

Musiktherapie in der Kinderonkologie

Ein Erfahrungsbericht aus Rostock

CHRISTINE GERBERT, JANA-CHRISTIN WALTER UND CARL FRIEDRICH CLASSEN



© Universitäts-Kinder- und Jugendklinik Rostock

Abb. 1: Musiktherapie im Wintergarten der kideronkologischen Station

Fast alle Kinder mit einer Krebserkrankung, die eine Musiktherapie erlebt haben, möchten diese rückblickend nicht missen. Dies ist zumindest in der Universitäts- und Jugendklinik Rostock der Fall, wie sich in einer kleinen Studie herausgestellt hat. Die Kinder hatten Spaß und konnten sich ablenken, einige erlebten auch Entspannung, den Rückgang von Schmerzen, von Übelkeit oder von Schlaflosigkeit.

Musiktherapie – der Einsatz musikalischer Mittel zum Wohle eines kranken Menschen – ist an der Universitäts-Kinder- und Jugendklinik Rostock dank großzügiger Unterstützung durch den Verein zur Förderung krebskranker Kinder Rostock e.V. seit rund vier Jahren etabliert. Im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung begleitete nun eine Medizinstudentin ein

Dreivierteljahr lang die Musiktherapeutin bei der Arbeit. Die Frage war: Was bringt die Musiktherapie? Leider handelt es sich nicht um etwas, das sich wie ein Laborwert oder eine Körpertemperatur einfach messen lässt. Mithilfe von teilnehmender Beobachtung und strukturierten Interviews konnten aber dennoch ein paar interessante Erkenntnisse gewonnen werden.

Die wichtigsten Ergebnisse: Fast alle, die die Musiktherapie erlebt haben, möchten sie, im Rückblick betrachtet, nicht missen. Sowohl mehr auf Ausleben von Gefühlen und Rhythmus ausgerichtete Formen von Musiktherapie als auch solche, bei denen es mehr um Entspannung geht, haben einen wichtigen Stellenwert. Außer Spaß und Ablenkung, die fast alle Patienten erleben, werden von einzelnen als Therapiewirkungen auch angegeben: die Entspannung, der Rückgang von Schmerzen, Übelkeit und Schlaflosigkeit sowie das Erleben neuer kreativer Entfaltungsmöglichkeiten in einer sonst eher zur Passivität zwingenden Lebenssituation.

Hintergrund zur Beobachtungsstudie

Jeden Donnerstag ist Musiktherapie-Tag. Die Musiktherapeutin Jana-Christin Walter kommt mit großem Gepäck auf die Station: Nicht nur eine Gitarre und den großen Klangkoffer hat sie dabei, sie holt auch große und kleine Trommeln und Klangschalen aus dem Schrank, das Chordun – ein großes Saiteninstrument aus Holz, ähnlich einer Mischung aus Harfe und Zither – und andere Musikinstrumente. Sie fragt die Ärzte oder Schwestern, welche Kinder gerade da sind, und wie es ihnen geht. Und dann geht es los.

An manchen Donnerstagen hört man bis ins Stationszimmer, wie die lustigen Rhythmen erschallen, wie die Kleinen singen und tanzen. Besonders die große Trommel ist beliebt. Vorsichtig zeigt Jana-Christin Walter den Kleinen, wie man mit gleichmäßigen, ruhig gesetzten Rhythmen den stärksten Effekt erzielen kann. Oder sie singt einfach mit den Kindern zusammen, die bald schon die wichtigsten Reime auswendig können und munter mitsingen (**Abb. 1**).

An manchen Tagen hört man aber auch fast gar nichts von der Musiktherapie. Die

Musiktherapeutin ist zu einer Jugendlichen ins Krankenzimmer getreten, die – schwerkrank, Schmerzen leidend, mit schlechten Blutbildwerten – das Zimmer nicht verlassen darf. Jana-Christin Walter hat sich zu ihr gesetzt und die Musikinstrumente ausgepackt. Zuerst ist nur Stille wahrzunehmen. Und dann erklingt ein gleichmäßiger, schwebender Ton – schließlich mehrere, die mit durchdringender Harmonie den ganzen Raum erfüllen: Klangschalen. Die schwerkranke Jugendliche, auf deren Unterleib und Brustkorb die Schalen ruhen, liegt ganz entspannt da. Offenbar erfüllt der schwebende Klang sie ganz und gar. Die Vibration der Schalen durchdringt das Bett und ist sogar über den Fußboden zu spüren. Eine solche Sitzung dauert oftmals sogar besonders lange.

