage, was ich zu diesem Berg von Informationen noch sinnvolles beitragen könnte. Obwohl recht viele Musiktherapeuten mit Aphasikern² arbeiten, gibt es wenig musiktherapeutische Literatur über Methoden und Ziele ihrer Arbeit.

Diese Tatsache hat mich darin bestärkt, doch über Aphasie zu schreiben.

Außerdem beschäftigte mich seit längerem die Frage, ob instrumentale Improvisationen als eine Art „Sprache“ betrachtet werden können.

¹ In den Niederlanden erkranken jährlich ca. 3500 Menschen neu, insgesamt sind 30.000 Menschen erkrankt.(www.aphasie.nl)

² Ich verwende in dieser Arbeit der Einfachheit halber häufig die männliche Form. Natürlich erkranken auch Frauen an Aphasie. (Gleiches Prinzip gilt auch für die Bezeichnungen Therapeut/Patient /Teilnehmer usw.)

Wo könnte man das besser herausfinden, als bei Menschen, denen die Möglichkeiten zu sprachlichen Äußerungen verloren gegangen sind?

Eigentlich ist „Aphasiker/Aphasikerin“ keine gute Bezeichnung :

„Ich wehrte mich dagegen, dass ich einer Gruppe von Menschen zugerechnet wurde,
die nichts anderes gemeinsam hatten als ihre Krankheit“

(Tropp Erblind 1985 S.37)

schreibt eine Betroffene - und damit hat sie recht. Alle Aphasiker, die mir bisher begegnet sind, waren noch immer eine eigene Persönlichkeit und gingen auch unterschiedlich mit ihrem Sprachproblem um.

Wie schade wäre es, wenn wir nur die Krankheiten sehen würden und nicht den Menschen dahinter? Eine Depressive, ein Einarmiger, ein Schizophrener, ein Neurodermitiker...

Trotzdem wird in dieser Arbeit sehr oft das Wort Aphasiker auftauchen, da das kurz und bündig ist. Ich hoffe, dies wird nicht diffamierend begriffen.

2 Fragestellung und Intention der Arbeit

Die Intention dieser Arbeit ist es, eine theoretische und praktische Betrachtung von Musiktherapie bei schweren globalen Aphasien in der Frührehabilitation vorzunehmen.

Während meiner Arbeit mit diesen Patienten hat sich immer wieder mein „internal supervisor“ (Casement 1988) gemeldet und nach einer Erklärung für mein Handeln verlangt. Auch von anderen Therapeuten wurde ich zum Inhalt meiner Therapien befragt. Obwohl ich immer eine Antwort parat hatte, fand ich meine Erklärungen selbst oft unzureichend.

Darum beschäftigt sich diese Arbeit mit der Frage, ob und wie aktive Musiktherapie als psychotherapeutische Begleitung zur Krankheitsverarbeitung in der Frührehabilitation bei schweren globalen Aphasikern eingesetzt werden kann, welche Bedingungen sich daraus für Musiktherapie ergeben und über welche Fähigkeiten der Aphasiker verfügen muss.

Mit Hilfe einer qualitativen Forschungsmethode (Improvisationsanalyse) gehe ich der Frage nach, ob bei zwei verschiedenen globalen Aphasikerinnen eine Interaktion in deren musikalischem Spiel mit der Therapeutin für Außenstehende wahrnehmbar ist und in welchen Elementen diese zum Ausdruck kommt. (Kapitel 7)

Um diese Ergebnisse sinnvoll interpretieren zu können, wird zunächst die Krankheit Aphasie mit ihren primären und sekundären Folgen umfassend beschrieben. (Kapitel 3)

Kapitel 4 befasst sich mit der Betrachtung der Frührehabilitation und der Krankheitsverarbeitung bei Aphasie, wie sie von Rehabilitationspsychologen beschrieben wird.

Über eine kurze Indikationsstellung für Musiktherapie bei Aphasie als psychologische Begleitung (Kapitel 5) wird der Frage nachgegangen, ob Musiktherapie den Anforderungen an eine psychologische Begleitung der Krankheitsverarbeitung gerecht werden kann. (Kapitel 6.1)

Kapitel 6.2 beschäftigt sich mit den Fragen, was eigentlich die Kennzeichen von Kommunikation bzw. Interaktion sind und im Weiteren, wie Musik und Sprache im Gehirn verarbeitet werden.

Letztendlich wird deutlich, wie alle Betrachtungen dieser Arbeit ein Ganzes ergeben. (Kapitel 8)

Kapitel 9 ist eine Art Coda, in der ein kurzer Einblick gegeben wird, wie Musiktherapie praktisch aussehen kann, um dem Leser zu vermitteln, dass die theoretischen Betrachtungen auch in die Praxis umzusetzen sind, und um auch andersherum zu sehen, wie „geheime“ Musiktherapiesitzungen theoretisch zu erklären sind.

Im Anhang wird noch ein kleiner Ausflug zum neurologischen Phänomen Amusie gemacht, da dieses Phänomen vielfach im Zusammenhang mit Aphasie genannt wird.

3 Was ist Aphasie?

Stellen sie sich vor,
die Wörter in ihrem Kopf
sind in einer großen Schublade
fein säuberlich geordnet:
alphabetisch und auch in Sinnzusammenhängen.

In einer zweiten Schublade liegen die Grammatikregeln,
ebenso übersichtlich geordnet.

Ein Schlaganfall gleicht einem Überfall auf das Sprachzentrum:

Die Schubladen werden herausgerissen
Und der Inhalt auf dem Boden zerstreut.
Einiges ist kaputt gegangen,
vieles ist noch da,
aber nicht auf Anhieb zu finden.

(Aphasie & Schlaganfall
Nr. 82 S.19)

3.1 Definition

„Aphasie“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet so viel wie „*Sprachlosigkeit*.“
In der Tat haben Aphasiker einen Teil ihrer Sprache „verloren“, sind aber nicht zwangsläufig
völlig verstummt, wie sich im Kapitel Erscheinungsformen/Syndrome (S.9) zeigen wird.
Wallesch (1986) definiert wie folgt:

„Aphasie ist eine erworbene Störung der Sprache in allen Modalitäten nach
vollzogenem Spracherwerb in Folge einer umschriebenen Hirnschädigung.“

(in Lutz 1996 S. 32)

Welcher Art diese Hirnschädigungen sind, wird im Kapitel „Wie können Aphasien entstehen“
(S.7) näher erklärt. Neben dem „Nicht-Sprechen-Können“ (aber auch „Nicht-Verstehen-
Können“) hat die Erkrankung noch zahlreiche andere Begleiterscheinungen und
psychologische und soziale Folgen, wie sich im einzelnen im Verlauf dieser Arbeit zeigen
wird.

3.2 Wie können Aphasien entstehen?

Das menschliche Gehirn ist sehr komplex aufgebaut, so dass bis heute nicht eindeutig geklärt
ist, wie es arbeitet.

Früher ging man davon aus, dass jede Funktion (also z.B. sprechen, verstehen, lesen...) einem
Bereich im Gehirn zugeteilt ist, der bei allen Menschen etwa an der gleichen Stelle zu finden
ist. Diese Theorie wird *Lokalisationlehre* genannt. Anfang des zwanzigsten Jahrhunderts
erstellte Brodmann eine Karte der verschiedenen Areale im Gehirn, die bis heute wegen der
guten Anschaulichkeit von einigen Forschern benutzt wird. (siehe Lurija 1998)

Zwei Bereiche, die im Rahmen dieser Arbeit besonders interessant sind, sind das „motorische
Sprachzentrum“, der Ort, wo Sprache produziert wird, und das „sensorische Sprachzentrum“,

der Ort, wo Sprache verstanden wird. Der Französische *Chirurg Broca* entdeckte bereits 1861 das „*motorische Sprachzentrum*“, was auch nach ihm benannt wurde (*Broca-Areal*). Wenig später (1874) entdeckte der deutsche Psychiater *Wernicke* das „*sensorische Sprachzentrum*“, welches ebenfalls nach seinem Entdecker benannt wurde.

Die Namen Wernicke und Broca werden noch immer synonym für die zwei aphasischen Syndrome, motorische und sensorische Aphasie benutzt.

Mittlerweile hat man herausgefunden, dass Sprachprozesse viel komplizierter im Gehirn ablaufen, als die Lokalisationslehre es darstellt. *Jede Sprachhandlung beruht auf einer „Teamarbeit“ von einer immensen Zahl neuronaler Prozesse und Regelkreise, die sich über das gesamte Gehirn erstrecken und von Assoziationen und Gefühlen geleitet werden.* (Siehe auch Seite 34f) Man geht davon aus, dass sowohl linke als rechte Hemisphäre bei der Verarbeitung von Sprachprozessen beteiligt sind. (Springer und Deutsch 1988 in Lutz 1996) Die Schwerpunkte der Sprachprozesse werden aber noch immer den von Broca und Wernicke entdeckten Regionen in der linken Hemisphäre zugeschrieben. (siehe Abbildung 1 S.5)

Während die linke Hemisphäre die eigentliche Botschaft zu programmieren scheint, (also mit Worten, Formen und Grammatik hantiert) ist die rechte Hemisphäre damit beschäftigt, den Ausdruck und die Sprachmelodie zu programmieren. Nur in dieser Zusammenarbeit ergibt sich daraus eine stimmige Aussage. (siehe auch Kapitel 6.2.2)

Ähnliche Prozesse finden beim Verstehen von Sprache statt.

Wichtig ist die Schlussfolgerung daraus: Die rechte Hemisphäre kann nicht so ohne weiteres die Aufgaben der linken Hemisphäre übernehmen.

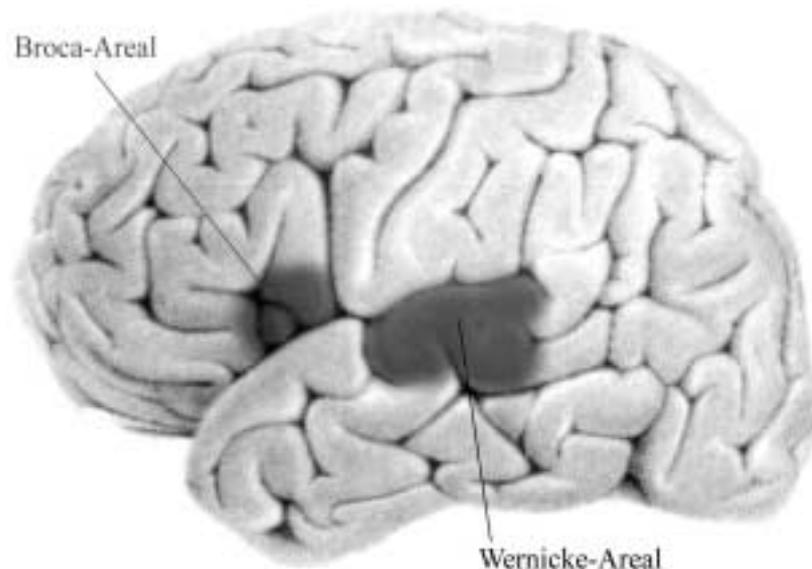


Abbildung 1: Lage des Broca- und Wernicke-Areals
(aus Mielke u.a.1996)

Aphasien entstehen durch Hirnschädigungen, wie Schlaganfälle, Schädelverletzungen durch Unfälle, Hirntumore oder Hirnoperationen in der linken Hemisphäre. Man spricht nur von Aphasie wenn das geschädigte Hirnareal umschrieben (der Gehirnbereich deutlich abgegrenzt) ist. Sprachstörungen, die durch generalisierte (die geschädigten Bereiche sind über das gesamte Gehirn verteilt) Hirnschädigungen wie Vergiftungen, Degenerationen oder Sauerstoffunterversorgung entstehen, werden nicht als Aphasie diagnostiziert, obwohl sie ähnliche Symptome zeigen können.

Etwa 80% aller Aphasien werden durch einen *Schlaganfall* ausgelöst. Die häufigste Ursache dafür ist ein sog. Ischämischer Insult, ein Gefäßverschluss, wodurch bestimmte Bereiche im Gehirn nicht mehr durchblutet werden und das Gehirnareal geschädigt wird. Ein geringerer Teil (15%) der Schlaganfälle entsteht durch krankhafte Fehler in den Gefäßwänden der Gehirnarterien, (z.B. Aneurysma, Gefäßwandsklerose) wodurch es zu Hirnblutungen kommen kann.

Abhängig davon, welcher Bereich des Gehirns betroffen ist, kommt es zu den verschiedenen Erscheinungsformen von Aphasie, wie sie im Kapitel Erscheinungsformen/Syndrome (S.9f) näher beschrieben werden.

3.3 Erscheinungsformen/Syndrome

Die Erscheinungsformen von Aphasie sind so zahlreich und verschieden, wie die Menschen, die an ihnen erkranken. **„Die Aphasie“ gibt es nicht!**

Dennoch haben alle Aphasien etwas gemeinsam: Die Verarbeitungsprozesse der Sprache im Gehirn sind durcheinander geraten.

Oft werden Aphasiker mit geistig Behinderten verglichen – das ist falsch. Aphasiker können geordnet und intelligent denken, nur immer wenn sie etwas mitteilen wollen, dann gerät ihnen einiges durcheinander. (siehe auch Kapitel „Aphasie ist keine „geistige Behinderung“... S.13) Normalerweise sind *alle Modalitäten* von der Aphasie betroffen also: Sprache verstehen; sprechen; lesen und schreiben (und rechnen). Zu beachten ist auch, dass Mimik und Gestik gestört sein können, was oft zu Missverständnissen führt. Außerdem kann die Zusammenarbeit der Modalitäten gestört sein. Eine versierte Logopädin der Aphasietherapie, Luise Lutz, beschreibt dieses Phänomen wie folgt: Ein Aphasiker kann nicht immer sagen, was er denkt, kann nicht immer hören, was er sagt, nicht immer schreiben, was er hört und nicht immer lesen, was er schreibt. (Lutz 1996 S.151)

Ingrid Tropp Erblad beschreibt in ihrem autobiographischen Roman, wie es ihr ergangen ist:

„Die Wörter waren in meinem Kopf vorhanden. Es schienen ebenso viele wie früher zu sein, und sie hatten keinen Schaden genommen. Aber wenn ich sie gebrauchen wollte, mussten sie offenbar auf einen sehr langen Weg verfrachtet werden. Auf diesem Weg schien sich ein eingestürzter Tunnel zu befinden. Sobald die Wörter an den Tunnel herankamen, versuchten sie sich hindurchzupressen. Aber sie wurden so zerfetzt und so verstümmelt, dass sie nicht wiederzuerkennen waren, wenn sie aus dem Tunnel herauskamen.“ (S.40)

Obwohl jede Aphasie anders ist, hat man immer wieder versucht, verschiedene Typen zu klassifizieren, entweder abhängig von der Lage der geschädigten Gehirnareale oder dem Erscheinungsbild der Aphasie.

Die zur Zeit gängige Klassifikation wurde 1989 von dem Psychologen Poeck und seinen Forschern erstellt und unterscheidet *vier aphasische Syndrome*:

- Globale Aphasie
- Broca– Aphasie (früher auch motorische Aphasie genannt)
- Wernicke– Aphasie (früher auch sensorische Aphasie genannt)
- Amnestische Aphasie

In den ersten vier bis sechs Wochen nach Auftreten der Krankheit kann diese noch nicht klassifiziert werden, man spricht von einer *„akuten Aphasie“*.

An Hand eines standardisierten Testverfahrens, dem AAT (Aachener Aphasietest), wird von Sprachtherapeuten ein genaues Profil der aphasischen Störung erstellt. Dieser Test wird auch zur Dokumentation des Therapieverlaufes benutzt. (Lutz 1998 S.235) Aber auch dieses Testverfahren bietet nur die Grundlage zur Sprachtherapie, jeder einzelne Aphasiker benötigt einen auf ihn abgestimmten Therapieprozess.

Normalerweise bessern sich die aphasischen Störungen mit der Zeit und viel Sprachtherapietraining. Manche Aphasien sind aber so hartnäckig, dass sie ein Leben lang bestehen bleiben.

3.3.1 Globale Aphasie

Diese Aphasie ist die *schwerste Form von Aphasie*. Alle sprachlichen Fähigkeiten sind stark beeinträchtigt.

Sie entsteht, wenn der Hauptstamm der mittleren Hirnarterie (Arteria cerebri media) in der linken Hemisphäre verschlossen wird. Dadurch stirbt der größte Teil der für Sprachverarbeitung- und Produktion verantwortlichen Bereiche ab. (siehe Abbildung 2 S.8)

Die Sprachproduktion fehlt ganz oder beschränkt sich auf wenige Worte, die so entstellt sind, dass sie nicht ein mal zu erraten sind. Wenn Worte zu verstehen sind, dann sind dies vielfach Floskeln oder unkontrollierte Ausrufe (Automatismen). Der Sinn des Gesagten ist meist nicht zu erschließen, da auch Gestik und Mimik mitbetroffen sein können.

Auch das Verständnis von Sprache ist ebenfalls schwer bis sehr schwer beeinträchtigt und bessert sich nur langsam.

Trotz all dieser Einschränkungen bleibt den Betroffenen ein Teil der Fähigkeit erhalten, aus der Sprachmelodie und Situation heraus zu erschließen, was der Gesprächspartner mitteilen möchte.

Die Reaktionen, die die Aphasiker auf das Gesagte zeigen (lächeln, mit dem Kopf nicken usw.) sind so natürlich, dass sie dem Gesprächspartner oft nicht zu erkennen geben, dass die Botschaft möglicherweise nicht verstanden wurde. Man bekommt das Gefühl, sich prächtig mit ihnen zu unterhalten. Oftmals wird erst später deutlich, dass dies jedoch nicht der Fall war.

Wie Oliver Sacks (1986) beschreibt, kann man globale Aphasiker nicht belügen (S.100). Gerade weil ihnen jegliche Bedeutung der Worte fehlt, müssen sie sich auf die Sprachmelodie, Gestik und Mimik des Gesprächspartners verlassen und können anscheinend erkennen, wenn die in der Sprachmelodie gezeigten Emotionen nicht mit denen der Körpersprache übereinstimmen. (Offenbar hatte der Präsident bei seiner Ansprache im Fernsehen ein bisschen übertrieben, was die Aphasiker zu Gelächter veranlasst hat.)

Trotz ihrer sehr geringen Sprachfähigkeit, ist es vielen Betroffenen dennoch möglich zu singen.

Allerdings scheint sich das weitgehend auf bekanntes Liedgut zu beschränken.

Häufig ist zu beobachten, dass der Anfang eines Liedes regelrecht einen Mechanismus auszulösen scheint, der das komplette Lied mit dazugehörigem Text nahezu fehlerfrei abrufft. (Natürlich gibt es auch Patienten, die das nicht, oder nur eingeschränkt, können) Nachdem das Lied zu ende ist, bleibt fast immer ein sehr erstaunter Aphasiker zurück. Will er aber einen Kommentar dazu geben, ist ihm das genau so wenig möglich, wie zuvor.

Die Fähigkeit zu lesen und zu schreiben ist ebenfalls schwer betroffen, manchmal können nicht einmal einzelne Buchstaben abgeschrieben, oder der eigene Name gelesen werden. Wenn sich die Aphasie im Laufe der Zeit bessert, bleibt eine Wernicke- oder Broca- Aphasie zurück, meist eine Mischform von beidem.



Abbildung 2: Ausfallgebiet der Arteria cerebri media
(aus Mielke u.a. 1996)

3.3.2 Broca – Aphasie

Bei dieser Form der Aphasie wird das von Broca als „motorisches Sprachzentrum“ bezeichnetes Gebiet nicht mehr versorgt. Betroffen ist hierbei nur ein Teil der mittleren Hirnarterie der linken Hemisphäre, die Ateria praerolandica. (Abbildung 3 S.9)

Die früher auch als „*Motorische Aphasie*“ betitelte Form der Aphasie hat als Kennzeichen eine *verlangsamte, unflüssige, telegrammstilartige Sprache*.

Die einzelnen Wörter sind zwar meistens zu verstehen, scheinen aber nicht in einem Zusammenhang zu stehen, oder sind nicht korrekt verwendet.

Das Sprechen kostet den Aphasiker sehr viel Anstrengung. Durch die große Anstrengung und Suche nach „den richtigen Worten“ können oft unverhältnismäßig lange Pausen entstehen. Die Wörter sind nicht immer richtig, stehen aber häufig mit dem gesuchten Wort in einer gewissen Beziehung. (z.B. Mantel an Stelle von Jacke) Dieses Phänomen wird auch *semantische Paraphasie* genannt. Auch *Phonematische Paraphasien* (lautlich entstellte Wörter z.B. „Bulme“ statt „Blume“) können auftreten.

Im allgemeinen verstehen Broca- Aphasiker gesprochene Sprache recht gut. Der erste Eindruck kann aber auch täuschen. Da sie recht gut mit Substantiven umgehen können, erraten sie meist den Inhalt. Doch kann man nicht davon ausgehen, dass sie die Botschaft vollständig verstehen. Oft entgehen ihnen Feinheiten, die von Präpositionen, Adverbien und Satzstellung ausgehen. Zum Beispiel wird der Unterschied zwischen den Sätzen: 1) Ich habe mich nicht gewaschen. Und 2) Ich habe mich noch nicht gewaschen. wahrscheinlich von Broca-Aphasikern nicht verstanden.

Ein anderes Phänomen ist, dass sie an Wörtern „hängen bleiben“. Die gleichen Worte mogeln sich automatisch immer wieder in ihrem Gehirn „nach vorne“. Dadurch kann das Verständnis auch stark beeinträchtigt werden. Oftmals zeigen sie aber nicht, dass sie die Botschaft nicht verstanden haben.

Broca- Aphasiker sind in der Lage auch neue Melodien und Texte zu singen.

Mit Hilfe einer neu entwickelten Methode für die Doppelbehandlung von Musiktherapie und Logopädie, kann der Sprachfluss und das Sprachtempo verbessert werden. (Mehr zu dieser Methode ist bei M.de Bruijn (2002) zu lesen.)

Unter günstigen Umständen kann sich eine Broca-Aphasie zu einer Amnestischen Aphasie zurückbilden.

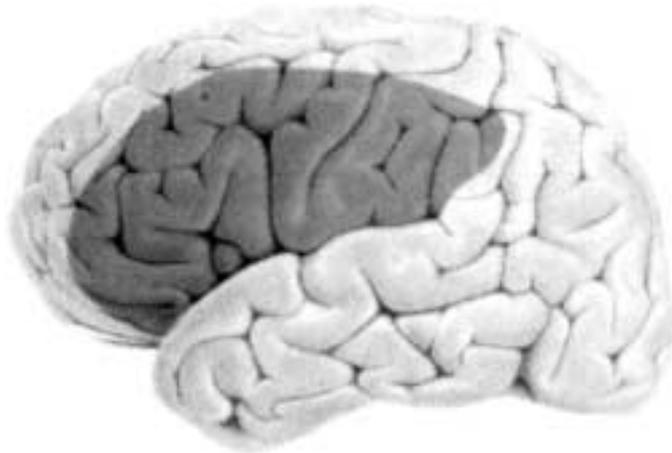


Abbildung 3: Ausfallgebiet der Arteria praerolandica
(aus Mielke u.a. 1996)

3.3.3 Wernicke – Aphasie

Bei der Wernicke- Aphasie ist das von Wernicke als sensorisches Sprachzentrum beschriebene Gehirnareal betroffen, oder anders gesagt, das Versorgungsgebiet der Arteria temporalis posterior. (Abbildung 4 S.10)

Auffällig für diese Art der Aphasie ist die *flüssige, überschießende Sprache* mit vielen semantischen und phonematischen Paraphasien, die mit natürlicher Intonation aber sehr hastig hervorgebracht werden. Viele Neologismen (Wortneuschöpfungen) und ineinander verschachtelte Sätze erschweren für den Zuhörer das Verstehen der Sprache. Diese oft unverständliche Sprache wird auch „*Wernicke – Jargon*“ genannt.

Die meisten Wernicke- Aphasiker bemerken nicht, dass sie unverständlich sprechen. Sie hören das, was sie sagen wollten und nicht das, was sie wirklich gesagt haben. Das, was andere ihnen mitteilen, können sie nur schlecht verstehen, weil ihnen immer wieder Satzketten im Kopf herumzuschwirren scheinen, die sich auch nicht unterbrechen lassen. Ihr Redefluss ist beinahe nicht zu stoppen.

Selbst wenn sie ihren Redefluss unterbrechen können, besteht die einzige Möglichkeit für Wernicke- Aphasiker die Information des Gesagten zu erschließen darin, die Sprachmelodie zu entschlüsseln.

Da ihnen der Umgang mit sinntragenden Wörtern wie Substantiven und Verben besonders schwer fällt, ist das Sprachverständnis stark beeinträchtigt.

„Sie verstehen, wie bei einem Wackelkontakt, mal gar nichts, mal ein wenig, mal fast alles“ (Lutz 1996 S.112)¹

Lesen und Schreiben sind ähnlich schwer beeinträchtigt, sind einer Therapie aber schneller zugänglich.

Eine Wernicke-Aphasie kann sich unter günstigen Umständen zu einer Amnestischen Aphasie zurückbilden.

¹ Auch das Wahrnehmen von Musik oder rhythmischen Elementen kann gestört sein, oft können sie nicht kontrollieren, ob sie den gleichen Rhythmus nachspielen, die gleichen Töne singen, oder etwas anderes. Sie sind davon überzeugt, dass sie das Richtige getan haben, und sind leicht irritiert, wenn sie es noch mal wiederholen sollen, da die Übung „einfach“ war. Spielt man die Übungen gleichzeitig mit ihnen und mit übertriebener Gestik, können sie leichter wahrnehmen, dass da etwas nicht gestimmt hat.



Abbildung 4: Ausfallgebiet der Arteria temporalis posterior
(aus Mielke u.a. 1996)

3.3.4 Amnestische Aphasie

Diese Form der Aphasie kann nicht einem Gehirnbereich zugewiesen werden, sie hat *unterschiedliche Ursachen*.

Zum Beispiel kann eine Amnestische Aphasie ein „Überbleibsel“ eines anderen aphasischen Syndroms sein. (siehe auch S.11 und S.12)

Diese Störung zeigt sich darin, dass die Wörter auf „die es ankommt“, *sinntragende Wörter, nicht gefunden* werden können oder durch Worte ersetzt werden, die den Gegenstand nicht exakt bezeichnen, z.B. Kaffee an Stelle von Tee. Menschen mit diesem Syndrom weichen oft auf *Ersatzstrategien, wie Umschreibungen, oder Redefloskeln* aus. (z.B. „Wie hieß das Ding noch?“) Dadurch wird ihre Sprache *umständlich, strukturlos und unsicher*.

Im Weiteren können sie sich recht gut verständigen. Lesen und Verstehen sind normalerweise nicht beeinträchtigt.

3.4 Aphasie ist keine „geistige Behinderung“...

Wir kennen nun die Ursachen für Aphasie und die unterschiedlichen Erscheinungsbilder. Aber was ist nun genau das Problem? Haben Aphasiker das „Wissen“ über Sprache verloren? Nein!...

Aphasie ist eine Störung der inneren Sprache – und nicht des Verstandes!

Aphasiker erscheinen nach außen hin oft unbeholfen und unwissend, weil sie ihre Gedanken und Wünsche nicht äußern können und sie Fehler in der Sprachproduktion machen, aus denen wir schließen, dass sie nicht bei vollem Verstand sein können. Wir sind deshalb geneigt, sie als „geistig behindert“ anzusehen. Das ist falsch.

Die geistigen Fähigkeiten eines Aphasikers sind weitgehend intakt geblieben, nur der Umgang mit diesem Wissen ist nicht mehr geordnet möglich.

Unsere *Sprache beruht auf Symbolen*, die wir gelernt haben. Ein Haus wird nicht zu dem was es ist durch die vier Buchstaben H,a,u,s, sondern durch eine Muskelbewegung unseres Mundes, durch einen Klang, den wir mit dieser Lautkombination verbinden, einem optischen Eindruck von kombinierten Zeichen, und zuletzt eines Lernprozesses. Außerdem haben wir gelernt, zu kategorisieren: Ein Hochhaus oder Gartenhaus erkennen und sortieren wir zu der

Kategorie „Haus“. Suchen wir ein Wort für unsere Behausung, kramen wir in dieser Kategorie, bis wir eine genaue Beschreibung davon haben.

Ungemein viel komplizierter wird Sprache noch durch zahlreiche Grammatik-, Konjugations-, Deklinations- und Kombinationsregeln. Im Allgemeinen verwenden wir keine Zeit darauf, lange über solche Regeln nachzudenken, sie sind uns so vertraut, dass unser Gehirn sie automatisch richtig benutzt.

Bei Aphasie ist die Programmierung von Sprache gestört. Irgendwo im komplexen Prozess von der Idee bis zur Aussprache dieser Idee unterläuft ein Fehler, der verheerende Konsequenzen für die Botschaft hat.

Häufig haben Aphasiker Probleme, ein Gleichgewicht zwischen Aktivierung und Hemmung von Sprachprozessen zu finden. Wenn man „Ja“ sagen möchte, muss man eine Auswahl zwischen „Ja“ und „Nein“ treffen, „Nein“ unterdrücken und „Ja“ produzieren. Wenn in diesem einfachen Prozess etwas falsch läuft und man letztendlich „Nein“ sagt, hat das große Auswirkungen auf das tägliche Leben.

Im Prinzip verfügen Aphasiker noch über das Wissen von Regeln und Kategorien, können aber nicht die richtige Kombination von diesem Wissen finden.

Sie wissen, dass es ein Wort für ihre Behausung gibt, können das richtige Wort nicht finden, - sie wissen auch, dass es dafür eine „Symbolkombination“ gibt (H;A;U;S), können diese nur nicht in Zusammenhang mit dem Gebäude bringen. Sie wissen, dass es Grammatikregeln gibt, können damit aber nicht mehr richtig umgehen.

Zeichen haben den Zusammenhang zwischen Symbol und Bedeutung verloren, sie scheinen nicht zueinander zu gehören. (Asymbolie) Ein Aphasiker weiß, dass es einen Wasserhahn für warmes und einen Hahn für kaltes Wasser gibt, nur kann er die Symbole „rot“ und „blau“ nicht in Zusammenhang damit bringen. (Lutz 1996 S.60) Ebenso können Gesten wie Kopfschütteln, um eine Ablehnung auszudrücken, oft nicht in Relation zu ihrer Bedeutung gesehen werden. Auch „Ja“ und „Nein“ können nicht immer der richtigen Bedeutung zugeordnet werden. (Natürlich kann auch das Notieren und Lesen von Notenschrift betroffen sein. Siehe Exkurs: Amusie auf S. II im Anhang)

Nochmals: **„Die Aphasie“ gibt es nicht!** Jeder Mensch geht anders mit seinem Schicksal um, oder erfindet andere Strategien zum Ausgleich. Jede Aphasie ist eine individuelle Störung, die sich aus verschiedenen Komponenten zusammensetzt. Auch wenn man ihr eine Bezeichnung, wie z.B. Broca- Aphasie gibt, sagt das noch wenig darüber aus, wie gut oder schlecht man sich mit dem einzelnen Patienten verständigen kann. Wie William Osler (in Sacks 1995) so treffend sagt:

„Frage nicht welche Krankheit die Person hat, sondern welche Person die Krankheit hat.“ (S.10)

3.5 Begleitsymptome

Zusätzlich zu den verschiedenen Erscheinungsformen der Aphasie treten noch andere Symptome auf. Diese werden nicht der Aphasie zugerechnet, sondern entstehen, wenn benachbarte Gehirnareale betroffen worden sind.

Ein kurzer Einblick in die Symptome dieser Störungen ist im Rahmen dieser Arbeit sinnvoll, da ihre Erscheinung in der Therapie oft zusätzliche Probleme oder Undeutlichkeiten hervorruft.

Aus Platzgründen findet eine Beschreibung der einzelnen Syndrome nicht an dieser Stelle, sondern im Anhang auf Seite I statt.

3.6 Sekundäre Folgen

3.6.1 Psychologische Folgen

Gevoelens

Ik voel me zo wanhopig.
 Ik voel me verbitterd.
 Ik voel me leeg, zo nutteloos.
 Ik ben diep gekrenkt in mijn gevoel van eigenwaarde.
 Ik ben altijd afhankelijk.
 Ik voel me vaak de mindere.
 Ik ben overbodig: de ander is nodig voor mij;
 Ik ben niet nodig voor de ander.
 Ik kan soms geen contact verdragen met mensen, die veel voor me doen.
 Ik en die ander: wij zijn niet gelijkwaardig.
 Ik voel me machteloos: Ik heb geen invloed meer op mijn omgeving, op situaties.
 Ik ben gemeengoed geworden: ik voel me vaak betutteld.
 Ik voel me te kort schieten ten opzichte van mijn kinderen.
 Hebben mijn kinderen nog een vader?
 Of ben ik een kind van hen geworden?
 Ik voel me onzeker.
 Ik houd niet van mezelf.
 Ik heb geen doel, waarop ik me richt.
 Ik ben van alles...dóódmoe.

(Jacques Diepenbroek 1986 S.5)

Die psychischen Folgen von Aphasie sind so vielseitig, komplex und einschneidend, dass es ein Wunder ist, dass es Aphasiker gibt, die es aus eigener Kraft geschafft haben, mit all diesen Fragen und Schwierigkeiten umzugehen.

Die Zeit unmittelbar nach der Erkrankung ist gekennzeichnet von einem *großen Schock*. Durch diesen plötzlichen Schicksalsschlag werden die Betroffenen regelrecht aus dem Leben gerissen. Sie realisieren, dass ihre Gesundheit doch nicht so selbstverständlich ist, wie sie immer angenommen hatten. Sie werden *ängstlich und zurückhaltend*. (mehr dazu siehe S.21ff)

Nachdem der Schock des plötzlichen Ereignisses etwas gewichen ist, steht der Aphasiker vor einem Haufen Scherben, die einst sein Leben bedeutet haben – seine Identität. (siehe auch Brumfitt 1993) „*Es gibt kaum eine Fähigkeit, die wir so sehr mit unserem „ich“ verbinden, wie die Fähigkeit uns im Sprechen auszudrücken.*“ (Lutz 1996 S.102) Was ist, wenn uns diese Eigenschaft auf einmal fehlt?

Sicher ruft die Situation *Ängste und heftige Gefühle* hervor. Die Folgen einer solchen Frage reichen aber viel weiter. Auf einmal kann der Betroffene auch nicht mehr den Einfluss auf die Umwelt ausüben, den er bisher gewohnt war. *Er hat nicht nur die Kontrolle über seine Sprache und seine rechten Extremitäten verloren, sondern auch über seine Umwelt und somit letztendlich auch über sich selbst*. Er kann ruhig mehrfach sagen, dass er bitte zur Toilette möchte, wenn die Pflegekraft das nicht versteht, bringt ihn das nicht weiter.

„*Die Welt nicht mehr verstehen...*“ ist eine schöne Redensart für Geschehnisse, die unerwartet eintreten. Für einen Aphasiker mag sie eine tiefgreifendere Bedeutung bekommen. Abgesehen davon, dass die Aphasie unkalkulierbar begann, versteht der Aphasiker seine Umwelt wirklich nicht mehr, und die Umwelt ihn auch nicht. Das muss sich anfühlen wie in einem fremden

Land, wo man die Sprache nicht versteht - mit dem bitteren Unterschied, dass man weiß, dass man sie früher verstanden hat und die anderen sie auch noch zu verstehen scheinen.

