

Wolfgang Zeitler

*Erfahrungen in der  
Auditiven Musiktherapie  
mit Hirngeschädigten*

Experience of Auditive Music Therapy with  
Cerebrally Damaged Patients

*Original Fachbeitrag in der  
Musiktherapeutischen Rundschau 3/1997  
Band 18*

*mit freundlicher Genehmigung  
Verlag Vandenhoeck & Ruprecht*

## *Summary*

Auditive Music Therapy means active listening to selected music pieces, above all classical ones, in a setting determined by stillness, protected surroundings, attentive and concentrated presence. The ritualized listening is integrated in a dialogue or an offer of non-verbal communication. It promotes the processes of healing and psychical working through for cerebrally damaged persons. Experience shows that these patients respond very sensitively to music and react similarly in early phases of recovery. Concentrated, active listening to classical music creates a dialogical encounter and invigorates the psychological domain of the emotions as the mediator between physical sensation and consciousness. The main characteristic of Auditive Music Therapy is the integration of objective structural contents of music in subjective emotional experience.

## *Zusammenfassung*

Auditive Musiktherapie bedeutet aktives Hören ausgewählter, meist klassischer Musikstücke unter bestimmten Rahmenbedingungen, wie Stille, geschützte Umgebung, aufmerksame und konzentrierte Anwesenheit. Das ritualisierte Musikhören ist in ein Gespräch oder non-verbales Kommunikationsangebot eingebunden. Es begünstigt die Heilungsentwicklung und den Prozeß der Krankheitsverarbeitung bei Hirngeschädigten. Die Erfahrung zeigt, daß diese Patienten Musik äußerst feinsinnig erleben und in frühen Entwicklungsphasen ähnlich reagieren. Konzentriertes, aktives Musikhören ermöglicht eine dialogische Begegnung und stärkt den seelisch-fühlenden Bereich als Vermittler zwischen körperlicher Empfindung und Bewußtsein. Hauptmerkmal der Auditiven Musiktherapie ist die Integration von objektiven, formalstrukturellen Inhalten der Musik in subjektiv-emotionales Erleben.

## *Keywords*

Auditive Music Therapy - cerebral damage - apallical syndrome - classical music - active listening - stillness - concentrated presence - ritualized music listening - dialogical encounter - process of psychical working up - objective musical structure

## *Einleitung*

Keine Kunst wirkt auf den Menschen  
so unmittelbar, so tief, wie die Musik -  
eben weil keine uns das wahre Wesen der Welt  
so tief und unmittelbar erkennen läßt.

ARTHUR SCHOPENHAUER

Musik spricht den Patienten zuerst als Menschen an, nicht als Kranken. Beim gemeinsamen Musikhören ausgewählter klassischer Musikstücke erfahre ich etwas über die innere Befindlichkeit des Patienten. Seine Reaktionen zeigen mir, was er als wohltuend erlebt, was genau ihn anspricht, was er ablehnt. Nicht die momentane, oberflächliche Stimmung, sondern seine eigentliche, tiefere Stimmungslage, sein inneres Befinden, soll durch die Musiktherapie erkannt und günstig beeinflusst werden.

Die Auswahl und Verknüpfung der Musikstücke ermöglicht, einen therapeutischen Prozeß anzuregen und zu gestalten - in der Einzeltherapie ganz abgestimmt auf die individuelle Reaktion und Neigung des Patienten, in der Gruppe mehr orientiert an dem, was die Anwesenden gemeinsam anspricht und verbindet. Das Musikhören ist eingebunden in ein Gespräch oder non-verbales Kommunikationsangebot. Die verwendeten Musikstücke kenne ich selbst sehr gut und habe sie formalgeistig untersucht sowie emotionell nach ihrem Stimmungsgehalt ausgelotet.

In der Frührehabilitation nach Hirnschädigung dient das gemeinsame Musikhören 1. zur Kontaktaufnahme und Kommunikationsanbahnung, 2. zur Förderung der Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit, 3. zur psychischen Harmonisierung, 4. zur stützenden Begleitung bei der Krankheitsverarbeitung und in Heilungskrisen, 5. allgemein zur Anregung, Vigilanzsteigerung sowie 6. zur Entspannung und Harmonisierung des Gesamtkörpertonus. - Die Musik ist dafür ein gut geeignetes Werkzeug, denn »Musik hat eine stark angstlösende Wirkung und kann ein entspannendes Klima schaffen. Gleichzeitig ist sie eine Sprache, die auch von schwer Hirngeschädigten noch verstanden wird. Wo unsere Alltagssprache die Brücke zum Gegenüber nicht mehr

zu schlagen vermag, da bietet Musik noch immer einen Weg zur Kommunikation auf non-verbalem Wege« (GADOMSKI/JOCHIMS 1986).

Die Auditive Musiktherapie versucht, die passiv-konsumatorische Einstellung des Hörers hin zu einer aktiven, bewußten Haltung zu verändern. Zugehörig zum Bereich „Rezeptive Musiktherapie“ handelt es sich hier um eine *aktive* Therapieform, die den ganzen Menschen erfaßt. Sie stärkt den seelisch-fühlenden Bereich des Menschen in seiner vermittelnden Rolle zwischen Körper und Bewußtsein, schützt ihn und bringt ihn in Bewegung. Der Ablauf der Auditiven Musiktherapie ist „ritualisiert“ im Sinne der von GEMBRIS (1993) geforderten Merkmale: Das Setting unterscheidet sich wesentlich vom alltäglichen Musikhören, es besteht ein theoretisch aufgearbeiteter übergreifender Sinnzusammenhang, das Musikhören soll spezifische Ziele erreichen und es existieren neben der auffordernd konzentrativen Haltung des Therapeuten konkrete Anleitungen, die das Zuhören fördern und die Aufmerksamkeitsinhalte verändern.

Die Grundlagen dieser Therapieform stammen aus meiner langjährigen Erfahrung mit Meditationsseminaren, wo ein klassisches Musikstück Gegenstand der Meditation ist. In der therapeutischen Begegnung mit Hirngeschädigten, von der Frührehabilitation bis zur Wiederholungsbehandlung, entstand nach und nach ein Schatz an Erfahrungen, von dem ich hier berichten möchte.