Zur Musiktherapie gehört es aber auch, dass ein Junge Gitarre übt – und Jana-Christin Walter bringt ihm ein paar neue Griffe bei – oder dass ein zehnjähriges Mädchen auf dem Keyboard Weihnachtslieder spielt.

Jana-Christin Walter ist seit 2008 an der Univ.-Kinder- und Jugendklinik Rostock tätig, vorher arbeitete sie an einer großen Klinik in Hamburg. Sie hat ein vierjähriges Studium der Musiktherapie an der „Musiktherapeutischen Arbeitsstätte Berlin e. V.“ absolviert. Das Berufsbild der MusiktherapeutInnen entspricht einer Aus- bzw. Weiterbildung, die als Studium an einer Staatlichen Hochschule, an privaten Hochschulen oder als Ausbildung an anerkannten Musikschulen erworben werden kann [1, 2]. Im Rahmen dieser Ausbildung werden neben den eigentlich musiktherapeutischen Inhalten sowohl musikpädagogische und musiktheoretische als auch medizinisch-psychotherapeutische Grundkenntnisse vermittelt; praktische Tätigkeiten stellen ebenfalls einen wichtigen Grundpfeiler dar [1, 2]. Einheitliche Grundsätze der Musiktherapie – für Ausbildung, Theorie und Praxis – wurden von zahlreichen Musiktherapie-Verbänden 1998 in den sog. Kasseler Thesen formuliert [3]. Hier heißt es u. a.:

„In der Musiktherapie ist Musik Gegenstand und damit Bezugspunkt für Patient und Therapeut in der materialen Welt. An ihm können sich Wahrnehmungs-, Erlebnis-, Symbolisierungs- und Beziehungsfähigkeit des Individuums entwickeln. Rezep-

tion, Produktion und Reproduktion von Musik setzen intrapsychische und interpersonelle Prozesse in Gang und haben dabei sowohl diagnostische als auch therapeutische Funktion. Das musikalische Material eignet sich, Ressourcen zu aktivieren und individuell bedeutsame Erlebniszusammenhänge zu konkretisieren (...). Musiktherapeutische Methoden folgen tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutischen, systemischen, anthroposophischen und ganzheitlich-humanistischen Ansätzen.“

Im Rahmen Ihrer Tätigkeit an der Universitäts-Kinder- und Jugendklinik werden der Musiktherapeutin alle diese Kompetenzen abverlangt (Abb. 2). Ihre Ausbildung war unter anderem an dem anthroposophischen Verständnis orientiert. Hierzu gehört die Vorstellung, dass eine Wesensbeziehung zwischen Musik und Mensch vorhanden ist, also zum Beispiel der Körper oder die Seele Schwingungen, Rhythmen oder Intervalle der Musik widerspiegeln können. Lebensprozesse und musikalische Prozesse gestalten sich entsprechend nach einheitlicher Weise, und es können mit der Musik und mit musikalischen Elementen wie Intervallen, Tönen, Tonarten etc. über das Eingangstor der seelischen Wahrnehmung heilsame Prozesse im Körper induziert werden, indem der Körper den Schwingungen der Musik folgt [4].

Die verschiedenen Aspekte der praktischen Umsetzung von Musiktherapie versuchte nun die Medizinstudentin Christina Gerbert bei ihrer Beobachtung der musiktherapeutischen Arbeit zu erfassen – ein schwieriges Unterfangen. Eine richtige wissenschaftliche Analyse ist dabei leider nicht herausgekommen. Es sind unserer Meinung nach aber doch genug Ergebnisse um sie in einem kleinen Bericht vorzustellen.