Dadurch kommt der Aphasiker in eine „*intellektuelle Einzelhaft*“ aus der er sich nur teilweise befreien kann, wenn jemand der „Sprechenden“ sich die Zeit nimmt und versucht, die Mitteilungen des Aphasikers zu entschlüsseln. Dabei handelt es sich oft um kurze Informationen; komplexes Weltwissen bleibt in der „Einzelhaft“ gefangen.

Das ständige Auseinanderdriften der Modalitäten, (siehe auch Seite 9) verursacht ein Bild, das dem Aphasiker manchmal seinen Verstand aberkennt. Auch der Aphasiker selbst beginnt daran zu zweifeln. Als ich eines Tages eine ältere Patientin fragte, wie alt sie denn geworden sei und diese voller Elan „22“ hervorbrachte, um sich danach auf „32“ zu korrigieren, (bei einem tatsächlichen Alter von 73) um dann mit dem Kopf zu schütteln, erscheint die Frage, die Tropp Erblad (1985) sich stellt, doch berechtigt. „*Weiß man selbst, ob man dumm ist?*“ (S.43)

Diese „*Grenzsituation*“ – gerade noch mal mit dem Leben davon gekommen zu sein, aber dafür auch sehr viel einzubüßen – ruft sehr viel Angst hervor. Angefangen bei der Angst vor dem „Unsinn“, den der eigene Körper produziert, der Frage, wie es weitergehen wird, Angst vor einem neuen Tumor oder Infarkt über die täglichen kleinen Ängste: „Werde ich mich ausdrücken können, wenn ich zur Toilette will?“ „Werde ich heute Kaffee an Stelle von Tee bekommen?“, bis zu den großen Fragen: „Wird meine Frau mich auch so, wie ich jetzt bin, akzeptieren und lieben?“ „Werden meine Kinder genug Unterstützung an ihrem Vater haben?“

Das Schlimmste an diesen Ängsten ist, dass der Aphasiker sie nicht mal mit jemandem teilen kann. Er muss sich selbst diese Fragen stellen und versuchen, aus den Reaktionen der Umwelt die Lösungen zu erfahren. Tropp Erblad (1985) beschreibt, dass sie Angst hatte, ihren Freund zu verlieren, andererseits aber auch sehr viel Unterstützung und Trost darin gefunden hat, dass ihr Freund keinerlei Angst ihr gegenüber gehabt zu haben scheint.

„*Ist man unmündig, wenn man nicht sprechen kann?*“

Zumindest scheint der Schluss nicht völlig aus der Luft gegriffen zu sein. Viele Dinge passieren letztendlich ohne den Betroffenen gefragt zu haben. „Sie haben jetzt eine Untersuchung!“, „Du musst viel schlafen, wenn du gesund werden willst!“, „Sie müssen diese Pillen nehmen!“. Wir alle neigen dazu, über den Kopf des Betroffenen hinweg zu entscheiden. Nicht aus Böswilligkeit, sondern aus Menschenliebe...

Heftige Gefühle wie Wut, Depression oder Resignation (abhängig von der Phase der Krankheitsverarbeitung siehe S 20) spielen auch eine Rolle für den Aphasiker, diese werden jedoch von der Umwelt nicht oder nur in geringem Maße akzeptiert, da die Therapie doch weiter gehen muss...

Nicht alle Aphasiker sind sich bewusst, dass die Ursache für mangelhafte Kommunikation mit der Umwelt bei ihnen liegt. Dadurch entstehen weitere Schwierigkeiten, weil der Aphasiker das Verhalten einer Pflegekraft die weggeht, anstatt ihm Tee zu bringen, falsch interpretiert. Er reagiert verständlicherweise wütend auf sie und kommt so in einen „Teufelskreis“, weil sich in Zukunft die Pflegekraft weniger Zeit für ihn nehmen wird.

Beenden wir dieses so ernste Kapitel mit einem „Bild“ aus den Erzählungen Tropp Erblad´s:

„Bevor ich krank wurde, hatte ich meine Schwingen meist mit eigener Kraft bewegt. Ich hatte allein fliegen gelernt, und meine eigenen Flügel reichten mir. -

Jetzt lag ich da, flügelahm. Um wieder Luft unter die Schwingen zu bekommen, musste ich hochgezogen werden. Ohne die positive Einstellung der Umgebung hätte ich es nicht geschafft von Neuem zu starten.“ (S.88)

3.6.2 Soziale Folgen

Daran stirbt man:

Niemals reden können
in der Betonung,
die dem Tiefsten eigen,
nie im Hauche Du
zum anderen gehen können,
nie den Hörer haben,
der mit lügenloser Geste
warm, angerührt und einfach
Antwort gibt.

(Maria Menz)

Die sozialen Folgen einer Aphasie sind meist ähnlich einschneidend wie die psychologischen Folgen.

Um mit den pragmatischen Gesichtspunkten zu beginnen:

Der Aphasiker wird zunächst mitten aus dem Leben gerissen, wird seiner Familie und *sozialen Umgebung beraubt* und verliert wahrscheinlich seinen Beruf.

Zu Beginn der Erkrankung heißt es meistens: „Wenn du erst wieder gesund bist...“ Nach einer oft langen Periode von Rehabilitationsmaßnahmen, wird allzu häufig deutlich, dass doch nicht alles wieder so werden wird, wie es zuvor war. Wenn der Aphasiker Glück hat und seine Familie dazu in der Lage ist ihn zu Hause aufzunehmen, sind vielfach Anpassungsmaßnahmen nötig, ansonsten ist die Lösung ein Pflegeheim.

Die *Unterbringung im eigenen Haus* ist oft das erste Problem. Da die meisten Aphasiker doch auf einen Rollstuhl angewiesen bleiben, müssen fast immer Teile des Hauses umgebaut werden, um den physiologischen Veränderungen gerecht zu werden. Dazu wiederum ist Geld und Zeit nötig, sowie meist viel „Gelaufe“ für die Angehörigen, um die nötigen Mittel bewilligt zu bekommen.

Geld spielt in vielen Fällen sowieso eine große Rolle. Häufig fällt ein Einkommen (vielleicht sogar das einzige Einkommen) der Familie weg, was auch nur zu einem Teil durch Rente ersetzt wird. Dadurch wird sich der Lebenswandel der Familie ändern müssen, oder der Partner muss für einen Ausgleich sorgen, sofern er die Möglichkeit hat.

Das *Familiengefüge kommt durcheinander*. Alle Aufgaben innerhalb der Familie müssen neu verteilt werden. Der Aphasiker wird einige von den Aufgaben, die er zuvor getan hat, wie zum Beispiel: Rechnungen schreiben und bezahlen, Konten verwalten, mit den Kindern Schulaufgaben machen, einkaufen gehen, etc., nicht mehr erledigen können. Diese müssen dann vom Partner erledigt werden für den diese Aufgaben eine neue Herausforderung bedeuten. - Die Rollenverteilung innerhalb der Familie wird verändert. *Der Aphasiker ist abhängig geworden*. Dem Partner fällt mehr Verantwortung zu.

Wenn *Kinder* beteiligt sind, kann das zu besonderen Schwierigkeiten führen, je nachdem wie alt diese sind. In dem ganzen Hin- und Her werden die Kinder oft vernachlässigt oder vergessen. Für sie ist das veränderte Elternteil genau so ein Schock wie für jedes andere Familienmitglied auch, nur wird meist vergessen, ihnen zu erklären was passiert ist, so dass sie nicht mal die Chance bekommen, mit der Situation umzugehen. Sie ziehen sich zurück oder zeigen Trotzreaktionen.

Wenn die Kinder etwas älter sind, können sie jedoch auch eine besonders fürsorgliche Beziehung aufbauen und Sprachspiele mit dem Elternteil spielen. Der Aphasiker selbst weiß häufig leider nicht, wie er mit den Kindern umgehen soll, oder ist so sehr mit sich selbst beschäftigt, dass er für die „Kleinigkeiten“ der Kinder kein Verständnis aufbringt.

Auch die *Beziehung der Partner untereinander* wird eine neue Qualität bekommen müssen. Aus der ehemals gleichberechtigten Beziehung wird nun eine Beziehung von Abhängigkeit und Hilfe treten müssen. Vor allem können *alltägliche Dinge nicht mehr einfach ausgetauscht werden*, da die Kommunikation sehr erschwert ist. Bevor man eine halbe Stunde damit beschäftigt ist zu erzählen, dass man gerade im Supermarkt ein Gespräch mit der Kassiererin hatte, erzählt man lieber nichts... Tiefgehende Gespräche wie sie vor der Erkrankung stattgefunden haben, werden nicht mehr möglich sein - dadurch fühlen sich beide Partner allein gelassen.

Beide Partner müssen selber (ohne Unterstützung des Partners) lernen, mit ihren Sorgen, Fragen und ihrer Situation umzugehen. Für den Aphasiker ist es meistens schwer zu begreifen, dass sein Partner auch mit der Situation zu kämpfen hat und beansprucht viel Aufmerksamkeit für sich. „Kann ich meinen Mann noch mit meinen Problemen belasten? Was ist, wenn er sie nicht richtig versteht?...“

Die körperlichen und geistigen Belastungen des Ehepartners sind enorm:

„je moet je begrip voor tijd herzien. Tijd bestaat niet meer voor je“¹, (Heide-Kort; van der 1987 S.38) sagt Selma, die Frau eines Aphasikers. Alles was sie tut, dauert drei mal so lange wie früher und sie muss nicht nur ihre eigenen Aufgaben erledigen, sondern sich auch noch Gedanken um ihren Mann machen. Eine stille, einsame Minute um ein Buch zu lesen, hat sie nicht mehr.

„Manchmal dachte ich, das halte ich nicht aus...“

Ich sitz im Käfig und das Leben draußen läuft ohne mich ab.“

(Lutz 1996 S.331)

berichtet eine andere Angehörige.

Oft sind die *Freizeitbeschäftigungen* der Aphasiker nicht mehr möglich, wodurch sich auch der Freundeskreis verkleinert und die nötige Abwechslung im Alltag fehlt. Beide Partner haben so weniger Kontakt zu anderen Ehepaaren, beide sind den ganzen Tag über zu Hause, haben es beide auf ihre Art schwierig mit der Situation und können nicht einmal darüber reden. Eine Tätigkeit zu finden, an der beide Partner gleichberechtigt teilnehmen können und die Beiden Spaß macht, ist eine Herausforderung an sich. Wenn reden erschwert ist, muss nach einer Beschäftigung gesucht werden, die nicht unbedingt Sprache erfordert. (z.B. malen, Musik hören, Brett- und Kartenspiele...)

Zweifelsohne sind die Belastungen mit der eine Familie zu kämpfen hat, sehr groß. Wie Luise Lutz (1996) schreibt:

„Entweder passen sich die Angehörigen an die beschränkten Möglichkeiten des Aphasikers an und opfern damit einen Teil ihres Lebens, oder sie bezahlen alle Versuche, die eigenen Bedürfnisse und Interessen wenigstens im kleinen Rahmen zu befriedigen, mit Selbstvorwürfen und schlechtem Gewissen“ (S. 348)

Meistens kommt noch hinzu, dass sich das soziale Umfeld der Familie zurückzieht. (siehe: Die Umgebung ist auch aphasisch S.19)

¹ Du musst deinen Begriff von Zeit erneuern. Zeit existiert nicht mehr.

3.6.3 Die Umgebung ist auch aphasisch

„Wir bedürfen nicht nur der Therapie, um das Schicksal der Aphasie bei unseren Mitmenschen besser ertragen zu können, wir bedürfen auch der Anleitung, wie wir den Zugang zu den Menschen im Turm (der Sprachlosigkeit) erlernen.“

(Carmon, von in Lutz 1996 S.X)

Damit drückt von Carmon aus, dass eine viel gezeigte Reaktion auf Aphasie, der „Rückzug“, ein Ausdruck dafür ist, dass *wir nicht wissen, was wir mit jemandem anfangen sollen, der nicht mit uns sprechen kann.*

Zum einen durch *ungenügende Aufklärung über die Krankheit*, zum anderen aus Angst vor der Mühe, die uns ein Gespräch kosten würde, gehen wir dem lieber aus dem Weg. Natürlich sind auch die Bedürfnisse verändert. Ein Freund, mit dem man Fußball gespielt und Bier getrunken hat, verliert auch die gemeinsame Erfahrungswelt dadurch, dass diese gemeinsamen Tätigkeiten nicht mehr möglich sind - und was bleibt von der Freundschaft dann noch übrig?

Wenn wir die Geduld aufbringen und doch ein Gespräch mit dem Aphasiker führen, haben wir es oft sehr schwer. Eigentlich müssen wir die Fragen stellen und uns die Antworten auch selber geben, natürlich immer mit der Möglichkeit, etwas ganz Falsches zu interpretieren, woraufhin unser aphasischer Gesprächspartner scheinbar auch noch böse auf uns wird.

Wir müssen uns anstrengen und versuchen zu erraten, worüber unser aphasischer Freund uns etwas mitteilen möchte. Haben wir das Thema erraten, können wir vielfach keine Details erkennen, oftmals nicht einmal, ob er darüber glücklich oder unglücklich ist.

Unsererseits können wir viel erzählen, können aber nie sicher sein, ob oder wie viel von unserer Botschaft überhaupt verstanden wird.

Für beide Seiten ist die Situation schwer. *Der Kontakt zu anderen Menschen ist dennoch enorm wichtig für alle Menschen.* Wir lernen aus der Begegnung uns selbst zu sehen. (siehe auch S.31)

Auch wenn ein Gespräch mit einem Aphasiker viel Zeit und Mühe kostet und letztendlich aus non-verbaler Kommunikation besteht, (wenig Informationsaustausch, aber viel Zuwendung siehe auch S.31) wird der Aphasiker es zu schätzen wissen. (siehe auch Holland & Beeson 1993) Es sei denn, er ist sich nicht bewusst, dass er die Sprachstörung hat und nicht die Umwelt.

Wir können uns nicht vorstellen, was es bedeutet Aphasie zu haben (Brumfitt 1993/Beijer 1998) und wir wollen es auch gar nicht wissen... oder etwa doch?

4 Phasen der Krankheitsverarbeitung

4.1 Rehabilitationspsychologie

Rehabilitationspsychologie beschäftigt sich mit der Frage, *welche Folgen die Veränderungen und Anpassungen, die eine Krankheit mit sich bringt, auf die Psyche des Menschen hat.*

Nicht mehr sprechen können, ist eine Sache, aber wie wir bereits im Kapitel „Sekundäre Folgen“ (S.15) gesehen haben, sind die Auswirkungen viel weitreichender.

Jede Krankheit hat Auswirkungen, die verarbeitet werden müssen. Der Umgang mit der neuen Situation muss gelernt und akzeptiert werden. Dieser Verarbeitungsprozess kostet Zeit und kann mit einem Trauerprozess verglichen werden. (Tanner & Gerstenberger 1988/ Dechesne 1990 in De Moor & van Balen 1990)

Die Aufgabe eines *Rehabilitationspsychologen* besteht darin, den Patienten in diesem Prozess zu begleiten.¹

Zunächst folgt eine Beschreibung, wie ein solcher Trauerprozess normalerweise aussieht. Danach gehe ich auf die spezifischen Probleme der Frühphase der Rehabilitation von Aphasie näher ein.

4.1.1 Trauerprozess nach Kübler-Ross

Elisabeth Kübler-Ross hat das wohl umfassendste und bekannteste Werk über Trauerverarbeitung geschrieben. Deshalb soll ihre Phaseneinteilung hier als „Leitfaden“ für die Betrachtung von Trauer- und Krankheitsverarbeitung dienen.

Sie teilt den Trauerprozess in fünf verschiedene Phasen ein. Nicht jeder Trauernde durchlebt die Phasen in der gleichen Reihenfolge und Intensität. Die Phasen können unterschiedlich lange dauern oder zu einem späteren Zeitpunkt wieder zurückkehren. Das übermäßig lange Verharren in einer Phase wird als pathologisch angesehen.

Die fünf Phasen sind:

1) Verleugnung und Isolation (Ontkenning)

Die erste Phase wird gekennzeichnet durch einen heftigen Schock, der zunächst geleugnet wird. „Nein, es kann nicht wahr sein – das wird schon wieder...“, sind häufig die ersten Reaktionen der Patienten. Diese Verleugnung fungiert zunächst als eine Art „Kopingmechanismus“, der den Betroffenen davor schützt das ganze Ausmaß der Erkrankung auf einmal betrachten zu müssen. *Rational ist sich der Patient seiner Situation bewusst, emotional hat er aber noch keinen Zugang zu diesem Wissen.*

2) Wut und Zorn (woede)

Die zweite Phase wird gekennzeichnet durch *heftige Gefühlsäußerungen*. Zentral steht die Frage. „Warum ich?“ Wut, Eifersucht und Zorn stehen im Vordergrund, wodurch der Umgang mit dem Betroffenen erschwert wird.

3) Verhandeln (Marchanderen/ Onderhandeling)

Die dritte Phase ist ein Versuch, sich selbst mit schnellen Lebensveränderungen zu betrügen. „Wenn ich gut trainiere, werde ich wieder...“. *Die Phase ist der Anfang, sich mit der Erkrankung auseinander zu setzen.*

¹ In den Einrichtungen, in denen ich bisher praktische Erfahrungen gesammelt habe, gab es keinen Psychologen, der sich dieser Aufgabe gewidmet hat.

4) Depression

Die vierte Phase hat als Kennzeichen eine Depression. Nach allen Versuchen die Krankheit zu leugnen oder zu verbessern, wird langsam klar, dass auch Wut nicht hilft. *Trauer tritt ein* über das, was einmal war. Alle Energie wird nach innen gerichtet, um den Verlust zu verarbeiten.

5) Annehmen (aanvaarding)

Die fünfte Phase ist gekennzeichnet durch das *Suchen nach neuen Wegen*. Der Betroffene versucht sein Leben, wie es nun ist, neu zu organisieren. Alle Emotionen der ersten vier Phasen bestehen noch immer, sind aber besser im Gleichgewicht.

4.1.2 Krankheitsverarbeitungsprozess in der Betrachtung von Rehabilitationspsychologen

Der Rehabilitationspsychologe Groet (u.a.1990) hat den Krankheitsverarbeitungsprozess bei Aphasie näher untersucht und vier kennzeichnende Phasen festgestellt, die ähnliche Merkmale wie die allgemeinen Phasen, wie sie von Kübler-Ross beschrieben werden, aufweisen. Er beschreibt die Phasen:

- Verleugnung der Aphasie
- Wut
- Einsicht
- Depression

Fink (1967 in Dechesne 1990 S. 14), ein anderer Rehabilitationspsychologe, beschreibt auch ein „Vier-Phasen-Modell“, jedoch nimmt er andere Einteilungen vor:

- Akute Phase
- Verleugnung
- Depression
- Annehmen

Beide Autoren beschreiben, dass diese Phasen nicht in linearer Reihenfolge durchlebt werden müssen. Durch die eingeschränkten kommunikativen Fähigkeiten wird der Verarbeitungsprozess erschwert. Der Prozess kann auch festlaufen (pathologisch werden) Einzelne Phasen können mehrmals auftreten.

Mir scheint es sinnvoll beide Modelle zu einem Modell zusammenzufassen, in Anlehnung an das Kübler-Ross Modell. In dem Modell von Groet fehlt die Phase der Annahme, die doch zu einem positiv verlaufenden Prozess dazu gehört.

Fink beschreibt als erste Phase die „Akute Phase“, mit der ich während meiner therapeutischen Tätigkeit in der Rehabilitation oft konfrontiert wurde.

Für mich ergibt sich aus der Kombination der beiden Modelle und dem Vergleich mit Kübler-Ross ein sinnvolles Modell, wie die Krankheitsverarbeitung bei Aphasie laufen könnte.

Das Modell umfasst sechs Phasen:

X. Phase: **Akute Phase**

Von Fink wird beschrieben, dass diese Phase durch den *Schock* der plötzlichen Erkrankung gekennzeichnet ist. Der Patient fühlt sich *ängstlich und machtlos*. Die Ereignisse drängen nicht bis in sein Bewusstsein vor. Diese Phase findet größtenteils während des Aufenthaltes

im Akkutkrankenhaus statt und wird durch die Überweisung in die Frührehabilitationsklinik nochmals wachgerufen.

1. Phase: **Verleugnung**

Die erste Phase beginnt unmittelbar nachdem der erste Schock überstanden ist. Groet beschreibt, dass die sprachlichen Probleme in dieser Phase häufig weniger Beachtung finden, als die motorischen Behinderungen. (Hemiplegie) *Der Patient und die Familie sehen die sprachliche Behinderung noch als zeitliches Phänomen an.* „Wenn du erst wieder laufen kannst...“

2.Phase: **Wut**

Die zweite Phase wird von Groet als Phase des Rehabilitationsprozesses (leider gibt er nicht an, welche Phase der Rehabilitation er meint) beschrieben. *Der Patient ist schnell irritiert und reagiert seine Wut an der Umgebung ab.* Er begreift nicht, dass seine Umgebung ihn nicht verstehen kann und sucht die Ursache dafür in dieser. Der Patient realisiert langsam, dass sein Gesundungsprozess länger als erwartet dauern wird, was neuen Frust verursacht.

3.Phase: **Einsicht**

Die dritte Phase ist die Zeit der Einsicht. Die Emotionen nehmen ab und der Patient merkt, dass er nicht immer Herr der Lage ist und *sucht Fehler mehr bei sich selbst.* Regelmäßige Probleme geben ihm langsam ein Bewusstsein für seine Einschränkungen. Dadurch wird der Betroffene ängstlich und verhält sich abwartender. Der Patient wird gezwungen, der Realität ins Auge zu sehen.

4.Phase: **Depression**

Die vierte Phase wird von Groet beschrieben als die Phase in der der Betroffene nach Hause entlassen wird.¹ Der Patient kommt in eine Isolation ohne Aufgaben, was zu einer Depression führen kann. Fink spricht bei Depression davon, dass der Patient keine Verbesserungen sieht und um die verlorenen Fähigkeiten trauert.

5.Phase: **Annehmen**

In dieser Phase findet der Betroffene zu einem gewissen *Gleichgewicht.* Er kann seine Möglichkeiten besser einschätzen und kann seine Situation emotional besser ertragen. Er sucht nach Wegen und Möglichkeiten mit der Erkrankung umzugehen.

Nachdem wir nun gesehen haben, welche Phasen in der Gesamtheit der Krankheitsverarbeitung eine Rolle spielen, wollen wir nun näher betrachten, welche speziellen Faktoren und Phasen der Verarbeitung in der Frührehabilitation von Aphasie eine Rolle spielen.

4.2 Kennzeichen der Frührehabilitation

Die Frührehabilitation beginnt gewöhnlich *zwei bis vier Wochen nach Auftreten der Krankheit.* Der Patient wird dann aus dem Akkutkrankenhaus in die Frührehabilitation überwiesen. (Gilbertson 1999)

Die Frührehabilitation dauert je nach Schweregrad und Entwicklungspotential der Störung von minimal vier Wochen bis zu einem halben Jahr. Im Anschluss daran erfolgt entweder eine zweite Rehabilitationsphase (Anschluss Heilbehandlung AHB) oder die Entlassung nach Hause oder in ein Heim.

¹ Es besteht kein kausaler Zusammenhang zwischen „nach Hause entlassen werden“ und Depression. Diese Phase kann auch schon während der Rehabilitation auftreten.

Die Reaktionen der Patienten auf die neue Situation in der Rehabilitationsklinik ist unterschiedlich und abhängig vom Störungsbewusstsein. Während einige Patienten die Chance sehen, in der Rehabilitation viel zu lernen, sehen Andere es als eine Verlängerung ihres Krankenhausaufenthaltes an.

Ein Wernicke- Aphasiker nimmt oft selbst nicht wahr, dass das was er sagt, nicht mit dem übereinstimmt, was er sagen wollte. Er reagiert eher mit Wut, Zorn und Unverständnis (Phase 2), wenn er nicht verstanden wird. Was aber auch Ausdruck dafür ist, dass er seine Krankheit noch verleugnet. (Phase 1)

Die beiden globalen Aphasikerinnen, die in dieser Arbeit (S.40) beschrieben werden, hatten sehr wohl Einsicht in ihre Störung. Sie waren sich davon bewusst, dass sie völlig unfähig sind auch nur eine einzige Silbe zu sprechen und zu verstehen, was zu ihnen und über sie gesagt wird. Sie reagierten eher schüchtern und abwartend. (Phase X/oder Phase 3)

Phase 1 ist schwer abzulesen, allerdings lässt ihre „Gemütsruhe“ darauf schließen, dass Anteile von dieser Phase vorhanden sind.

Allen Aphasikern in der Frührehabilitation ist gemein, dass ihnen *der Schock der Erkrankung noch ins Gesicht geschrieben steht*. (Phase X) Sie werden zudem mit einer neuen Umgebung, neuen Menschen und neuen Anforderungen konfrontiert und begeben sich auf einen langen Weg mit unbekanntem Ziel. (vergleiche auch Jochims 1992)

Sie begreifen nur wenig von dem, was um sie herum und mit ihnen passiert. Außerdem haben sie es sehr schwer Kontakte zu knüpfen, da sie von sich aus kein Gespräch beginnen können, nicht einmal fragen können, wo sie sich befinden und was als nächstes mit ihnen geschehen wird. Sie sind darauf angewiesen, dass andere Menschen sich Zeit für sie nehmen und erklären, was sie gerade tun. Sie müssen erst wieder lernen, Vertrauen in die Umgebung und auch sich selbst zu finden.

Die neue Situation birgt so viele Unsicherheiten, dass *Gefühle wie Ängstlichkeit und Machtlosigkeit* (Phase X) natürliche Reaktionen sind. Auch einige Aspekte der Krankheit zu verleugnen (Phase 1) ist ein sinnvoller Schutzmechanismus. Zunächst muss der Schock überwunden werden, dann kann langsam die Suche nach einer neuen Identität beginnen und das volle Ausmaß der Krankheit betrachtet werden.

Globale Aphasiker neigen dazu, sehr emotional zu reagieren: mit Weinanfällen oder völliger Zurückgezogenheit, wobei meist schwer herauszufinden ist, ob das Weinen aus depressiven Beweggründen (Phase 4) geschieht, oder es gar Wut und Zorn ist. („catastrophic reaction“, Benson 1980 S.195) (Phase 2 oder 3)

Ein Psychologe, Frank Benson, (1980) beschreibt deshalb die Behandelstrategie in der Frührehabilitation mit folgenden Worten:

„The major treatment is empathy and concern.“ (S.195)

In vielen Disziplinen stehen jedoch zunächst Tests an, die mit dem Aphasiker durchgeführt werden, um die Rehabilitation optimal und effektiv gestalten zu können:

ein Neuropsychologischer Test nach Neglekt und Konzentrationsfähigkeit, ein Sprachtherapeutischer Test zu allen Modalitäten der Sprachfähigkeit (AAT siehe auch S.9), ärztliche Untersuchungen und noch vieles mehr.

All das muss der Aphasiker über sich ergehen lassen und in der Hektik der „sprechenden Welt“ wird schon mal vergessen zu erklären, was gerade passiert.

Es ist nicht möglich, ein allgemeines Konzept aufzustellen, wann welcher Aphasiker welche Phase der Krankheitsverarbeitung durchlebt. Dieser Prozess ist sehr individuell und von Persönlichkeitskennzeichen, Therapieerfolgen und geistigen Fähigkeiten abhängig. Als Therapeut haben wir die Aufgabe, jeden Patienten an der Stelle des Verarbeitungsprozesses aufzufangen und zu begleiten, an der dieser sich befindet.

Wenn der Patient mit unserer Hilfe die Möglichkeit bekommt, eine vertrauensvolle Beziehung mit uns einzugehen, wird er auch wieder Vertrauen in die Welt und sich selber finden und so den Schock der Erkrankung überwinden und die Kraft haben, die weiteren Phasen der Krankheitsverarbeitung zu durchlaufen. (Brumfitt 1993)

Die Beziehung zu anderen Menschen ist wichtig, um ein Bild von sich selber zu bekommen. Eine Musiktherapeutin beschreibt dieses Phänomen mit folgendem Satz:

„I see myself through you“

(Pavlicevic 1997 S.109)

Was sie damit ausdrücken will ist, dass wir für unsere Eigenwahrnehmung und Selbstvertrauen des Feedbacks anderer bedürfen.

Oder anders gesagt: „Om zichzelf te begrijpen, moet men begrepen worden door een ander.“¹ (Hora 1959 in Remmerswaal 1998 S.137)

In der schweren Krise der „verlorenen Identität“, ist es wichtig, dem Aphasiker eine Beziehung anzubieten, in der er sich selbst positiv erleben kann und nicht als Summe von Dingen, die er nicht mehr kann.

Musiktherapeutischer „Beziehungsaufbau“ in der Frühphase der Rehabilitation ist somit die Grundlage für neues Vertrauen in sich selbst und die Welt und somit Voraussetzung für die spätere Krankheitsverarbeitung.

¹ Um sich selbst zu verstehen, muss man von einem Anderen verstanden werden.

5 Indikation und Unmöglichkeit der Psychotherapie

5.1 Eine Literaturübersicht

Wie wir in den vorangegangenen Kapiteln gesehen haben, ist Aphasie eine so lebensverändernde Krankheit, dass sie nicht ohne Folgen für die Psyche und das Selbstbild des Patienten verläuft.

Diese Veränderung löst einen Prozess der Bewältigung dieses Problems aus, (Morgan u.a.1977) der es dem Patienten letztendlich ermöglicht, mit seiner neuen Situation umzugehen. Dieser Prozess ist eine natürliche Reaktion auf das Geschehnis.

In der Aphasieliteratur herrscht Übereinstimmung, dass dieser Prozess einer psychotherapeutischen Begleitung bedarf, dies jedoch aus verschiedenen Gründen nicht möglich ist. Schauen wir uns die Literatur zu dem Thema einmal genauer an.

Nach der neuesten *Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO)* wird Aphasie als Erkrankung auf den Ebenen

- Schädigung (Impairment),
- Fähigkeitsstörung (Disability) und
- soziale Beeinträchtigung (Handicap)

beschrieben.

Das *Rehabilitationskonzept* der International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) richtet *den Fokus aller rehabilitativen Maßnahmen bei Aphasie auf die Folgeerscheinungen der Erkrankung.* (also auf die Fähigkeitsstörung und die soziale Beeinträchtigung) Konkret wird beschrieben, dass beraterische und psychologische Maßnahmen zur Krankheitsverarbeitung angestrebt werden müssen. Die Hauptverantwortlichkeit dafür wird in diesem Konzept bei den Sprachtherapeuten niedergelegt, (Bucher u.a. 1997) deren Ausbildung aber nur bedingt auf psychologische Hilfestellung eingeht.

Bei Luise Lutz (1996) heißt es:

„Die normalen Möglichkeiten eine schwere Krise durchzustehen, sind ihnen¹ versperrt: Sie können sich nicht aussprechen, sie können sich nichts „von der Seele schreiben“, sie können nicht einmal lesen, was andere Betroffene oder Fachleute zu diesem Problem an Informationen und Ratschlägen zu sagen haben.“(S.341)

Sie beschreibt weiterhin, dass Sprachtherapie oft die Rolle der Psychotherapie übernehmen muss, da dies der einzige Ort ist, wo dem Aphasiker zugehört wird. (S.225) *Ihrer Meinung nach ist eine positive Einstellung und der Wille zum Lernen ein bedeutender Faktor für die Wirksamkeit von Sprachtherapie.* (S.226) Um eine positive Einstellung zu bekommen und somit eine sinnvolle Sprachtherapie durchführen zu können, empfiehlt sie psychotherapeutische Gruppen² und Musiktherapie, um Kommunikation und den Umgang mit anderen Menschen zu fördern. (S.291)

¹ Den Aphasikern

² Leider beschreibt Luise Lutz nicht näher, was sie unter einer psychotherapeutischen Gruppe versteht. –vielleicht eine Selbsthilfegruppe?

Benson (1980) sieht die Notwendigkeit für „formal psychiatric therapy“ bei Aphasikern. Er sagt aber auch, dass auf Grund der Tatsache, dass die meisten Psychotherapeuten ausschließlich verbal mit ihren Klienten kommunizieren, eine solche Therapie für Aphasiker nicht in Frage kommt. Als Alternative schlägt er emotionelle Betreuung durch Sprachtherapeuten und alle anderen Menschen die mit dem Aphasiker zu tun haben vor. (S.202)¹

Auch Beijer (1998) macht achtzehn Jahre später die gleiche Feststellung. Er schlägt aber vor, dass ein Sozialdienstmitarbeiter (maatschappelijk werk) und Selbsthilfegruppen die Rolle der Psychotherapie ersetzen könnten.

Ein Rehabilitationspsychologe (Dechesne 1990) beschreibt, dass Psychotherapie bei Aphasikern nicht möglich ist, da der Patient die wichtigsten Bedingungen, wie *problemlösendes Denken, verbales Überlegen, Initiative und Sprachgeschick* nicht erfüllt. Er geht davon aus, dass der Aphasiker und seine Familie sehr wohl Kontakt mit einem Psychotherapeuten haben, dessen Aufgabe aber darin besteht ,konkrete Probleme zu lösen und über die Art der Erkrankung aufzuklären.

Nach diesem kurzen Überblick wird deutlich, dass *psychotherapeutische Begleitung sowohl von Sprachtherapeuten als auch Rehabilitationspsychologen als notwendig angesehen wird*, diese aber mit den üblichen verbalen Psychotherapiemethoden nicht durchführbar ist. (siehe auch Bruijn, de M. 1994)

Eine psychotherapeutisch orientierte Therapie, die keine oder wenig verbale Gespräche benutzt, emotionale Äußerungen auffangen und begleiten kann, scheint die hier benötigte Therapieform zu sein.

In den nächsten Kapiteln werden wir uns am Beispiel von schwerer globaler Aphasie näher damit beschäftigen, ob und wie Musiktherapie ausreichend Möglichkeiten bieten kann, um den Aphasikern eine psychotherapeutisch orientierte Begleitung in der Frührehabilitation anbieten zu können.

¹ Leider führt er nicht weiter aus, was er unter emotioneller Betreuung versteht.

6 Voraussetzungen für Musiktherapie als Psychotherapie

Drei Grundvoraussetzungen müssen aus musiktherapeutischer Sicht erfüllt sein, um Musiktherapie sinnvoll als Psychotherapie bei globalen Aphasikern einsetzen zu können.