Meine Patienten sind auf besondere Weise betroffen: in ihrer Zentrale. Die Zentrale kann das Gehirn sein - es wurde bei einem Unfall verletzt, oder es blutete plötzlich nach innen, oder sonst eine tief eingreifende Störung. Oder die Zentrale ist das Rückgrat, unsere zentrale Körperachse, die durch den Vorfall einer Bandscheibe wie zerbrochen erlebt wird. Allen Patienten gemeinsam ist das Einschneidende ihrer Erkrankung. Plötzlich, wie aus heiterem Himmel, tut es einen Schlag und alles ist aus. Nichts gilt mehr, was früher galt. Eine gewaltige Aufgabe, mitten im Leben noch einmal von vorn zu beginnen. Und das mit erschöpften Kräften, erschüttertem Geist, gequältem Körper. Hier in der Klinik soll es nun weitergehen, wieder aufwärts gehen. „Es ist schrecklich. Es ist sehr schwer. Alles ist unvollständig. Immer fehlt etwas.“, sagte mir ein 50jähriger Mann, der nach einem Herzstillstand wieder-

belebt wurde und nun mit einem hypoxischen Hirnschaden um die Rückkehr in sein familiäres Lebensumfeld ringt. Alles ist anders, alles ist neu. »Das Neue ist rauh wie kratzige Wolle« (SACHS 1961). In diesem Neuen liegt aber auch ein Zauber, eine besondere Kraft, wie HERMANN HESSE sagt: »Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne / der uns beschützt und der uns hilft zu leben«. In der Spannung zwischen Erschütterung und Zauber befindet sich der Ort, an dem wir gemeinsam Klassische Musik hören.

## *I. Sie hören anders*

Hirngeschädigte Menschen haben eine tiefe Erschütterung ihrer gesamten Lebensgrundlage erfahren. In einer schweren Schicksalslage wird der Sinn des Menschen feiner, das psychische Erkennen klarer und deutlicher. „Mir macht keiner mehr etwas vor. Ich erkenne die Menschen sofort, wenn sie zu mir hereinkommen, ob sie echt sind oder nicht“, sagte mir einmal eine junge Patientin, die auf ihre dritte Hirntumor-Operation wartete. Sie hören aufmerksamer und genauer hin. Dadurch hören sie tiefer. Sie hören mit dünner Haut, sind leichter verletzbar. Ihre soziale und psychische Berührungswahrnehmung ist feiner.

### *Hochempfindlich*

Ein 45jähriger Patient leidet seit seinem Autounfall häufig an Kopfschmerzen und ist allgemein wenig belastbar. Er zieht sich dann schnell zurück und wirkt weinerlich. Ich wollte ihm eine möglichst angenehme, entspannende Musik vorspielen und wählte aus Bachs *Jagd-Kantate 208* die Pastorale „*Schafe können sicher weiden*“ - ein Stück von bezaubernder Einfachheit wiegender Flötenklänge. Nach wenigen Takten ruft er gequält: „Ausmachen! Machen Sie das aus, das ist ja furchtbar!“ Was ihn störte, war der Bass! Das barocke Bassmuster ging ihm auf die Nerven. Anschließend hörten wir das *Air* aus Bachs *Orchestersuite in D-Dur*, jedoch in einer der seltenen Interpretationen, die einen völlig gleichmäßigen Atemfluß haben, ohne Synkopen, Vorhalte und sonstige „originalbarocke“ Merkmale. Er lehnte sich sofort zurück und atmete tief durch. Aber ganz zufrieden war er doch noch nicht. Auch hier störte ihn das

strenge, wenn auch dezente regelmäßige Bassmuster. So richtig ver-  
söhnt war er dann mit dem *Ave verum* von Mozart.

### *Moldau ungeeignet*

Dieser gespitzte Sinn, die höhere Empfindungsfähigkeit bei gleichzeitig eingegengtem Raum der Erträglichkeit führt dazu, daß die berühmte *Moldau* von Smetana oder das *Largo* aus Dvoraks *Neunter Symphonie* **keine** Musik ist für Hirngeschädigte! Die *Moldau* steigert sich am Ende so überwältigend, daß schwache Seelenkräfte es wie eine Katastrophe erleben. Oder der Höhepunkt im *Largo* von Dvorak: Wer aufmerksam hinhört, kann darin die erschütternde Begegnung mit einer höheren Macht erkennen. Diese Begegnung ist aber so furchtbar und gewaltig, daß es einen zu Boden schlägt. Ich hatte an dieser Stelle die Lautstärke schon erheblich reduziert, und doch schilderte mir ein etwa 60jähriger Schlaganfall-Patient nach dem Hören, daß die Töne ihn zuerst in angenehmer Weise emportrugen, dann aber so unerwartet stark und heftig wurden, daß er sich lebensgefährlich bedroht fühlte.

### *Man lebt intensiver*

Einen 50jährigen Patienten, der durch Infarkt eine schwere Hirnstamm-schädigung mit schier aussichtslosen Lähmungen (ähnlich wie bei einem hohen Querschnitt) und Verlust der Schluckfähigkeit erlitt, fragte ich nach dreizehn(!) Monaten musiktherapeutischer Begleitung, was sich denn für ihn insgesamt verändert habe. Er antwortete sehr langsam in seiner typisch unpersönlichen Formulierung, jeden Satz wie mit einer Schöpfkelle aus der Tiefe holend: „Man wird anders... Die Krankheit prägt einen... Man lebt intensiver... Man freut sich über jede Kleinigkeit... Man ist dankbarer.“ Anfangs war seine Einstellung zu Klassischer Musik: „Ja, höre ich gern. Fünf Minuten, dann aber ausschalten!“ Dieser etwas bissige Humor wandelte sich. Nach sechs Monaten regelmäßiger Musiktherapie-Stunden ein bis zwei Mal pro Woche meinte er: „Das hat sich verändert zum Positiven. Man hört jetzt zu. Das ist eine Musik zum Zuhören.“ Und er sagte öfter: „Das möchte ich gerne noch einmal hören.“ Auf dem Weg zurück zur Station: „Die Musik klingt noch nach.“

Immer wieder beschrieb er mir, daß sich sein Erleben und Nachdenken veränderte. Doch über Inhalte schwieg er; das ginge keinen was an.