Methoden

Im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung begleitete eine Medizinstudentin einige Monate lang eine Musiktherapeutin bei der Arbeit. Die Frage war: Was bringt die Musiktherapie? Fühlen sich die Kinder wohler? Das ist natürlich nicht so leicht zu messen wie die Wirkung eines Fiebermittels oder Antibiotikums.

Die Studentin beobachtete die Therapiesitzungen und führte ein Protokoll:

Wie ging es den Kindern vor der Therapie? Waren sie unruhig oder gelassen, wirkten sie, als ob sie Probleme bedrückten, hatten sie Schmerzen, Übelkeit oder Verspannungen?

Dann wurde genau notiert, welche Instrumente eingesetzt wurden. Wie reagierten die Kinder auf die Therapie? Gingen sie aus sich heraus und trommelten wild drauflos – oder waren sie mehr entspannt und öffneten sich für die leisen Töne? Auch, wie es den Kindern nach der Musiktherapie ging, wurde genau protokolliert.

In einem weiteren Ansatz führte die Studentin dann noch ausführliche Interviews mit den Eltern, mit den älteren Patienten oder mit beiden zusammen. Dabei ging es vor allem um die Frage, ob die Eltern, Kinder und Jugendlichen selbst



Abb. 2: Rhythmus-Erfahrungen mit einem Kleinkind

einen Nutzen in der Musiktherapie sehen, ob sie den Ablauf so, wie sie ihn erleben, gut finden, und ob sie Anregungen oder Änderungswünsche haben.

Die Eltern – bzw. jugendlichen Patienten selbst – wurden immer um ihr Einverständnis gebeten. Das Protokoll der Studie wurde der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock vorgelegt, die keine Einwände dagegen hatte (Votum A 2010 78). Insgesamt wurden rund zwanzig Patienten bzw. ihre Eltern begleitet und befragt.



Abb. 3: Klangschalentherapie mit einem Jugendlichen

Ergebnisse

Die Patienten waren etwa zur Hälfte männlich, zur Hälfte weiblich. Sie hatten die pädiatrietypischen onkologischen Diagnosen (Leukämie, Hirntumor, Sarkom, Keimzelltumor, Langerhanszell-Histiozytose). Sie befanden sich jeweils im Rahmen der Polychemotherapie in stationärer Behandlung. Sporadisch erhielten auch Patienten bei ambulanten oder teilstationären Behandlungsterminen Musiktherapie. Die Befragung richtete sich auch an Patienten bzw. Eltern, deren Behandlung abgeschlossen war, und die sich nun nachträglich über ihre Erfahrungen äußerten.

Zum Ablauf der Musiktherapie

Die Musiktherapie wurde etwa zur Hälfte in dem Wintergarten, also dem zentralen Spielraum und Mittelpunkt der Station, zur Hälfte in den jeweiligen Patientenzimmern durchgeführt. Letzteres betraf vor allem Kinder, die aus medizinischen oder hygienischen Gründen das Bett oder das Zimmer nicht verlassen konnten. Überwiegend erfolgte sie als Einzelbetreuung der Kinder, oft mit ihren Eltern, deren Anwesenheit vor allem am Anfang von den Kindern sehr gewünscht wurde, selten als Behandlung mehrerer Kinder gleichzeitig, gar nicht als Gruppentherapie. Die Kinder und ihre Eltern wurden jeweils gefragt, ob sie die Therapie wünschten; keinem Kind wurde sie aufgedrängt. Häufig waren die Kinder

anfangs schüchtern und zurückhaltend, vor allem, wenn sie die Therapie noch nicht kannten. Selten brach ein Kind von sich aus die Therapie ab. Gelegentlich zeigte sich, dass das Kind nach der typischen Dauer einer Sitzung – individuell 20–40 Minuten – unruhiger wurde und offensichtlich seine Konzentrationsspanne erschöpft war.