Die drei Voraussetzungen sind:

- *Musiktherapie muss überhaupt als Psychotherapie dienen können*, bzw. muss Ziele erreichen können, die als psychotherapeutische Ziele betrachtet werden können. Nähere Ausführungen aus Literatur und Praxis gibt es im Kapitel: Kann Musiktherapie als Psychotherapie dienen? (S.27)
- Um Psychotherapie durchführen zu können, *muss der Therapeut mit dem Patienten kommunizieren können*. Da bei Aphasikern die verbalen Ausdrucksmöglichkeiten sehr eingeschränkt sind, muss nach einem anderen Weg gesucht werden. Im allgemeinen geht man davon aus, dass die analogen Kommunikationsfähigkeiten bei Aphasikern erhalten geblieben sind und dies ein Weg zur Kommunikation ist. Was das bedeutet wird im Kapitel: Wie kommunizieren wir? (S.31) erläutert.
- Zudem ist es interessant, nach der *neurophysiologischen Erklärung* zu suchen, wie es möglich sein kann, dass Musik und musikalische Aspekte von Sprache verstanden werden, während Worte ihren Sinn verloren haben. Einen kurzen Einblick bietet das Kapitel: Verarbeitung von Musik und Sprache im Gehirn (S.34)

6.1 Kann Musiktherapie als Psychotherapie dienen?

Wie im Kapitel über Rehabilitationspsychologie (S.20) deutlich geworden ist, sollten sich psychotherapeutische Maßnahmen in der Frühphase der Rehabilitation bei Aphasie vor allem auf die Überwindung des Schocks und den langsamen Kontaktaufbau beziehen.

Der Akzent sollte auf *unterstützenden Maßnahmen* liegen, nicht auf der Konfrontation mit dem Unvermögen.¹

In der musiktherapeutischen Literatur finden wir allgemeine Hinweise darauf, dass Musiktherapie als Psychotherapie dienen kann. (Heal 1991/Smeijsters 1992/Bruscia 1998)

In diesem Kapitel wollen wir uns näher mit der Frage beschäftigen, ob dies auch in der Behandlung von Aphasie der Fall sein kann.

Die mit der Frührehabilitation vertraute Musiktherapeutin Silke Jochims beschreibt ihre Arbeit wie folgt:

„In der Annahme, dass es eine Korrelation zwischen dem Ausmaß emotionaler Bewältigung und funktionaler Rehabilitation gibt und mit dem Wissen, dass die ersten sechs Monate nach dem Geschehen von entscheidender Bedeutung für die volle Entfaltung des Rehabilitationspotentials sind, scheint eine frühzeitige Unterstützung im Sinne einer Begleitung durch die Trauerarbeit angezeigt. [...] Aus meiner Erfahrung scheint es mir äußerst hilfreich für die volle Entfaltung des Rehabilitationspotentials, das Gefühl des Angenommenseins im Sinne von „Du bist genau so viel wert wie jeder Gesunde“ gerade im Frühstadium zu vermitteln.“

(Jochims 1992 S.130)

¹ Eine komplette Krankheitsverarbeitung kann in Anbetracht der Kürze der stationären Rehabilitation (gewöhnlich kürzer als ein halbes Jahr) nicht in Betracht kommen

Sie rät also zu einer frühzeitigen Begleitung des Rehabilitationsprozesses, in der ein Gefühl von *Verständnis und Angenommensein* vermittelt wird. (Die Vermittlung dieses Angenommenseins ist keine spezifische Aufgabe für eine Psychotherapie - die von Jochims angedeutete „Unterstützung bei der Trauerarbeit“ sehr wohl.)

Sie beschreibt im Weiteren, dass das Medium Musik dem Therapeuten und dem Patienten gleichermaßen zugänglich sei, (S.130) und diese so gleichwertig miteinander kommunizieren könnten.¹ Dies wiederum führe zu einer stabilen Beziehung zwischen Therapeut und Patient, die es dem Patienten ermögliche, eine Trauerarbeit zu beginnen.

Psychotherapeutische Zielsetzungen in der Frührehabilitation könnten demnach sein:²

- Die **Suche nach einer Kommunikationsform** an der Therapeut und Patient gleichberechtigt teilnehmen können.
- **Aufbau einer stabilen Beziehung** in der ein Angenommensein vermittelt wird, um dem Patienten positives Feedback über sich selbst zu vermitteln. (Schock überwinden, Suche nach einer neuen Identität)
- Die **Begleitung des Aphasikers in seiner emotionalen und sozialen Entwicklung**. (Begleitung des Krankheitsverarbeitungsprozesses)
- Ein **Wiedererlangen von Vertrauen in die Umwelt** und die eigenen Fähigkeiten.

Wenn diese Ziele mit Hilfe von Musiktherapie erreicht werden können, kann Musiktherapie als Psychotherapie (psychotherapeutisch orientierte Begleitung) in der Frührehabilitation von Aphasie eingesetzt werden. (Bruscia 1998 S.223)

Wie und mit welchen Mitteln kann Musiktherapie diese Ziele erreichen?

Da Aphasiker in ihren sprachlichen Äußerungen eingeschränkt sind, müssen wir nach einer Methode suchen, die nicht unbedingt verbale Kommunikation erfordert.

Bruscia (1998) definiert in seinem Buch „Defining Music Therapy“, dass es musiktherapeutische Methoden gibt, die keinerlei sprachlicher Äußerungen bedürfen.

„It is within the music experiences that the client and therapist develop their relationship and the client makes the necessary changes“ (S.219)

Als Beispiele für solche Methoden, führt er unter anderem die Methode von Nordoff & Robbins an. Diese arbeitet in Einzeltherapie mit Liedern und freier Improvisation. (siehe auch S.62)

Nicht jede freie Improvisation ist automatisch ein psychotherapeutischer Prozess. (Smeijsters 1992)

Die psychotherapeutische Komponente entsteht durch die Interaktion von Patient und Therapeut in der Musik, sowie den Interventionen, die der Therapeut vornimmt. (Bruscia 1987)³

¹ Das stimmt meiner Meinung nach nicht ganz, da der Therapeut auf Grund seiner Ausbildung mehr Möglichkeiten zum musikalischen Ausdruck hat.

² siehe auch „Kennzeichen der Frührehabilitation“ S.22 und auch S.25

³ Sicherlich haben andere musiktherapeutische Arbeitsweisen wie z. B. das Singen von Liedern (neben der freien Improvisation) auch psychotherapeutische Wirkung – dieses wird hier zu Gunsten der Übersichtlichkeit zunächst außer Acht gelassen.

Bruscia (1987) beschreibt 64 therapeutisch, improvisatorische Techniken, die in allen musiktherapeutischen Methoden, die von freier Improvisation Gebrauch machen, benutzt werden.

Wenn wir die oben genannten Ziele betrachten, sind einige Techniken dafür besonders geeignet. (Wir gehen hier zunächst davon aus, dass musikalische Improvisation eine geeignete Kommunikationsform ist. Dies wird in den folgenden Kapiteln näher erläutert. (siehe S.31ff))

Der **Aufbau einer stabilen Beziehung** erfordert die Vermittlung eines Angenommenseins in der der Patient sich selbst erleben kann - ein therapeutisches „Miterleben“ mit dem Patienten. Dies kann mit dem Begriff „**Empathie**“ umschrieben werden. Empathie ist keine spezielle Technik, sondern zeigt sich in der Grundhaltung des Therapeuten.

In der Musik kann sich diese Empathie widerspiegeln, indem der Therapeut ein akzeptierendes musikalisches Verhalten zeigt. Bruscia (1987) beschreibt in den 64 improvisatorischen Techniken sechs Techniken der Empathie. Auf einige davon will ich näher eingehen:¹

Die Technik *Imitating* beschreibt Bruscia als das Nachahmen eines musikalischen Kennzeichens aus dem Spiel des Patienten, nachdem dieser sein Spiel beendet hat. Dieses kann zum Ausdruck bringen, dass der Therapeut den Patienten gehört hat und sein Spiel wertschätzt. Der Patient bekommt so auch die Chance, darauf zu reagieren - es entsteht Kontakt.

Die Technik *Incorporating* hat Ähnlichkeit mit der Technik *Imitating*; mit dem Unterschied, dass das vom Therapeuten aufgegriffene Element aus dem Spiel des Patienten das Thema seiner Improvisation bildet und länger anhält, als ein imitiertes Motiv.

Eine weitere Technik ist *Pacing*: Der Therapeut passt sich dem Energielevel des Patienten an, indem er die Intensität und den Intensitätsverlauf sowie das Tempo des Patienten aufgreift. Dabei muss der Therapeut nicht das Selbe tun, wie der Patient. *Pacing* ist unabhängig von den in der Musik hörbaren Emotionen. Die Technik bezieht sich ausschließlich auf den Energieverlauf. *Pacing* vermittelt eine physikalische Verbindung zur Umwelt und somit zum Therapeuten. (siehe auch Pavlicevic 1997 S.120) In einer Improvisation entsteht leichter Kontakt, wenn beide Partner das gleiche Energielevel hantieren. (*Pacing* kann auch mit dem „Iso-Prinzip“ verglichen werden.)

Die Technik *Reflecting* richtet sich mehr auf den emotionalen Gehalt der Musik. Der Therapeut drückt in seinem Spiel (oder einem anderen Medium) die Gefühle aus, die die Musik des Patienten in ihm erweckt. Dies drückt „Verständnis“ und Akzeptanz des Patienten aus. Zudem werden dem Patienten seine eigenen Gefühle dadurch bewusster.

Zwei andere Techniken gehören meiner Meinung nach auch zu dem Aufbau einer stabilen Beziehung.

Die eine ist „*Giving*“. (Bruscia hat diese unter „Techniken der Intimität“ eingeordnet) Sie beinhaltet, dass der Therapeut dem Patienten ein Geschenk macht, zum Beispiel indem er für den Patienten improvisiert. Damit wird dem Patienten vermittelt, dass er etwas Wert ist. Der Therapeut zeigt damit seine Gefühle für den Patienten. (selfdisclosure) Die Beziehung wird offener. Natürlich kann der Therapeut während seiner Improvisation von anderen Techniken Gebrauch machen und zum Beispiel seine Gefühle für oder über den Patienten zum Ausdruck bringen.

Die andere Technik ist „ *Holding*“: (die Bruscia zu den „Techniken um Emotionen zu untersuchen“ zählt) Er beschreibt, dass der Therapeut alles auffängt, was der Patient tut und eine Struktur darum hin entwickelt, dass der Patient die Möglichkeit hat, seine Emotionen zu äußern. Bruscia (1987) beschreibt diese Technik als eine Kombination von verschiedenen anderen Techniken. (reflecting, pacing, grounding, centering)

¹ Diese Techniken spielen später auch eine Rolle bei der Auswertung des Forschungsprojektes. (siehe S.37ff)

Holding ist meiner Meinung nach eine der Techniken, die in jeder Phase der Krankheitsverarbeitung zentral stehen sollte.

Der Therapeut muss in der Lage sein, mit dem umzugehen, was der Patient äußert. Diese Technik hat viel mit dem von De Backer (1993) geprägten Begriff „*Containment in Music Therapy*“ gemeinsam. De Backer sieht „Containment“ als ein grundlegendes Bedürfnis für eine therapeutische Beziehung. (S.38) Der Therapeut kann aktiv die Gefühle des Patienten begleiten, so dass dieser die Erfahrung macht, dass seine Gefühle verstanden, akzeptiert und begleitet werden. Dies hat Auswirkungen auf die Stabilität und Art der therapeutischen Beziehung, aber auch auf unser nächstes Ziel:

Die soziale und emotionale Begleitung des Aphasikers bei der Krankheitsverarbeitung.

Eine Grundvoraussetzung für das Äußern und Bearbeiten von Emotionen und Problemen ist eine *stabile, vertrauensvolle Beziehung zu der Person, die diesen Prozess begleitet*. Somit sind die oben genannten Techniken essentiell für den weiteren Verlauf der Therapie in der Frührehabilitation. Nachdem sich eine stabile Beziehung entwickelt hat und der Aphasiker dazu bereit ist seinen „Kopingmechanismus“ des Schocks (Phase X) und der Verleugnung (Phase I) zu verlassen, beginnt die eigentliche Krankheitsverarbeitung.

Der Therapeut kann den Patienten dazu bringen, musikalisch diesen Schritt zu wagen oder vorsichtige Ansätze davon unterstützen, indem er „*hervorlockende*“ *Techniken* (Bruscia 1987 „*elicitation techniques*“ S.543)) gebraucht. Auch kann er auf diese Weise den Patienten zu mehr musikalischer Kommunikation auffordern.

Zu diesen Techniken gehören:

Repeating: Der Therapeut bietet ein musikalisches Motiv mehrere Male an und lädt so den Patienten ein, eine musikalische Interaktion einzugehen.

Der Therapeut kann das gewünschte Verhalten auch zunächst vormachen (*Technik: Modelling*) und so dem Patienten ein Vorbild sein, wie er seine Gefühle näher entdecken kann.

Mit der Technik *making spaces* (dem Patienten musikalisch den Raum geben, seinen Teil der Improvisation beizutragen, durch Pausen oder „Hintergrundmusik“) wird der Patient motiviert, aktiv die Richtung der Improvisation zu bestimmen.

Mit der Technik *Completing* beantwortet der Therapeut Fragen des Patienten oder versucht die Aussagen des Patienten zu vervollständigen. Dazu benutzt er andere Motive als der Patient selbst.

Wenn der Patient von seinen Emotionen „überflutet“ wird, kann der Therapeut diese auffangen, indem er ihnen eine Struktur gibt, so dass sie für den Patienten verständlich werden. Eine Struktur bietet zudem eine *Sicherheit*, was auch dem Aufbau einer stabilen Beziehung zu Gute kommt.

Techniken der *Strukturierung* sind: *Rhythmic Grounding* (Das Anbringen oder Aufrechterhalten eines gleichbleibenden Tempos oder Basisbeats), *Tonal Centering* (Das Anbringen oder Aufrechterhalten einer harmonischen Basis) und *Shaping*. (Der Therapeut hilft dem Patienten, eine Phrasenlänge und Form für die Improvisation zu finden)

Innerhalb einer musikalischen Improvisation können also Ziele verfolgt werden, die weitgehend mit den Zielen, die wir zu Beginn des Kapitels aufgestellt haben, übereinstimmen.

Wenn musikalische Improvisation also wirklich eine geeignete Kommunikationsform für globale Aphasiker ist, dann kann Musiktherapie als psychotherapeutische Begleitung zur Krankheitsverarbeitung eingesetzt werden. Gehen wir dieser Hypothese einmal näher auf den Grund.

6.2 Analoge Kommunikation muss erhalten sein

6.2.1 Wie kommunizieren wir?

Um diese Frage zu beantworten, ist mehr Zeit und Raum nötig, als dieses Kapitel bieten kann. Deshalb beschränke ich mich auf die Aspekte der Kommunikation, die relevant sind, um verstehen zu können, *warum musikalische Interaktion auch bei gestörter Sprache noch möglich ist.*

Kommunikation beinhaltet weit mehr als das alleinige Übermitteln von Gedanken in Form von Worten

Watzlawick (1970) beschreibt in seiner Kommunikationstheorie, dass Kommunikation immer aus zwei Aspekten besteht:

- Der Inhaltsaspekt betrifft die pure Information der Worte in ihrem Kontext.
- Der Beziehungsaspekt betrifft zusätzliche Informationen, die der Zuhörer aus anderen Informationsquellen als der Sprache entnimmt.¹

Für diese Arbeit ist der Beziehungsaspekt besonders interessant, da es Aphasikern nicht mehr oder nur in geringem Maße möglich ist, Informationen aus dem Inhaltsaspekt der Kommunikation zu gewinnen. Sie sind also viel mehr als „normal Sprechende“ auf Informationen angewiesen, die sie aus anderen Informationsquellen (dem Beziehungsaspekt) entnehmen.

Sehen wir uns diesen Beziehungsaspekt einmal genauer an. Remmerswaal (1998) teilt den Beziehungsaspekt in drei Untergruppen ein:

- Beziehungsaspekt:
- a) Selbstumschreibung: So sehe ich mich selbst
 - b) Umschreibung des Gegenüber: So sehe ich Dich
 - c) Beziehungsdefinition: So sehe ich unsere Beziehung

Diese drei Aussagen, die mit dem Beziehungsaspekt vermittelt werden, sind im Licht einer Therapie sehr wichtig. Sie sind von großer Bedeutung für den Aufbau einer stabilen, therapeutischen Beziehung. Gerade wenn es darum geht, seine Identität neu zu entdecken, sind die Informationen, die die Umwelt über die eigene Person vermittelt, wichtig. (siehe auch Seite 22 und 27) Es geht bei sozialer Interaktion ständig um die Frage, welcher Art die Beziehung ist. Das Feedback, das wir über unsere eigene Person bekommen, hilft uns ein Bild davon zu bekommen, wer wir sind.

Woher nehmen wir diese Informationen?

Aus dem Verhalten unseres Gesprächspartners: Wir nehmen sein Verhalten wahr und interpretieren dieses. Automatisch entnehmen wir Informationen aus der Mimik und Gestik, aus der Sprachmelodik, dem Sprachrhythmus, der Körperhaltung, dem Ausdruck und der Bewegung der Augen und noch anderen Komponenten, deren wir uns nicht bewusst sind, die aber dennoch entschlüsselt werden können.

Theoretisch wird unser musikalisches Verhalten in der Therapie mit den gleichen Mitteln entschlüsselt und verstanden, wie unser Körperausdruck.

An dieser Stelle wird es sinnvoll, nicht mehr von Kommunikation zu sprechen, da das im allgemeinen Sprachgebrauch mit „Sachinformationen übermitteln“ gleichgesetzt wird, sondern über Interaktion.

¹ Aphasiker haben das Problem, dass Beziehungsaspekt und Inhaltsaspekt nicht kongruent sind. Mit Worten sagt der Aphasiker etwas anders als er mit seinem Körper ausdrückt, sein Stimmklang drückt u.U. etwas anderes aus, als seine Körpersprache...

*Mit **Interaktion** sind die Phänomene gemeint, die uns Informationen austauschen lassen, aber auf andere Art und Weise als über Worte oder definierte Symbole.*

Der Entwicklungspsychologe Stern (1994) stellt die These auf, dass sogar kleine Kinder eigentlich von Geburt an zur Interaktion mit der Umwelt fähig sind. (S. 24) Da sie noch nicht über sprachlichen Äußerungen verfügen, kommunizieren sie auf „non-verbale“ Art.

Eine sehr früh entwickelte Art der Wahrnehmung und Interaktion findet statt über die „Vitalitätsaffekte“. (S.83 ff)

Dies sind Gefühlsqualitäten, die nicht so einfach mit unserem Wortschatz zu erfassen sind, vielmehr sind sie mit dynamischen, kinetischen Begriffen zu umschreiben.

Sie beschreiben einen Energieniveauperlauf in Relation zu einer bestimmten Zeitspanne. (Beispiele: aufwallend, verblappend, explosionsartig, sich hinziehend, ersterbend...)

Diese Affekte kommen in all unseren täglichen Handlungen vor, egal ob wir Zähne putzen, ein Lied singen oder jemandem die Hand schütteln. Stern beschreibt, dass Baby's an den Handlungen der Mutter spüren können, von welchen Affekte diese berührt ist. Sie können auch adäquat auf diese reagieren.

Umgekehrt können auch Mütter den Affektzustand ihrer Kinder wahrnehmen und darauf reagieren. Sie reagieren nicht indem sie das Verhalten des Kindes imitieren, sondern indem sie den gleichen Affekt in eine andere Handlung übernehmen und so dem Kind signalisieren, dass sie es verstanden haben.

Wenn das Kind schreit, kann die Mutter reagieren, indem sie ein Lied singt, sie kann aber auch genauso gut das Kind schaukeln. (Vergleiche mit Technik Pacing S.27) Um das Kind letztendlich zu beruhigen, wird sie ein etwas niedrigeres Affektlevel gebrauchen, als das Kind zuvor ausgedrückt hat.

Diese Vitalitätsaffekte existieren in erwachsenen Menschen noch immer und machen einen Teil unserer „non-verbale“ Kommunikation aus. Wenn wir zum Beispiel jemandem begegnen, der sehr erfreut ist, werden wir einen besseren Kontakt mit ihm haben, wenn wir sein Energielevel teilen, als wenn wir ihm depressiv sagen: „schön für dich“. Automatisch versuchen wir ein ähnliches Energielevel einzunehmen, wenn wir uns gut mit jemandem unterhalten wollen. (Dazu gehören auch noch andere Aspekte, die im Folgenden beschrieben werden.)

Die Musiktherapeutin Mercedes Pavlicevic (1997) meint, dass sich diese Vitalitätsaffekte, wie Stern sie beschreibt, auch in improvisierter Musik finden lassen. Sie übersetzt diese Affektzustände in musikalische Begriffe wie Crescendo, Meno mosso, Calando, Con Moto...

*Die **interpersonale Beziehung**, die in einer Improvisation besteht, ist ihrer Meinung nach ein Austausch von Vitalitätsaffekten. Diese „Dynamic Form“, wie sie die Improvisation betitelt, ist ein Indikator für die Qualität der Beziehung. (S.120f)*

Musikalische Improvisation basiert auf dem Austausch von Gefühlszuständen und kann somit dem Beziehungsaspekt von Kommunikation zugerechnet werden.

Die fundamentalen Merkmale der frühen Mutter-Kind-Kommunikation, bleiben die Basis aller unserer Kommunikationsformen, sogar wenn wir Jazz spielen, agieren wir nach ihnen. (Schögler 1998 S.44)

Außer den Vitalitätsaffekten gibt es noch einige andere Besonderheiten und unausgesprochene „Regeln“ für eine gute Interaktion.

Es ist nachgewiesen, dass wir bestimmte *Regeln für die Länge unseres Gesprächanteils* in einem Gespräch gibt. Matarazzo (1964 in Remmerswaal 1998) beschreibt, dass Gesprächspartner dafür sorgen, dass jeder Sprecher etwa den selben Gesprächsanteil an einem Gespräch erhält. Ein ähnliches Phänomen hat man auch bei der Analyse von Pausenlängen in einem Gespräch gefunden. (Matarazzo 1967 in Remmerswaal 1998)

Wir besitzen also ein „Gespür“ für das Einhalten von Phrasenlängen. Wollen wir ein „gleichwertiges“ Gespräch führen, halten wir uns an diese Phrasenlänge. Wollen wir unsere Überlegenheit ausdrücken, verlängern wir unseren Gesprächsanteil.

Even Ruud (1998), ein anderer Musiktherapeut, ist der Auffassung, dass eine „gute Improvisation“ erst entstehen kann, wenn beide Spieler „the same groove“ (S.157) gefunden haben. Er übersetzt somit die Phrasenlängenverhältnisse in musikalische Sprache.

Schögler (1998) meint, dass ein gemeinsamer Puls eine Voraussetzung für eine gute Interaktion ist. Auch Pavlicevic berichtet, dass sie ihr Tempo an das der Patienten anpasst, um überhaupt eine Interaktion mit diesen eingehen zu können. (S. 111) *„The same groove“ ist also ein Ausdruck für die gleiche Phrasenlänge, ein gemeinsames Tempo und einen gemeinsamen Puls.*

Bei Aphasie sind sprachliche Reaktionen oft erheblich zeitverzögert. In einem Gespräch ist automatisch der „normal Sprechende“ überlegen, da er längere Phrasen reden kann. Würde er sein Sprachtempo dem des Aphasikers anpassen, würde dies grotesk wirken. In musikalischer Improvisation erscheint dies hingegen natürlich.

Ein weiteres interessantes Phänomen ist, dass wir uns zu den Klängen der Sprache unseres Gesprächspartners bewegen und bestimmte Reaktionen des Verstehens zeigen, um unseren Gesprächspartner zu ermuntern, weiter zu sprechen.

„The body of the listener dances in the rythm with that of the speaker.“

(Pavlicevic S.108)

benennt eine Musiktherapeutin dieses Phänomen. (Man kann diese Feststellung relativ leicht nachvollziehen, indem man zwei Menschen beobachtet, die gerade in ein Gespräch vertieft sind.)

Bei Aphasikern habe ich öfter die Erfahrung gemacht, dass das erwartete Feedback wenn man etwas erklärt, wie zum Beispiel ein Kopfnicken, auch tatsächlich kommt. Also geht man davon aus, dass der Aphasiker den Inhalt der Botschaft verstanden hat. Später kann sich das als großer Irrtum herausstellen.

Andersherum bemerkte ich, wie mein Körper Zeichen des Verstehens aussandte, obwohl ich noch nicht einmal das Thema der Unterhaltung begriffen hatte. *Scheinbar sind diese Verhaltensregeln so fest in unser Verhaltensprogramm eingearbeitet, dass selbst schwer gestörte Aphasiker sie noch benutzen können. Eine Interaktion (der Austausch affektiver Informationen) ist dann möglich, eine Kommunikation nur bedingt.* (siehe auch Lutz 1996 S.165/178)

Stellt sich die Frage: „Wie wichtig ist die Übermittlung des Inhalts eines Gespräches für die Beziehung zu unserem Gesprächspartner und für unsere psychische Gesundheit?“

Interaktion bedeutet also, dass wir uns an bestimmte Regeln halten und uns durch das Verhalten des Gesprächspartners beeinflussen lassen, bzw. dieser sich durch unser Verhalten beeinflussen lässt. (Bauer 1964 in Remmerswaal 1998 S.118)

Dies setzt voraus, dass wir das Verhalten des Gegenüber wahrnehmen und adäquat darauf reagieren können.

Zusätzlich aber auch, dass wir in der Lage sind, selbst die Initiative zu ergreifen und die Möglichkeit haben, unseren Interaktionspartner zu beeinflussen.

Ferner muss auch dieser die Möglichkeit haben, sich von uns beeinflussen zu lassen. (siehe auch Oldfield 1995)

Wenn wir die musikalische Improvisation mit globalen Aphasikern betrachten, müssen wir zumindest einige der oben beschriebenen Phänomene in der musikalischen Interaktion mit ihnen wiederfinden, um Musik als Mittel zum Beziehungsaufbau und als psychologische Begleitung sinnvoll einsetzen zu können.

Ruud (1998) sagt:

„Musical communication is an exercise in human interaction.“ (S.147)

Ob er damit Recht hat, werden wir im Kapitel 7 (S.37ff) dieser Arbeit näher betrachten. Zunächst ein kleiner Ausflug zu den neuropsychologischen Erklärungen.

6.2.2 Verarbeitung von Musik und Sprache im Gehirn

“Language is the most complex of human cognitive functions, and neither the nature of human language itself nor the brain mechanisms for producing or receiving it are understood.”

(Small 2000 S.228)

Viel Zeit und Energie wurde aufgewendet, um den Verlauf von Sprachprozessen im Gehirn auszudecken. Man hat im Laufe der Zeit immer wieder neue Entdeckungen gemacht, jedoch sind das wahrscheinlich nur die Spitzen von einem Eisberg. (Small 2000)

Auch die Verarbeitung von Musik im Gehirn hat immer wieder Forscher interessiert, wenn auch nicht in solchem Maße wie die Sprachprozesse. Auch hier steckt man noch in den Kinderschuhen der Erkenntnisse. (Patel & Peretz 1997)

Spekulationen und Forschungen über die Hemisphärendominanz von Musik und Sprache wurden immer wieder angestellt.

Heute geht man davon aus, dass immer beide Hemisphären an der Verarbeitung von Musik und Sprache beteiligt sind. (Prior u.a.1990/ Cappar & Vallar 1992/ Lutz 1996/ Patel & Peretz 1997)

Dennoch gibt es genug Literatur, die ein genaueres Bild davon vermittelt, welche Elemente von Sprache und Musik in welcher Hemisphäre verarbeitet werden. Dazu später mehr.

Zunächst werden wir die Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Musik und Sprache beleuchten.

„Music and language are the two primary acoustic communicative systems of our species.“

(Patel & Peretz 1997 S.191)(siehe auch Cohen 1993)

Von den Autoren wird also unterstellt, dass Musik, ähnlich wie Sprache, eine kommunikative Funktion hat. Woraus besteht diese kommunikative Funktion?

Von mehreren Autoren wird angegeben, dass die größte Gemeinsamkeit darin besteht, dass beiden Systemen ein gewisser *Rhythmus* (Basisstruktur) zu Grunde liegt. (Oepen & Berthold 1983/ Cohen 1994/ Patel & Peretz 1997/ Jungblut 1999)

Dieser Rhythmus kann eine Form der Kommunikation sein. Zum Beispiel als Phrasenlänge oder als Bewegung unseres Körpers zu den Aussagen unseres Gesprächspartners. (siehe auch S.31)

Diplomarbeit von Jennifer Zantopp (Mai 2002)

Musik unterliegt auch einem *Takt*, (*Puls*, *Metrum*) der als Basis wahrnehmbar ist. Ob das bei Sprache auch so ist, ist nicht eindeutig geklärt. Gedichte unterliegen sehr wohl einem solchen Schema. (Sprache hat auch Akzente, (*diction*) diese fallen aber weniger regelmäßig aus, als bei Musik.)

Aus einer Forschung mit einer Patientengruppe mit rechtsseitiger Hirnschädigung und einer Patientengruppe mit linksseitiger Schädigung geht hervor, dass beide Patientengruppen schlecht entscheiden können, ob zwei Rhythmen gleich oder verschieden sind. Sie können aber sehr wohl zwischen drei- und vierschlägigen Taktarten unterscheiden. Scheinbar sind dafür andere Wahrnehmungsprozesse nötig.

Ein weiteres gemeinsames Element von Sprache und Musik ist die *Melodiekontur*. (frequenz range) Patel und Peretz (1997) vergleichen die Melodiekontur einer Melodie mit der Intonation von Sprache. Sie geben an, dass die Frequenz eine Signalfunktion erfüllt, (Ist eine Frage oder Aussage gemeint? Wie wichtig und dringend ist die Information?...) und dass sie die Phrase des Satzes oder der Melodie angibt. Ihrer Meinung nach bleibt eine Wahrnehmung für die Melodiekontur ein Leben lang bestehen. (S.194)

Da die Autoren keine Aussage zu dem musikalischen Element „Intensität“ machen, ist diese bei ihnen wahrscheinlich im Begriff Melodiekontur erhalten. Dann wird nach Stern (1994) deutlich, dass sogar Säuglinge schon ein „Verständnis“ für dieses Element haben, lange bevor sie Sprache begreifen.

Sowohl Sprache als auch Musik bekommen eine Bedeutung durch *Tempounterschiede*. In Musik markieren diese einen Sinnzusammenhang und sind Ausdruck von Emotionen.¹

In Sprache ist das Sprachtempo ein Anzeiger für den Gefühlszustand - ein Erhöhen des Sprachtempos kann Sinnpausen (*interruptions*) vorbeugen. (Patel&Peretz)

Aphasiker haben in ihrer Sprache meist keinen Einfluss mehr auf das Tempo, in dem sie Worte produzieren. Das erschwert zusätzlich die Kommunikation mit ihnen. Anscheinend sind sie aber noch in der Lage, musikalische Tempovariationen wahrzunehmen und zu initiieren.

Cohen (1994) stellt eine weitere Verwandtschaft fest. Sie spricht über „*Intensität*“, (*intensity*) die in Musik als auch in Sprache eine Rolle spielt. Leider führt sie nicht weiter aus, was sie damit meint.

Welche Mechanismen beim Verarbeiten von Musik und Sprache benutzt werden, ist weitestgehend ungeklärt.

Von einigen Forschern wird angenommen, dass es Gruppierungsmechanismen gibt, die sowohl für Sprache als auch für Musik gelten. Diese Mechanismen nehmen Gestalten wahr. (Lipscomb 1996; Patel & Peretz 1997) Remez (1994 in Patel & Peretz 1997) widerlegt diese Hypothese.

Bei Aphasie ist die Gestaltwahrnehmung in Bezug auf Worte gestört. Würden Musik und Sprache die gleichen Prozesse benutzen, würden Aphasiker auch keine Geräusche oder Musik als Gestalt mehr wahrnehmen können, was die Welt zu einem einzigen Chaos von Geräuschen machen würde.

Als Schlussfolgerung aus dieser Betrachtung bleibt nur ein Zitat von Patel & Peretz:

„'Music' and 'language' are not independent mental functions, but labels for complex sets of processes, some of which are shared and some different.“ (S.208)

¹ Gemeint ist hier die Agogik bei der Musikaufführung.

Wenden wir uns nun der Frage zu, welche musikalischen und sprachlichen Komponenten in welcher Hemisphäre verarbeitet werden.

Zunächst zur *Sprache*:

Der *linken Hemisphäre* werden vor allem analytische, sequenzielle Aufgaben zugerechnet, wie das Kategorisieren und Gruppieren, sowie das wörtliche Verständnis (Inhaltsaspekt) von Sprache. (Lutz 1996) Insgesamt scheint sich diese Hemisphäre mehr mit der Detailanalyse von Sprache zu beschäftigen.

Der *rechten Hemisphäre* werden übergeordnete Funktionen zugeschrieben. Sie analysiert Zusammenhänge, sucht Gestalten und beschäftigt sich mit dem Gefühlsanteil von Sprache. (Beziehungsaspekt) Sie programmiert und entschlüsselt die Sprachmelodie, den Sprachklang und außersprachliche Geräusche. (z.B. Hahnenschrei) In dieser Hemisphäre werden Liedtexte, automatisierte Ausrufe und Redefloskeln gespeichert. (Smeijsters 1988/ Lutz 1996/ Jungblut 1999)

Auch bei *Musik* wird eine Differenzierung vorgenommen welche Elemente mit welcher Hemisphäre verarbeitet werden.

Der *linken Hemisphäre* wird die Verarbeitung von Rhythmus zugeschrieben, sowie die Wahrnehmung von Melodiekontur im Zusammenhang mit Text. (Smeijsters 1988)

Der *rechten Hemisphäre* wird die Verarbeitung von Melodien ohne Text und Tonhöhen, sowie die Wahrnehmung von Gefühlen in Musik zugeschrieben. Alles Elemente, die nur als Gestalt (Ganzes) wahrnehmbar sind.

Dynamik und Timbre werden ebenfalls der rechten Hemisphäre zugeschrieben. Musikalische Elemente, die sowohl als Gestalt und auch als Detail wahrgenommen werden können, (Melodie, Harmonie, Rhythmus) werden entweder mit der linken oder der rechten Hemisphäre wahrgenommen. (Smeijsters 1988) Abhängig von Fokus des Hörers. (Lipscomb 1996)

Was passiert, wenn eine Hemisphäre keine Informationen mehr verarbeiten kann, ist noch nicht geklärt.

Theoretisch stehen einem Aphasiker die Möglichkeiten zum Verständnis und Ausdruck von Sprache und Musik offen, die sich in der (unbeschädigten) rechten Hemisphäre befinden und keine zwingende Verbindung mit den Hirnregionen haben, die nicht mehr funktionsfähig sind. Welche Funktion die linke Hemisphäre noch spielt, ist noch nicht bekannt.

Vor allem die Wahrnehmung und Entschlüsselung der Aspekte von Musik und Sprache, die dem Beziehungsaspekt zugeordnet werden können, werden der rechten Hemisphäre zugeschrieben.

Somit können Elemente des Beziehungsaspektes von Patienten mit linksseitiger Hirnschädigung noch sehr wohl wahrgenommen werden, da die rechte Hemisphäre den größten Teil der Entschlüsselung vornimmt.

7 Musikalische Interaktionsfähigkeit in der Praxis

7.1 Einleitung

7.1.1 Forschungsprojekt

In den vorangegangenen Kapiteln haben wir gesehen, dass theoretisch die non-verbale Interaktionsfähigkeit bei Aphasikern erhalten geblieben ist.