### *Religio: hörbarer Glaube*

Ein junger Mann im Rollstuhl mit hypoxischer Hirnschädigung nach einem Sturz vom Balkon: Er glaube an nichts. Er lache über die, die an so etwas wie Gott glauben. Einmal hören wir (ohne vorherige Erklärung) in der Einzeltherapie einen russischen Chorgesang aus der *Liturgie des Hl. Johannes Chrysostomos* von Tschaikowsky. Ich frage ihn, was diese Musik ihm sagt. „Das ist eine zu komplizierte Musik, ...um zu sagen, wovon sie spricht...“ (Er spricht nur sehr langsam.) - Pause - „Man hört, daß die an etwas glauben.“ - Pause - „Sie haben Trauer... Aber sie haben vorgesorgt und sich abgesichert, daß nichts mehr passieren kann.“ – Gibt es eine bessere Definition für das menschliche Bedürfnis nach Religio, nach Rück-Bindung und geistigem Halt?

### *Klare Form in lebendigen Bildern*

In der Gruppe hörten wir einmal den *Dritten Ungarischen Tanz* von Brahms, Dauer: knapp zweieinhalb Minuten. Was drei der TeilnehmerInnen nach dem ersten Hören schilderten, war überraschend intensiv und lebendig.

Einer erlebte ein Naturereignis mit Tieren: eine unbekümmerte Ente wird von einem hungrigen Fuchs umschlichen, dann plötzlich gepackt, es wird hochdramatisch. Doch als der Wirbel sich legt, ist sie nicht gefressen, sondern tappt unbekümmert weiter - ein Rätsel! Ein anderer erlebt eine Gesprächssituation zwischen zwei ungleichen Partnern, schildert auch eine dramatische Zuspitzung und dann das für ihn unerklärliche, paradoxe Ende: der Schwächere scheint gesiegt zu haben! Eine Dritte erlebte beim Hören des Stückes die Begegnung eines Liebespaares. Es war wohl ein erotisches Erlebnis, sie wollte es nicht näher schildern.

Alle drei haben gleichzeitig dasselbe Musikstück gehört. Und sie haben auf der formalen Ebene auch alle dasselbe geschildert! Des Rät-

sels Lösung ist der Aufbau dieses Tanzes: Zwei Themen, A und B, wechseln einander ab, führen zu einem Höhepunkt und klingen dann wieder aus. A steht in F-Dur und ist spielerisch-leicht, hell und ein bißchen neckisch, aber doch in sich ruhend. B dagegen gebärdet sich dunkel, drängend, zielgerichtet. Es steht in d-moll, dem Moll-Partner zu F-Dur. Die Folge A - B - A - B führt zu einer enormen dramatischen Steigerung, die dann aufplatzt in einem kurzen, strahlend-intensiven C-Thema: der Höhepunkt. Dann folgt ein sich langsam beruhigendes B, und am Schluß singt A wieder sein unbekümmertes Lied, mit einem feinen Lächeln (einer winzigen erhellten Änderung in Form eines kurzen melodischen „Schlenkers“).

Ich schildere dieses Beispiel so ausführlich, weil es ein Prinzip des bewußten Musikhörens verdeutlicht: Seelisches Erleben, innere Bilder und Gefühle sind von Person zu Person verschieden. Sie können, von außen betrachtet, überhaupt nichts miteinander zu tun haben. Das geistige Erleben jedoch, die nüchtern-sachliche Instanz unserer Aufmerksamkeit, zeigt sich bei einem wirklichen Hinhören deckungsgleich, zumindest vergleichbar ähnlich. Auf der Ebene der Form herrscht Objektivität im eigentlichen Sinne: das, was alle gemeinsam als sachlich gegeben erkennen.

Die Stunde war spannend auch für die, die nicht so intensiv erlebten. Nach dem zweiten und dritten Hören trat ein verstehendes Staunen ein. Fuchs und Ente, die beiden ungleichen Gesprächspartner und das Liebespaar wurden erkannt als Abbilder von ein und derselben Quelle, nämlich der Musik an sich, wie sie auf einer tieferen Ebene wahrnehmbar ist. Ein solches gemeinsames stilles Staunen verbindet die GruppenteilnehmerInnen auf besondere Weise und ist daher auch eine Form von „Kommunikation in der Gruppe“.

### *Die abgebrochene Melodie*

Was Patienten, die nicht sprechen können, beim Musikhören erleben, läßt sich nicht objektiv schildern. Ihre non-verbale Mitteilungen über Vegetativum, Atmung, Blick und Körpersprache können wir aber erkennen und im konkreten Zusammenhang daraus ableiten, was ver-

mutlich im Innern des Menschen vorgeht. Ein für mich musikalisch hochinteressantes Erlebnis mit einer 43jährigen Patientin als Beispiel:

Die Frau hatte nach plötzlichem Herzstillstand und sehr langer Reanimation einen schweren hypoxischen Hirnschaden erlitten. Kurz vor dem Ereignis schien alles in Ordnung, sie hatte noch eine Reise nach Paris geplant mit dem Chor, in dem sie sang. Urplötzlich riß der Lebensfaden. - Im Lauf der Musiktherapie hörten wir einmal den 2. Satz (*Allegretto*) aus Mozarts 19. Klavierkonzert. Es wurde eine Schlüsselstunde unserer Begegnung. Ich hatte diese anspruchsvolle Musik ausgewählt, weil die Patientin, wie unsere Teambesprechungen ergaben, höchst differenziert wahrnehmen, sich aber nicht mitteilen konnte. Es stand keine Sprache mehr zur Verfügung. Wohl aber mimische Veränderungen, körperliche Verspannung und vegetative Reaktionen wie z.B. starkes Schwitzen als Ablehnungszeichen. Mit Vertrauenspartnern gab es manchmal eine elementare Verständigung über das Augenschließen als Zustimmungszeichen.