Eine eher leise Musiktherapie erfolgte bei etwa der Hälfte der Kinder, bei einem Viertel ging es laut her, bei den übrigen gab es beide Komponenten. Ganz wichtig war bei fast allen Therapiesitzungen – außer bei der reinen Klangschalentherapie – der Gesang der Therapeutin. Unter den verwendeten Instrumenten hebt sich vor allem die Gitarre heraus, die bei drei Vierteln der Musiktherapiesitzungen verwendet wurde – sowohl bei den leisen als auch den lauten Therapien. Dies gilt ebenfalls für die große Trommel, die etwa bei der Hälfte der Therapien verwendet wurde, wogegen die Klangschalen vor allem bei den „leisen“ Therapiesitzungen eingesetzt wurden (Abb. 3).

Häufig wurde auch das Chordun verwendet, ein sehr leichtes Polychord mit acht Saiten, einer Zither oder Harfe entfernt ähnlich, das auf einer Oberfläche wie Tisch oder Bett, aber auch auf dem Körper des Patienten liegend gespielt werden kann.

Ebenso oft wurde der Klangkoffer verwendet – hierin ist eine Vielzahl einfacher

Instrumente verborgen, die besonders gut geeignet sind, kleineren Kindern Klangerlebnisse zu ermöglichen: beispielsweise Klanghölzer, Kokosnussschalen, Rasseln, Cymbeln, Glocken, Fußglöckchen, eine Eisenbahnpfeife, kleine Kissen mit unterschiedlicher Füllung zum Fühlen oder für Raschelgeräusche, Triangeln, Shaker, Rasseln und ein Daumenklavier.

Nur in Einzelfällen wurden andere Instrumente, wie etwa Keyboards oder Steel Drums, verwendet. Meist äußerte ein einzelnes Kind eine besondere Vorliebe für dieses Instrument, worauf entsprechend eingegangen wurde.

Inhalte der Musiktherapie

Zur Verdeutlichung dessen, was bei der Musiktherapie genau geschieht, seien beispielhaft einige der Therapiedokumentationen der Therapeutin zitiert:

„Iris (4 Jahre, Name geändert) kommt direkt aus dem Schlaf, als ich an ihr Bett trete, und sehr langsam können wir an unsere Begegnung vom letzten Mal anknüpfen. So bleiben wir diesmal im Zimmer (mit Mama) und beginnen den Musikkoffer zu entdecken. Zu allen Instrumenten, die wir herausholen, erfinden wir Geschichten, spüren den Geräuschen und Klängen nach, singen Lieder – wobei sie gut zuhört! – kaum mitsingt, mich aber gern auf den Instrumenten begleitet. Eine Vorliebe für Rasseln und Schüttelinstrumente fällt auf. Vielleicht spürt sie sich an den Bewegungen, ohne all zu viel Schwingungen ausgesetzt zu sein, denn diesen weicht sie aus. Leiblich kann sie wenig an sich herankommen lassen. Klängen am Leib weicht sie klar aus. Trotzdem können wir bei den einzelnen Instrumenten und Liedern schon länger und tiefer eintauchen als beim letzten Mal. Die Gitarre interessiert sie sehr. Sie hat Ideen zu Farbliedern, wiederholt das eine oder andere Lied gern mit mir und will wirklich jedes Instrument des Koffers bis zum Schluss kennenlernen. Am ehesten wird sie bei lauten Schlaginstrumenten frei. Laute gleichmäßige Rasselmusik zu Pferdliedern geben ihr Kraft. Insgesamt können wir 30 Minuten konzentriert arbeiten.

Robin (8 Monate, Name geändert) und Peter (2 Jahre, Name geändert) sind in ihren Bettchen und zunächst ohne Eltern im Zimmer. Ich löse eine Schwester ab und