Wie aber sieht das in der Realität aus? Sind schwer gestörte globale Aphasiker wirklich in der Lage, auf musikalischem Weg eine Interaktion einzugehen?

Während meiner Arbeit mit globalen Aphasikern habe ich mich immer wieder gefragt, ob nur ich (als Therapeutin) diejenige bin, die eine Interaktion mit dem Patienten wahrnimmt, oder ob dies auch von Außenstehenden erkannt wird.

Dieses Forschungsprojekt beschäftigt sich mit der Frage, ob Außenstehende eine Interaktion (innerhalb einer musikalischen Improvisation) zwischen Therapeut und globalem Aphasiker wahrnehmen können und ob angegeben werden kann, in welchen Elementen dieses erkennbar wird.

Um dem Ganzen auf die Spur zu kommen, habe ich von einer Studentengruppe eine Improvisationsanalyse nach Bruscia (1987) vornehmen lassen. Dazu habe ich von vier verschiedenen Improvisationen meiner Therapien mit zwei globalen Aphasikerinnen Videoaufnahmen gezeigt.

Mir sind keine ähnlichen Forschungsprojekte bekannt.

7.2 Material und Methode

7.2.1 Die Improvisationsanalyse nach Bruscia

Diese Methode wurde von Bruscia (1987) in mehr als 10 Jahren Erfahrung mit verschiedenen Patientengruppen entwickelt.

Ziel war es, ein Modell zu schaffen, das es möglich macht, einen Klienten basierend auf klinischen Beobachtungen, musikalischer Improvisation und einer psychologischen Interpretation der musikalischen Improvisation zu bewerten.

Die Analyse erfolgt mit Hilfe von Aufnahmen (Audio und Video) und den Aufzeichnungen des Therapeuten unmittelbar nach der Sitzung. (S.404)

Das Bewertungssystem der Assessment Profiles (IAP's) wurden dazu entwickelt, den Prozess des Improvisierens oder das improvisierte Produkt zu bewerten.

Es gibt sechs verschiedene Profile ¹:

Das Integrationsprofil beschäftigt sich mit der Frage, wie der Patient gleichzeitige Aspekte einer Improvisation organisiert und aneinander relatiert. Die Bewertungen des Profils können sich auf intramusikalische, intrapersonliche, intermusikalische und interpersonliche Prozesse richten. Es wird der Frage nachgegangen, wie sich gleichzeitige Elemente der Improvisation zueinander verhalten: einander gleichend oder

¹ Die Beschreibungen der Profile sind freie Übersetzungen aus dem Originaltext und einer Übersetzung ins Niederländische, die als Unterrichtsmaterial in der Ausbildung Enschede benutzt wird. Bei der Übersetzung ins Deutsche war das Ziel nicht eine qualitativ hochwertige Übersetzung, sondern eine Begrifflichkeit auf Deutsch aufzubauen. Innerhalb der Analyseprozedur wurde von allen Teilnehmern die niederländische Version benutzt. Die Übersetzung ins Deutsche wurde ausschließlich bei der Auswertung der Analyse benutzt.

verschieden, passen sie zusammen oder widersprechen sie sich, sind sie abhängig oder unabhängig voneinander?

Die fünf Bewertungskategorien sind: „undifferenziert“, „verschmolzen“, „integriert“, „differenziert“ und „überdifferenziert“.

Das Variabilitätsprofil beschreibt wie der Patient aufeinander folgende Aspekte der Improvisation aneinander relativiert und organisiert. Es wird die Art und Weise beobachtet, wie die musikalischen Elemente wiederholt, variiert, verändert und kontrastiert werden. Die zentralen Fragen sind, wie viele Veränderungen vorgenommen werden, wie oft Veränderungen auftreten, und wie diese Veränderungen in die Improvisation eingefügt werden.

Die fünf Kategorien sind: „rigide“, „stabil“, „variabel“, „Kontrast“ und „Willkür“.

Das Spannungsprofil betrifft die Umschreibung, in welcher Relation Spannung und Entspannung zueinander stehen. Die Art und Weise wie Spannung erzeugt, in Stand gehalten und verändert wird, steht zentral. Die Spannung kann eine objektive Eigenschaft eines Elements sein, kann aber auch subjektiv im Hörer erzeugt werden. Das Spannungsprofil kann die Bewertung anderer Profile beeinflussen. Spannung kann auch im Bezug auf die Rollenfunktion der Improvisierenden entstehen.

Die fünf Kategorien sind: „Hypotensie“, „Ruhe“, „zyklisch“, „Spannung“ und „Hypertensie“.

Das Kongruenzprofil beschäftigt sich mit der Frage, wie gleichzeitige Gefühlszustände und musikalische Elemente aufeinander abgestimmt sind. Es geht darum zu überprüfen, in welcher Relation die verschiedenen Elemente qua Spannungsniveau und Rollenfunktion zueinander stehen. Es wird auch betrachtet, wie die einzelnen Elemente in das Gesamtbild der Improvisation passen und sich zueinander verhalten.

Die Bewertungskategorien sind: „ungebunden“, „kongruent“, „zentriert“, „inkongruent“ und „polarisiert“.

Das Auffälligkeitsprofil richtet sich auf die Elemente, die im Vordergrund der Improvisation stehen und am meisten Einfluss über die anderen Elemente ausüben. Die „Macht“ eines Elements wird durch seinen Einfluss auf andere Elemente deutlich. Das Profil bezieht sich sowohl auf intramusikalische Prozesse, wie auch auf intermusikalische Beschreibungen.

Die fünf Kategorien sind: „zurückweichend“, „konformierend“, „beitragend“, „beherrschend“ und „vorherrschend“.

Das Autonomieprofil beschreibt die Rollenfunktion, die ein oder mehrere Partner zueinander einnehmen, wenn sie zusammen improvisieren. Bei diesem Profil stehen intermusikalische und interpersönliche Prozesse zentral. Die Kategorien bieten die Möglichkeit, die Rolle jedes musikalischen Elements in Relation zu dem Spiel des Therapeuten in der Improvisation zu betrachten. Welche Position hat der Patient in Relation zum Therapeuten?

Die fünf Kategorien sind: „Abhängigkeit“, „folgend“, „Partner“, „Leiter“ und „Widerstand“.

Die verschiedenen Kategorien je Profil sind von Bruscia in Bezug auf die verschiedenen musikalischen Elemente, die für das entsprechende Profil relevant sind, näher umschrieben. (Eine Beschreibung der für diese Analyse wichtigsten Elemente und Kategorien ist im Anhang auf Seite VIII enthalten.)

Die Bewertungen werden in allen oder den für die Improvisation wichtigsten Profilen vorgenommen. Um Veränderungen oder Auffälligkeiten feststellen zu können, ist eine Analyse mehrerer Sitzungen nötig.

Zusätzlich zu der musikalischen Bewertung rät Bruscia auch „nicht musikalische Eigenschaften“ wie Gesichtsausdruck, Umgang mit dem Instrument, sowie die Gefühle des Therapeuten in der Sitzung in die Analyse mit einzubeziehen. (S.415)

Der Fokus der Beobachtungen kann sich sowohl auf intramusikalische und intrapersonliche Beziehungen richten, (Wie geht der Patient mit der Musik um, und was zeigt sich von seiner Persönlichkeit in der Musik?) so wie auf intermusikalische und interpersönliche Beziehungen. (Wie wird die Musik der Spieler voneinander beeinflusst und wie zeigt sich das in der Beziehung der Spieler?) (S.410)

Die Improvisationen können alleine, mit dem Therapeuten, oder in einer Gruppe stattfinden. Es kann mit Aufgaben oder völlig ohne Aufgaben gearbeitet werden. (S.413)

Die Improvisationsanalyse unterliegt keinem bestimmten psychotherapeutischen/ musiktherapeutischen Konzept. Der Therapeut sollte jedoch ausreichend Wissen über Musik, Musiktherapie und Psychologie haben. Zur Auswertung der Analysen ist ein Training in IAP's nötig. (S.412)

Bruscia selbst bietet Interpretationen der einzelnen Profile zu den jeweiligen Kategorien an, lässt aber viel Interpretationsspielraum.

Dieses Bewertungssystem wird in dem unten beschriebenen Forschungsprojekt anders verwendet, als Bruscia dieses ursprünglich vorgesehen hat. Ich selbst habe keinerlei Therapieaufzeichnungen mit in die Analyse einbezogen¹, noch habe ich selbst eine Bewertung der Therapieausschnitte vorgenommen. Die Ergebnisse der Analyse ergeben sich ausschließlich aus den Bewertungen der Studentengruppe.

7.2.2 Beschreibung der Bewertungsgruppe

Die Gruppe, die die Bewertung der Videofragmente mit Hilfe der Bruscia- Analyse vorgenommen hat, bestand aus *sieben Studenten im vierten Semester der Musiktherapieausbildung in Enschede, sowie einem Dozenten*, der das Fach Improvisationsanalyse nach Bruscia unterrichtet.

Die Studenten haben zuvor ein halbes Jahr lang Unterricht im Fach Improvisationsanalyse bekommen und kannten alle Beschreibungen der Profile und Kategorien (Scales) von Bruscia (1987) aus einer Übersetzung ins Niederländische. Sie hatten Übung im Umgang mit dem System und dem Formular, das sie für die Analyse benutzten. Neu für die Gruppe war, dass sie Videofragmente bewerten mussten, an Stelle von Audiobeispielen. Zudem waren sie gewohnt, ihre Eindrücke unmittelbar miteinander zu besprechen, was bei diesem Projekt zunächst (erst in der Diskussionsstunde war dies erwünscht) untersagt war.

7.2.3 Beschreibung des Testablaufs

Das Projekt fand innerhalb der normalen Unterrichtszeit statt. Das Bewerten der vier Videofragmente dauerte insgesamt 105 Minuten, wobei eine Pause von 15 Minuten inbegriffen war.

Die Aufgabe für die Gruppe lautete, still die Analyseformulare (Originalformular nach Bruijn, de T. ist im Anhang (S. XIII) enthalten) auszufüllen, ohne miteinander zu reden oder Fragen zu stellen. Alle Ideen und Kommentare, die nicht in Bewertungseinheiten im Formular unterzubringen sind, sollten auf der Rückseite des Formulars notiert werden.

Als Kodierung schrieb jeder Teilnehmer sein Geburtsdatum (damit ist die Analyse anonym) auf das Formular, um später sehen zu können, ob es eventuell Auffälligkeiten bei einzelnen Teilnehmern gibt. Zudem erhielt jedes Fragment eine Kodierung.

¹ Dennoch habe ich natürlich Hintergrundwissen und Erfahrungen über die Patientinnen, was sich auch in der Interpretation merkbar machen wird, mit einfließen lassen.

Die Teilnehmer erhielten alle das gleiche Formular, in dem sie die Bewertungen aufschreiben sollten. Als Hilfsmittel stand ihnen die Erklärung zu den einzelnen Profilen und Kategorien, wie sie auch im Unterricht gebraucht wurde, zur Verfügung. (ein relevanter Ausschnitt davon ist auf Seite XIII im Anhang enthalten)

Die Teilnehmer hatten vorab keinerlei Informationen über die Patienten, die Therapie und den Therapieprozess bekommen. Außerdem wussten sie nicht, was das Ziel dieser Analyse ist. Die einzige Information war, dass dies ein Teil meiner Diplomarbeit sein wird. (Damit wollte ich verhindern, dass gezielt auf Interaktion geachtet wird, was das Bild der Analyse möglicherweise verwischt hätte.)

Jedes Videofragment wurde ohne Kommentar zunächst einmal vorgespielt. Nachdem jeder Teilnehmer die Zeit hatte zu überlegen und das Formular auszufüllen, wurde das Video erneut gezeigt. Danach war ebenfalls wieder Zeit, Eindrücke aufzuschreiben, bevor das nächste Fragment folgte. (Fragment 1 und 3 wurden zweimal gesehen, Fragment 3 wegen der Kürze insgesamt 3 mal, Fragment 4 nur einmal)

Bei Fragment 1 und 4 herrschte konzentrierte Stille, während die Fragmente 2 und 3 Unruhe und Fragen auslösten, die nur knapp und technisch von mir beantwortet wurden. (Zu Fragment 3 gab es eine Erklärung darüber, was vom Patienten und was vom Therapeuten gespielt wird, da das auf dem Video nicht zu erkennen ist.)

Als zweiter Schritt erfolgte eine Woche nach der schriftlichen Bewertung der Improvisationen eine mündliche Diskussion. Die Gruppe setzte sich diesmal aus sechs Teilnehmern, die zuvor die erste Analyse vorgenommen hatten, sowie drei Studenten aus dem zweiten Studienjahr, die die Videos noch nicht kannten, zusammen.

Die Videofragmente wurden erneut gezeigt, woraufhin eine Diskussion erfolgte. Die Diskussion wurde von mir auf bestimmte Aspekte der einzelnen Improvisationen gerichtet, mit dem Ziel, mehr Deutlichkeit zu den Punkten zu bekommen, bei denen in der Analyse Uneinigkeit herrschte.¹

Die Fragmente wurden in umgekehrter Reihenfolge bearbeitet, um eventuell durch Konzentrationsverlust oder Interessenverlust entstandene Nachlässigkeiten der ersten Analyse zu relativieren.

Die Diskussionsstunde dauerte 90 Minuten. Es wurde eine Audioaufnahme gemacht, die später von mir ausgewertet wurde.

7.2.4 Beschreibung der Patienten und Videoaufnahmen

Alle Videoaufnahmen wurden mit Zustimmung der Patientinnen während der Therapiesitzungen gemacht. Die hier benutzten Ausschnitte wurden von mir ausgewählt.

Frau A.: War zu dem Zeitpunkt der Behandlung *69 Jahre* alt. Nachdem sie über eine Schwäche in Arm und Bein klagte, wurde ein Meningiom (links-fronto-parietal) festgestellt, welches operativ entfernt wurde. Nach vier Wochen wurde sie in die Frührehabilitation verlegt, wo sie umgehend musiktherapeutisch behandelt wurde. Als Diagnose wurde eine *globale Aphasie und eine Hemiplegie der rechten Seite* festgestellt. (zu einem späteren Zeitpunkt wurde auch eine Apraxie deutlich) Wöchentlich fanden zwei Einzel-Musiktherapiesitzungen zu je dreißig Minuten statt. Insgesamt haben 32 Sitzungen in einem Zeitraum von vier Monaten stattgefunden, welche alle auf Video aufgezeichnet wurden.

Für dieses Forschungsprojekt wurden zwei Szenen ausgewählt:

¹ Dies könnte als Manipulation aufgefasst werden. Da ich lediglich angegeben habe bei welchen Elementen Uneinigkeit herrschte und nicht meine eigene Bewertung preis gegeben habe, war der Einfluss auf die Gruppe nicht gegeben.

Szene 1: (**Fragment 1**) Ist ein Ausschnitt aus der 5. Musiktherapiesitzung. (zwei Monate nach der Operation) Die Improvisation dauert 2,5 Minuten. Patientin und Therapeutin sitzen sich gegenüber, zwischen ihnen steht eine Djembeé, auf der die Patientin spielt und eine Snare, auf der die Therapeutin spielt. Beide Instrumente werden mit der Hand gespielt. Sowohl Therapeutin als auch Patientin spielen mit nur einer Hand. (Die Patientin auf Grund ihrer Hemiplegie; die Therapeutin benutzt bewusst nur eine Hand) Das Spiel erfolgt abwechselnd, wobei darüber zuvor keine Absprachen gemacht wurden. Die Motive, die die einzelnen Parteien spielen, sind nicht länger als vier Sekunden. (Im Anhang (S.IV) ist die Improvisation in Notenschrift enthalten.)

Szene 2: (**Fragment 2**) Zeigt einen Ausschnitt aus der 12. Musiktherapiesitzung. Das Videofragment dauert 1 Minute und ist ein Abschnitt einer längeren Improvisation. Diese Improvisation lässt sich in drei Teile unterteilen, da zweimal der Eindruck entsteht, dass die Improvisation beendet wird, (durch eine längere Pause) die Patientin aber wieder anfängt zu spielen. Dieser Ausschnitt zeigt den dritten Teil der Improvisation. Das Setting ist das gleiche wie in Szene 1. Die Instrumente werden auf die selbe Art und Weise gespielt. Das Spiel erfolgt wieder abwechselnd; auch diesmal ohne Absprache darüber.

Die Patientin eröffnet das Spiel mit zwei kräftigen Schlägen, die Therapeutin imitiert einen dieser Schläge. Die ganze Improvisation besteht daraus, dass Patientin und Therapeutin abwechselnd einen Schlag auf ihrer Trommel spielen, wobei das Tempo stets schneller wird. (Accelerando) Am Ende des Spiels kommt es zu Blickkontakt und beide Spieler lachen. (siehe auch Notation der Improvisation auf Seite V im Anhang)

Neben den hier behandelten Szenen spielte das Singen von bekannten Liedern und das Üben davon, sowie das gemeinsame Improvisieren in der Therapie zentral. Verbale Kommunikation spielte dann eine Rolle, wenn die Patientin versuchte, etwas zu fragen oder mitzuteilen, die Therapeutin einen Spielauftrag erklären musste und bei dem üblichen „Smalltalk“¹ auf dem Weg zum Therapieraum. (siehe auch Kapitel 9)

Frau B.: Ist zu dem Zeitpunkt der Behandlung 43 Jahre alt. Nachdem sie eine Lähmung von Arm und Bein fühlte, sowie eine Sprachunfähigkeit, wurde ein Medialinfarkt diagnostiziert und konservativ behandelt. (keine Operation) Nach drei Wochen wurde sie in die Frührehabilitation überwiesen, wo sie als Diagnose *globale Aphasie und eine Hemiplegie der rechten Seite* bekam. (möglicherweise liegt auch eine Dysarthrie vor) Nach weiteren drei Wochen wurde sie zum ersten mal musiktherapeutisch behandelt. Die Sitzungen fanden einmal wöchentlich je dreißig Minuten lang, individuell statt. Insgesamt haben 11 Sitzungen stattgefunden. Die letzten drei Sitzungen wurden auf Video aufgezeichnet.

Für dieses Forschungsprojekt wurden zwei Szenen ausgewählt:

Szene 1: (**Fragment 3**) Ist ein Ausschnitt aus der 9. Musiktherapiesitzung. Diese fand drei ein halb Monate nach Auftreten der Erkrankung statt. (nach zwei Monaten Rehabilitation) Das Videofragment dauert 3 Minuten. Patientin und Therapeutin sitzen nebeneinander an einem Flügel, wobei die Patientin rechts vom eingestrichenen C sitzt und die Therapeutin links. Der Improvisation liegt kein Spielauftrag zu Grunde. Die Patientin spielt Melodien mit dem Zeigefinger der linken Hand, (Hemiplegie rechts) die Therapeutin begleitet das Spiel der Patientin, indem sie dreitönige Akkorde mit einer Hand synchron (zeitgleich, in verschiedenen Verhältnissen zueinander, z.B. zwei Melodietöne auf einen Akkord) zu der Melodie der Patientin spielt. Die Improvisation wird nach 3 Minuten durch eine Störung von

¹ Smalltalk hat die Funktion sich in einer natürlich Situation aufeinander einzustellen, die Beziehung zu erkunden und eventuelle emotionelle Veränderungen festzustellen. Themen können sein, das Wetter, das Befinden des Patienten, Dinge, die einem auf dem Weg begegnen, die vorige Therapie, Besuch vom Patienten... Lutz (1996) beschreibt, dass Smalltalk dazu dient, Einschätzungen über das Wissen des Gegenüber wahrzunehmen. (S.174)

außerhalb unterbrochen, wird danach jedoch fortgesetzt. (Ein exemplarischer Ausschnitt dieser Improvisation ist ausnotiert im Anhang auf Seite VI zu finden.)

Szene 2: (**Fragment 4**) ist ein Ausschnitt aus der 11. Sitzung. Das Videofragment dauert 5,5 Minuten und ist der erste Teil einer Improvisation, die an dieser Stelle durch eine natürliche Pause unterbrochen wird. Auf Initiative der Patientin beginnt der zweite Teil der Improvisation. Therapeut und Patientin sitzen sich gegenüber. Zwischen ihnen stehen zwei Conga's, die jeweils von einer Person mit einer Hand gespielt werden. Das Spiel erfolgt abwechselnd. Es gab keinerlei Vorgaben über Thema oder Spielweise. Therapeutin und Patienten spielen sich rhythmische Motive zu, die teilweise imitiert werden, teilweise aber auch verworfen werden. Beide Parteien bringen neue Ideen in das Spiel mit ein. (Der Anfang der Improvisation ist ausnotiert im Anhang (S. VII) enthalten.)

Neben den in den Ausschnitten zu sehenden Aktivitäten bestand die Therapie auch aus dem aktiven Beüben der Singstimme, die zum Zeitpunkt der Therapie einen Ambitus (Umfang) von einer großen Sekunde hatte. Bekanntes Liedgut spielte eine Rolle, um die Patientin zu aktivieren und möglicherweise gespeicherte Lautmuster abzurufen. Selbständiges Singen war ihr im Gegensatz zu Frau A. nicht möglich. Verbale Kommunikation spielte nur eine Rolle, um Übungen zu erklären und den üblichen „Smalltalk“ am Anfang und Ende der Stunde zu betreiben.

Beide Patientinnen waren nach dem Achener Aphasie Test (AAT) als *globale Aphasikerinnen* klassifiziert. Qua Sprachverständnis und Sprachproduktion verlief die Kommunikation mit beiden Patientinnen ähnlich. Im Kontakt waren beide Patientinnen sehr *zurückhaltend, eher schüchtern*, wobei es doch möglich war, einen Kontakt mit ihnen aufzubauen, in dem sie auch bereit waren, Dinge auszuprobieren und der Therapeutin zu vertrauen.

Die Phase der Krankheitsverarbeitung ist schwer einzuschätzen. Beide Patientinnen waren sehr „verstört“ und unsicher, (Hinweis auf Phase X) teilweise auch recht depressiv. (stilles Weinen (Phase 4)) Es ist schwer einzuschätzen, ob sie bereits erkannt hatten, dass ihre Sprache wahrscheinlich nicht mehr zurückkommt, (Phase 3) oder ob sie das Phänomen noch als zeitlich begrenzt betrachtet haben. (Phase 1).

Beide Aphasikerinnen haben gesehen, dass das Problem bei ihnen und nicht bei der Umwelt liegt (also nicht Phase 2) und waren darüber recht verwirrt. (Phase X) Sie konnten beide recht gut einschätzen, wann ihre Aussage mit dem Inhalt ihrer Gedanken übereinstimmte und wann nicht.

Meiner subjektiven Einschätzung nach, befanden sie sich sowohl in Phase X als auch in Phase 1 der Krankheitsverarbeitung. Sie hatten in ihrem Schock realisiert, dass sie nur noch in geringem Maße zu sprachlichen Äußerungen fähig sind, schienen dies aber vorläufig nicht als ein großes Problem zu betrachten. Wenn man sie nach ihrem Befinden fragte, zeigten sie meist auf ihren plegischen Arm oder den Rollstuhl.

Beide Patientinnen benutzten ausschließlich die linke Hand zum Musizieren.

Die Therapieinhalte der beiden Patientinnen sind miteinander zu vergleichen. Mit Beiden habe ich sowohl mit instrumentalen Improvisationen als auch mit der Stimme gearbeitet.

Ziel der instrumentalen Improvisationen war es, den Patienten die Möglichkeit zu bieten, eine stabile Beziehung zu mir aufzubauen und so zu sich selbst zu finden. Ich habe versucht, sie empathisch anzunehmen. Alle emotionalen Äußerungen habe ich aufgefangen und versucht zu ordnen. Die Improvisation hat ihnen den Raum gegeben, um Emotionen zu äußern und eine Interaktion mit mir einzugehen.

Dazu benutzt ich verschiedene von Bruscia (1987) umschriebene Improvisationstechniken. (siehe auch S.27ff)

Alle Improvisationen erfolgten ohne Aufträge oder Absprachen.

7.3 Analyse

7.3.1 Auswertung der Beurteilungen der Videofragmente

Die Bewertungen aus den einzelnen Analyseformularen der acht Teilnehmer wurden von mir zusammengetragen und in einer Tabelle je Profil festgehalten. Es ergeben sich also sechs Tabellen pro Improvisation, die jeweils die Bewertung eines Profils der acht Teilnehmer darstellen. Diese Tabellen geben wieder, welche Bewertungen die einzelnen Elemente je Profil erhalten haben und wie oft diese vorgenommen wurden. (Diese Tabellen sind im Anhang ab Seite VIII zu finden.)

Da die Teilnehmer nicht verpflichtet waren alle, oder bestimmte Profile und Elemente zu bewerten, sondern nur die, die ihnen als wichtig für die Improvisation erschienen, gibt die *Häufigkeit der beurteilten Elemente auch deren Wichtigkeit für die Improvisation an.*¹

Die durchschnittliche Anzahl der beurteilten Elemente pro Improvisation ist ebenfalls unterschiedlich. (Fragment 1 durchschnittlich 10 bewertete Elemente pro Teilnehmer, Fragment 2, 15 Bewertungen, Fragment 3, 7 Bewertungen und Fragment 4, 12 Bewertungen) Aus den Beurteilungen ist auch zu entnehmen, ob sich die *Teilnehmer auf eine Bewertungskategorie einigen konnten*, oder ob die Meinungen divergierten.

Die *Kommentare*, die die Teilnehmer auf die Rückseite geschrieben hatten, wurden miteinander verglichen und entscheidende Aussagen (Mehrfachnennungen) in die Interpretation der Bewertungsergebnisse mit einbezogen.

Die Erkenntnisse die sich aus dem zweiten Schritt der Analyse (der Diskussion über verschiedene Aspekte der Improvisationen) ergaben, wurden ebenfalls in die Interpretation mit einbezogen.

Zu Videofragment 1: Das Element ‚Rhythmische Figuren‘ wurde in allen Profilen von einem Großteil der Teilnehmer bewertet. Es steht somit zentral in dieser Improvisation. Die meisten Beurteilungen wurden im *Variabilitäts-, sowie Spannungs- und Autonomieprofil* vorgenommen.

Im *Kongruenzprofil* wurde von vier Teilnehmern festgestellt, dass die ‚rhythmischen Figuren‘ kongruent sind zu den ‚Rollen‘ und Gefühlen in der Improvisation, sowie zu der Spannung, die durch die ‚rhythmischen Figuren‘ erzeugt wird.

Zum *Integrationsprofil* kann keine Aussage gemacht werden, da nur vereinzelt Elemente bewertet wurden, die keinen ersichtlichen Trend angeben.

Im *Variabilitätsprofil* hingegen lässt sich ein deutlicher Trend ablesen. Sechs Teilnehmer haben das ‚Tempo‘ als „stabil“ betrachtet. Die ‚rhythmischen Figuren‘ in Bezug auf das Variabilitätsprofil wurden von fünf Personen als „variabel“ angesehen, während zwei Teilnehmer zweifelten, ob sie die ‚rhythmischen Figuren‘ als „rigide“ oder „stabil“ beurteilen sollten.

Im *Spannungsprofil* wird das Element ‚rhythmische Figuren‘ von allen acht Teilnehmern bewertet. (100%) Vier von ihnen kategorisieren das Element als „Ruhe“ (50%) drei weitere als „zyklisch“ und nur ein Teilnehmer empfindet es als „Spannung“. Aussagen zu den

¹ Deshalb ist es auch nicht möglich eine Analyse in Prozentzahlen vorzunehmen, da hierfür immer alle acht Teilnehmer eine Aussage zu dem entsprechenden Element hätten vornehmen müssen. Weil sie nicht verpflichtet waren dies zu tun, bleibt unklar, warum sie ein Element nicht bewertet haben und wie ihre Bewertung ausgefallen wäre, wenn sie es doch beurteilt hätten.

Elementen ‚Lautstärke‘ und ‚Timbre‘ betreffen ebenfalls die Kategorie ‚Ruhe‘. Die ganze Improvisation kann somit als ‚Ruhe‘ eingestuft werden.

Auch im *Autonomieprofil* wird das Element ‚rhythmische Figuren‘ zentral gestellt. Man ist sich uneinig darüber, ob Therapeutin und Patientin als ‚Partner‘, als ‚Leiter‘ oder als ‚folgend‘ beurteilt werden sollen.

Aus den *Kommentaren* ist zu entnehmen, dass die Beurteilung des Autonomieprofils schwer vorzunehmen war. (10 Kommentare zu diesem Thema) Vier Teilnehmer geben an, dass sie die Patientin als ‚folgend‘ einschätzen würden, dabei aber das Problem entsteht, dass Bruscia (1987) beschreibt, dass der Patient die ‚rhythmischen Figuren‘ des Therapeuten akzeptiert und selbst nur wenige eigene Ideen mit einbringt, sowie sich mit seinen Rhythmen im Hintergrund hält, dieses aber nicht mit ihren Beobachtungen übereinstimmt. (Ihrer Meinung nach geht keiner der beiden Improvisatoren auf die ‚rhythmischen Figuren‘ des anderen ein.)

Vier andere Teilnehmer beschreiben, dass sie eine Kommunikation zwischen Therapeutin und Patientin wahrnehmen, diese Beziehung aber nicht als ‚Partner‘ bewerten wollen, da das mit der Beschreibung von Bruscia ebenfalls nicht übereinstimmt.

Ein Teilnehmer empfindet die Beziehung sogar als ‚Widerstand‘, da die Patientin keine Rhythmen des Therapeuten in ihr Spiel mit aufnimmt, ist sich aber unsicher darüber.

Ein weiterer Teilnehmer betitelt das Verhalten als ‚Non-Kommunikation‘ und nimmt keine Bewertung vor, da Bruscia nach Meinung des Teilnehmers bei seinen Beurteilungskriterien von Kommunikation ausgeht.

In der *Diskussionsstunde* wurde diese Meinungsverschiedenheit über das Autonomieprofil näher betrachtet. Er herrschte Uneinigkeit darüber, ob man bei einer ‚Partner‘ Beziehung auf die ‚rhythmischen Figuren‘ des Partners eingehen muss, (diese imitieren oder variieren) oder ob eine ‚Partner‘ Beziehung auch ohne dies möglich ist. Während ein Teilnehmer bei der Überzeugung blieb, das im Bezug auf das Element ‚rhythmische Figuren‘ keinerlei Beziehung bestehe, versuchen andere Teilnehmer anzuführen, worin sie eine ‚Partner‘ Beziehung sehen. Sie führen dazu allerdings andere Elemente des Autonomieprofils an.

Die ‚Körperhaltung‘ des Patienten wird als kommunikativ (‚Partner‘) empfunden. Die Tatsache, dass die Patientin nicht das tut, was die Therapeutin macht, erzeuge einen Spielwitz, der auch als Kommunikation aufgefasst werden könne. (Beim erneuten Ansehen dieses Fragmentes wurde genau aus diesem Grund an zwei Stellen gelacht.)

Schließlich konnte man sich in der Gruppe darauf einigen, dass Kommunikation zumindest dadurch entsteht, dass die unausgesprochene Regel eingehalten wird: ‚Wenn Du spielst, spiele ich nicht‘. Außerdem wird von beiden Spielern eine ähnliche Phrasenlänge eingehalten, was beiden Spielern die Möglichkeit gibt, den selben Anteil an der Improvisation zu haben.

Interpretation

Die beobachtete Interaktion basiert auf der *Einhaltung von unausgesprochenen Regeln* (siehe Diskussion) und einer ruhigen ausgeglichenen Basis. (Spannungsprofil wird mit ‚Ruhe‘ bewertet, das ‚Tempo‘ im Variabilitätsprofil als ‚stabil‘) Beide Improvisatoren tun ihr Bestes, um diese ‚Regeln‘ einzuhalten.

Von beiden Spielern wird die ‚Regel‘ nacheinander zu spielen und die gleiche Phrasenlänge wie der Partner zu benutzen, eingehalten. (Leider ist das nicht aus den Bewertungen im Variabilitätsprofil im Element ‚Phrase‘ abzulesen, da zu wenig Teilnehmer dieses Element überhaupt bewertet haben.)

Die ganze Improvisation wird von der Bewertungsgruppe als ‚kongruent‘ bewertet. Aus intermusikalischem Blickwinkel bedeutet das zunächst, dass die musikalischen Tätigkeiten von Patientin und Therapeutin nicht im Widerspruch zueinander stehen. Nach dem Analogieprinzip zeigt sich diese Kongruenz auch in der interpersönlichen Beziehung von Therapeutin und Patientin. Ihre Beziehung basiert demnach auch auf dem Einhalten von ‚Regeln‘ und einer ruhigen Umgangsform. Es besteht eine Beziehung, die noch wenig belastbar ist und beide Partner die Grenzen (Spielräume) des Anderen akzeptieren.

Die Tatsache, dass die Patientin nur wenig aus dem Spiel der Therapeutin aufgreift, könnte darauf hinweisen, dass sie das Bedürfnis hat, sich von der Therapeutin abzugrenzen.¹

Die Therapeutin akzeptiert dieses Verhalten, um der Patientin einen Raum zu geben, in dem sie selbst bestimmen kann. Die Beziehung zwischen Patientin und Therapeutin ist noch in der Anfangsphase. Die Therapeutin bietet Sicherheit, indem sie das musikalische Verhalten der Patientin akzeptiert und auffängt (Holding, Pacing, Shaping, Imitating) und die Struktur der Improvisation einhält. (Shaping, rhythmic grounding) Sie akzeptiert das Verhalten der Patientin indem sie Motive aus dem Spiel der Patientin in ihr Spiel mit aufnimmt, (Imitating, Incorporating) und Angebote zur Kommunikation macht. (Modelling, Imitating)

Zu Fragment 2: Von vier Teilnehmern wird angegeben, dass dieses Fragment zu kurz sein, um es bewerten zu können. (nach Bruscia (1987) S.415 sind 60 Sekunden ausreichend für eine Analyse)

Die anderen Kommentare beschreiben das Geschehen in diesem Fragment. Ein Teilnehmer stellt die Hypothese auf, dass er durch eine Beschreibung einen besseren Eindruck von der Improvisation vermitteln könne, als das mit Bruscia's Bewertungssystem möglich ist.

Bei diesem Fragment fanden keine Bewertungen im *Kongruenz- und Auffälligkeitsprofil* statt. Das *Integrationsprofil* wurde nur von drei Teilnehmern bewertet, wodurch keine Aussagen getroffen werden können.

Im *Variabilitätsprofil* herrscht Einigkeit darüber, dass das ‚Tempo‘ ‚variabel‘ ist (6 Bewertungen) und die ‚rhythmischen Figuren‘ ‚rigide‘ behandelt werden, (6 Bewertungen) was den Kern der Improvisation trifft: Patientin und Therapeutin spielen abwechselnd einen Schlag (‚rhythmische Figur‘, ‚rigide‘) auf ihrer Trommel, wobei der Grundpuls (‚Tempo‘) sich erhöht. (Accelerando) Von vier Teilnehmern wird das Accelerando in den Bemerkungen nochmals hervorgehoben.

Große Uneinigkeit herrschte darüber, ob und wodurch Spannung entsteht. Insgesamt wurden zum *Spannungsprofil* zwar nur 12 Aussagen gemacht, diese divergieren aber von ‚Hypotensie‘ bis ‚Hypertensie‘. Ebenfalls wurden verschiedene Elemente betrachtet. Ein Teilnehmer meinte sogar, dass eine ‚Spannung‘ durch das ‚Tempo‘ hervorgerufen wird, obwohl Bruscia dieses Element im Spannungsprofil nicht vorgesehen hat.