Wir befanden uns im Therapieraum, in einer stillen und geschützten Atmosphäre. Beide konzentrierten wir uns ganz auf das Hinhören. Nach dem ersten Hören der Musik ging eine merkwürdige Veränderung in der Patientin vor sich. Wie wenn etwas in ihr erwachte, emportauchte. Ihre Augen wurden groß, ihre sonst spastisch verkrümmte Haltung ordnete sich, wurde gelöster. Und sie atmete an der Musik entlang - das heißt, ihr Atemrhythmus paßte sich in etwa dem Verlauf der Musik an. Wir hörten das Stück drei Mal, jeweils mit einer langen Stille dazwischen. Nach dem zweiten Hören sang ich ihr die Hauptmelodie vor und versuchte, ihr vom musikalischen Geheimnis dieser Melodie etwas mitzuteilen. Sie war faszinierend aufmerksam und wach, die Töne mußten sie wohl sehr ansprechen. Das Geheimnis des Hauptthemas aus diesem *Allegretto* liegt darin, daß die Melodie wunderbar fließend ansetzt, um dann plötzlich abubrechen. Die ersten Töne der Melodie wecken die innere Erwartung eines noch viel weiter verlaufenden Melodiebogens. Aber so ist es nicht, die Melodie endet bereits nach fünf Tönen unfertig, der Abbruch betont durch eine kleine Pause.

Am nächsten Tag sagte mir die sie betreuende Krankenschwester, nach der Musiktherapie sei die Frau innerlich tief berührt gewesen, so offen und weich habe sie sie noch nie erlebt. - Ist es zu weit gegangen,

hierin eine Parallele mit der jetzigen konkreten Lebenssituation meiner Patientin zu sehen? Meine Bemerkungen zu der gehörten Musik waren rein sachlich musikalisch gewesen, ohne inhaltliche Ausdeutung. Die Patientin konnte offenbar diese geistige Ebene im Hören betreten, und ich glaube, sie empfing Trost aus den Tönen, die zum Thema die „abgebrochene Melodie“ haben.

## *II. Musikauswahl im therapeutischen Prozess*

### *Sie reagieren ähnlich*

Je schlechter das Befinden der Kranken, um so enger die Auswahl der geeigneten Musikstücke. Hirngeschädigte, die sich in vergleichbaren frühen Phasen des Heilungsverlaufs befinden, reagieren bei derselben Musik häufig ähnlich. Mehrmals beobachtete ich in unabhängigen Einzeltherapien, daß bestimmte Musikstücke positive Reaktionen auslösten, wie tiefes Aufatmen, Lösung der Spastik, Entspannung, und dies nicht selten an derselben musikalischen Stelle!

Um für bestimmte Situationen Klassische Musik gezielt einsetzen zu können, muß ich mir selbst sehr klar über die mögliche Wirkungsart und Wirkungsbreite der verwendeten Musikstücke sein. Neben dem Ausloten der Stimmungs- und Gefühlskomponente ist eine analytische Klärung der formalen Struktur notwendig, also eine erkenntnishafte Durchdringung des musikalischen Aufbaus. Erst dann bin ich in der Lage, die Reaktionen meiner Patienten von einem sachlichen Ort aus beurteilen, ja überhaupt erst als solche spezifisch erkennen zu können. Und doch gelingt keine Therapiestunde, wenn die Musikauswahl nicht aus einer *Beziehung zwischen mir und meinem Patienten* heraus geschieht. Der individuelle therapeutische Prozeß muß durchlebt werden. Eine heilsame Berührung durch die Musik geschieht im »kontemplativ aufmerksamen Hören, das erst den Zugang zu tieferen seelischen Schichten öffnet. Ein entscheidendes Kriterium für den Wert des Musikhörens oder der Musik selbst ist dann die Frage, ob das Musikhören eine Veränderung in den tiefen seelischen Schichten bewirkt oder nicht; und darauf zielt eine solche Art der rezeptiven Musiktherapie letztenendes

ab« (GEMBRIS 1993). Die Begegnung mit der Musik ist eingebettet in die Begegnung zwischen Patient und Therapeut. Es ist ein ständiger Balanceakt zwischen Gelingen und Scheitern, denn »Therapeut und Patient begegnen einander als Partner nicht auf der gleichen Ebene, sondern auf dem gleichen *Grat*. Dort gibt es kein Ausweichen, weder für den Therapeuten, noch für den Patienten« (PETERSEN 1987). Die Musik ist Medium und Werkzeug in diesem Geschehen. Sie soll im rechten Augenblick eingesetzt, oder auch weggelegt werden.

### *Hat die Lieblingsmusik noch Bestand?*

Immer wieder passiert es mir, daß Patienten auf meine Frage, welche Musik sie denn jetzt gerne hören wollten, eine Musik nennen, auf die sie dann beim Erklängen mit Unruhe und zunehmender Spannung reagieren. Wähle ich darauf eine meiner Ansicht nach passende „Therapiemusik“ (z. B. ein *Andante* aus einer mittleren Symphonie von Mozart), ist ihre Reaktion fast immer positiv. Diese Kluft zwischen Meinung und Verhalten ist der Musikpsychologie bekannt (DE LA MOTTE-HABER 1985). Sie fällt in der therapeutischen Situation besonders ins Gewicht.

Sehr vorsichtig gehe ich um mit der sogenannten *Lieblingsmusik* des Patienten. Ihr in vielen Fällen bewiesener *Weckimpuls* im Rahmen der Komastimulation (ZIEGER 1996) spielt in der postkomatösen Rehabilitation kaum noch eine Rolle. Bedeutung hat die Lieblingsmusik jetzt durch ihren konkreten Assoziations- und Erinnerungsgehalt. In den schweren Phasen der Krankheitsverarbeitung erlebe ich immer wieder, daß Patienten auf das Angebot ihrer früheren Lieblingsmusik ablehnend reagieren. So berichtete mir eine 54jährige Frau, die nach mehreren Bandscheibenoperationen an einem ausgedehnten Schmerzsyndrom litt, daß sie ihre über 30 Jahre gerne gehörte Lieblingsmusik nicht mehr ertragen könne und jetzt auf der Suche nach neuen Tönen sei.