versuche, das Weinen von Robin mit Musik zu beeinflussen. Es gelingt sofort. Robin lauscht und auch Peter wirkt interessiert, und wir machen nun zusammen Musik, indem ich mich abwechselnd mal dem einen mal dem anderen Kind näher zuwende. Robin ist vor allem von Saiteninstrumenten angetan, die kleine Leier spielt er lange mit seinen kleinen Händchen und probiert eifrig, wie ihr Töne zu entlocken sind. Darüber vergisst er eine ganze Weile sein Weinen, auch wenn ich mich in zwischen Peter zuwende. Hier scheint die Musik eine Hülle zu schaffen, die ähnliche Geborgenheit für ihn bedeuten mag, wie auf den Arm genommen zu werden. Darüber hinaus erlebt er sich selbst stark an der Schwingung und beginnt, selbst aktiv zu werden. Peter ist eher von der großen Trommel begeistert, in die er am liebsten hineinkriechen würde. Vor allem die Akustik unter der Trommel fasziniert ihn. Hier ist vielleicht ein Grenzerlebnis das Bedürfnis. Inzwischen ist auch die Mutter mit Partner erschienen und ganz interessiert, ermahnt aber Peter immer wieder, vorsichtig zu sein. Peter jedoch entfaltet immer mehr seine leibliche Freude an der Vibration, singt lauthals und exakt auf Tonhöhe mit und erstrebt vermutlich mehr Bewegungsfreiheit und Unabhängigkeit von Mama. Da Robin immer wieder zu weinen beginnt, wenn die Musik aufhört, wird es ein längeres Flötenspiel am Ende, bei der die Musik immer leiser wird, um sich schließlich ganz auszuschleichen. Meine Stimme summt nur noch. Eine Schwester übernimmt die Kinder wieder.

Mandy (16 Jahre, Name geändert) war nur ambulant da, sodass wir im Wintergarten die Liege in Anspruch genommen und unsere übliche Klangschalen-therapie fortgeführt haben. Erstaunlicherweise ließ sie sich von keinem Publikum und keinen Bemerkungen ablenken und war sofort völlig im Klang. Inzwischen klingen die Beine schon wieder etwas besser und durch Resonanzübertragung wird der Klang jedes Mal mehr verstärkt. Ich finde auch den „Inselklang“, der zum Beginn unserer Arbeit nur hier und da am Körper auftauchte, inzwischen wesentlich stärker miteinander verbunden. Aber es gibt noch immer Stellen, die kaum klingen, wie Oberschenkel und Knie und Füße. Das kommt sicher bald. Auf jeden Fall genießt sie es sehr und

ist danach sehr entspannt und kommt wie aus dem Tiefschlaf.

Marie (2 Jahre, Name geändert) holt sich ganz bewusst die Klänge an den Leib: sie klettert in die Trommel und lässt sich schaukeln, steigt auf die Trommel und tanzt, legt sich in meine Arme und lässt sich nach hinten fallen, um aufgefangen und geschaukelt zu werden. Darüber hinaus untersucht sie alle Instrumente auf Klänge und Geräusche und ist in ihrem Forschen unermüdlich. Manchmal auch ein wenig rastlos. Inzwischen bleiben wir aber schon etwas länger bei einem Instrument und einem Lied und das sprachliche Verständnis wächst ja von Mal zu Mal rasant!“

Für die Musiktherapeutin ist die Therapie also immer ein gemeinsamer Prozess mit dem Kind: Sie nimmt wahr, wie das Kind auf die Musik reagiert und entwickelt sie dementsprechend weiter – es geht sowohl um die psychische Resonanz – das Kind erlebt die Musik als schön, singt und spielt mit, bewegt sich mit der Musik, wählt Instrumente – als auch um die körperliche Resonanz, etwa bei den Klangschalen. Das Kind kann sich so entspannen, dass die Schwingung sich in seinem Körper fortsetzt, was von der Therapeutin entsprechend wahrgenommen wird. Mithin stehen für die Therapeutin das Zuhören und das Reagieren auf die Kinder im Mittelpunkt.

Während der Musiktherapie beobachtete Effekte

Die Wirkungen der Musiktherapie waren – entsprechend den unterschiedlichen Einsatzformen – sehr unterschiedlich. Bei allen Kindern, die sich der Musiktherapie zuwandten, war ein Effekt im Sinne von Klangerleben, Genuss und Spaß zu erkennen.

Der Effekt, dass sich ein Kind entspannte und offenbar Ablenkung von dem Klinikalltag erfuhr, war ebenfalls fast immer deutlich. Gelegentlich wurde beobachtet, dass ein eher hyperkinetisch-unruhiges Kind während der Therapie ruhiger wurde und sich also auf diese Beschäftigung konzentrieren konnte, nachdem es zuvor immer schnell von einem zum anderen gesprungen war.