Das *Autonomieprofil* wird wieder als schwer zu beurteilen eingestuft. Es gibt aber neben den Beurteilungen im Formular acht Kommentare, die sich auf das Autonomieprofil beziehen. Im Bewertungsbogen hatten sich drei Teilnehmer für ‚Partner‘ im Element ‚rhythmische Figuren‘, drei andere für die Patientin in der ‚Leiter‘ Rolle und einer für ‚folgend‘ entschieden. Aus den Beschreibungen ergibt sich hingegen ein anderes Bild. Fünf Personen beschreiben, dass die Patientin ‚die Initiative übernimmt‘, ihre ‚Meinung durchsetzt‘ oder eine andere aktive Rolle hat, die eine Leiterrolle (‚Leiter‘) beinhaltet.

In der Diskussionsstunde wurden die Teilnehmer gebeten, Aussagen über das Kongruenzprofil zu machen, mit Bezug auf das Autonomie- und Spannungsprofil.

Zum Autonomieprofil ergab sich die einhellige Meinung, dass die Patientin die ‚Leiter‘ Rolle hatte. Ihr wird eine sehr aktive Rolle zugeschrieben, die mit ‚zickig‘, ‚Grenzen deutlich machen‘ und ‚eigenwillig‘ betitelt wird. Die Patientin bestimmt was passiert.

Auch das Accelerando wird der Initiative der Patientin zugerechnet. Ihre aktive Rolle steht aber in klarem Gegensatz zu ihrer Körperhaltung. Diese wird als energielos und unbeteiligt betitelt. Deshalb wird im Kongruenzprofil das Element ‚Körper‘ mit ‚ungebunden‘ bewertet.

Zum Spannungsprofil werden keine klaren Aussagen getroffen.

¹ Genauso gut kann es sein, dass die Wahrnehmung, Konzentration oder Umsetzung der Information in Bewegung (Apraxie) durch den Schlaganfall in Mitleidenschaft gezogen wurde.

Interpretation

Diese Improvisation ist in so fern einzigartig für die Patientin, als dass sie diejenige ist, die eindeutig die Initiative ergreift. Aus dem Nichts beginnt sie mit einer enormen Intensität und Bestimmtheit zu spielen. Dies kann als *Emotionsausbruch* betrachtet werden. Um spontan Gefühle zu äußern, ist Vertrauen in die Situation und die Therapeutin nötig. Die Beziehung zwischen Patientin und Therapeutin scheint sich im Vergleich zu dem vorigen Fragment weiter entwickelt zu haben.

Die Interaktion in diesem Fragment besteht hauptsächlich daraus, dass die Therapeutin dem musikalischen Handeln der Patientin folgt und den Gefühlsausbruch der Patientin auffängt, indem sie auf das Spielangebot der Patientin eingeht. Die Therapeutin lässt sich von der Patientin „leiten“ (siehe Diskussion) und greift die von der Patientin angebotene ‚rhythmische Figur‘ auf, behält diese bei und geht auf das von der Patientin initiierte Accelerando ein. (siehe Variabilitätsprofil)

Das Verhalten der Therapeutin kann mit dem Wort „Containment“ umschrieben werden. (siehe auch S.27) Sie erwidert den Gefühlsausbruch, indem sie auf dem selben Energielevel agiert (Pacing, „Iso-Prinzip“) und der Improvisation eine Form gibt. (durch die gemeinsame Improvisation)

Zu Fragment 3: Dieses Videofragment wurde in allen Profilen mit guter bis sehr guter Übereinstimmung bewertet. ‚Melodie‘ und ‚Harmonie‘ stehen im Vordergrund der Betrachtungen, was den Charakteristiken der Improvisation entspricht. Es gab recht wenig Kommentar zu dieser Improvisation, abgesehen von der Tatsache, dass auf dem Video nicht zu sehen war, welche Person wie und was spielt. Andere Kommentare beziehen sich wiederum auf die Schwierigkeit, das Autonomieprofil zu bewerten.

Im *Integrationsprofil* wurden ausschließlich Bewertungen in den Kategorien „verschmolzen“ und „integriert“ vorgenommen. Beim Element ‚Melodie-Figur-Hintergrund‘ tendierten die Teilnehmer zu „integriert“, beim Element ‚Melodie-Stimme-Ganzes‘ wurde die Kategorie „verschmolzen“ bevorzugt. Zu den anderen Elementen in diesem Profil kann keine Aussage gemacht werden, da die Bewertungen der Teilnehmer nicht eindeutig sind.

Im *Variabilitätsprofil* wurden die meisten Beurteilungen zu dieser Improvisation vorgenommen. (total 37 Bewertungen) Beinahe alle Elemente wurden von mehreren Teilnehmern analysiert. Einige Elemente wie ‚Tempo‘, ‚Melodie‘, ‚Register‘ und ‚Lautstärke‘ wurden von mindestens fünf Personen beurteilt. Das Element ‚Melodie‘ wurde sogar von allen Teilnehmern (100%) bewertet.

Das ‚Tempo‘ wird von allen fünf Teilnehmern, die dieses Element betrachtet haben, als „stabil“ angesehen. Beim Element ‚Melodie‘ haben sich drei Personen für „stabil“ entschieden, drei weitere für „variabel“ und die verbleibenden Zwei für „Zufall“. (Näheres dazu wurde in der Diskussionsstunde erläutert.) Das Element ‚Register‘ wurde von drei Personen als „stabil“ bezeichnet, von zwei anderen sogar als „rigide“, was Ausdruck dafür ist, dass die Register nicht wechseln und sowohl Therapeutin als auch Patientin in ihrem „Bereich“ auf dem Klavier bleiben. Die ‚Lautstärke‘ der Improvisation wurde als „stabil“ beurteilt.

Das *Spannungsprofil* wurde ausschließlich mit den Kategorien „Hypotensie“ und „Ruhe“ bewertet. Es wurden über die verschiedenen Elemente verteilt 22 Bewertungen in der Kategorie „Ruhe“ vorgenommen, nur fünf hingegen in der Kategorie „Hypotensie“.

Vier der fünf Einschätzungen in der Kategorie „Hypotensie“ beziehen sich auf das Element ‚Motorik des Körpers‘. (Eine Bewegung des Körpers der Patientin ist auf dem Video nicht zu sehen.) Die Elemente ‚rhythmischer Hintergrund‘ und ‚rhythmische Figuren‘ wurden von jeweils drei Personen mit „Ruhe“ bewertet.

Sechs Teilnehmer beurteilten das Element ‚Melodie‘ mit „Ruhe“, eine siebte Person zweifelte noch zwischen „Hypotensie“ und „Ruhe“. Die ‚Harmonie‘ empfanden alle fünf Teilnehmer,

die dieses Element betrachtet haben, als „Ruhe“. Auch die ‚Lautstärke‘ wurde als „Ruhe“ eingestuft. (4 Bewertungen)

Das *Kongruenzprofil* wurde von sechs Personen, die mindestens ein Element analysiert haben, als „kongruent“ eingestuft. Insgesamt wurden 12 Bewertungen, über die verschiedenen Elemente verteilt, in der Kategorie „Kongruent“ vorgenommen. Die bewerteten Elemente waren ‚rhythmischer Hintergrund‘, ‚rhythmische Figuren‘, ‚tonaler Hintergrund‘, ‚Melodie‘, ‚Harmonie‘, ‚Phrasierung‘, ‚Lautstärke‘ und ‚Körper‘.

Die einzelnen Elemente wurden von jeweils zu wenigen Personen beurteilt, als das da etwas von abzuleiten wäre. Aus der Tatsache, dass immerhin sechs Teilnehmer mindestens eine Beurteilung vorgenommen haben und diese unabhängig vom Element als „kongruent“ eingestuft wurde, kann die gesamte Improvisation als „kongruent“ angesehen werden.

Zum *Auffälligkeitsprofil* kann wenig ausgesagt werden.

Insgesamt fünf Personen haben mindestens eine Wertung in diesem Profil abgegeben. Neun Aussagen beziehen sich auf die Kategorie „beitragend“, nur drei hingegen auf die Kategorie „konformierend“. Vier Teilnehmer bewerten das Element ‚Harmonie‘ als „beitragend“, drei Teilnehmer sehen die ‚Melodie‘ als „beitragend“ an.

Zu den Bewertungen des *Autonomieprofils* kann diesmal eine klare Aussage getroffen werden. Fünf von den sechs Personen die das Element ‚Tonal und melodisch‘ ausgewertet haben, haben sich für die Kategorie „Partner“ entschieden.

Aus den Kommentaren ergibt sich ein etwas anderes Bild.

Zwei Teilnehmer geben an, dass das Profil nicht zu bewerten ist. Einer der Zwei hat sich dennoch für „Partner“ entschieden, der Andere hat keine Aussage gemacht. Von zwei anderen Teilnehmern wird beschrieben, dass der Therapeut sich dem Patienten anpasst, was in die Kategorie „Leiter“ fallen würde. Einer der Beiden hat sich auch wirklich für diese Kategorie entschieden, der Andere hat jedoch „Partner“ gewählt.

Die Diskussion wird auf die Beurteilung des Variabilitätsprofils in Bezug auf die Elemente ‚Melodie‘ und ‚Harmonie‘ bzw. deren Abhängigkeit voneinander (Autonomieprofil) gelenkt. Da die Patientin die ‚Melodie‘ spielt und die Therapeutin die ‚Harmonie‘, wird so auch die Beziehung der Beiden untereinander näher beleuchtet. Die Variabilität der ‚Melodie‘ wird aus zwei verschiedenen Lagern beurteilt. Während eine Gruppe meint, dass die ‚Melodie‘ als „stabil“ zu bewerten sei, plädiert die Gegenseite dafür, dass die Variabilität der Melodie auf „Zufall“ basiert.

Das Problem scheint bei der Auffassung darüber zu liegen, ob eine willkürliche, stufenweise melodische Bewegung nach oben oder unten als Thema zu verstehen ist, oder nicht. Aus den Aufzeichnungen von Bruscia kann nicht abgeleitet werden, was er mit der Beschreibung „melodisches Thema“ ausdrücken will. Die Diskussion ist also mehr ein Interpretationsproblem.

Man ist sich darüber einig, dass eine gewisse Stabilität („stabil“) festzustellen ist, die darauf basiert, dass keine Sprünge gemacht werden, die Richtung der Melodie aber nicht vorausszusehen und somit zufällig („Zufall“) ist.

Zum Autonomieprofil wird angegeben, dass die Abhängigkeiten schwer festzustellen sind, da sich ‚Melodie‘ und ‚Harmonie‘ gegenseitig beeinflussen. Die Beobachtung, dass die Akkorde immer etwas zeitverzögert gespielt werden, also zu erkennen ist, dass der Therapeut versucht, dem Patienten zu folgen, (Patient als „Leiter“) gibt zwar die Intention des Therapeuten wieder, lässt aber keine Aussage über die Abhängigkeit zu.

„Akkorde haben eine gewisse Machtposition“, da sie entscheidend dafür sind, ob die Melodie konsonant oder dissonant klingt.

Schlussendlich muss festgestellt werden, dass eine unausgesprochene Absprache vorliegt, die heißt: „Jeder bleibt in seinem Bereich, wir versuchen eine Musik zu gestalten, die zueinander passt, es werden keine Veränderungen vorgenommen, die den Anderen aus dem Konzept bringen könnten.“ Wie das nach Bruscia zu bewerten ist, ist nicht deutlich.

Interpretation

In diesem Ausschnitt wird hörbar, dass zwei Menschen auf sehr intime Art am selben Instrument Musik machen, (shairing instruments) sich aber beide an unausgesprochene Regeln halten, die zum Erhalt der persönlichen Grenzen dienen.

Beide Partner sind darauf bedacht, den anderen Spieler nicht zu irritieren, (durch unerwartete Wendungen (,Melodie' und ,Harmonie' „stabil“)) das Spiel des Anderen zu akzeptieren und die Grenzen einzuhalten. (Beide bleiben in ihrem Register, ,Tempo' und ,Lautstärke' bleiben „stabil“)

Die Interaktion entsteht hier durch ein feines Gewebe von Musik, die zusammen passt und eine sehr ruhige (Spannungsprofil „Ruhe“) Grundstimmung ausstrahlt. Beide Partner akzeptieren, dass ihr Beitrag an der Improvisation mit dem des Partners vermischt wird. (Integrationsprofil „verschmolzen“, „integriert“) Aus der Schwierigkeit das Autonomieprofil zu bewerten wird ersichtlich, dass es keinen deutlichen Leiter gibt, sondern beide Partner das Spiel gestalten und ihren ganz persönlichen Beitrag daran haben, die Improvisation mit diesen Parametern aufrecht zu erhalten.

Die Improvisation wird als „kongruent“ bewertet. Das Spiel der Patientin ist somit auch kongruent zu dem Spiel der Therapeutin und drückt so (nach dem Analogieprinzip) auch die interpersönliche Beziehung von Therapeutin und Patientin aus. Es herrscht ein gewisses Grundvertrauen, dass Interaktion möglich macht, aber noch so schwach ist, dass beide Partner sich in ihrem abgesteckten Rahmen bewegen.

Die Therapeutin probiert die Beziehung weiter zu vertiefen, indem sie Vertrauen und Akzeptanz (holding, pacing) im Spiel zeigt und Sicherheit durch Struktur bietet. (tonal centering)

Zu Fragment 4: Den Bewertungen zu Fragment 4 können nur wenige differenzierte Aussagen entnommen werden. Zwar liegt die durchschnittliche Anzahl der analysierten Elemente im Mittelfeld der durchschnittlichen Einschätzungen, jedoch betreffen die Beurteilungen nur an wenigen Stellen das gleiche Element oder die gleiche Kategorie.

Zum *Integrations- Auffälligkeits- und Kongruenzprofil* können keinerlei Aussagen abgegeben werden, da zu wenige bzw. zu divergierende Bewertungen vorgenommen wurden.

In den verbleibenden drei Profilen stehen die Elemente ,rhythmische Figuren' und ,Lautstärke' zentral.

Im *Variabilitätsprofil* zeichnen sich zwei deutliche Urteile ab.

Das Element ,rhythmische Figuren' wird von sechs Teilnehmern als „variabel“ angesehen, ein siebter Teilnehmer entscheidet sich für „kontrastierend“. Die Variabilität in der ,Lautstärke' wird von allen acht Teilnehmern (100%) bewertet. Fünf von ihnen haben die ,Lautstärke' mit „variabel“ (62.5%) bezeichnet, zwei mit „stabil“ und einer mit „kontrastierend“.

Im *Spannungsprofil* wird das Element ,Lautstärke' von vier Teilnehmern (von insgesamt fünf Bewertungen) als „zyklisch“ eingestuft. Der fünfte Teilnehmer entschied sich für „Ruhe“.

Bei der Bewertung des Elements ,rhythmische Figuren' im Spannungsprofil herrscht allgemeine Uneinigkeit. Sechs Teilnehmer haben dieses Element analysiert. Drei von ihnen haben sich für „zyklisch“ entschieden und je ein Teilnehmer für „hypotense“, „Ruhe“ und „Spannung“. Die Bewertung erstreckt sich also über vier verschiedene Kategorien. (mehr dazu siehe Diskussion)

Das *Autonomieprofil* bietet auch bei dieser Improvisation wieder Grund zur Diskussion. Zwar wird diesmal nicht beschrieben, dass das Profil schwer einzuschätzen sei, die Bewertungen der Teilnehmer sind aber sehr divers. Das einzige Element, zu dem im Autonomieprofil eine Aussage gemacht werden kann, ist das Element ,rhythmische Figuren'. Alle anderen Elemente wurden nicht ausreichend oft beurteilt, um eine Aussagen treffen zu können. Beim

Element ‚rhythmische Figuren‘ herrscht Uneinigkeit darüber, ob sich Therapeutin und Patientin als „Partner“ verhalten, oder einem Beteiligten die Leitung unterliegt. Drei Personen haben sich dafür entschieden, dass die Patientin die leitende Rolle („Leiter“) hat, jeweils Zwei für die Therapeutin als Leiter (also „folgend“) und für Therapeutin und Patientin als „Partner“.

In der Diskussionsstunde wird der Fokus auf das Autonomieprofil, sowie im Spannungsprofil auf das Element ‚rhythmische Figuren‘ gerichtet.

Die Diskussion über die Rollenverhältnisse im Autonomieprofil endet mit der Schlussfolgerung, dass nicht genau zu beschreiben ist, wer die Führung übernimmt und wer folgt, oder ob diese Konstatierung vielleicht auf eine Partnerbeziehung hinweist. Als Gründe dafür werden angegeben, dass die Rollenverhältnisse sich innerhalb der Improvisation immer wieder verändern. Dies ist vielleicht auch davon abhängig, aus welcher Sicht der Teilnehmer die Improvisation hört. Therapeutin und Patientin greifen rhythmische Motive oder Teile aus dem Spiel des Partners auf. Dieses Phänomen wird häufiger bei der Therapeutin wahrgenommen. Die Patientin greift auch Teile des Spiels auf, übernimmt aber nie vollständig ein Motiv. Initiativen, wie ein Diminuendo zu beginnen, werden zwar der Patientin zugerechnet, jedoch geht die Therapeutin direkt darauf ein, so dass ein Diminuendo in Zusammenarbeit entsteht. Die Definition nach Bruscia (1987) für die Kategorie „Partner“ beinhaltet, dass die rhythmische Form der Improvisation aus der Zusammenarbeit beider Partner entsteht, was von einigen Studenten bei dieser Improvisation auch so gesehen wird. Andere Teilnehmer sehen die Patientin als „Leiter“, mit der Begründung, dass die Patientin Rhythmen anbietet, die der Therapeut ergänzen, imitieren und variieren kann. (Definition von Bruscia)

Es wird angemerkt, dass dieser Ausschnitt eigentlich zu lang ist, um ihn eindeutig bewerten zu können. Die Erfahrung des Kursleiters hat ergeben, dass Improvisationen nicht länger als drei Minuten sein sollten.¹

Weiterhin wurde beobachtet, dass die Patientin, nachdem sie gespielt hat, ihre Hand von der Trommel wegnimmt, während die Therapeutin die Hand über der Trommel bereit hält. Eine einhellige Interpretation für dieses Verhalten konnte jedoch in der Gruppe nicht gefunden werden.

Über das Spannungsprofil herrschte diesmal Einigkeit. Man tendierte dazu, die Improvisation als „zyklisch“ in Bezug auf ‚rhythmische Figuren‘ zu bewerten. Einige Teilnehmer beurteilten die Improvisation gegen Ende hin sogar mit „Ruhe“.

Interpretation

In dieser Improvisationen geschieht die Interaktion weniger subtil als in den vorangegangenen Videoausschnitten. Hier wird eine *Interaktion im Sinne von Aktion- Reaktion- Reaktion...* deutlich hörbar.

Es wird beschrieben, dass sowohl Patientin als auch Therapeutin rhythmische Motive des Anderen aufgreifen und diese variierend oder imitierend in ihr eigenes Spiel mit aufnehmen. Dadurch entsteht eine Improvisation die als „variabel“ bezeichnet werden kann. Auch die Spannung verläuft nicht mehr als „Ruhe“ sondern „zyklisch“, was ein Anzeiger dafür sein kann, dass mehr Austausch und Bewegung stattfindet.

Die Rollenverhältnisse ändern sich im Laufe des Zusammenspiels, (siehe Diskussionsstunde) was auch angibt, dass die Interaktion als gegenseitiges Geben und Nehmen gesehen werden kann.

Das Vertrauen in die Beziehung und die Situation hat sich soweit verändert, dass die Grenze (mein Spiel - dein Spiel) etwas abschwächt wird, Patientin und Therapeutin gehen mehr aufeinander ein.

¹ Von Bruscia (1987) wird keine Maximalgrenze angegeben, er sagt aber, dass es sinnvoll ist, längere Improvisationen in kleinere Teile aufzuteilen. S.415/419

Dennoch kommt auch bei dieser Patientin die unausgesprochene Regel zum Tragen, abwechselnd zu spielen und die gleiche Phrasenlänge einzuhalten.

In dieser Improvisation werden von der Therapeutin auch mehr „entlockende Techniken“ (Bruscia 1987 elicitation techniques) eingesetzt. Die Therapeutin wiederholt rhythmische Motive, (repeating) bietet Motive zur Übernahme an, (modelling) lässt der Patientin Raum für ihre Motive (making spaces) und ergänzt das Spiel der Patientin. (completing)

Techniken der Empathie werden ebenfallsgebraucht: Imitation, (imitating) Gebrauch von musikalischen Motiven des Patienten für die eigene Improvisation (incorporation) und Pacing. In dieser Improvisation ist nicht mehr so viel Energie und Zeit nötig, um die Beziehung zu festigen. Es wird mehr mit den Grenzen und Gefühlen der Spieler experimentiert.

7.3.2 Exkurs: Über die Schwierigkeit das Autonomieprofil zu bewerten...

„Man kann mit zwei verschiedenen Brillen hören.“

(frei nach Ton de Bruijn)

Dieses Zitat bietet eine mögliche Erklärung für die Schwierigkeit das Autonomieprofil zu bewerten an. Der Zuhörer kann entweder aus der Rolle des Patienten oder des Therapeuten die Improvisation hören. Dadurch bekommt der Spieler - aus dessen Sicht gehört wird - eine aktivere Rolle für den Zuhörer. Alle Beobachtungen werden ausgehend von diesem Spieler bewertet und interpretiert.

Eine andere Erklärung kann aus den *Beschreibungen*, die Bruscia (1987) zu dem Autonomieprofil macht, abgeleitet werden. Zum einen scheint Bruscia davon auszugehen, (auch wenn er das nicht explizit aufschreibt) dass Partnerimprovisationen immer gleichzeitig stattfinden, beide Partner also zeitgleich spielen und nicht, wie in drei der hier benutzten Fragmente, (1, 2, 4) abwechselnd. Dadurch wird ein Teil der Definition unbrauchbar. Es können keine Aussagen über „Figur“ und „Hintergrund“ gemacht werden.

Zum Anderen beschreibt Bruscia (1987) die „*Rollen*“ immer in *Abhängigkeit* zu dem Improvisationspartner. Zum Beispiel heißt es beim Element ‚rhythmische Figuren‘: (was in dieser Analyse mehrfach Anlass zu Diskussionen bot) „As leader, the client [...] models and repeats rhythms for the partner to imitate, presents fragments of previous rhythms for the partner to complete, makes changes in previous rhythms for the partner to follow.“ (S.470/471)

Was ist aber, wenn der Partner die Aufforderung, die Figuren zu imitieren, zu ergänzen oder zu variieren, nicht erkennt? Oder andersherum, wenn der Patient gar nicht imitiert werden will! - Wird er dann automatisch zum „Leiter“, nur weil der Therapeut sehr wohl zu Imitation und Variation der Motive des Patienten fähig ist?¹

Rollenverhältnisse, wenn sie nicht zuvor abgesprochen wurden, werden immer von beiden Spielern beeinflusst und geformt. Das ist natürliches Verhalten.²

In dieser Hinsicht ist es verständlich, dass das Autonomieprofil nicht immer eindeutig zu bewerten ist.

Möglicherweise drückt die Unmöglichkeit der Bewertung auch die *Ambivalenz der Therapeutin* aus, die einerseits die Patientinnen unterstützen will, also auf das Spiel der Patientinnen eingeht, („folgend“) andererseits aber auch versucht, den Patientinnen neue Möglichkeiten zu zeigen („Leiter“) und so Einfluss auf das Verhalten der Patientinnen nimmt.

¹ Gerade das Nicht-Eingehen auf diese Angebote wurde von einigen Teilnehmern bei der Bewertung von Fragment 1 als Non-Kommunikation betitelt.

² Auch im Alltag reagieren wir unterschiedlich auf verschiedene Personen, lassen uns also von diesen beeinflussen und beeinflussen selbst durch unsere Art und Weise auch das Verhalten des Gesprächspartners.

7.4 Auswertung

7.4.1 Schlussfolgerungen des Forschungsprojektes

Zu Beginn des siebten Kapitels habe ich die Frage gestellt, ob in der gemeinsamen Musik von Patientin und Therapeutin eine Interaktion für Außenstehende wahrnehmbar ist und in welchen Elementen der Improvisation diese sich zeigt. Interaktion wurde im Kapitel 6.2.1 als gegenseitige Beeinflussung des Verhaltens unter Einhaltung von Interaktionsregeln beschrieben.

Das Ergebnis dieses Projektes bestätigt, dass eine musikalische Interaktion zwischen Therapeutin und Patientin stattfindet und diese von der Bewertungsgruppe auch wahrgenommen wird.

Die Interaktion zeigte sich in verschiedenen Parametern der Improvisation.

In allen vier Improvisationen spielte das *Einhalten von nicht abgesprochenen Regeln* eine Rolle.

Bei den Therapieausschnitten 1, 2 und 4 bestand diese Regel hauptsächlich daraus, nacheinander zu spielen und dabei eine ähnliche Phrasenlänge einzuhalten. In diesen drei Improvisationen wurde auch das Tempo als „stabil“ bewertet, was auf einen gemeinsamen Grundpuls hinweist, der ebenfalls Anzeichen für eine Interaktion ist.

Mit dem Autonomieprofil kann auf direkteste Art und Weise angegeben werden, welche Beziehung die Spieler zueinander haben, da dieses Profil die Abhängigkeit der Spieler voneinander beschreibt. Auch wenn die Bewertung des Autonomieprofils einige Diskussionen auslöste, konnte die Bewertungsgruppe sich schließlich doch bei allen vier Improvisationen darauf einigen, dass eine Interaktion stattfindet und diese mit den Kategorien „Leiter“, „folgend“ oder „Partner“ beschrieben werden kann.

Für mich ist das Ausdruck dafür, dass Therapeutin und Patientin sich voneinander beeinflussen lassen. Die Rolle des einen Spielers beeinflusst die Rolle des anderen Spielers. Beide Spieler müssen ihre Rolle akzeptieren, damit die Rolle des anderen Spielers einen Sinn ergibt. Rollenverhältnisse können sich wie in Improvisation 4 beschrieben, auch während des Spielens verändern und somit Ausdruck für gleichberechtigte Interaktion („Partner“) sein.

Die *Akzeptanz des Spielpartners* und dessen Verhalten ist eine Voraussetzung für Interaktion. Dies zeigt sich auch in vielen Facetten im musikalischen Zusammenspiel.

In den Improvisationen 1 und 3 zeigt sich diese Akzeptanz in der Ruhe des Zusammenspiels. (Spannungsprofil „Ruhe“) Keiner der beiden Improvisatoren versucht diese Ruhe zu stören, sondern trägt seinen Teil dazu bei, um sie zu erhalten. Die musikalischen Äußerungen der Partner haben den gleichen Anteil am Spiel (qua Zeit, qua Vordergrund-Hintergrund-Beziehung) und werden von den Spielpartnern so akzeptiert wie sie sind. (Melodie-Harmonie „kongruent“, „verschmolzen“, „integriert“ Register und Lautstärke „stabil“ (Fragment 3))

In Improvisation 2 besteht die gegenseitige Beeinflussung vor allem darin, dass die Therapeutin auf den erneuten Spielbeginn reagiert und durch ein abwechselndes Spiel mit den selben Parametern wie die Patientin sie benutzt, (rhythmische Figuren „rigide“, Tempo „variabel“) eingeht und der Improvisation somit eine Struktur gibt, welche wiederum von der Patientin angenommen wird.

Bei Improvisation 4 verläuft die Interaktion mit mehr Austausch. Patientin und Therapeutin reagieren direkter aufeinander. Dies zeigt sich in den Parametern der Lautstärke („variabel“) und der Spannung. („zyklisch“) Zudem wird von der Bewertungsgruppe beschrieben, dass

sowohl Patientin als auch Therapeutin die rhythmischen Motive des Anderen imitieren und variieren. (rhythmische Figuren „stabil“)

Als Zusammenfassung von diesen Ausführungen ergeben sich einige musikalische Parameter, die bei der Interaktion von Therapeutin und Patientin wahrnehmbar sind und als Kennzeichen dieses Zusammenspiels betrachtet werden können.

Diese **Parameter** sind:

- Ein gemeinsames Tempo und Metrum (alle vier Improvisationen)
- Eine ähnliche Phrasenlänge (alle vier Improvisationen)
- Ein ähnliches Energieniveau (Dynamik) (alle vier Improvisationen)
- Zueinander passende melodische (Improvisation 3) und rhythmische (Improvisationen 1, 2, und 4) Elemente [Einigkeit über Tonalität und Rhythmus]

Regeln, die in der Interaktion eine Rolle spielen, sind:

- Nicht zeitgleich zu spielen (Improvisationen 1, 2, und 4)
- Das Verhalten des anderen Spielers nicht zu stören (das Spiel des Anderen zu akzeptieren) (zutreffend auf alle Improvisationen)
- Musik zu spielen, die zueinander passt

Im Kapitel 8 werden wir uns näher damit beschäftigen, welche Schlüsse wir aus diesen Beobachtungen für die Möglichkeiten von Musiktherapie ziehen können, bzw. wie die hier beobachteten Phänomene im Hinblick auf die Krankheitsbewältigung von Aphasie interpretiert und eingesetzt werden können.

7.4.2 Kritische Betrachtung der Forschungsmethode

Die Improvisationsanalyse nach Bruscia (1987) wurde nicht speziell entwickelt, um Interaktion zu beurteilen oder zu messen. Dazu wird sie aber letztendlich in diesem Forschungsprojekt benutzt. Bruscia hat diese Methode entwickelt, um Einsicht in die musikalischen Möglichkeiten des Patienten in verschiedenen Phasen des Therapieprozesses zu bekommen und diese auf Grund der Beobachtungen zu erweitern und musikalische Stärken und Schwächen des Patienten festzustellen. Anhand dieser Beobachtungen wird eine Interpretation auf verschiedenen Ebenen (rein musikalisch, psychologisch usw.) vorgenommen, (S.421) welche Bruscia als „working hypotheses“ betrachtet. (Bruscia 1987 S.411)

Er will damit ausdrücken, dass alle Interpretationen genauestens zu prüfen sind, u.a. im Dialog mit dem Patienten und im Vergleich zu Improvisationen mit einem anderen Spielauftrag. (S.417)

Meine Interpretationen der Analysen sind in sofern ungenau, als dass ich alle Informationen auf der Ebene der Interaktion interpretiert habe, ohne dieses mit anderen Mitteln zu überprüfen.

Diese Ungenauigkeit wird zu einem Teil dadurch relativiert, dass die Bewertungen von mehreren unabhängigen Personen vorgenommen wurden, und so Aussagen über das musikalische Verhalten der Patientinnen relativ objektiv sind. Die psychologische Interpretation der Beziehung zwischen Therapeutin und Patientin bleibt jedoch wie immer subjektiv.

Ein Ungenauigkeitsfaktor im Verfahren der Analyse liegt bei dem Analyseauftrag.

Dadurch, dass jedem Teilnehmer überlassen war, welche Profile und Elemente er bewertet, entstehen Aussagen die nicht immer die Meinung aller Teilnehmer widerspiegeln. Wenn beispielsweise vier Teilnehmer ein Element übereinstimmend bewertet haben, die anderen vier jedoch nicht, könnte es theoretisch sein, dass die vier, die keine Aussage gemacht haben, eine andere Kategorie gewählt hätten. Möglicherweise hat ein Teilnehmer ein Element nur nicht analysiert, weil er keine Zeit mehr dazu hatte.

Der weitere Prozess der Auswertung und Interpretation wird von einer Person vorgenommen, die Therapeutin, Forscherin und Interpretatorin in einer Person ist. Außerdem hat sie ein gewisses Interesse an einem „guten Ergebnis“, da sie ein bestimmtes Ziel mit dieser Analyse verfolgt. (Dieses Problem ist inhärent an qualitative Forschungsmethoden siehe auch Bruscia (1998) S.260)

Bei der Diskussion über die Improvisationen kann das Bild der „Gruppenmeinung“ durch Gruppenprozesse verwischt worden sein. Nicht alle Teilnehmer waren aufgefordert ihre Meinung zu sagen, was dazu führt, dass nur die Meinung der aktiven Gruppenmitglieder in die „Gruppenmeinung“ mit einfließt und divergierende Meinungen aus Gründen von Persönlichkeitskennzeichen nicht genannt werden.

Da dieses meines Wissens nach das erste Forschungsprojekt ist, dass Interaktionsprozesse mit Hilfe dieser Methode untersucht, kann über die Validität dieser Methode wenig ausgesagt werden. Die oben beschriebenen Ergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass Interaktionen bewertet werden können.

7.5 Ideen für weitere Forschung und Entwicklung

Dieses Forschungsprojekt ist auf Grund der Tatsache, dass nur zwei Aphasiker betrachtet wurden, nicht ohne Weiteres zu generalisieren. Deshalb wäre es sinnvoll, eine *größere Gruppe* Aphasiker zu betrachten. Möglicherweise sind auch Unterschiede in der Interaktionsfähigkeit zwischen den verschiedenen aphasischen Syndromen festzustellen.

Interessant könnte auch die Betrachtung eines *vollständigen Therapieverlaufs*, mit der Frage ob oder wie das musikalische Interaktionsverhalten sich im Laufe des Therapieprozesses verändert und ob dieses in einer Abhängigkeit zu den Phasen der Krankheitsverarbeitung steht, sein.

Inwieweit verändern sich auch die therapeutischen Interventionen im Verlauf des Therapieprozesses? Ist dies auch abhängig von der Phase der Krankheitsverarbeitung, in der der Patient sich befindet? Kann aus der Interaktion zwischen Therapeut und Patient geschlossen werden, in welcher Phase der Krankheitsverarbeitung der Patient sich befindet?

Sprachtherapeutische Forschung hat ergeben, dass der Effekt von Sprachtherapie größer ist, je eher man mit der Behandlung beginnt. (Lehmann & Kirchner 1986/Robey 1994)

Welchen *Effekt hat frühzeitige Musiktherapie* auf die Folgen von Aphasie? Hat sie vielleicht sogar einen Effekt auf die Effektivität der Sprachtherapie in der Frührehabilitation? (siehe auch Romijn, Van de Berk & Lameyer 1994) Erhöht sich vielleicht die Therapiemotivation oder erweitert sie die Kontaktmöglichkeit der Patienten, so dass diese sich leichter mit dem Pflegepersonal und anderen Therapeuten verständigen können?

Brumfitt (1998) stellt ein Konzept vor mit dem sie den *psychologischen Gesundheitszustand* (psychological well-being) von Aphasikern messen kann. Sicher wäre interessant zu untersuchen, ob Unterschiede in diesem Test zwischen musiktherapeutisch betreuten Aphasikern und nicht musiktherapeutisch betreuten Aphasikern festzustellen ist. Damit könnte die Wirksamkeit von Musiktherapie quantitativ bewiesen werden.

Zuletzt noch eine *Anmerkung zum Analyseverfahren*. Wie bereits erläutert wurde die Bruscia –Analyse nicht dafür entwickelt Interaktion zu messen. Deshalb ist es sinnvoll, nach anderen, feineren Messinstrumenten zu suchen. Vielleicht bietet die Notation der Improvisation mit einer anschließenden „structural analysis“ wie Lee (1989) sie vorschlägt, eine Möglichkeit.