Manchmal ist es dann eine tieftraurige Musik, wie zum Beispiel *Aases Tod* aus Griegs *Peer Gynt*, oder das *Andantino* aus Mozarts 9. Klavierkonzert (*Jeune-homme*), oder eine tiefgestimmte *Nocturne* von Chopin, die vom Patienten als passend, wohltuend, richtig erlebt wird. In dieser Atmosphäre kann jedes Wort zuviel sein. Darum schweigen wir dafür -

manchmal über mehrere Minuten. Ein solches Musikhören schafft Gegenwart, stellt doch die Musik selbst eine Art ausgedehnten gegenwärtigen Augenblicks dar (LEHTONEN 1994).

Hier geschieht Begegnung. MARTIN BUBER beschreibt es in seinem *Dialogischen Prinzip*: »Den Menschen, zu dem ich das Grundwort Du sage, erfahre ich nicht. Aber ich stehe in der Beziehung zu ihm. Erst wenn ich daraus trete, erfahre ich ihn wieder... Wie die Melodie nicht aus Tönen sich zusammensetzt, der Vers nicht aus Wörtern und das Bild nicht aus Linien - man muß daran zerren und reißen, bis man die Einheit zur Vielheit zubereitet hat -, so der Mensch, zu dem ich Du sage. Nachbarlos und fugenlos ist er Du und füllt den Himmelskreis... Die Gestalt, die mir entgegentritt, kann ich nicht erfahren und nicht beschreiben; nur verwirklichen kann ich sie. Und doch schaue ich sie, im Glanz des Gegenüber strahlend, klarer als die Klarheit der erfahrenen Welt. Nicht als ein Ding unter den 'inneren' Dingen, nicht als ein Gebild der 'Einbildung', sondern als das Gegenwärtige« (BUBER 1965).

Wollen wir die heilkräftigen Potenzen der Musik nutzen, dann gibt es Zeiten, in denen wir die Wahl der Musik nicht dem Kranken überlassen können, weil er darin keine Erkenntnis besitzt und von allein das Heilsame nicht immer findet. Die Entscheidung, welche Musik die Richtige ist - mag manches auch paradox erscheinen -, kann nur im Spannungsfeld der Begegnung zwischen Therapeut und Patient getroffen werden. Die Musik selbst lebt aus der Dynamik des Paradoxen, und gerade darin besteht ein konstituierendes Element ihrer Verwandtschaft mit der menschlichen Seele (WEBER 1992).

### *III. Verwandlung beim Musikhören*

Aufmerksames, hingeebenes Musikhören verwandelt sowohl die Hörenden als auch die Musik. Wer der Musik aktiv zuhört, verändert seinen Bewußtseinszustand. HERDER sagte: „Der musikhörende Mensch ist ganz in sein innerstes, fühlendes Ich versammelt.“ Dieses *Sich Versammeln* hat verwandelnde Kraft. - Die dumpf vor sich hin blickende Patientin im Rollstuhl schließt, als die Musik beginnt, die Augen. Beim Ende

des Stückes schlägt sie sie wieder auf: ihr Blick hat Glanz bekommen. Zwar kann sie nicht sprechen, aber was würden Worte auch schon besagen? Jetzt ist sie ganz wach, anwesend, erreichbar, ansprechbar.

### *Wiederholung als geistige Vertiefung*

Der hörende Mensch beeinflusst durch die Art und Weise seines Hörens den Wahrnehmungsgehalt der Musik. Dabei spielt die *Wiederholung* eine große Rolle. Durch wiederholtes Hören wird die Musik vertrauter, klarer, durchsichtiger, und sie rückt näher, wodurch sie fordernder, komplexer erscheint. Wiederholung ist für Kinder ein unermüdliches Spiel. Kaum ist das Märchen erzählt, heißt es „Noch einmal!“, und zwar ganz genau so wie zuvor, nichts weglassen! Sinnvolle, in einen Zusammenhang eingebundene Wiederholung desselben ist ein geistiges Wachstumsprinzip, ein Lebensprinzip, ein Identität stiftender Prozess. Es beansprucht und fördert die Kräfte im Menschen, die erkennen und wiedererkennen. Es kennzeichnet eine Wesenseigenschaft des *Spieles* und damit eine zutiefst geistige Fähigkeit des Menschen (RAHNER 1952). Als Grundmerkmal der *Übung* durchzieht das Wiederholungsprinzip alle Formen der Meditation, östliche wie westliche (DÜRCKHEIM 1966).

Die Gruppe ist voller Unruhe, Durcheinanderreden. Dann, nach einem kurzen Moment erwartungsvoller Stille ertönt eine Musik, wir hören zu. Die Töne sind verklungen, alle bleiben noch still. Ein Zauber liegt in der Luft, die Menschen wirken, als ob sie alle zusammengehörten. Es ertönt das Finale (*Allegretto*) aus Mozarts 17. *Klavierkonzert* in G-Dur. Einige schildern ihren Eindruck: die Musik sei fröhlich, beschwingt, ausgelassen; sie enthalte eine Jagdszene (wegen des Hörnereinsatzes an einer herausragenden Stelle). Wir hören das Stück noch einmal. Ich fordere die Anwesenden auf, die Töne „wie zum ersten Mal“ zu hören. Danach werden ganz andere Eindrücke geschildert! Zwei Patienten halten das Gehörte sogar für ein neues Musikstück. Übereinstimmend wird festgestellt, daß die Musik eigentlich nicht unbeschwert und ausgelassen ist. Da sei auch „Schweres und viel Tiefgang“ darin. „Aber froh ist sie trotzdem!“ Die Wahrnehmung differenziert sich. Es ist nun schwerer möglich, etwas zu dieser Musik zu sagen, die vermittelten Erlebnisse entziehen sich dem Wort. Da das Schwere

nicht allzuschwer ist und das Lebensfrohe überwiegt, einigen wir uns, das *Allegretto* noch ein drittes Mal zu hören.

In der Zeit danach sprachen mich mehrere Teilnehmer auf diese Stunde an. Das sei ein ganz besonderes Erlebnis gewesen. So hätten sie noch nie Musik gehört!

### *Sie atmen auf*

Mein sicherstes Leitsignal, ob eine Musik beim Patienten ankommt, ist das Aufatmen, die seufzerähnliche tiefe Ein- und Ausatmung. Zeitweise wartete ich nur noch auf dieses Zeichen, wie eine *idée fixe*, so faszinierte mich diese bewegende Lebensäußerung. *Wann* geschieht das Aufatmen? Direkt nach dem Beginn der Töne, mittendrin, an welcher Stelle, beim Ende des Stückes, oder erst nach einer Pause? Alles das sind Hinweise darauf, *wie* der Patientinhört, in welcher Bewußtseinshaltung er sich befindet.

Vor 800 Jahren schrieb die Seherin und Komponistin HILDEGARD VON BINGEN: »Beim Hören eines Liedes pflegt der Mensch zuweilen tief zu atmen und zu seufzen. Das gemahnt uns daran, daß die menschliche Seele der himmlischen Harmonie entstammt und daß sie selbst etwas von dieser Harmonie in sich trägt«. Eine klare, sachliche Feststellung: das Aufatmen beim Hören von Musik hat etwas zu tun mit der eigentlichen Harmonie, nach der der Mensch sich sehnt und die er kennt, weil er sie in sich trägt. Wenn ich versucht bin, ein solches Aufatmen willentlich zu „erzeugen“, gelingt es nicht. Als ob das eigentliche, das Wesen fehle. Ich spreche dann, nach MARTIN BUBER, nicht das beziehungs-schaffende Grundwort Ich-Du, sondern das grenzende, Gegenstand schaffende Grundwort Ich-Es, und damit falle ich aus der dialogischen Beziehung.

In einem Raum mit vier Patienten lief zur stillen Mittagszeit das *Adagio* aus Mozarts *Klarinettenkonzert*. Über eine längere Passage konnte ich beobachten, wie alle vier eine nahezu synchrone Atemfrequenz hatten, und zwar genau im melodischen Zeitmaß der Musik. Ein Erlebnis, das manchmal auch im Konzertsaal stattfindet, wenn die Hörenden wie zu einer einzigen Seele verbunden sind. Das Zeitmaß der Melodien, die

meist in sinnvolle Atemzüge gegliedert sind, wirkt sich auch auf die Zuhörenden aus. Immer wieder bemerke ich bei Patienten, wie sich während intensivem Hören ihre regelmäßige Atembewegung der melodischen Gliederung angleicht.

JOHN DIAMOND beschreibt dasselbe Phänomen bei einem seiner zahlreichen Tests: »Seit Jahren lasse ich meine Schüler ein Musikstück hören und zwar mehrmals mit verschiedenen Interpreten. Ein gutes Beispiel ist der Anfang des dritten Satzes (*Adagio*) aus Beethovens *Neunter Symphonie*. Bei einer Aufnahme mit Furtwängler kann man die Beobachtung machen, daß die ganze Gruppe fast innerhalb von Sekunden synchron atmet, alle scheinen ihre Brust einstimmig zu heben und zu senken« (DIAMOND 1983).

### *Impuls, der in die Glieder fährt*

Mit einem jungen Mann, der nach schwerem Unfall und Koma bei uns zur Frührehabilitation war, arbeitete ich regelmäßig auch *audiotaktil*, das heißt, ich führte seine Hände und Arme zur Musik, in sinnvollen, der Musik abgelauschten Bewegungsmustern, die bei jeder Wiederholung dieselben blieben. Einmal hörten wir das *Vorspiel zum ersten Akt* von Verdis *La Traviata* mit solchen geführten Bewegungen (währenddessen seufzte er mehrmals, wie ich mir im Protokoll vermerkte), und anschließend den Gregorianischen Hymnus *Adoro te devote*. Nach dem Verklingen der Töne sagte er unvermittelt: „Ich will aufstehn!“ Erst verstand ich nicht. Er wiederholte: „Aufstehn!“ Ich wußte nur, daß er zur Zeit regelmäßig mit einer speziellen Vorrichtung (Stehbarren) passiv in die Senkrechte gestellt wurde. Aber aktiv, aus eigenem Antrieb, war er noch nie aufgestanden. Ich gab ihm Hilfestellung von vorn, stützte seine Knie - und mit gewaltigem Kraftschub stand ein Riese in meiner Umarmung! Er war fast zwei Kopf größer als ich. Nach etwa einer Minute sank er wieder in seinen Rollstuhl zurück. - Der junge Mann kann zwar bis heute noch nicht richtig laufen. Aber er hat dieses Ziel nicht aufgegeben. Der Impuls jener Stunde hatte uns beide tief berührt, auch wenn wir weiter nicht darüber sprachen.

Eine schon ältere Patientin, zäh arbeitend an den langwierigen Lähmungserscheinungen durch eine Entzündung der Nervenwurzeln (Guillain Barré Syndrom), wurde immer im Rollstuhl zur Therapiestunde gebracht. In der Gruppe schwieg sie, wir führten aber interessante Einzelgespräche. Nach einer schönen Stunde Anfang Mai, wir hatten Lieder und Musik zum Thema „Maistimmung“ gehört, berichtete mir die Schwester, die sie zurück zur Station holte, wobei sie einen Brückenbogen überqueren mußten, der beide Straßenseiten des Klinikkomplexes verbindet: „Als wir an die Steigung der Brücke kamen, wollte Frau D. es alleine versuchen. Sie fuhr rückwärts mit dem Rollstuhl die Brücke hoch, abwärts half ich ihr dann wieder. Das hat sie noch nie gemacht!“ Wenige Tage später traf ich Frau D. mit ihrer Krankengymnastin bei Gehversuchen. Sie strahlten beide, denn das war ein Durchbruch!

### *Innerlich tönende Anwesenheit*

Ein wesentliches Wirkprinzip der Auditiven Musiktherapie besteht darin, im Patienten eine innerlich tönende Anwesenheit von Musik zu hinterlassen. Wer intensiv einer Musik zuhört, fängt innerlich quasi an zu singen. Unhörbar von außen, klingt doch die ganze Musik im Innenraum des Zuhörenden.

Es liegt tatsächlich ein muskuläres Geschehen vor, selbst beim Hören von Musik sind die Kehlkopfmuskeln aktiv beteiligt, wie myographische Untersuchungen der Landesnervenklinik Salzburg zeigen (SCHWARZKOPF 1987). So entsteht auch eine vermehrte Schleimbildung über den Stimmlippen, die dann zum Räuspern oder Husten reizen kann. Intensives Zuhören beansprucht also auch physiologisch das Stimmorgan! Diese stimulierende Wirkung eines aktiven, hingeebenen Musikhörens auf die Kehlkopf- und Stimm-Muskulatur fördert nach meiner Beobachtung die Stimmbildung bei Patienten, die ihre Stimme verloren haben, wie es bei vielen aus dem Koma Erwichenen vorkommt, und begünstigt die Behandlung stimmlicher Schwierigkeiten nach Entfernen einer Trachealkanüle.