8 Schlussfolgerungen

Wie wir in Kapitel 7 gesehen haben, *ist eine musikalische Interaktion zwischen Aphasikerin und Therapeutin möglich*. Was passiert nun aber genau in dieser Interaktion? Welche Botschaften werden vermittelt? Wie werden diese vermittelt? Und was sind die Konsequenzen daraus für die musiktherapeutische Behandlung von Aphasie?

Der wohl auffälligste Unterschied zwischen musikalischer Interaktion mit globalen Aphasikern und einer verbalen Interaktion besteht darin, dass *musikalische Kommunikation gleichwertig verlaufen kann*.

In der Musik ist es dem Aphasiker möglich Phrasenlängen und Tempo einer Improvisation einzuhalten, während er bei dem Versuch sich verbal mitzuteilen, dazu absolut nicht mehr in der Lage ist. (Phrasenlängenverhältnisse vermitteln essentielle Informationen über den Beziehungsaspekt, siehe S.31)

In musikalischer Interaktion ist es dem Aphasiker möglich, den gleichen Anteil an der Improvisation zu haben - in verbaler Interaktion hingegen, wird er immer einen viel geringeren Anteil am Gespräch haben. Durch das Verhältnis der Gesprächsanteile verändern sich auch die Rollenverhältnisse. (siehe S.31) In verbaler Kommunikation wird der Aphasiker immer die Rolle des „Untertänigen“ haben, weil sein Redeanteil am Gespräch wesentlich geringer ist, während er innerhalb einer musikalischen Beziehung sogar der Leiter sein kann, wie Improvisation 2 gezeigt hat.

Dies hat Einfluss auf die Selbstwahrnehmung des Aphasikers. In einem verbalen Dialog kann er sich nur „falsch verstanden“ und „verständnislos“ fühlen, er hat keinen Einfluss auf den Gesprächsverlauf und auf die über ihn geäußerten Aussagen und Meinungen. In musikalischer Improvisation ist es ihm jedoch möglich auf verschiedene Art und Weise zu reagieren, (siehe auch McMaster 1991) und *so Einfluss auf den Verlauf des Zusammenspiels zu nehmen*. (Zum Beispiel durch Imitation, Variation, (Improvisation 4) oder Tempoveränderung (Improvisation 2)) Dadurch erlebt er sich weniger passiv. Er erfährt, dass er sehr wohl Einfluss auf seine Umwelt ausüben kann.

Für den Therapeuten ist es in der Musik auch einfacher auf die Schwierigkeiten des Aphasikers einzugehen. Oft benötigen Aphasiker für eine adäquate Reaktion mehr Zeit als ein gesunder Mensch. In der Musik kann der Therapeut darauf eingehen, indem er sein Tempo dem des Aphasikers anpasst. Die Musik klingt dann immer noch natürlich. Würde man seine verbalen Äußerungen dem Sprachtempo des Aphasikers anpassen, würde das grotesk und unnatürlich wirken.

Auch körperlich kann der Therapeut auf die Möglichkeiten des Aphasikers reagieren und ebenso wie der Patient nur eine Hand zum Musizieren benutzen, (wie dies in allen vier Improvisationen der Fall ist) oder die Instrumente so wählen, dass die körperliche Eingeschränktheit des Aphasikers nicht zu seinem Nachteil wird.

Kurzum:

Der Beziehungsaspekt (siehe S.31) der Interaktion auf musikalischer Ebene ist ein anderer, als der in einer verbalen Begegnung mit einem Aphasiker.

Musikalisch kann vermittelt werden:

- Ich akzeptiere dich;
- Wir sind gleichwertig;
- Ich begleite dich

Während in verbaler Interaktion vermittelt wird:

- Ich akzeptiere dich
- Wir sind nicht gleichwertig
- Ich bin dir überlegen

Wenn man in einer verbalen Beziehung mit einem Aphasiker gleichwertig sein möchte, bleibt einem nur die Möglichkeit auch zu schweigen, was dazu führt, dass so gut wie kein Austausch von Information stattfinden kann, abgesehen von Mimik und Gestik.

Um einem Aphasiker zu vermitteln dass er akzeptiert wird, benutzen wir automatisch Worte. Sobald wir Worte gebrauchen, hat der Aphasiker keine Chance mehr, gleichwertig mit uns zu kommunizieren.

In der *Musik kann das Energieniveau des Patienten aufgegriffen* werden, um so eine Voraussetzung für gute Kommunikation (siehe S.31) zu erfüllen. In verbaler Kommunikation würde das grotesk wirken, zumal viele Aphasiker - bedingt durch die Krankheit - ein extrem niedriges Energielevel haben. (siehe auch S.9) Wiederum ist es in der Musik einfacher, als in der verbalen Interaktion, dem Aphasiker zu „begegnen“ und ihm unsere Akzeptanz zu vermitteln.

Die Improvisationen mit globalen Aphasikern in der Frührehabilitation, wie sie hier betrachtet wurden, weisen *einige Besonderheiten* auf, die es näher zu beleuchten gilt.

Die hier betrachteten Improvisationen 1, 3, und 4 (und auch meine Erfahrungen von Improvisationen mit anderen Aphasikern) weisen alle eine *unglaubliche Ruhe und Kontinuität* auf.

Einerseits kann dies Ausdruck für den Schock der Krankheit (Krankheitsverarbeitung Phase X) sein, da globale Aphasiker im allgemeinen sehr ruhig und zurückhaltend sind, andererseits kann dies auch Ausdruck für den Wunsch nach Kontinuität im Leben sein - eine Ordnung zu finden.

Dieser Wunsch nach Kontinuität könnte auch als „Verleugnung der Realität“ aufgefasst werden. (Phase 1) „Alles geht so weiter wie bisher, das wird schon wieder...“

Sicher spielt aber auch die Beziehung zwischen Therapeut und Patient eine Rolle in der Formgebung der Musik. *Die Beziehung zwischen Therapeut und Patient ist noch so filigran* und am Anfang des Entstehens, dass beide sich noch mit Bedacht an die Regeln und Grenzen des Anderen halten, um diese zarten Bande nicht zu zerstören. Sie nehmen sich viel Zeit und Ruhe für einen langsamen Ausbau der Beziehung.

Aphasiker in der Frührehabilitation sind noch so sehr auf der Suche nach „ihrer neuen Identität“, dass sie im allgemeinen auch im Umgang mit anderen Personen sehr vorsichtig sind. (siehe auch Pyyppönen 1993) Wenn sich die Beziehung zwischen Therapeut und Patient weiter entwickelt und der Aphasiker wieder mehr Vertrauen in sein eigenes Handeln bekommen hat, werden auch die Improvisation lebhafter. (wie z.B. in Improvisation 2)

Eine weitere Besonderheit ist, dass sich in drei von vier Improvisationen (und auch in Improvisationen mit anderen, hier nicht beschriebenen Patienten) ohne Absprache ergab, dass *im Wechsel und nicht gleichzeitig gespielt wurde*.

Mir bietet sich eine neurophysiologische Erklärung an. Die Verarbeitung von gleichzeitigen Prozessen sowie die Unterscheidungsfähigkeit von Vordergrund - Hintergrund können bei Aphasie in Mitleidenschaft gezogen worden sein. Für einen Aphasiker ist es wahrscheinlich nicht möglich, mehrere Dinge gleichzeitig auszuführen. (Zum Beispiel selber zu spielen, dabei zu hören, was der Therapeut spielt und darauf zu reagieren.) Ein abwechselndes Spiel ist überschaubarer und bietet mehr Ordnung. Die *selektive Wahrnehmung* (was hört man im Vordergrund, was im Hintergrund? Was ist wichtig, was nicht?) wird beim Nacheinanderspielen weniger beansprucht.

Obwohl bei Aphasie die Gruppierungsmechanismen für Buchstaben, Worte und Sätze gestört sind, (siehe auch S.9 und S.13) können anscheinend *Rhythmen als Muster verstanden und imitiert werden*. (wie dies in Improvisation 4 geschieht)

Vermutlich ist es Aphasikern auch möglich, Gefühle in Musik zu äußern und zu „verstehen“.¹ Emotionen gehören zu den wenigen Äußerungen, die sogar von schwer betroffenen globalen Aphasikern noch verstanden werden. (siehe auch S.10 und S.31)

In der Musiktherapie ist es möglich *Emotionen auszudrücken ohne dabei Worte zu gebrauchen* und vor allem auch ohne schweigen zu müssen. Mit Musik kann die „Stille“ lebendig werden. (siehe auch Gustorff & Hannich 2000) Der Aphasiker vermag in der Musik auszudrücken, was ihm mit Worten nicht mehr möglich ist. Er muss nicht schweigen. Dem Therapeuten wird es in der Musik möglich, auszudrücken was er für den Patienten empfindet - er braucht nicht zu schweigen, um gleichwertig zu sein.

Meine Theorie, warum Emotionen auch in der Musik ausgedrückt und verstanden werden können, liegt bei den „Vitalitätsaffekten“ wie Stern (1994) sie beschreibt. (siehe auch S. 31) Diese Vitalitätsaffekte sind auch für Aphasiker noch wahrnehmbar. (siehe auch S.10) Gefühlregungen in der Musik zeigen sich mit Hilfe dieser Vitalitätsaffekte. Musik kann genau so energievoll sein wie Wut, aber auch zurückhaltend und ersterbend wie Trauer.

Der Therapeut hat in der Musik die Möglichkeit diese Emotionen aufzufangen und zu begleiten, sowie durch seine Musik seine Empfindungen auszudrücken. In verbaler Interaktion ist dies nur schwer möglich, da hierzu ein gewisses Abstraktionsvermögen nötig ist. (mit den Worten „Du bist wütend“ muss der richtige emotionale Gehalt gekoppelt werden, wenn dies nicht mehr der Fall ist, wird die Aussage unbedeutend)

Musik weist alle Charakteristiken von Sprache auf, die für einen Aphasiker noch sehr wohl zu verstehen sind. (Melodiekontur, Intonation, Stimmklang) (siehe S.34) Alle diese Parameter werden zu einem großen Teil in der unbeschädigten rechten Gehirnhälfte verarbeitet, was ein weiterer Hinweis darauf sein kann, wieso musikalische Interaktionsfähigkeit erhalten bleibt. (vorausgesetzt es liegt keine Amusie vor, siehe Anhang: Exkurs: Amusie, Seite II)

Wie der Aphasiker unsere Musik und Interaktion letztlich auffasst, interpretiert und welche Schlüsse er daraus zieht, wird wahrscheinlich niemals eindeutig geklärt werden können. Bei anderen Patientengruppen können wir durch ein Gespräch herausfinden, welche Bedeutung die Improvisation für den Patienten hatte und wie diese von ihm interpretiert wird. Bei Aphasie ist das unmöglich.

Eine Musiktherapeutin stellt die Hypothese auf, dass Therapeut und Patient verschiedene Bedeutungen an eine Improvisation geben können, die Bedeutung jedoch immer in Relation zu der musikalischen Beziehung zwischen Therapeut und Patient steht. (Pavlicevic 1997 S.88)

Bei Aphasie müssen wir uns als Therapeut viel mehr als bei anderen Patientengruppen auf unsere eigene Wahrnehmung und Interpretation verlassen und davon ausgehen, dass der Aphasiker unseren musikalischen Ausdruck versteht. *Die Beziehung zwischen Patient und Therapeut spielt eine zentrale Rolle.*

Pavlicevic (1997) beschreibt im Weiteren, dass wir als Therapeuten immer nach Interpretationen suchen, um uns selbst zu versichern, dass wir „wissen“, was sich in unseren Patienten abspielt. Diesem „Zwang“ müssen wir als Therapeuten entgegen. Wir müssen und können nicht immer alles über unseren Patienten wissen... (S.165)

Zu akzeptieren, dass nicht alles geklärt werden kann, gehört zur Akzeptanz von Aphasie.

Nur wenn wir als Therapeuten uns davon bewusst sind und mit der Tatsache „nicht immer alles zu wissen“ umgehen können, wird es auch dem Aphasiker leichter fallen sich damit abzufinden.

¹ Das zumindest ist meine Interpretation der musikalischen Äußerungen der Aphasikerinnen in den Improvisationen. Besonders deutlich wird das für mich in Improvisation 2.

Kommen wir zu der Frage, wie diese Interaktionsfähigkeit in der Aphasietherapie einen sinnvoll Einsatz finden kann.

In Kapitel 6 (S.27) haben wir einige Ziele von psychologischer Begleitung des Krankheitsprozesses formuliert, verbunden mit der Frage, ob diese mit Musiktherapie zu erreichen sind.

Von anderen Autoren wurde in Kapitel 5 angegeben, dass diese zwar eine psychotherapeutische Begleitung von Aphasikern als wünschenswert erachten, aber keine Möglichkeit für eine Begleitung im psychotherapeutischen Sinne sehen. Die Probleme lägen darin, dass die Kommunikation mit Aphasikern gestört ist, Aphasiker nicht über ausreichendes problemlösendes Denken, verbales Überlegen, Initiative und Sprachgeschick verfügten, welche jedoch Voraussetzung für Psychotherapie seien. (siehe auch S.27)

Wie wir zuvor gesehen haben, ist eine Kommunikation (Interaktion bei der Informationen ausgetauscht werden) mit Aphasikern auf musikalischem Wege möglich. Problemlösendes Denken, verbales Überlegen und Sprachgeschick sind dafür nicht nötig. Initiativen kann der Aphasiker in der Musik sehr wohl übernehmen. (siehe Interpretation zu Improvisation 2)

Als Handlungsstrategien in der Frührehabilitation werden Empathie und Verständnis, (concern) (S.22) sowie das Kommunizieren mit Aphasikern und das Zuhören genannt. (S.25)

Genau das geschieht innerhalb der Musiktherapie. Der Musiktherapeut nimmt sich Zeit, dem musikalischen Spiel des Patienten „zuzuhören“ und mit dem Aphasiker zu kommunizieren. Er vermittelt dem Patienten Verständnis für seine Situation und akzeptiert diese. (siehe auch Jochims 1992/ Gilbertson 1999) Musik bietet dazu bessere Möglichkeiten als die verbale Interaktion, wie wir zu Beginn dieses Kapitels gesehen haben.

Musik dient als gemeinsame Kommunikationsform von Patient und Therapeut. (siehe auch Gilbertson 1999) In dieser Kommunikationsform wird es möglich eine Beziehung aufzubauen. Diese Beziehung dient zunächst dazu, den Schock der Erkrankung zu überwinden und neues Vertrauen in die Umwelt zu finden. Dieses Vertrauen ist für den Aphasiker auch wichtig, um seine eigene Identität neu zu definieren. Um uns selbst zu sehen, brauchen wir den Kontakt mit anderen Menschen. (siehe auch S.27) Auch um Geschehnisse zu verarbeiten, erzählen oder schreiben wir diese anderen Menschen. Ein Aphasiker kann das nur bedingt, darum ist es für ihn wichtig, dass er seine Gefühle mit Hilfe der Musik doch zum Ausdruck bringen kann und vom Musiktherapeuten „verstanden“ wird.

Die Ziele, die wir im Kapitel 6 als psychotherapeutische Ziele in der Aphasietherapie definiert haben, werden somit mit der Musiktherapie erreicht.

Insgesamt kann aus diesen Ausführungen geschlossen werden, dass aktive Musiktherapie, im besonderen die freie Improvisation auf Instrumenten, in der Frührehabilitation bei schweren globalen Aphasien sinnvoll als psychotherapeutische Begleitung bei der Krankheitsverarbeitung in der Frührehabilitation eingesetzt werden kann.

Krankheitsverarbeitung betrifft in dieser Betrachtung vor allem die Suche nach einer neuen Identität, wobei eine stabile Beziehung und ein geeignetes Interaktionsmedium Voraussetzungen dafür sind.

Aphasiker sind in der Lage, eine musikalische Interaktion mit dem Therapeuten einzugehen und in dieser Ziele zu erreichen, die als psychotherapeutisch bezeichnet werden können.

9 Wie kann Musiktherapie gestaltet werden?

9.1 Einleitung

Hier wäre der Moment gewesen, um diese Arbeit mit einem „Happy End“ zu schließen. Mir ist aber wichtig, dass diese Ausführungen etwas mehr Anschaulichkeit bekommen und die Verbindung zwischen Theorie und Praxis deutlich wird. Dieser Link wird in der Musiktherapieliteratur gar zu gerne vergessen...

Was verbirgt sich hinter den „geheimen“ Türen der Musiktherapie?

Leider ist es nicht möglich, eine umfassende Indikationsstellung, Beschreibung und Methodologie an dieser Stelle anzuführen, da das alleine eine ganze Diplomarbeit füllen würde.

Deshalb beschreibe ich an dieser Stelle nur kaleidoskopartig einige wichtige Ideen aus meinem Behandlungsansatz.

Alle Ausführungen beziehen sich auf die Arbeit mit globalen Aphasikern in der Frührehabilitation.¹

9.2 Therapiekaleidoskop²

a) Aus der ersten Therapiesitzung von Frau A.³

[...] Frau A. sitzt in ihrem Rollstuhl ca. einen Meter vom Klavier entfernt, so dass sie die Tasten des Klaviers, sowie mein Gesicht sehen kann. Ich sitze hinter dem Klavier und spiele für sie. Frau A. sitzt zusammengesunken und sieht nur gelegentlich zu mir auf. Emotionen sind nicht zu erkennen. Sie scheint begriffen zu haben, dass ich für sie spiele und hört der Musik zu. Sie macht auf mich einen verlorenen Eindruck. Sie lässt alles geschehen, ohne Einfluss darauf nehmen zu wollen. Ich beobachte sie und versuche, alle Gefühle die ihr Verhalten in mir auslöst, in die Musik mit einfließen zu lassen. Außerdem gebe ich der Musik einen warmen Klang, um zu vermitteln, dass ich bei ihr bin.

Es entsteht eine Musik die sich überwiegend in Moll- Tonarten bewegt. Die linke Hand spielt einfache, gebrochene Akkorde, die rechte Hand dazu passend, eine einfache, ruhige Melodie. So weit das möglich ist, probiere ich das Tempo ihres Atems als Grundpuls für meine Improvisation aufzugreifen. [...]

b) Aus der vierten Therapiesitzung von Frau A.

[...] Wir sitzen nebeneinander zum ersten mal am Klavier. Sie rechts vom eingestrichenen C, ich links. Ich bediene das rechte Pedal. Ich erkläre ihr, dass sie mit einem Finger versuchen kann, verschiedene Tasten zu drücken. Zunächst drückt sie so vorsichtig, dass die Seiten nicht klingen. Nach ein paar Versuchen hat sie den Bogen raus. Sie spielt nacheinander verschiedene Töne in einem langsamen Tempo. Mir bleibt genug Zeit, um zwischen ihren Tönen, mit einem zu dem Ton passenden Akkord zu antworten. Sie guckt zunächst, scheint dann aber die „Spielregeln“ begriffen zu haben und probiert weiter verschiedene Töne aus.

Da ich das Pedal immer kurz nach meinem Akkord eintrete und kurz vor ihrem nächsten Ton wieder loslasse, vermischen sich unsere Töne miteinander.

Plötzlich hört sie abrupt auf und zeigt auf das Pedal. Ich bin mir zunächst nicht ganz sicher, was sie meint. Vielleicht will sie wissen, wie das funktioniert. Ich versuche ihr das Prinzip zu zeigen, indem ich ihr Töne mit und ohne Pedal vorspiele. Sie hört und guckt interessiert zu

¹ Auch in der Musiktherapie mit anderen aphasischen Syndromen, kann ein Teil der Ausführungen angepasst verwendet werden.

² Die vier beschriebenen Improvisationen aus dem Forschungsprojekt (Kapitel 7) sind auch kaleidoskopartige Therapieausschnitte und können an dieser Stelle nochmals gelesen werden.

³ Frau A. ist die selbe Patientin, die auch im Forschungsprojekt beschrieben wird. Siehe Seite 40

und probiert schließlich selber aus, ob ihre Töne auch lange klingen, wenn ich das Pedal dabei für sie eintrete. [...]

c) Aus der zehnten Musiktherapiesitzung von Frau A.

[...] Wir sitzen nebeneinander. Frau A. hält ein Volksliederbuch auf den Knien. Ich habe sie gefragt, ob sie ein Lied auswählen möchte. Sie blättert beschäftigt in dem Buch und sieht sich auch die Bilder an, die zu den Liedern gemalt sind. Ich summe leise die Melodien der Lieder, die sie gerade aufschlägt. Als wir bei „Ach wie ist’s möglich dann“ angelangt sind, wird sie aktiver und ein „ach“ entuscht ihr. Ich frage sie, ob sie das Lied singen möchte, worauf sie mit einem Nicken „Ja“ signalisiert.

Wir¹ beginnen zu singen. Sie singt kräftig mit und ich beleite unseren Gesang auf der Gitarre. Als wir das Lied beendet haben, wirkt sie einerseits erleichtert, fröhlich, andererseits hat sie Tränen in den Augen. Sie guckt mich direkt an und nickt mir zu, als wollte sie sich bedanken. Ich warte ihre weitere Reaktion ab, begegne ihren Blicken. Kurze Zeit bin ich versucht, etwas zu fragen. Es interessiert mich doch, was sie mit dem Lied verbindet.

Da ich mir ziemlich sicher bin, dass ich die Antwort doch nicht verstehen würde und sie von sich aus keine Anstalten macht, etwas zu sagen, lasse ich die Atmosphäre von „gemeinsam etwas schönes erlebt zu haben“ im Raum stehen. Welche Bedeutung das Lied für sie hat, habe ich nicht herausgefunden, ich hatte aber das Gefühl, dass das ein bedeutungsvoller Moment für sie war. [...]

d) Aus der dritten Musiktherapiestunde von Frau B.²

Sie kommt in den Therapieraum und fährt direkt zum Klavier. Ich setzte mich neben sie und ohne Kommentar oder Blickkontakt beginnt sie mit einem Finger eine Melodie zu spielen. Ich bin etwas verblüfft, gehe aber auf ihr Spiel ein. (der Charakter des Spiels ist mit dem aus der Analyse in Kapitel 7 (Fragment 3) zu vergleichen)

Nach ca. 20 Minuten beendet sie das Spiel und sieht mich an. Ich nicke und lächele ihr zu. Auf mich wirkt sie erholter und freier, als zu Beginn der Sitzung. Die Improvisation war für mich wenig emotionell. Ich hatte mehr den Eindruck, dass sie eben ihre Ruhe haben wollte, als das sie etwas mitzuteilen hatte. [...]

e) Aus der siebten Musiktherapiesitzung von Frau B.

Ich hatte beschlossen, dass ich diesmal den vorsichtigen Versuch wagen wollte, doch an ihrer Stimme zu arbeiten. Bisher hatte sie außer „Ja“ und „Doch“ keine Äußerungen von sich gegeben und laut Aussage der Logopädin konnte sie auch nicht viel mehr sagen.

[...] Ich hatte ein kurzes Stück mit meiner Stimme für sie improvisiert und sie im Anschluss daran eingeladen, doch bei der zweiten Improvisation mitzusummen. Sie guckt zunächst etwas unsicher, worauf ich erkläre, dass es nicht schlimm ist, wenn es nicht gelingt. Ich improvisiere summend weiter und probiere einen Klangteppich zu bilden, in dem sie ausprobieren kann, ohne direkt alleine singen zu müssen. Ihre Versuche sind so zaghaft, das ich sie mehr erahne als höre. Auffällig ist, dass sie nur einen einzigen Ton produziert, der ungefähr einem g (kleine Oktave) entspricht. Ich suche in meiner Stimme diesen Ton, bis wir beide gleichzeitig den selben Ton singen. So endet diese Improvisation. (Die ganze Improvisation hat ca. 3 Minuten gedauert.)

Wir sehen einander an. Ich frage sie, ob sie bereit ist, beim nächsten mal wieder an der Stimme zu arbeiten. In den nächsten Sitzungen nimmt das Üben an der Stimme mit Hilfe von Liedern und Gesangsübungen einen festen Platz ein. [...]

¹ Sie hat schon in früheren Sitzungen gesungen. Singen ist inzwischen ein fester Bestandteil der Sitzungen geworden.

² Frau B. ist die selbe Patientin, die auch in Kapitel 7 beschrieben wird.

Ich hoffe, dass ich mit diesen Impressionen ein erstes Bild von Musiktherapie mit globalen Aphasikern geben konnte. In den nächsten Abschnitten versuche ich deutlich zu machen, was sich hinter diesen Geschehnissen verbirgt.

9.3 Interaktion

„We sing and play what we are.“

(Aldridge 1995)

Interaktion zeigt sich in den oben beschriebenen Beispielen auf vielfältige Art und Weise. Ich denke zunächst an die Interaktion, die in der Musik stattfindet, wenn Therapeut und Patient zusammen improvisieren. Dies findet in den *Instrumentalimprovisationen* wie sie im Forschungsprojekt beschrieben werden, aber auch in den Beispielen b) und d) statt.

In den Improvisationen wird das musikalische Verhalten aufeinander abgestimmt. Regeln, wie sie in der Kommunikation vorkommen, spielen hierbei eine Rolle.

Ich improvisiere immer ohne Vorgaben oder Symbole, weil das meist mehr Verwirrung als Nutzen bringt. Aphasiker können Abstraktionen, wie sie zur Übertragung von einem Symbol zur dazu passenden Musik notwendig sind, nicht mehr machen. Ähnliches gilt auch für den Instrumentengebrauch.

Therapeut und Patient sollten Instrumente spielen, die sich von der Spieltechnik nicht so viel unterscheiden. (Wenn der Therapeut einen gebrochenen Dreiklang auf einer Blockflöte spielt, wird der Aphasiker mit großer Wahrscheinlichkeit nicht wissen, wie er darauf auf der Trommel reagieren soll.) Instrumente und Anordnung sollten so gewählt sein, dass der Aphasiker sehen und nachmachen kann, was der Therapeut tut. Visuelle Eindrücke können helfen, Rhythmen wahrzunehmen und zu produzieren.

Interaktion findet aber auch auf ganz anderen Ebenen statt. Zum Beispiel wenn ich als Therapeutin, wie in Beispiel d), in der von der Patientin initiierten *Aktion ohne Kommentar teilnehme*, und ihr damit vermittele, dass ihr Verhalten in Ordnung ist. Oder wenn ich, wie in Beispiel c), der Patientin helfe ein Lied auszuwählen, indem ich die Melodien summe, die *Aufgabe also so gestalte, dass sie sie auch lösen kann*.

Interaktion findet auch statt, wenn die Patientin keinen aktiven Anteil daran hat. (Beispiel a)) Ich vermittele ihr, was ich für sie empfinde und zeige mich ihr gegenüber. Sie bekommt dadurch Informationen darüber, wie ich unsere Beziehung sehe.

Kurzum, Interaktion ist nicht wegzudenken und passiert auf vielen verschiedenen Ebenen. Der Unterschied zu Interaktion im Alltag des Patienten ist, dass sie in der Musiktherapie zu einem großen Teil non-verbal geschieht und bewusst damit umgegangen wird.

9.4 Die Stimme

„Stimme geht <unter die Haut>“ (S.108) und „ist direktester Ausdruck unserer Persönlichkeit.“ (S.106)

(Rittner 1990)

Stimmlicher Ausdruck nimmt einen besonderen Platz in der Musiktherapie mit Aphasikern ein, da Stimme das „Instrument“ ist, das sie „verlernt haben“ zu spielen.

Manche Aphasiker scheinen beschlossen zu haben, keine stimmlichen Äußerungen mehr von sich zu geben, da ihnen das Ergebnis peinlich ist.

Wenn es gelingt, in der Musiktherapie einen Zugang zu der Stimme zu finden, kann das enorme Kräfte freisetzen. Der Aphasiker findet einen *Teil seiner Persönlichkeit* wieder und kann das befreiende Gefühl erfahren, das wir erleben, wenn wir all unsere Wut herausgeschrien haben.

Musik bietet einen *geschützteren Rahmen* für das Ausprobieren der Stimme, da wie in Beispiel e) Therapeut und Patient gleichzeitig „erklingen“ können. Zudem sind die Anforderungen gering. Der Aphasiker muss nicht unbedingt vollständige Worte produzieren, es ist ausreichend, wenn er einen einzelnen Ton produzieren kann.¹

Das Singen von Liedern (siehe Beispiel c)) hat enorme psychische Wirkungen. Bekannte Lieder bilden eine „Brücke“ (Jungblut 1999) zwischen „Früher“ und „Heute“ und somit auch zwischen „Gesund“ und „Krank“. Emotionen die mit den Liedern verbunden werden, können geweckt und durchlebt werden. Ein Nebeneffekt ist, dass die Ausdrucksmöglichkeiten der verbliebenen Sprachreste vergrößert werden. (Romijn u.a. 1994)

Wenn ich als Therapeutin für einen Aphasiker singe, kann das eine ganz besondere Bedeutung haben. Zum einen kann Stimme eine *Wärme und Nähe* ausdrücken, wie es kein anderes Instrument vermag. Dem Aphasiker kann ein Gefühl von „aufgehoben sein“ vermittelt werden. (giving) Zum anderen zeigt sich im stimmlichen Ausdruck die Person des Therapeuten mit all seinen Intentionen und Botschaften am deutlichsten. (disclosing) Der Aphasiker bekommt die Gelegenheit den Therapeuten kennen zu lernen.

Stimmlicher Ausdruck des Therapeuten *kann aber auch konfrontierend für den Aphasiker sein.*

Der Aphasiker kann daran denken, dass er selber nicht mehr singen kann und davon traurig oder wütend werden. Stimme ist so direkt, dass sie vielleicht zu nahe kommt und der Aphasiker sich aus dem Kontakt zurückzieht. Deshalb ist es wichtig, den richtigen Zeitpunkt zu wählen, an dem man beginnt, stimmliche Äußerungen mit in die Therapie einzubeziehen.

9.5 Bedeutung von Sprache in Musiktherapie mit Aphasikern

„Do we need words in music therapy?“

(Pavlicevic 1997 S.14)

In dieser Arbeit habe ich bewiesen, dass verbale Kommunikation nicht zwingend nötig ist, um sich zu verständigen. Musikalische „Kommunikation“ mit Aphasikern kann sogar gleichwertiger verlaufen als ein Gespräch. (siehe Kapitel 7 und 8)

Dennoch kann auch *verbale Kommunikation ein sinnvolles Element* von Musiktherapie sein. Zum Einen ist es natürlich, dass Menschen sich mit Hilfe von Wörtern verständigen und auch ein Aphasiker hat diesen Weg bis vor kurzem benutzt. Es ist also natürlich, das wir miteinander sprechen. (siehe auch Beispiel b)) Würden wir ausschließlich schweigen, könnte das auf den Aphasiker einen genauso merkwürdigen Eindruck machen, als würden wir unentwegt zu ihm sprechen.

Zum anderen stimuliert die spontane ungezwungene Kommunikation den Aphasiker, Gebrauch von seinem noch verbliebenen Ausdrucksvermögen zu machen. (siehe auch Fußnote auf S.41)

¹ Das musiktherapeutische Arbeiten an der Stimme mit Hilfe von Gesangsübungen kann Auswirkungen auf die Sprachqualitäten der Stimme haben. Nach einer Studie von Cohen (1992) haben bei 67% der untersuchten Personen Gesangsübungen einen Effekt auf die Variabilität der Sprachfrequenz und die Verständlichkeit der Sprache.

Musiktherapie hat den Vorteil, dass nicht geredet werden muss, wenn dieses nicht erwünscht ist. (siehe Beispiel d)) Einige Aphasiker schämen sich für ihre gestörte Sprache und entschließen sich, nicht mehr zu reden. Für sie ist es gerade wichtig, dass sie nicht gezwungen werden, zu reden, sondern sich auf anderem Wege ausdrücken können.

Was der richtige Weg ist und wie groß der Gesprächsanteil sein sollte, muss sich aus der Situation ergeben und aus der Beziehung von Therapeut und Patient. Für meine Therapie ist es nicht notwendig, dass der Aphasiker mit mir redet, er bekommt aber die Möglichkeit dazu, wenn er das möchte.

9.6 Therapeutischer Hintergrund

Meinem Therapieansatz liegt die *„Klientenzentrierte Psychotherapie nach Rogers“* zu Grunde.

Smeijsters (1994) beschreibt, dass in dieser Therapieform die *soziale Beziehung zwischen Therapeut und Klient, dem Klienten ermöglicht seine Gefühle zuzulassen und letztendlich zu akzeptieren*.

In der Theorie von Rogers wird beschrieben, dass jeder Mensch ein Bedürfnis nach Bewertung und Selbstbewertung hat, die er durch sozialen Kontakt bekommt. Dies stimmt in groben Zügen mit meinen in dieser Arbeit angeführten Ideen über die Bedeutung von sozialem Kontakt überein. (siehe auch Kapitel 7 und 8) Empathie und „unbedingtes Akzeptieren“ spielen auch in meinem Konzept eine bedeutende Rolle.

Smeijsters (1994) beschreibt als musiktherapeutische Methode für ein „Rogeriansches Therapiemodell“ den Ansatz der Schöpferischen Musiktherapie von Nordoff und Robbins. Meiner Ansicht nach stimmt meine Therapiemethodik jedoch nur zu einem Teil mit der von Nordoff und Robbins beschriebenen Methode überein.

Wichtigste Gemeinsamkeit ist, dass die Therapie in der improvisierten Musik zwischen Patient und Therapeut stattfindet und kein Gespräch nötig ist, um die therapeutischen Ziele zu erreichen. Das Verhalten des Patienten wird so wie es ist akzeptiert und als Angebot zur Kommunikation verstanden. Interventionen, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen, finden zu einem großen Teil innerhalb der Musik statt. (siehe auch Kapitel 6 und 7)

Der wichtigste Unterschied besteht darin, dass ich versuche, auch musikalisch gesehen, dem Patienten gleichwertig zu sein. Ich wähle und spiele mein Instrument so, wie es dem Aphasiker auch möglich wäre. (Nordoff & Robbins sehen für den Therapeuten das Klavier vor) Es geht nicht um das Produkt, sondern um die Interaktion. Weiterhin benötige ich keinen Co-Therapeuten. Ich finde es wichtig, dass der Kontakt direkt zwischen Therapeut und Patient entsteht. Eine dritte Person würde die Bedeutung der Beziehung relativieren.

Meine Methodik enthält auch direktive Elemente. Ich setze Bruscia-Techniken ein, um das Spiel des Patienten in eine bestimmte Richtung zu bringen. Ich versuche den Aphasiker doch dazu zu bewegen, eines Tages seine Stimme expressiv zu gebrauchen. Ich lobe ihn, wenn er ein Lied gut gesungen hat...

Direktive Elemente finden jedoch überlegten und sparsamen Einsatz.

Bei der Interpretation von *Improvisationen denke ich zu einem Teil aus Gestalttherapeutischer Sicht*. Alles was passiert hat seinen Ursprung in der Situation und der Beziehung zum Therapeuten. Die Interaktion ist der Ort, wo der Patient aus eigener Kraft (rogerians) versucht, aus verschiedenen Facetten seiner Persönlichkeit eine „Gestalt“ (seine Identität) zu formen. Das direkte Erleben steht für mich im Mittelpunkt.

Außerdem muss in die Interpretation immer eine „*neurologische Sichtweise*“ mit einbezogen werden, (siehe auch Thaut 1997) weil Auffälligkeiten im Spiel des Patienten auch krankheitsbedingt sein können.

9.7 „Der Rahmen“

Einige „technische“ Dinge sind zu bedenken, wenn man eine gute Aphasietherapie durchführen möchte.

Zum ersten muss man die *Therapiedauer an die Möglichkeiten des Aphasikers anpassen*. Gerade in der Frührehabilitation können Konzentrations- und Sitzvermögen noch so eingeschränkt sein, dass nur kurze Therapien möglich sind. (siehe auch S.I im Anhang) Eine halbe Stunde ist das Maximum. Realistische ist eine Therapiezeit von 15-20 Minuten. Überaus sinnvoll ist es, mehrere Therapieeinheiten über die Woche zu verteilen, so dass dem Aphasiker die Struktur davon deutlich werden kann¹. (Eine Woche zu überschauen ist oft ein Problem für Aphasiker.)

Am besten ist es auch *feste Zeitpunkte für die Therapien* abzusprechen, so dass sie für den Aphasiker nicht unerwartet kommen. Alles was aus für den Aphasiker unersichtlichen Gründen passiert, verstärkt sein Gefühl keinen Einfluss auf die Umwelt zu haben. Am leichtesten kann man sich verständigen, indem man selber die Ruhe bewahrt und somit vermittelt, dass alles seine Ordnung hat.

Auch innerhalb der Therapie muss eine gewisse *Struktur und Ruhe* erkennbar sein. Es sollten immer einige Dinge aus vorangegangenen Therapien wiederholt werden. Wichtig ist auch, dem Aphasiker zu vermitteln, dass er Einfluss auf das Geschehen in der Therapie haben kann. Er kann zum Beispiel zwischen zwei Liedern wählen, oder angeben auf welchem Instrument er improvisieren möchte. Die Aufgaben müssen aber so gestellt sein, dass der Aphasiker auch eine Chance hat, zu wählen. Auf die Frage „Welches Lied wollen sie heute singen?“ wird man wahrscheinlich keine Antwort bekommen. Summt man aber verschiedene Melodien vor, wird er sich leichter entscheiden können. (Beispiel c)) Für alle Handlungen und Entscheidungen muss man sich als Therapeut Zeit nehmen. *Wir als Therapeut müssen uns dem Tempo des Aphasikers anpassen*.

Zu Beginn der Rehabilitation bietet *Einzeltherapie* einen besseren Ausgangspunkt für Musiktherapie. Der Aphasiker kann sich zunächst an eine Person gewöhnen und das Medium erkunden. Eine Gruppensituation würde zu viele Reize gleichzeitig auslösen. Eine Gruppe wird zu einem späteren Zeitpunkt sinnvoll, wenn es darum geht, Interaktion zu üben und Kontakte mit verschiedenen Personen einzugehen. Die Krankheitsverarbeitung sollte jedoch im Einzeltherapie setting stattfinden.

9.8 Wie verändert sich Musiktherapie in Abhängigkeit von der Phase der Krankheitsverarbeitung?

Musiktherapie verändert sich natürlich auch im Verlauf eines Therapieprozesses und abhängig von der Art der Beziehung, die Therapeut und Patient eingehen.

Zu Beginn des Therapieprozesses probiere ich so viel *Struktur und Sicherheit* zu bieten, wie irgend möglich. Ich versuche Situationen zu vermeiden, die für den Aphasiker emotional beladen sind. (z.B. würde ich in dieser Phase niemals ein Lied singen, das den Aphasiker sehr berührt) Ich versuche durch mein Handeln dem Aphasiker zu vermitteln, wer ich bin und wie ich unsere Beziehung sehe. (Dazu improvisiere ich oft für den Aphasiker. Es werden keine Anforderungen an ihn gestellt und er kann in aller Ruhe ein Bild von mir bekommen.) (Beispiel a))

¹ Lehmann & Kirchner (1986) schlagen sogar tägliche Musiktherapiesitzungen vor.

Sprache und Singen von Liedern spielt zunächst keine Rolle, da das zu konfrontierend sein könnte. (Es sei denn der Aphasiker beginnt aus eigenem Antrieb.) Die instrumentale Improvisation mit und für den Aphasiker steht im Mittelpunkt.

Wenn der Aphasiker lebendiger wird und mehr Reaktionen zeigt, beginnt er, den Schock zu überwinden. *Es wird Zeit, die Gefühle des Aphasikers näher zu untersuchen.* Wenn die therapeutische Beziehung schon stabil genug ist, ist es an der Zeit, auch mit der Stimme und Liedern zu arbeiten. Ein Trauerprozess fängt an.

In der Instrumentalimprovisation gehe ich dazu über, mehr „Hervorlockungstechniken“ (siehe auch Kapitel 6.1) einzusetzen und so den Aphasiker zu mehr Interaktion anzuregen. *Emotionen, die in dieser Phase des Prozesses an die Tagesordnung kommen, werden von mir zwar aufgefangen, sollen aber durchlebt werden.*

9.9 Grenzen und Probleme von Musiktherapie bei der Krankheitsverarbeitung in der Frührehabilitation

Eine wirkliches Problem in der Frührehabilitation ist es, dass Patienten nur recht kurze Zeit in der Klinik verbringen und manchmal recht plötzlich entlassen werden. Gerade bei Aphasikern, die auf einen Heimplatz warten, kann es passieren, dass sie innerhalb von einer Woche die Klinik verlassen müssen. Als Therapeut muss man immer damit rechnen, Abschied von einem Patienten nehmen zu müssen.

Die Auswirkung dessen ist, dass die Beziehung von Therapeut und Patient zwar stabil sein sollte, aber niemals so tiefgehend, dass ein Abschied ein neues Trauma verursachen würde. Der Therapeut muss dafür Sorge tragen, dass der Patient von ihm Abschied nehmen kann, bevor er die Klinik verlässt.

Auf Grund der Kürze der Frührehabilitation wird niemals eine komplette Krankheitsverarbeitung stattfinden können, und normalerweise ist nicht sichergestellt, dass der Aphasiker die Gelegenheit bekommt, diese an einem anderen Ort fortzusetzen.

Trotzdem sehe ich einen Nutzen für den Aphasiker in einer psychologischen Begleitung gerade in der Frührehabilitation. Ein Selbstbewusstsein und ein Bild über sich selbst (Identität) sind Voraussetzungen, um langsam die schützende Phase des Schocks und der Verleugnung verlassen zu können.

Dies ist wiederum eine Voraussetzung für Sprachtherapie. Ein Aphasiker ist nur motiviert, Sprachtherapie aktiv zu betreiben, wenn er einsieht, dass das Problem nicht zeitlicher Art ist. Natürlich werden einige Kritiker an dieser Stelle sagen, dass es viel einfacher ist, die Phase der Verleugnung zu durchbrechen indem man den Aphasiker direkt mit seiner Situation konfrontiert. (Das kostet weniger Zeit und kann von jedem Therapeuten getan werden.) Meiner Meinung nach führt so ein Verfahren jedoch lediglich dazu, dass der Aphasiker überhaupt nicht mehr motiviert ist, da er zu seiner Person ausschließlich negatives Feedback bekommt und somit nicht die Chance, seine neue Identität zu entdecken.

Ein weiteres an Musiktherapie und sicher auch Aphasie inhärentes Problem ist, dass viele *Dinge nicht eindeutig geklärt werden können und beinahe alle Erfahrungen unausgesprochen bleiben.* Der Therapeut ist auf seine Beobachtungen und Interpretationen angewiesen, und wird oft genug keine eindeutige Erklärung finden können.

Bei der Interpretation vom musikalischen Spiel des Aphasikers wird auch nicht immer geklärt werden können, welche Reaktionen auf psychischen Prozessen basieren, und welche Reaktionen Ausdruck für neurologische Missfunktionen sind.

**„Ich denke,
man muss ihm auch zuhören,
wenn er nicht singt!“**

(aus dem Film „Momo“
nach dem Roman von Ende 1973)

Nachwort

„Und wenn du mir nicht zugehört hättest,

hätte ich dir diese „kleine Geschichte“ gar nicht erzählen können!“

(Mickeleit 1994 S.105)

Das ist das tägliche Problem mit dem Aphasiker zu kämpfen haben: Es muss sich jemand Zeit nehmen, um mit ihnen ein Gespräch zu führen. Tatsächlich müssen wir uns immer Zeit nehmen, wollen wir jemandem wirklich gut zuhören.

Alle Leute, die diese Stelle lesen, haben wahrscheinlich begriffen, dass zu einer guten Musiktherapie mehr gehört als „ein bisschen zu improvisieren“.

Wir müssen uns Zeit nehmen, um: „zu begreifen“, um einfach nur schweigend anwesend zu sein und viel Geduld aufbringen, um eine Beziehung aufzubauen.

Vielleicht wird für den einen oder anderen an dieser Stelle auch klar, warum ich das Zitat aus Momo als „Rahmen“ für diese Arbeit benutzt habe.

Genau darum geht es mir:

Jemandem zuhören auch wenn er nichts sagt.

Das bedeutet auch das Schweigen zu akzeptieren und zusammen mit dem Aphasiker die Stille aushalten zu können. Nur so kann eine stabile Beziehung entstehen.

Dies klingt alles so, als hätte ich auf alle Fragen eine Antwort gefunden!

Natürlich ist das nicht so!

Ich wäre nicht ich selbst, wenn ich keine Fragen mehr hätte, mit denen ich Dozenten und Studenten (und vielleicht auch mich selbst) nerven kann, die aber auch den Drang zum Lernen, Lesen und Erfahrungen sammeln in sich tragen.

Deshalb möchte ich mich den wundervollen Worten Bruscia's anschließen und damit endgültig diese Arbeit beenden.

„More important, I certainly do not have any final answers,

nor do I expect to have any in the very near future!“

(Bruscia 1998 S.XII)

Anhang

Begleitsymptome von Aphasie	S.II
Exkurs: Amusie	S.III
Fragment 1/Frau A. Improvisation 1	S.V
Fragment 2/Frau A. Improvisation 2	S.VI
Fragment 3/Frau B. Improvisation 1	S.VII
Fragment 4/Frau B. Improvisation 2	S.VIII
Vertalingen m.b.t. de Improvisation Assessment Profiles	S.IX
Auswertung des ersten Videofragmentes	S.XIV
Auswertung des zweiten Videofragmentes	S.XV
Auswertung des dritten Videofragmentes	S.XVI
Auswertung des vierten Videofragmentes	S.XVII
Formular der Bruscia- Analyse	S.XX

Begleitsymptome von Aphasie

Dysarthrie

Ist ein Sammelbegriff für *Störungen der Sprechmuskulatur*. Dazu gehören die Steuerung des Atems während des Sprechaktes, die Stimmgebung und die Artikulationsbewegungen. Hierdurch entsteht eine verwaschene, undeutliche Sprache, die Sprachmelodie kann Schwankungen in der Lautstärke und Tonhöhe aufweisen. Die Stimmqualität wird heiser und gehaucht. Möglicherweise können einige Laute nicht mehr gebildet werden. Da diese Störung andere Ursachen hat, als eine reine Aphasie, muss man ihr auch anders begegnen. Nicht selten treten aber Aphasie und Dysarthrie zusammen auf.

Apraxie

Ist eine *Störung der Planung von Bewegungen und Bewegungsfolgen*, sowie der *Manipulation mit Gegenständen*. (Lurija 1998) Apraxien können in verschiedenen Körperteilen vorkommen und betreffen auch nicht-sprachliche Handlungen. Gezielte Bewegungen im Raum, wie z. B. das Zeigen auf einen Gegenstand können ebenso gestört sein, wie der Umgang mit einer Gabel oder einem Stift.

Schwer apraktischen Patienten fehlt oft der Zusammenhang zwischen Schlegel und Trommel. Nicht selten passiert es, dass ein Patient den Schlegel in den Mund steckt. Das bedeutet nicht, dass sie den Gegenstand nicht kennen oder verwirrt sind, ihnen fehlt nur die Planung für den richtigen Handlungsablauf. Eine besondere Form ist die Sprechapraxie. Sie betrifft die Planung der Sprechbewegungen. Durch sie werden falsche Laute zum falschen Zeitpunkt gebildet, ohne ein erkennbares System.¹

Hemiplegie

Viele Aphasiker sind von einer *Halbseitenlähmung* betroffen, die die rechte Seite betrifft. Ihre Ausprägung ist unterschiedlich. (Wenn noch Restfunktionen vorliegen, spricht man von einer Hemiparese) Die meisten Aphasiker sind auf einen Rollstuhl angewiesen und können ihre rechte Hand nicht oder nur bedingt gebrauchen.² Da den meisten Aphasikern also nur die linke Hand zur Verfügung steht, müssen Instrumente und Spielformen angepasst werden.³ Von vielen Betroffenen wird eine Hemiplegie als Verlust der eigenen Mitte erfahren. Sie fühlen sich zunächst nicht mehr „zu Hause“ in ihrem eigenen Körper. Manche Menschen mit einer Halbseitenlähmung vernachlässigen die betroffene Körperseite völlig. Dieses Phänomen nennt man Neglekt. (siehe auch Neglekt S.III) Auch eine Hemiplegie bringt psychische Folgen mit sich, die in der Therapie zu berücksichtigen sind.

¹ Bei aphasischen Störungen können auch Lautverdrehungen auftreten, diese weisen aber meistens ein System auf.

² Es gibt aber auch Aphasiker, die keine Hemiplegie aufweisen, wodurch für den Laien im ersten Moment schwer zu erkennen ist, dass derjenige krank ist und deshalb nicht immer sprachlich adäquat reagieren kann.

³ Zur Begrüßung gebe ich immer die linke Hand, das ist für mich zwar ungewohnt, aber der Handkontakt ist dann für beide Seiten natürlicher.

Konzentrationsfähigkeit

Besonders in der ersten Zeit der Erkrankung spielt dieser Faktor eine Rolle. Es kann dann zu regelrechten *Konzentrationseinbrüchen* kommen.

Einerseits ist der Organismus durch die Krankheit und deren Folgen sowieso noch geschwächt, zum anderen bleiben die drastisch veränderten psychischen und sozialen Umstände nicht ohne Folgen auf die Konzentrationsfähigkeit.

Aber auch die Aphasie wirkt sich auf die Konzentrationsfähigkeit aus. Für alle Sprachprozesse benötigt ein Aphasiker viel mehr Energie, als ein gesunder Mensch. Alles was wir „nebenbei“ machen, z.B. mit jemandem telefonieren, zwischendurch eben jemandem zurufen dass er noch einkaufen soll und schon überlegen, was wir gleich zu Abend kochen werden, kostet einen Aphasiker (wenn er überhaupt noch mehr als einen Sprachprozess zugleich steuern kann) ungemein mehr Energie. Schon das Produzieren eines Satzes (eine Tätigkeit, die bei gesunden Menschen weitgehend automatisiert ist und weitgehend unbewusst abläuft) ist eine enorme Anstrengung für einen Aphasiker. Darum wird auch angeraten dem Aphasiker regelmäßig Pausen anzubieten. (Salzinger 2000)

Neglekt

Ist der Ausdruck für *das Vernachlässigen einer Körperseite*, häufig im Zusammenhang mit einer Hemianopsie (Gesichtsfeldausfall). Ein bestimmter Bereich (bei Aphasikern normalerweise rechts) wird nicht mehr wahrgenommen. Alles was sich dort befindet oder abspielt, wird nicht mehr beachtet.

Oft wird die ganze Körperseite regelrecht negiert. Die klassischen Phänomene sind Patienten, die aus dem Bett fallen, weil sie nicht merken, dass ihr plegisches Bein über den Bettrand hängt (Sacks 1989), und Patienten die meinen ihren Teller leer gegessen zu haben, obwohl dieser noch halb voll ist. Das Phänomen ist viel zu komplex um es an dieser Stelle ausführlich zu beschreiben. Wichtig ist jedoch zu wissen, dass Aphasiker davon betroffen sein können. Man muss Sorge tragen, dass sie die Instrumente wahrnehmen können und das man selbst nicht auf der Seite steht, die von ihnen negiert wird.

Exkurs: Amusie

Parallel zu der Bezeichnung Aphasie besteht auch der Begriff der Amusie.

Amusie bedeutet so viel wie „*der Verlust der Musik*“.

Als *rezeptive Amusie* wird der Verlust „Musik wahrzunehmen“ und zu „verstehen“ bezeichnet.⁴ (z.B. das Wahrnehmen von Rhythmen oder melodischen Linien)

Das Pendant dazu ist die *expressive Amusie*; der Verlust „sich selber musikalisch auszudrücken“.⁵ (Die Person ist nicht mehr in der Lage zu singen oder ein Instrument zu spielen.)

Diese Phänomene sind viel weniger genau untersucht, als Aphasie. Darum gibt es keine einheitlichen Ansichten darüber, was derjenige nicht, oder doch können muss, um als amusisch zu gelten. Es gibt viele *Case-Studies* aber keine genaueren Forschungsergebnisse zu diesem Thema.

⁴ Henschen 1920 in Bruscia 1991 S. 569 unterteilt noch in amnesic amusia: loss of recognition of familiar melodies und musical alexia: loss of the ability to read musical notation

⁵ Henschen 1920 in Bruscia 1991, S.569 unterteilt in oral-expressive amusia: loss of the ability to sing; musical agraphia: loss of the ability to write musical notation en musical apraxia (insturmental amusia): the loss of the ability to play an instrument (Hodges 1996).

Denise Erdonmez (1991) berichtet von einem 54 Jahre alten Mann, der in Folge eines Schlaganfalls aphasisch als auch amusisch geworden ist. Er war in der Lage, bekannte Lieder zu singen, konnte aber keine unbekannte Melodie nachsingen. Ebenso war es ihm nicht möglich, einfache Rhythmen nachzuspielen. Dreijähriges musiktherapeutisches Training hat sein Können eindeutig verbessert.

Über den Komponisten *Ravel* wird berichtet, der infolge einer linksseitigen Hirnschädigung an einer Wernicke-Aphasie litt, dass er nicht mehr fähig war, seine Kompositionen zu notieren oder vorzuspielen. Er konnte jedoch Fehler in Aufführungen seiner Stücke erkennen. (Alajouanine 1948/ Sergent 1993 in Hodges 1996/ Jourdain 1998)

Uneinigkeit besteht auch darüber, in welcher Gehirnhälfte die Ursachen von Amusie zu suchen sind. Man geht davon aus, dass Amusie durch Läsionen in der rechten als auch in der linken Hemisphäre entstehen kann. (Smeijsters 1988/ Jourdain 1998)

Amusie tritt in manchen Fällen zusammen mit Aphasie auf, wird aber von anderen Autoren auch ohne das Beisein von Aphasie beschrieben. Zwar wird angegeben, dass Sprache und Musik zum Teil die gleichen Gehirnareale benutzen (Maess u.a. 2001), jedoch ist die Wahrnehmung und Verarbeitung von Musik auch über mehrere Gehirnbereiche verteilt und sehr komplex. (Smeijsters 1988)

Auf jeden Fall sind in der Literatur keine Hinweise zu finden, dass Aphasie immer mit einer Minderung der musikalischen Fähigkeiten einhergeht.

Natürlich ist die Notwendigkeit, gezielt eine Amusie aufzudecken und weiter zu spezifizieren, wie es z.B. bei einer Aphasie nötig ist, nicht gegeben. Die meisten Menschen, mit Ausnahme von Profimusikern oder Komponisten werden unter einer Amusie wohl kaum leiden. Zum anderen sind die Symptome einer Amusie nicht deutlich umschrieben. Was ist amusisch? Was ist unmusikalisch? Was ist einfach nur nicht gelernt? Wie kann man feststellen, ob jemand die Musik „versteht“?

Schwer wird auch die Frage zu klären sein, ob die auftretenden Phänomene nicht auch anderen Syndromen zugerechnet werden können. Wenn jemand z.B. einen einfachen Rhythmus nicht nachspielen kann, kann das genau so gut daran liegen, dass der nicht die nötige Konzentration aufbringt, oder sich den Rhythmus nicht merken kann. Er kann sehr wohl wissen, wie der Rhythmus klingen muss, ohne diesen jedoch produzieren zu können. Kurzum alles Phänomene, die auch einer Aphasie oder Apraxie zugeschrieben werden können.

Natürlich muss man als Musiktherapeut in Betracht ziehen, dass Aphasiker auch eine Amusie haben können. Bleibt die Frage, wie man das feststellen kann und ob die Auffälligkeiten, die beobachtet werden, nicht mit anderen Syndromen zusammenhängen.

Ferner stellt sich dann die Frage, ob eine Amusie eine Indikation oder eine Kontra-Indikation für Musiktherapie ist.

Fragment 1/ Frau A. Improvisation 1

♩ = 60



Wischen mit der Hand auf der Trommel



Therapeutin



Patientin (Frau A)

Fragment 2/ Frau A. Improvisation 2

The musical notation consists of four staves. The first staff has a tempo marking of ♩ ≈ 45 and dynamic markings ff, mf, f, and dim. The second staff has a tempo marking of ♩ ≈ 60 and a dynamic marking of mf. The third staff has a tempo marking of ♩ ≈ 120. The fourth staff has a tempo marking of ♩ ≈ 150 and a dynamic marking of cresc. The notes are simple quarter notes on a five-line staff.

- ♩ ≈

Therapeutin

- ♩ ≈

Patientin (Frau A)

Fragment 3/ Frau B. Improvisation 1

♩ = 60

Patientin

Therapeutin

The musical score is written on four systems of two staves each. The top staff of each system is for the 'Patientin' and the bottom for the 'Therapeutin'. The 'Patientin' part is a simple melody of quarter notes. The 'Therapeutin' part consists of chords and some rhythmic patterns. The final two systems end with 'usw.' (etc.).

Fragment 4/ Frau B. Improvisation 2

The image shows a handwritten musical score for improvisation 2. It consists of ten staves of music. The notation includes various rhythmic values, including eighth and sixteenth notes, and several triplet markings (indicated by a '3' over a group of notes). The music is written on a single-line staff. The third staff begins with the German text 'Zul. setzt sich' and 'andere hier' written above and below the staff respectively. The score concludes with the letters 'usw.' at the end of the final staff.

♪ **Therapeutin**

♩ **Patientin (Frau B.)**

Vertalingen m.b.t. de Improvisation Assessment Profiles van Kenneth E. Bruscia t.b.v. analyse muziektherapievariant in semester 3 en 4: appendix bij unit 9

Hier werden nur die Beschreibungen der Elemente in den verschiedenen Profilen angeführt, die für die Analyse der Improvisationen im Forschungsprojekt relevant sind. Die Übersetzung ist von Ton de Bruijn (Jan.2002) als Unterrichtsmaterial gemacht worden. Bei Bruscia (1987) befinden diese Beschreibungen sich auf Seite 465- 496.

IAP-SCHALEN EN CRITERIA

(Elemente und Kriterien)

Rhythmische Elemente

Verscheidenheid in tempo (Variabilität im Tempo)

Deze schaal behandelt het bereik, de hoeveelheid, de frequentie en de bruikbaarheid van de veranderingen die in de snelheid van de basisslag gemaakt worden.

Stabiel. Er wordt een beperkt bereik van tempi gebruikt. Het tempo wordt met enige flexibiliteit gehandhaafd. Lichte accelerandi, ritardandi en rubati kunnen bij gelegenheid voorkomen, maar de meeste tempowijzigingen zijn klein en geleidelijk. De inspanningen zijn gericht op het handhaven van de stabiliteit van het tempo.

Variabel. Er wordt een gematigd breed bereik van tempi gebruikt. De tempi worden met een gelijke frequentie gehandhaafd en veranderd. Er worden lichte tot matige accelerandi, ritardandi en rubati gemaakt. Bij gelegenheid komen dramatische tempoveranderingen voor. De inspanningen zijn gericht op het handhaven van stabiliteit en flexibiliteit qua tempo.

Verscheidenheid in ritmische figuren (Variabilität in rhythmischen Figuren)

Deze schaal behandelt de mate waarin ritmische ideeën of thema's worden herhaald, gevarieerd, ontwikkeld, veranderd en gecontrasteerd.

Rigide. Er wordt uitsluitend één ritmisch fragment of patroon gebruikt. Het patroon wordt hardnekkig herhaald, vaak zonder te stoppen. Er worden geen variaties in het patroon gemaakt. In deze categorie zijn ook repeterende, motorische ritmes besloten.

Stabiel. Er wordt één ritmisch basisidee thematisch gebruikt. Het idee wordt herhaald, licht gevarieerd, vergroot, verkleind of bewaard. Er worden geen structurele ritmeveranderingen gemaakt. Er worden zelden nieuwe of andere ideeën geïntroduceerd en dan nog alleen als tweederangs ideeën. Er worden inspanningen gedaan om een ritmisch basisthema te conserveren en om de ritmische ontwikkeling binnen de perken te houden.

Variabel. Er worden enige ritmische ideeën thematisch gebruikt. Alle ideeën zijn op de een of andere wijze aan elkaar verwant. Herhaling, variatie, zich ontwikkelende verandering en contrast komen in gelijke mate voor. Er worden inspanningen gedaan om de ritmische continuïteit te vestigen indien er thematische ontwikkeling voorkomt.

Contrast. Er worden verscheidene ritmische ideeën gebruikt. De meeste ideeën staan qua ritme op de een of andere manier met elkaar in contrast. Bij het voortgaan van het ene thematische gedeelte naar het volgende worden structurele en dramatische ritmische veranderingen gebruikt. Zelden worden ritmische ideeën herhaald. Er worden inspanningen gedaan om de verschillen in de ritmische ideeën te benadrukken.

Spanning in de ritmische ondergrond (Spannung im rhythmischen Hintergrund)

Deze schaal behandelt de hoeveelheid van spanning die d.m.v. tempo, metrum en onderverdeling opgebouwd en ontladen wordt.

Kalm. De perioden met gehandhaafde langzame tempi zijn langer dan de perioden met snelle tempi, en ritardandi zijn langer en veelvuldiger dan accelerandi. Als er snelle tempi gebruikt worden, worden er verwachtingen opgewekt van verlangzaming d.m.v. lange ritardandi, veelvuldige onderbrekingen met langzame ritmes of tempi, of een andere, dergelijke opzet. Er worden eenvoudige maatsoorten gehandhaafd, met bij gelegenheid gemaakte voorspelbare veranderingen. Er worden inspanningen gedaan om de ritmische ondergrond vrij van spanning te houden.

Cyclisch. Er worden met gelijke veelvuldigheid langzame en snelle tempi gebruikt en er worden met gelijke veelvuldigheid accelerandi en ritardandi gebruikt. Het metrum en de onderverdelingen zijn stabiel en variabel. Wat betreft spanningsniveau zijn er gelijke vooruitzichten op toenemende en afnemende spanning. Er worden inspanningen gedaan om de processen van olopende en ontladende spanning door tempo, metrum en onderverdeling gelijk te stellen en in evenwicht te brengen.

Spanning in de ritmische figuren (Spannung in rhythmischen Figuren)

Deze schaal behandelt de hoeveelheid spanning die door de ritmische patronen wordt opgewekt en ontladen.

Hypotensie. De ritmische figuren zijn of ongevormd of uiterst eenvoudig en herhalend. Er worden geen inspanningen gedaan om de spanning d.m.v. ritme te hanteren of te beheersen.

Kalm. De ritmes neigen ernaar eenvoudig, herhaling en voorspelbaarheid. De onderverdelingen zijn op consequente wijze hetzij binair hetzij ternair, en de accenten vallen samen met het metrum. De ritmische hoogtepunten zijn niet veelvuldig. Als er ingewikkelde ritmes worden gebruikt, worden er verwachtingen van voorspelbaarheid en structurele helderheid gewekt door een opzet die de basisslag opnieuw vestigt en die voorgaande ritmische motieven herintroduceert. Er worden inspanningen gedaan om de ritmische inhoud en vorm vrij van spanning te houden.

Cyclisch. Er worden zowel eenvoudige als ingewikkelde ritmes gebruikt. Stabiliteit en contrast in de ritmische ontwikkeling komen even vaak voor, evenals samensmelting met en verschil met de basisslag. Er worden inspanningen gedaan om de processen van spanningsopbouw en -afbouw qua ritmische inhoud en vorm in evenwicht te houden.

Spanning. De ritmes hebben de tendens om ingewikkeld, niet herhalend en niet altijd voorspelbaar te zijn. Karakteristiek zijn syncopen, sterke accenten, cross-rythms, hemiolen en dergelijke kunstgrepen om te verschillen van de basisslag. Er worden diminutie, stretto en dergelijke kunstgrepen gebruikt om ritmische hoogtepunten op te bouwen. Indien er eenvoudige, herhalende ritmes worden gebruikt worden er verwachtingen van spanning gewekt door eentonigheid, een langzame beweging weg van de basisslag of door onvoorspelbare tussenwerpsels van nieuwe of ingewikkelde ritmes. De inspanningen zijn erop gericht om door de ritmische inhoud en vorm de spanning te stimuleren.

Hypertensie. De ritmische figuren kunnen uiterst herhalend of in opeenvolging grillig zijn. Ze zijn ongedifferentieerd of overgedifferentieerd t.o.v. de ondergrond. Ze kunnen zo uiterst ingewikkeld zijn dat ze moeilijk te bevatten zijn, of ze zijn uiterst eenvoudig en wekken sterke behoefte verwachtingen aan verandering.

Congruentie in de ritmische ondergrond (Kongruenz in rhythmischen Hintergrund)

Deze schaal behandelt de mate waarin de spanningsniveaus qua tempo, metrum en onderverdelingen congruent zijn met de spanningsniveaus en de rolrelaties in de andere muzikale elementen.

Congruent. De spanningsniveaus opgewekt door het tempo, het metrum en de onderverdelingen zijn in samenhang met de overheersende gevoelstoestand en met de rolrelaties die in de andere muzikale elementen gevonden worden.

Congruentie in de ritmisch figuur (Kongruenz in den rhythmischen Figuren)

Deze schaal behandelt de mate waarin de spanningsniveaus qua ritme congruent zijn met de spanningsniveaus en de rolrelaties in de andere muzikale elementen.

Congruent. De spanningsniveaus die opgewekt worden door het ritme zijn in samenhang met de overheersende gevoelstoestand en met de rolrelaties die in de andere muzikale elementen gevonden worden.

Autonomie betreffende ritmische figuren (Autonomie der rhythmischen Figuren)

Deze schaal behandelt de rolrelaties die de cliënt en/of partner ontwikkelen in het bepalen van de ritmische inhoud en vorm van de improvisaties. Dit houdt in: de ontwikkeling van ritmische thema's en de voortzetting daarvan.

Navolger. De cliënt neemt vaker de navolgersrol dan de leidersrol op zich; de cliënt staat de partner toe om de ritmische inhoud en vorm van de improvisatie te bepalen. Als navolger:

- * biedt de cliënt vaker ritmische ondergronden dan ritmische figuren;
- * accepteert de cliënt de ritmes van de partner als thema's;
- * levert de cliënt enige ritmes voor de thematische verwerking;
- * synchroniseert de cliënt met de ritmische thema's van de partner of imiteert ze, waarbij ze bij gelegenheid licht gevarieerd worden;
- * volgt de cliënt de leiding van de partner bij het bepalen van de ritmische vorm van de improvisatie.

Partner. De cliënt speelt even veelvuldig leiders- en navolgersrollen, en deelt de beheersing over de ritmische inhoud en vorm van de improvisatie. Als gelijkwaardig partner:

- * biedt de cliënt in gelijke mate ritmische figuren en ondergronden;
- * voorziet de cliënt in de helft van de ritmische ideeën die als thema's gebruikt worden;
- * staat de cliënt toe dat de ritmische vorm van de improvisatie naar voren komt uit een muzikale interactie met de partner.

Leider. De cliënt speelt vaker de rol van leider dan de rol van navolger, de cliënt neemt de beheersing over de ritmische inhoud en vorm van de improvisatie. Als leider:

- * biedt de cliënt meer ritmische figuren dan ondergronden;
- * modelleert en herhaalt ritmes voor de partner ter imitatie;
- * reikt de cliënt de partner fragmenten van voorgaande ritmes aan ter voltooiing;
- * maakt de cliënt wijzigingen in voorafgaande ritmes die door de partner kunnen worden gevolgd;
- * introduceert de cliënt voor de partner nieuwe ritmische ideeën om te variëren en verder te ontwikkelen.

Tonale Elementen

Melodische figuur-ondergrond integratie (Melodie-Hintergrund Integration)

Zoals hier gebruikt bestaat een melodische "ondergrond" uit

- een toonladder (d.w.z. een serie toonhoogten gerangschikt in een verticale opeenvolging volgens een intervalplan),
- een tonaal centrum (d.w.z. de grondtoon waarop een toonladder is gebouwd en rust, en waar omheen een melodie is gecentreerd als oplossingspunt).

Een "figuur" is een melodie of een opeenvolgende rangschikking van tonen die in verschillende richtingen bewegen en in verschillende intervallen van de een naar de ander om een heldere contour te volgen.

Deze schaal behandelt in hoeverre een enkele serie toonhoogten een melodisch figuur of ondergrond vormt, en in hoeverre de melodie stevig gebaseerd is in een toonladder of tonaliteit.

Samengesmolten. De tonale patronen lijken meer ondergrond dan figuren. Alle toonhoogten zijn uitsluitend afkomstig uit een bepaalde toonladder met een tonaal centrum. De melodieën zijn diatonisch in een toonsoort, en bestaan vaak uit toonladderpassages. De melodieën lijken op toonladders wat betreft hun stapsgewijze beweging en voorspelbare contouren.

Geïntegreerd. Er zijn verschillende melodische figuren die geïntegreerd zijn in een toonladder en een tonaal centrum. De meeste toonhoogten zijn afkomstig uit een toonladder met tonaal centrum, chromatiek komt echter voor. De melodieën zijn dus zowel diatonisch als chromatisch. De intervalschreden en -sprongen worden in beide richtingen gemaakt, en vormen evenwichtige maar gevarieerde contouren.

Melodische stem-geheel integratie (Melodische- Stimme-Ganzes Integration)

Deze schaal behandelt de mate waarin twee of meer tonale stemmen in hoogte aan elkaar, aan dezelfde toonladder en aan hetzelfde tonaal centrum gerelateerd zijn. De eenheden kunnen twee gelijktijdige melodieën zijn of een melodie met akkoordbegeleiding.

Samengesmolten. De stemmen zijn tonaal meer gelijk dan verschillend. Indien de stemmen twee melodieën zijn, zijn zij vaak synchroon of bijna synchroon, maar ze zijn herkenbaar als verschillende en gescheiden stemmen. De ene melodische stem kan een ornamentale variatie of uitwerking van de ander zijn. Of, de melodieën kunnen een organum vormen betreffend een bepaald interval. De melodieën zijn altijd afkomstig uit dezelfde toonladder met hetzelfde tonale centrum.

Als de stemmen een melodie met akkoordbegeleiding zijn, behoren alle toonhoogten in de melodie tot het akkoord. Harmonievreemde tonen komen bij gelegenheid voor, maar worden snel opgelost. De melodie en de akkoorden behoren bijna altijd tot dezelfde toonladder en hebben hetzelfde tonale centrum.