Auf unserer Station für Frührehabilitation wird die harmonisierende Wirkung der Musiktherapie auf die im Umgang oft problematischen Patienten sehr geschätzt. Immer wieder erhalte ich von KollegInnen aus Therapie und Pflege die Rückmeldung, daß nach einer Musiktherapiestunde die Patienten „leichter“ sind im handling, nämlich offener, gelöster, zugänglicher, oftmals auch wacher. Das ist für mich ein Zeichen dieser *Anwesenheit*. Manchmal ist der Nachklang des Musikhörens auch so stark, daß der Patient erst einige Zeit Ruhe braucht, bis er sich auf die nächste Therapie einlassen kann. Irgendwie spüren das meine KollegInnen bei der Kontaktaufnahme mit dem Patienten, denn sie gehen dann zuerst zu einem anderen. Solche Flexibilität ist im Team der Frührehabilitation für alle therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen kennzeichnend und notwendig.

### *Raum und Zeit*

Wer sich auf die Musik einläßt und von ihr eingelassen wird, betritt einen anderen Wahrnehmungsraum, den »nur der Musik eigentümlichen Gefühlsraum, in dem alle Arten musikalischer Raumhaftigkeit zu komplexer Gesamtwirkung ineinandergreifen« (HARRER 1982). Zeit wandelt sich in eine andere Qualität, sie »verschwindet, sobald sie als musikalischer Zeitfluß wahrgenommen wird« (LEHTONEN 1994). Ein dreißigminütiges Adagio aus einer Symphonie wird bei gesammeltem Musikhören zu *einem* großen Augenblick. Durch das „Versammelt-Sein in seinem innersten, fühlenden Ich“ gestaltet sich die Wahrnehmung prozeßhaft.

Die Musikpsychologie spricht von erlebten Energien: »Die Grundlage eines musikalischen Eindrucks ist das Erleben einer Bewegung, einer vorwärtsdrängenden kinetischen Energie, der eine potentielle Kraft spannungsvoll entgegengestellt ist« (KURTH 1931). Der Aufenthalt in diesem energiegefüllten Raum verändert, ja verwandelt uns. Es kommt nicht selten vor, daß GruppenteilnehmerInnen durch eine Musik (wie zum Beispiel die *Morgenstimmung* aus Edvard Griegs *Peer Gynt*) den Ablauf des Lebens vor Augen haben. »Genau wie die Grundwerte des Menschen auf der Kategorie von Zeitlichkeit (Leben/Tod) beruhen, so ist jedes musikalische Werk in seiner Temporalität wie ein exaktes Mo-

dell des menschlichen Lebens. Die in Musik enthaltene Zeit ist jedoch nicht physikalisch, sie kann nicht mit der Uhr gemessen werden (seiende Zeit), sondern sie ist Zeit als generatives Prinzip. Sie ist Zeit als bestimmte Augenblicke, als Schicksal oder Tod. Es ist die subjektive Zeit, welche Zeit als ein Werden darstellt« (LEHTONEN 1994).

## *Schluss*teil

Mein Angebot der Auditiven Musiktherapie ist eine Einladung, beim Hören wacher, aufmerksamer, gesammelter zu sein und mehr auf die Musik selbst zu hören. Ausgangspunkt, erste Schicht des Hörens, ist meist das bildhafte, gefühlsgebundene Erleben, in dem sich unsere eigenen, derzeit gültigen seelischen Inhalte sowie auch unsere innere Einstellung widerspiegeln. »Die subjektive psychische Verarbeitung musikalischer Eindrücke ist immer im Zusammenhang mit dem gesamten Ausdrucksrepertoire der erlebenden Persönlichkeit, mit ihrer subjektiven Bedürfnisstruktur und ihrem persönlichkeitspezifischen Hintergrund zu sehen« (ALLESCH 1982).

Zu diesem subjektiven Wahrnehmungsgehalt versuche ich, einen tieferliegenden, objektiven hinzu entstehen zu lassen, indem über Wiederholung, Gespräche über das Erlebte, sowie von mir während der Musik gesprochene Hinweise die formalen, strukturellen Inhalte der Musik deutlicher ins Bewußtsein gelangen. Das wirkt sich auch auf die Selbstwahrnehmung aus, bedeutet doch »die Objektivierung eine Art Aufgabe des gegenwärtigen Ichs, ein Aufgeben des erreichten Bestandes an Identifikationen, denen wir uns dabei sachlich oder leidend gegenübergestellt sehen« (SCHEURLE 1984). Nicht rein mental analytisches Hören ist hier gemeint, sondern eine innere, geistige Tätigkeit, die Integration zum Ziel hat.

Innere Verwandtschaft besteht zum Ansatz der *Regulativen Musiktherapie*: »Bewußtes Geschehenlassen bedeutet die Realisierung von Aktivität in Form des Sichöffnens und des Sichüberlassens gegenüber allen aktuellen positiven und negativen Wahrnehmungen intrapsychischer Vorgänge sowie dem Einfluß und der Wirkung von Musik und anderen äußeren Reizen unter der Bedingung einer gelösten und erwartungsfreien inneren Haltung« (SCHWABE 1987). Doch vermeide ich den Trainingscharakter und das »bewußte Fokussieren auf Spannungszustände und unerwünschte Gefühle« (RÖHRBORN 1992), wie es beim Ansatz der Regulativen Musiktherapie für die psychotherapeutische Arbeit notwendig ist. Mein Angebot der Auditiven Musiktherapie hat sich in der Arbeit mit schwer hirngeschädigten Menschen entwickelt und geformt. Die Ursache für psychische Spannungszustände ist hier eindeutig organischer Art, es ist klar, warum der Patient leidet, das Thema ist ihm täg-

lich vor Augen. Die damit verbundenen Spannungen und Probleme der Krankheitsverarbeitung wollen sehr behutsam angefaßt werden, es sind offene Wunden. Gerade das Appellieren an die geistigen Kräfte fördert nach meiner Erfahrung hierbei die Heilung.