Geïntegreerd. De stemmen zijn even gelijk als verschillend. Zij zijn weliswaar nauw verwant, maar toch gemakkelijk herkenbaar als verschillende en gescheiden stemmen.

Als de stemmen twee melodieën zijn, kunnen ze twee onafhankelijke lijnen zijn die met elkaar consoneren. Beide zijn afkomstig uit dezelfde toonladder en hebben hetzelfde tooncentrum, maar kunnen chromatische alteraties hebben. Indien er harmonievreemde tonen of chromatische alteraties voorkomen, zijn ze zo gecoördineerd, dat de mate van dissonantie beheerst is. De contouren en de intervalrelaties staan met elkaar in verband.

Indien de stemmen een melodie met begeleiding zijn, behoren weliswaar veel van de toonhoogten van de melodie tot het akkoord, maar er is een behoorlijke mate van harmonievreemde en chromatische tonen.

Melodische verscheidenheid (Melodische Variabilität)

Deze schaal behandelt de mate waarin er melodische ideeën worden herhaald, gevarieerd, ontwikkeld, veranderd en gecontrasteerd.

Stabiël. Er wordt één melodisch idee thematisch gebruikt. Het idee wordt herhaald, door versiering gevarieerd, geconserveerd of gesequenseerd. Er worden geen nieuwe of andere ideeën geïntroduceerd behalve in een ondergeschikte hoedanigheid. Er worden inspanningen gedaan om de improvisatie in melodisch opzicht monothematisch te houden en om de melodische ontwikkeling te beperken.

Variabel. Er worden enkele melodische ideeën thematisch gebruikt. Alle ideeën zijn op de een of andere manier aan elkaar verwant. Evenzeer komen voor: herhaling, variatie d.m.v. versiering, karaktervariatie, verandering a.g.v. ontwikkeling, en contrast. Er worden inspanningen gedaan om de melodische continuïteit te bewerkstelligen als er thematische ontwikkeling optreedt.

Willekeur. Er worden veel melodische ideeën gebruikt die niet aan elkaar verwant zijn. Fragmenten, motieven of patronen worden bij voortduring en naar willekeur voortgebracht. Er wordt geen inspanning gedaan om ze te voltooien, te ontwikkelen of te herhalen. De melodie wordt niet thematisch gebruikt.

Melodische spanning (Melodische Spannung)

Deze schaal behandelt de hoeveelheid spanning die door de melodie opgebouwd en ontladen wordt.

Kalm. De melodieën neigen ernaar eenvoudig, diatonisch, herhalend en voorspelbaar te zijn. De contouren zijn vloeiend, met meer schreden dan sprongen. Akkoordvreemde tonen en alteraties komen alleen bij gelegenheid voor, en de melodieën zijn in het algemeen samengesmolten of geïntegreerd met de tonale ondergrond. Indien de melodieën alteraties bevatten of geen herhalingen bevatten, worden er verwachtingen gewekt dat de oplossing komt en dat de tonale stabiliteit zal overheersen. Dit wordt bereikt door een opzet die de hoofdtoonsoort weer vestigt of die eerder melodisch materiaal weer introduceert. Er komen bij gelegenheid melodische hoogtepunten voor die dan beheerst zijn. Er worden inspanningen gedaan om de spanning, die in en door de melodie opgewekt kan worden, te neutraliseren en te verminderen.

Spanning in harmonie (Spannung in der Harmonie)

Deze schaal behandelt de hoeveelheid spanning die verzameld en ontladen wordt d.m.v. de akkoordkeuzes, de zetting en de opeenvolgingen.

Kalm. Er worden constante stadia van lage spanning gehandhaafd door de akkoordkeuzes, de zetting en de akkoordopeenvolgingen. Er worden diatonische, eenvoudige akkoorden in grondliggingen gebruikt in voorspelbare opeenvolgingen. Er kunnen kleine hoeveelheden spanning opgebouwd worden maar deze worden dikwijls ontladen.

Congruentie in de melodie (Kongruenz in der Melodie)

Deze schaal behandelt de mate waarin de melodie congruent is met de spanningsniveaus en de rolrelaties in de andere muzikale elementen.

Congruent. De spanningsniveaus opgewekt door de melodie zijn in samenhang met de overheersende gevoelstoestand en met de rolrelaties die in de andere muzikale elementen gevonden worden.

Opvallendheid m.b.t. melodie (Auffälligkeit in der Melodie)

Deze schaal behandelt de mate waarin melodische activiteit relatief gezien op de voorgrond treedt en de mate waarin zij andere elementen beheerst.

Bijdragend. De melodie treedt in verschillende mate op de voorgrond, afhankelijk van de mate waarin zij zich voegt naar dan wel heerst over de andere elementen.

Opvallendheid m.b.t. de harmonie (Auffälligkeit in der Harmonie)

Deze schaal behandelt de mate waarin de harmonie relatief gezien op de voorgrond treedt en de mate waarin zij andere elementen beheerst.

Bijdragend. De harmonie treedt in verschillende mate op de voorgrond, afhankelijk van de mate waarin zij zich voegt naar dan wel heerst over de andere elementen.

Tonale en melodische autonomie (Tonale und melodische Autonomie)

Deze schaal behandelt de relaties die een cliënt ontwikkelt met de partner bij het bepalen van de melodische inhoud en de vorm van de improvisatie. Dit houdt in: keuze van de toonladder en de tonaliteit van de melodie, constructie van melodische ideeën en de opeenvolging van melodische thema's.

Partner. De cliënt speelt even veelvuldig de rol van leider en de rol van navolger, en deelt de beheersing over de melodische inhoud en vorm van de improvisatie. Als gelijkwaardig partner:

- * kiest de cliënt een toonladder en een tonaliteit met de partner;
- * biedt de cliënt in gelijke mate melodische thema's en begeleidingspatronen;
- * voorziet de cliënt in de helft van de melodische ideeën die als thema's gebruikt worden;
- * staat de cliënt toe dat de melodische vorm van de improvisatie naar voren komt uit een muzikale interactie met de partner.

Leider. De cliënt speelt vaker de rol van leider dan de rol van navolger, de cliënt neemt de beheersing over de melodische inhoud en vorm van de improvisatie. Als leider:

- * kiest de cliënt op eigen houtje de toonladder en de tonaliteit van de melodie;
 - * speelt de cliënt meer melodische thema's dan begeleidingspatronen;
 - * modelleert en herhaalt melodieën voor de partner ter imitatie;
 - * reikt de cliënt de partner melodische fragmenten van voorgaande ritmes aan ter voltooiing;
 - * maakt de cliënt wijzigingen in voorgaande melodieën die door de partner kunnen worden gevolgd;
- introduceert de cliënt voor de partner nieuw melodisch materiaal om te variëren en verder te ontwikkelen.

Lautstärkelemente

Verscheidenheid in volume (Variabilität in der Lautstärke)

Deze schaal behandelt het bereik, het aantal, de frequentie en de bruikbaarheid van de veranderingen die gemaakt worden in de intensiteit van het geluid en de hoeveelheid geluid.

Rigide. Het volumebereik is uiterst begrensd. Zonder er van af te wijken worden dezelfde geluidsintensiteit en hoeveelheid geluid gehandhaafd. Er komen geen crescendi en diminuendi voor. Volumevariëaties komen alleen onbedoeld voor.

Stabiël. Het bereik van het volume is beperkt. Dezelfde geluidsintensiteit en hoeveelheid geluid worden met enige flexibiliteit gehandhaafd. Er komen lichte crescendi en diminuendi voor. De meeste veranderingen zijn licht en graueel. Er worden geen plotselinge of extreme veranderingen in het volume gemaakt. Er worden inspanningen gedaan om het volume stabiel en binnen een beperkt bereik te houden.

Variabel. Het volumebereik is beperkt maar gevarieerd. De geluidsintensiteit en de hoeveelheid geluid worden met gelijke veelvuldigheid gehandhaafd en veranderd. Er komen lichte tot matige crescendi en diminuendi voor. Bij gelegenheid worden onverwachte, extreme veranderingen gemaakt. Er worden inspanningen gedaan om variaties te verkennen binnen een samenhangend volumenniveau.

Spanning in volume (Spannung in der Lautstärke)

Deze schaal behandelt de hoeveelheid spanning die verzameld en ontladen wordt door de intensiteit en de hoeveelheid gebruikte klank.

Kalm. Er worden klanken met lage intensiteit en kleine klankmassa's gebruikt om lage spanningsniveaus vol te houden en om hoge niveaus te neutraliseren. Zachte klanken worden langer gehandhaafd dan luide klanken, en de diminuendi zijn langer en veelvuldiger dan de crescendi. Als er luide klanken worden gebruikt, worden er verwachtingen van op handen zijnde zachte klanken gewekt door lange diminuendi, veelvuldige onderbrekingen met zachte klanken en differentiatie van stemmen ten gunste van zachte klanken. De inspanningen zijn er op gericht om de spanning te verkleinen d.m.v. volume.

Cyclisch. Klanken met hoge intensiteit, accenten en brede klankmassa's worden qua tijd en veelvuldigheid in evenwicht gehouden met klanken met lage intensiteit en kleine klankmassa's. Er worden net zo vaak hoogtepunten gebouwd als dat er spanning wordt vermindert of ontladen. Luide en zachte klanken komen met dezelfde veelvuldigheid voor, crescendi en diminuendi komen met dezelfde veelvuldigheid voor. Wat betreft spanningsniveau zijn de verwachtingen van toenemen of afnemen gelijk. Er worden inspanningen gedaan om de spanningen in evenwicht te houden.

Spanning. Er worden hoog intensieve klanken, accenten en brede klankmassa's gebruikt om gedurende langere perioden spanning vast te houden, met bij gelegenheid verlichting of ontlading. Er komen veelvuldig hoogtepunten voor in klankintensiteit en/of -massa en over lange tijdsperioden. Sterk wordt langer gehandhaafd dan zacht, en crescendi zijn langer en veelvuldiger dan diminuendi. Als er zachte klanken worden vastgehouden, worden er verwachtingen van op handen zijnde sterke klanken gewekt door korte of lange opbouw, veelvuldige breuken of differentiatie van stemmen. Er worden inspanningen gedaan om de spanning te vergroten d.m.v. volume.

Elemente mit Bezug auf Körper

Lichaamsmotorische spanning (Körpermotorische Spannung)

Deze schaal behandelt de hoeveelheid spanning die opgeladen en losgemaakt wordt door lichaamsbeweging en door motorische actie tijdens het improviseren. De schaal kan worden toegepast op vocale en instrumentale improvisaties en op lichaamsklankimprovisaties.

Hypotensie. Er wordt nauwelijks enige fysieke energie besteed aan de klankvoortbrenging of aan het inzetten van de fysieke weerstand van de zangstem, het instrument of het lichaam. De voortbrengingstechnieken worden gekarakteriseerd door slappe, richtingloze lichaamsbewegingen met weinig gebruik van gewicht en nauwelijks gebruik van energie.

Kalm. Er worden minimale spierspanning en ontspannen bewegingen gebruikt om de klank voort te brengen. Er worden inspanningen gedaan om de fysieke weerstand van de zangstem, het instrument of de stem te omzeilen of aan te passen. De voortbrengingstechnieken worden gekarakteriseerd door gerichte lichaamsbeweging gebruik makend van een minimum mate van gewicht (of ondersteuning) en energie om het gewenste geluid te bereiken. Er worden inspanningen gedaan om het lichaam ontspannen te houden terwijl er klanken van verschillende intensiteit en moeilijkheid worden voortgebracht.

Congruentie in het lichaam (Kongruenz mit Bezug auf den Körper)

Deze schaal behandelt de mate waarin de lichaamshoudingen, gelaatsuitdrukkingen en bewegingen van de cliënt in samenhang zijn met de gevoelens, de spanningsniveaus en de rolrelaties zich manifesteren in de improvisatie.

Congruent. De cliënt past zijn/haar lichaamshoudingen, gelaatsuitdrukkingen en bewegingen aan bij de gevoelens, spanningen en de rolrelaties in de improvisatie.

Auswertung des ersten Videofragmentes (Frau A. Szene 1) in Tabellenform

* Zwei Teilnehmer waren unentschlossen ob sie „rigide“ oder „Stabil“ bewerten sollen

Variabilität	Rigide	Stabil	Variabel	Kontrast	Willkür
Tempo		6	1		
Metrum und Unterverteilungen		3	1	1	
Rhythmische Figuren	(2)*	1 (2)*	5		
Tonaler Hintergrund					
Melodie					
Harmonie					
Stil					
Textur					
Textur: Rollen					
Register					
Konfigurationen					
Phrase		1	1		
Lautstärke	2	4			
Timbre	3	1	1		
Gebrauch des Körpers	1; (1)	(1)			

Spannung	Hypotensie	Ruhe	Zyklisch	Spannung	Hypertensie
Rhythmischer Hintergrund					
Rhythmische Figuren		4	3	1	
Tonaler Hintergrund					
Melodie					
Harmonie					
Textur					
Phrase					
Lautstärke		4			
Timbre		3			
Körper-Motorik		2		1	
Verbale Reaktion					

Kongruenz	Ungebunden	Kongruent	Zentriert	Inkongruent	Polarisiert
Rhythmischer Hintergrund		2			
Rhythmische Figuren		4			
Tonaler Hintergrund					
Melodie					
Harmonie					
Register					
Konfigurationen					

Phrase			1		
Lautstärke					
Timbre					
Körper		1			
Verbale Reaktion					
Interpersönlich					

Autonomie	Abhängigkeit	Folgend	Partner	Leiter	Widerstand
Rhythmischer Hintergrund			1		
Rhythmische Figuren		2 (1)	3 (1)	1	
Tonal und Melodisch					
Harmonie					
Textur					
Phrase		1			1
Lautstärke		2	3		
Timbre					
Programm					

Auswertung des zweiten Videofragmentes (Frau A. Szene 2) in Tabellenform

Variabilität	Rigide	Stabil	Variabel	Kontrast	Willkür
Tempo		2	6		
Metrum und Unterverteilungen	2				
Rhythmische Figuren	6				
Tonaler Hintergrund					
Melodie					
Harmonie					
Stil					
Textur					
Textur: Rollen					
Register					
Konfigurationen					
Phrase	2				
Lautstärke	1	3	1		
Timbre	3				
Gebrauch des Körpers	1				

Spannung	Hypotensie	Ruhe	Zyklisch	Spannung	Hypertensie
Rhythmischer Hintergrund			1		
Rhythmische Figuren	1			2	1
Tonaler Hintergrund					

Melodie					
Harmonie					
Textur					
Phrase				1	
Lautstärke			2	1	
Timbre					
Körper-Motorik		2			
Verbale Reaktion					

Autonomie	Abhängigkeit	Folgend	Partner	Leiter	Widerstand
Rhythmischer Hintergrund			1		
Rhythmische Figuren		1	3	3	
Tonal und Melodisch					
Harmonie					
Textur					
Phrase		1			
Lautstärke		1			
Timbre		1			
Programm					

Auswertung des dritten Videofragmentes (Frau B. Szene 1) in Tabellenform

Integration	Undifferenziert	Verschmolzen	Integriert	Differenziert	Überdifferenziert
Rhythmus-Figur-Hintergrund		1			
Rhythmus-Stimme-Ganzes			1		
Melodie-Figur-Hintergrund		1	3		
Melodie-Stimme-Ganzes		3	2		
Harmonie		1 (1)	(1)	1	
Textur-Stimme-Ganzes					
Register und Konfigurationen					
Phrase			1		
Lautstärke		2			
Timbre					
Motorik					
Körper-Phrase					

Variabilität	Rigide	Stabil	Variabel	Kontrast	Willkür
Tempo		5			
Metrum und Unterverteilungen					

Rhythmische Figuren		2	2		
Tonaler Hintergrund			1		
Melodie		3	3		2
Harmonie		1	1		
Stil	1				
Textur					
Textur: Rollen	1				
Register	2	3			
Konfigurationen					
Phrase					
Lautstärke	1	4			
Timbre	2	1			
Gebrauch des Körpers	1	1			

Spannung	Hypotensie	Ruhe	Zyklisch	Spannung	Hypertensie
Rhythmischer Hintergrund		3			
Rhythmische Figuren	1	3	1		
Tonaler Hintergrund					
Melodie	(1)	(1) 6			
Harmonie		5			
Textur	(1)	(1)			
Phrase		1			
Lautstärke		4			
Timbre					
Körper-Motorik	4	1			
Verbale Reaktion					

Kongruenz	Ungebunden	Kongruent	Zentriert	Inkongruent	Polarisiert
Rhythmischer Hintergrund		1			
Rhythmische Figuren	1	2			
Tonaler Hintergrund		1			
Melodie		3			
Harmonie		1			
Register					
Konfigurationen					
Phrase		1			
Lautstärke		1			
Timbre					
Körper		2			
Verbale Reaktion					
Interpersönlich					

Auffälligkeit	Zurückweichend	Konformierend	Beitragend	Beherrschend	Vorherrschend
Rhythmischer Hintergrund		1			
Rhythmische Figuren					
Tonaler Hintergrund			1		
Melodie			3	1	
Harmonie			4		
Textur					
Phrase					
Lautstärke		1	1		
Timbre		1			

Autonomie	Abhängigkeit	Folgend	Partner	Leiter	Widerstand
Rhythmischer Hintergrund			1		
Rhythmische Figuren			1		
Tonal und Melodisch			5	1	
Harmonie		1		1	
Textur					
Phrase				1	
Lautstärke				1	
Timbre					
Programm					

Auswertung des vierten Videofragmentes (Frau B. Szene 2) in Tabellenform

Variabilität	Rigide	Stabil	Variabel	Kontrast	Willkür
Tempo		2	1		
Metrum und Unterverteilungen		1			1
Rhythmische Figuren			6	1	
Tonaler Hintergrund					
Melodie					
Harmonie					
Stil					
Textur					
Textur: Rollen					
Register					
Konfigurationen					
Phrase				1	
Lautstärke		2	5	1	
Timbre		1	2		
Gebrauch des Körpers	2		1		

Spannung	Hypotensie	Ruhe	Zyklisch	Spannung	Hypertensie
Rhythmischer Hintergrund		2			
Rhythmische Figuren	1	1	3	1	
Tonaler Hintergrund					
Melodie					
Harmonie					
Textur					
Phrase			1		
Lautstärke		1	4		
Timbre		1			
Körper-Motorik			1		
Verbale Reaktion					

Autonomie	Abhängigkeit	Folgend	Partner	Leiter	Widerstand
Rhythmischer Hintergrund				1	
Rhythmische Figuren		2	2	3	
Tonal und Melodisch					
Harmonie					
Textur					
Phrase			2		
Lautstärke		1	1 (1)	2 (1)	
Timbre			(1)	1 (1)	
Programm					

TdB.010216.1415: Bruscia: Schalen en codes voor de Improvisation Assessment Profiles (volgens tabel XVI uit hoofdstuk 31 en de Appendix bij unit 9); betreft impro.....

Profile					
integratie	verscheidenheid	spanning	congruentie	opvallendheid	autonomie
1=ongedifferentieerd	1=streng, rigide	1=hypotensie	1=ongebonden	1=terugwijkend	1=afhankelijk
2=samengesmolten	2=stabiel	2=kalm	2=congruent	2=conformerend	2=navolger
3=geïntegreerd	3=variabel	3=cyclisch	3=gecentreerd	3=bijdragend	3=partner
4=gedifferentieerd	4=contrasterend	4=tensie	4=incongruent	4=beheersend	4=leider
5=overgedifferentieerd	5=op basis van toeval	5=hypertensie	5=gepolariseerd	5=overheersend	5=opstandeling
ritme figuur-achtergrond					
ritme stem-geheel					
Elemente	tempo				
	metrum en onderverdeling				
		ritmische achtergrond	ritmische achtergrond	ritmische achtergrond	ritmische achtergrond
	ritmische figuren	ritmische figuren	ritmische figuren	ritmische figuren	ritmische figuren
melodie figuur-achtergrond	tonale achtergrond	tonale achtergrond	tonale achtergrond	tonale achtergrond	tonaal en melodisch
melodie stem-geheel	melodie	melodie	melodie	melodie	
harmonie	harmonie	harmonie	harmonie	harmonie	harmonie
	stijl				
textuur stem-geheel					
register en configuratie					
	overalltextuur				
	textuur: rollen				
	register		register		
	configuraties		configuraties		
		textuur		textuur	textuur
frase	frasering	frasering	frasering	frasering	frasering
volume	volume	volume	volume	volume	volume
timbre	timbre	timbre	timbre	timbre	timbre
motoriek					
lichaams-frase					
	gebruik van het lichaam				
		lichaams-motoriek			
			lichaam		
tekst	tekst				
		programma/tekst	programma/tekst	programma/tekst	programma/tekst
		verbale reactie	verbale reactie		
			interpersoonlijk		

Verzeichnisse

- Literaturverzeichnis
- WWW-Verzeichnis
- Abbildungsverzeichnis

Literaturverzeichnis

- Was ist Aphasie? (2001). Aphasie und Schlaganfall 1/2001 Nr. 82 S.19
- Alajouanine, TH.** (1948). Aphasia and artistic realization Brain Vol 18 Part 3 S.229-241
- Albert, M.L., Sparks, R.W. & Helm, N.A.,** (1973) Melodic Intonation Therapy for Aphasia Archives of Neurology Vol 29 S.130ff
- Aldridge, D.** (1995). Spirituality, hope and music therapy in palliative care The Arts in Psychotherapy Vol 22 No 2 S.103-109
- Baarda, D.B., Goede, de M.P.M. & Teunissen, J.** (2000). Basisboek Kwalitatief Onderzoek Stenfert Kroese Houten
- Beijer, H.** (1998). Psychosociale en emotionele aspecten en problemen bij afatische patienten, In: M. Blauw-van Mourik & M. Koning-Haanstra (eds.). Afasie een multidisciplinaire benadering Stichting Afasie Nederland Dordrecht
- Benson, D.F.** (1980). Psychiatric Problems in Aphasia In: M.T. Sarno & O.Höök (eds.). Aphasia assessment and treatment Alquist und Wicksell Uppsala S.192-202
- Bruijn, de M.** (ed) (1994). Muziektherapie op maat: toepassingen in de revalidatie van kinderen en volwassenen Intro Nijkerk
- Bruijn, de M., Hurkmans, J., Reinders, H. & Zielman, T.** (2002). Speech-Music Therapy for Aphasia (SMTA) Combinatiebehandeling logopedie en muziektherapie, Revalidatie Friesland, Beetsterzwaag
- Bruijn, de T.** (2002). Vertaling m.b.t.de Improvisation Assessment Profiles van Kenneth E. Bruscia, t.b.v. analyse muziektherapievariant Unterrichtsmaterial Conservatorium Saxion Hochschule Enschede, unveröffentlicht Enschede
- Brumfitt, S.** (1993). Losing your sense of self: what aphasia can do Aphasiology Vol 7 No 6 S.569-574
- Brumfitt, S.** (1998). The measurement of psychological well-being in the person with aphasia International Journal of Communication Disorders Vol 33 S.116-120
- Bruscia, K.E.** (1998). Defining Music Therapy, second edition Barceloner Publishers Gilsum
- Bruscia, K.E.** (1987). Improvisational Models of Music Therapy Charles C Thomas Publishers Springfield
- Bucher, P.O.; Zumsteg, I. & Rentsch, H.P.** (1997). Sprachrehabilitation bei Aphasie im Konzept der internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (ICIDH) Rehabilitation Georg Thieme Verlag 36 Stuttgart S. 238-243
- Cappar, S.F. & Vallar, G.** (1992). The role of left and right hemispheres in recovery from aphasia Aphasiology Vol 6 No 4 S.359-372
- Casement, P.** (1988). On learning from the patient Tavistock/Routledge London
- Cohen, N.S.** (1992). The Effect of Singing Instruction on the Speech Production of Neurologically Impaired Persons Journal of Music Therapy Vol 29 S. 87-102
- Cohen, N.S. & Masse, R.** (1993). The application of singing and rhythm instruction as a therapeutic intervention for persons with neurogenic communication disorders Journal of Music Therapy Vol 30 S.81-99
- Cohen, N.S.** (1994). Speech and Song: Implications for Therapy Music Therapy Perspectives Vol 12 S.8-14
- Damasio, A.R.** (1992). Aphasia The New England Journal of Medicine Vol. 326 No. 8 S.531-539
- De Backer, J.** (1993). Containment in Music Therapy In: M. Heal & T.Wigram (eds.) Music Therapy in Health and Education Jessica Kingsley Publishers, London S.32-39
- De Moor, J.M.H. & van Balen, H.G.G.** (1990). Revalidatiepsychologie Van Grocum Assen/Maastricht
- Dechesne, B.H.H.** (1990). Revalidatiepsychologie: een plaatsbepaling In: J.M.H. De Moor & H.G.G. van Balen (eds.) Revalidatiepsychologie Van Grocum; Assen/Maastricht S.1-18
- Diepenbroek, J.** (1986). Afasie is erger dan u denkt Afasie vereniging nederland Loosdrecht
- Ende, M.** (1973). Momo Thienemann Stuttgart
- Erblad, I.T.** (1985). Katze fängt mit S an- Aphasie oder der Verlust der Wörter Fischer Verlag Frankfurt am Main

- Erdonmez, D.** (1991). Rehabilitation of piano performance skills following a left cerebral vascular accident In: K.E. Bruscia (ed) Case studies in musictherapy Barceloner Publishers Phoenixville S.562-570
- Gilbertson, S.** (1999). Music Therapy in the Neurosurgical Rehabilitation In: T.Wigram & J. De Backer Clinical applications of music therapy in developmental disability, paediatrics and neurology. JKP London S.224-245
- Groet, E.; van Balen, H.G.G. & Moor, J.M.H.** (1990). Linkshemisferisch CVA In: J.M.H. de Moor & H.G.G. van Balen (ed). Revalidatiepsychologie Van Grocum; Assen
- Gustorff, D. & Hannich, H-J.** (2000). Jenseits des Wortes: Musiktherapie mit komatösen Patienten auf der Intensivstation Verlag Hans Huber Bern
- Heal, M.** (1991). Psychoanalytisch orientierte Musiktherapie bei geistig Behinderten Musiktherapeutische Umschau Vol 12 S.110-127
- Heide-Kort, A. van der** (1987). Sprakeloos... Zevenster Driebergen- Rijsenburg
- Hodges, D.** (1996). Handbook of Music Psychology IMR Press San Antonio
- Holland, A.L. & Beeson, P.M.** (1993). Finding a new sense of self: what the clinician can do to help Aphasiology Vol 7 No 6 S.581-584
- Jochims, S.** (1990). Singend miteinander verbunden sein... Die Stimme im Zentrum der Therapie bei neurologischen Erkrankungen in der Frühphase Musiktherapeutische Umschau Vol 11 S.127-131
- Jochims, S.** (1992). Emotionale Krankheitsverarbeitungsprozesse in der Frühphase erworbener cerebraler Läsionen Musik- Tanz- und Kunsttherapie Vol 3 Georg Thieme Verlag Stuttgart S.129-136
- Jourdain, R.** (1998). Das wohltemperierte Gehirn- Wie Musik im Kopf entsteht und wirkt Spektrum Akademischer Verlag Heidelberg/Berlin
- Jungblut, M.** (1999). Aspekte zur Musiktherapie im Behandlungskonzept der Aphasie: Singen als Brücke zur Sprache Wissenschaftliche Hausarbeit Institut für Musiktherapie der Hochschule für Musik und Theater Hamburg
- Lee, C.A.** (1989). Structural Analysis of Therapeutic Improvisatory Music Journal of British Music Therapy Vol3 No 2 S.11-19
- Lehmann, W. & Kirchner, D.** (1986). Erste Erfahrungen über die gemeinsame Behandlung von Aphasiepatienten nach einem cerebrovaskulären Insult durch den Logopäden und Musiktherapeuten Zeitschrift für Altersforschung Vol 41 No 2 S.123-128
- Lipscomb, S.D.** (1996). The cognitive organization of musical sound In: D. Hodges (ed) Handbook of music psychology IMR Press, San Antonio S.133-170
- Lurija; A.R.** (1998) Original (1973). Das Gehirn in Aktion - Einführung in die Neuropsychologie Rowohlt Hamburg
- Lutz, L.** (1996). Das Schweigen verstehen - Über Aphasie Springer Berlin
- Maess, B., Koelsch, S., Gunter, T.C. & Friderici, A.D.** (2001). Musical syntax is processed in the area of Broca: An MEG-Study Nature Neuroscience Leibzig
- McMaster, N.** (1991). Reclaiming a positive identity: Music Therapy in ther aftermath of a stroke In: K.E. Bruscia (ed) Case studies in Music Therapy Barcelona Publishers, Phoenixville S.547-559
- Menz, M.** (2000). In: K. Loos Der Dialog in der Musiktherapie zwischen diagnostischen und therapeutischen Dimensionen Musiktherapeutische Umschau Vol 4 Band 2 S.383-393
- Mickeleit, B.** (1994) Ein Aphasiker erlebt seine Rehabilitation Reha-Verlag GmbH Bonn
- Mielke, R., Hufnagl, J.M. & Hacke, W.** (1996). Von cerebralen Durchblutungsstörungen zur vaskulären Demenz Aktuelles Wissen Höchst Reihe Psychiatrie/Neurologie Höchst, Offenbach am Main
- Morgan, R.C.; Morgan, J.C. & Geluk, H.C.C.** (1977). Om de dooie dood- een inleiding tot de psychologie van dood en sterven VUGA 's- Gravenhage
- NVKT** (2000). Handleiding module-ontwikkeling voor creatieve therapie NVKT Utrecht
- Oepen, G. & Berthold, H.** (1983). Rhythm as an essential part of music and speech abilities: conclusions of a clinical experimental study in 34 patients Revue roumaine de medicine neurologie et psychiatrie Vol 21 No 3 Bucarest S.168-172

- Oldfield, A.** (1995). Communication through music: the balance between following and initiating In: T. Wigram, B.Saperston & R. West The Art & Science of Music Therapy : A Handbook Harwood academic publishers GmbH, Singapore S.226-237
- Patel, A.D. & Peretz, I.** (1997). Is music autonomous from language? A neuropsychological appraisal In: I. Deliège & J. Sloboda (eds.) Perception and cognition of music Psychology Press Ltd Publishers; Hove S.191-215
- Pavlicevic, M.** (1997). Music Therapy in Context - Music, Meaning and Relationship Jessica Kingsley Publishers London
- Prior, M., Kinsella, G. & Giese, J.** (1990). Assessment of musical processing in brain damaged patients: implications for laterality of music Journal of clinical and experimental neuropsychology Vol 12 No 2 S.301-312
- Pyypönen, V.** (1993). The point of view of the clinician Aphasiology Vol 7 No 6 S.579-581
- Remmerswaal, J.** (1998). Handboek Groepsdynamica Uitgeverij H. Nelissen B V. Soest
- Rittner, S.** (1990). Zur Rolle der Vokalimprovisation in der Musiktherapie Musiktherapeutische Umschau Band 11 S.104-119
- Robey, R.R.** (1994). The Efficacy of Treatment for Aphasic Persons: A meta-analysis Brain and Language Vol 47 S. 582-608
- Romijn, C., De Berk, van P. & Lameyer, B.** (1994). The function of Music Therapy in the treatment of Aphasia patients Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen Nijmegen
- Ruud, E.** (1998). Music Therapy: Improvisation, Communication and Culture Barceloner Publishers Gilsum
- Sacks, O.** (1986). De man die zijn vrouw voor een hoed hield Meulenhoff Amsterdam
- Sacks, O.** (1989). Der Tag, an dem mein Bein fortging Rowohlt Reinbek
- Sacks, O.** (1995). Eine Anthropologin auf dem Mars Rowohlt Reinbek
- Salzinger, M.** (2000). Was ist Aphasie? nicht veröffentlichte Patienteninformation der Klinik Holthausen
- Schögler, B.** (1998). Music as a Tool in Communications Research Nordisk Tidsskrift for Musikterapi Vol 7 No.1 S.40-49
- Small, S.L.** (2000). The future of aphasia treatment Brain and language Vol 71 S. 227-232
- Smeijsters, H.** (1988). Hersenhelften en muziek prana vol 53 najaar S.56-61
- Smeijsters, H.** (1992). Indicatie en analogie: kan muziektherapie beschouwd worden als een vorm van psychotherapie? Tijdschrift voor psychotherapie Vol 18 (2) S. 88-101
- Smeijsters, H.** (1994). Musiktherapie als Psychotherapie Gustav Fischer Verlag Stuttgart
- Stern, D.N.** (1994). Die Lebenserfahrung des Säuglings Klett-Cotta Stuttgart
- Tanner, D. & Gerstenberger, D.** (1988). The grief response in neuropathologies of speech and language Aphasiology Vol 2 S.79-84
- Thaut, M.H.** (1997). Wer und was fordert die Musiktherapie in der Zukunft? Wissenschaftstheoretische Grundlagen, Forschungsmodelle und therapeutische Anwendungen Musiktherapeutische Umschau Vol 1 Band 18 S.15-24
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D.** (1970). De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie Van Loghum Slaterus Deventer
- Wheeler, B.** (ed) (1995). Music Therapy Research - Quantitative and Qualitative Perspectives Barcelona Publishers Phoenixville
- Zantopp, J.** (2000). Kann Musik Sprache ersetzen? - Aspekte musikalischer Interaktion unveröffentlichte Miniscriptie am Conservatorium Enschede Enschede
- Zijlstra, Y. & Blaak, A.** (1999). Samenwerking tussen Muziektherapeut en Logopedist Unveröffentlichtes Script eines Gastcolleges am 2. November Conservatorium Enschede

WWW-Verzeichnis

Aphasie

- www.afasie.nl
- www.aphasie.de
- www.aphasie-zentrum.de
- www.aphasiker.de
- www.netcologne.de/~nc-drhabo
- www.aphasie.org
- www.aphasie.be
- www.rokitta-online.de
- www.ea.nl/pragma/afasie
- www.home.allgaeu.org/qmezger

Musiktherapie

- www.stichtingmuziektherapie.nl
- www.hisf.no/njmt
- www.musictherapyworld.de
- www.sound-works.de
- www.knoware.nl/users/jedehaas
- www.musiktherapie
- www.ggz.nl
- www.jkp.com
- www.sozialwesen.hs-magdeburg.de/musik/pages
- www.voices.no

Sonstiges

- www.revalidatie.nl
- www.stefan-koelsch.de
- www.kliniken-vivai.de
- www.amazon.com
- www.neuroreha.de

Demnächst ist diese Diplomarbeit auch unter www.Zantopp.de zu lesen.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: (Lage des Broca- und Wernicke- Areal)	S.8
Abbildung 2: (Ausfallgebiet der Arteria cerebri media)	S.11
Abbildung 3: (Ausfallgebiet der Arteria praerolandica)	S.12
Abbildung 4: (Ausfallgebiet der Arteria temporalis posterior)	S.13

Alle Abbildungen stammen aus:

Miekle, R., Hufnagel, J.M. & Hacke, W. (1996) Von cerebralen Durchblutungsstörungen zur vaskulären Demenz, Aktuelles Wissen Höchst, Reihe Psychiatrie/Neurologie, Höchst Offenbach am Main