Aufmerksames, hingeebenes Hören führt zu einem Verwandlungsprozess, in den beide, Hörer wie Musik, einbezogen sind. In der lebendigen Begegnung zwischen Tönendem und Lauschendem entsteht ein Drittes, etwas, das diesen Begegnungsraum ausfüllt. Diese numinose Gestalt »kann ich nicht erfahren und nicht beschreiben; nur *verwirklichen* kann ich sie« (BUBER 1965). Das Verwirklichen lerne ich immer neu in der therapeutischen Begegnung mit meinen hirngeschädigten Patienten. In der genannten Spannung zwischen Erschütterung und Zauber ereignen sich Freude, Trost und kleine Schritte auf dem Weg der Heilung.

## Literatur

- ALLESCH, CHRISTIAN** (1982): Das Musikerleben als personaler Gestaltungsprozeß (S.123), in: , Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie, Fischer Verl, Stuttg
- BUBER, MARTIN** (1965): Ich und Du, Das Dialogische Prinzip (S.12-14), Verlag Lambert Schneider, Heidelberg
- DE LA MOTTE-HABER, HELGA** (1985): Handbuch der Musikpsychologie, (Verhaltensweisen und Urteil S.175-176), Laaber-Verlag, Laaber
- DIAMOND, JOHN** (1983): Lebensenergien in der Musik, Zürich: Bruno Martin, in: MUTHMANN, Musik und Erleuchtung (S.332), Verlag Max Hieber, München 1984
- DÜRCKHEIM, KARLFRIED** (1980): Der Alltag als Übung, 6.Auflage, Hieber Verlag, Bern
- GADOMSKI, MICHAEL** und **JOCHIMS, SILKE** (1986): Musiktherapie bei schweren Schädel-Hirn-Traumen, in: Musiktherapeutische Umschau Band 7, S.104, Fischer Verl, Stuttgart
- GEMBRIS, HEINER** (1993): Zur Situation der rezeptiven Musiktherapie, in: Musiktherapeutische Umschau (im Folgenden als „MU“ bezeichnet), Band 14, S.200-204, S.197, Fischer Verlag, Stuttgart
- HARRER, GERHART** (1982): Das Musikerlebnis im Griff des naturwissenschaftlichen Experiments (S.13), in: HARRER, Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie, Fischer Verlag, Stuttgart
- HERDER, JOHANN GOTTFRIED** (um 1800), Musikästhetik
- HESSE, HERMANN** (1943): Stufen, in: Das Glasperlenspiel, Suhrkamp, Frankfurt 1972
- HILDEGARD VON BINGEN** 1179): Brief an die Mainzer Prälaten (S.240), in: Briefwechsel der Hildegard von Bingen, Otto Müller Verlag, Salzburg, 2.Auflage 1990
- KURTH, ERNST** (1931): Musikpsychologie, Berlin, zitiert nach: DE LA MOTTE-HABER, Handbuch der Musikpsychologie (S.419), Laaber Verlag, Laaber 1985
- LEHTONEN, KIMMO** (1994): Gibt es Entsprechungen zwischen den Strukturen von Musik und Psyche? in: MU, Band 15, S.10-11
- PETERSEN, PETER**, (1987): Der Therapeut als Künstler, Ein integrales Konzept von Psychotherapie und Kunsttherapie (S.60), Junfermann Verlag, Paderborn
- RAHNER, HUGO** (1952): Der spielende Mensch, Johannes Verlag, Einsiedeln
- RÖHRBORN, HELMUT** (1992): Vortrag auf dem 8. Deutschen Kongreß für Musiktherapie in Lübeck, September 1992, in: MU, Band 13, S.310
- SACHS, NELLY** (1961): Fahrt ins Staublose, Suhrkamp Verlag, Frankfurt
- SCHEURLE, HANS-JÜRGEN** (1984): Die Gesamtsinnesorganisation, Überwindung der Subjekt-Objekt-Spaltung in der Sinneslehre (S.76), Thieme Verlag, Stuttgart
- SCHOPENHAUER, ARTHUR** (1819): Die Welt als Wille und Vorstellung 3.Auflage 1859, Buch III, Kapitel 52
- SCHWABE, CHRISTOPH** (1987): Regulative Musiktherapie (S.77), Fischer Verlag, Stuttgart
- SCHWARZKOPF** (1987): Anmerkung bei einer Radiosendung in Südfunk2 über die Sängerin Elisabeth Schwarzkopf 1987
- WEBER, TILMAN** (1992): beim 8. Deutschen Musiktherapie-Kongreß in Lübeck, in: MU, Band 13, S.311

ZIEGER, ANDREAS (1996): Musiktherapie bei schwer hirngeschädigten Patienten, in: Zeitschrift für Heilpädagogik 8/96, S.310-317, Goden-Verlag, Schwerte



*Der Artikel wurde 1997 unter „Hohmann“ veröffentlicht.*

**Wolfgang Hohmann geb. Zeitler**, Höhenweg 19, 35619 Braunfels  
Musiktherapeut und Seminarleiter, Studium der Medizin, Philosophie und Musikwissenschaft, beteiligt in der Freien Forschungs- und Studiengemeinschaft UNIVERSITAS (Marburg). Seit 1990 Musiktherapeut an der Neurologischen Klinik Braunfels mit Schwerpunkt in der Frührehabilitation. Gründer und Seminarleiter des *Studienkreis für Musikhörer* in Braunfels.

© Vandenhoeck&Ruprecht 1997

*Neue Anschrift und Namensänderung seit 2001:*

**Wolfgang Zeitler**, *Musiktherapeut, Heilpraktiker für Psychotherapie*,  
PSYCHOTHERAPEUTISCHE HEILPRAXIS & MUSIKALISCHE LEBENSCHULE  
**ARS AUDIENDI**  
**Dammalle 8, 95444 Bayreuth**  
**Telefon 0921-150 44 47**



info@musikpsychotherapie.de  
info@wolfgangzeitler.de  
<http://www.musikpsychotherapie.de>