Auch der umgekehrte Fall wurde dokumentiert: Ein Kind, das mehr zurückgezogen und schüchtern gewesen war, taute im Verlauf der Musiktherapie auf und zeigte Emotionen.

In den Interviews geäußerte Wirkungen der Musiktherapie

Auch in den Gesprächen wurden das Klangerleben, das für das Kind eine neue Erfahrung darstellte, und die Ablenkung vom Klinikalltag als wichtigste Effekte der Musiktherapie herausgehoben.

Einzelne Patienten gaben auch noch deutlich weitergehende Effekte an. Eine jugendliche Patientin sprach davon, durch die Klangschalenbehandlung eine deutliche Verringerung von Rückenschmerzen zu erleben. Eine andere beschrieb das völlige Verschwinden von quälender Übelkeit.

Auch die Schlaflosigkeit einer Jugendlichen besserte sich, nachdem sie bei der Klangschalen-therapie eine tiefe Entspannung erlebt hatte.

Bei der weiteren Befragung äußerten die meisten jugendlichen Patienten und die Eltern der kleineren Kinder, dass sie sich auch vorstellen könnten, zweimal wöchentlich Musiktherapie zu haben – eine noch größere Frequenz wurde nur in Ausnahmefällen gewünscht. Keiner der Befragten hatte zuvor eine konkrete Vorstellung von Musiktherapie gehabt, und fast alle sagten rückblickend, dass ihnen die Musiktherapie sehr viel gebracht hätte.

Diskussion

Betrachten wir die publizierte Fachliteratur zur Musiktherapie, so fällt auf, dass es sehr unterschiedliche Definitionen gibt: Während manche schon das bloße Abspielen von Musik dazu zählen, sprechen andere nur bei aktiver Anwesenheit eines Therapeuten von Musiktherapie [5]. Weiter wird zwischen aktiver und passiver Musiktherapie unterschieden, also vereinfacht, ob der Patient selbst Töne erzeugt oder nur der Therapeut [5, 6]. Mit Anwesenheit eines Therapeuten ist die Musiktherapie in der Regel eingebunden in Kommunikation, es erfolgt also eine therapeutische Interaktion, die unterschiedliche Ausmaße haben kann [7, 8]. Ebenso kann die Musiktherapie selbst in Bezug auf das Setting (Einzel- oder Grup-

pentherapie, verwendete Instrumente, therapeutisches Ziel, Alter und Grundleiden des Patienten) sehr heterogen sein (Abb. 4).

Die von den deutschen Musiktherapie-Verbänden in den Kasseler Thesen formulierten Prinzipien wurden international in ähnlicher Weise verfasst, offenbar aber kaum in der internationalen Fachliteratur zitiert. Abhängig von den sehr unterschiedlichen musiktherapeutischen Ansätzen wird ein möglicher therapeutischer Erfolg in der Literatur in ganz unterschiedlichen Effekten gesehen, dementsprechend werden auch unterschiedliche Parameter wissenschaftlich untersucht.

Psychische Wirkungen

Bei den psychischen Wirkungen steht die Stärkung von psychischen Ressourcen im Vordergrund, mithin das Coping [1, 7, 9]; hierzu gehört die Überwindung der rein passiven Situation eines Patienten, er ist nun nicht mehr nur ausgeliefert, sondern kann aktiv, kreativ etwas gestalten [1, 7, 9], es wird ein geschützter Raum geschaffen [1, 7], der Patient kann mit nichtsprachlichen Mitteln seine Befindlichkeiten zum Ausdruck bringen und etwas Positives erleben [2, 7, 10]. Ein therapeutischer interaktiver Prozess zwischen Therapeuten und Patient kann den Charakter einer Psychotherapie haben [7, 8, 10].

Entspannende Musiktherapietechniken – meist als passive Musiktherapie bezeichnet – sollen zu einer Reduktion von Schmerzen, Angst und Stress, im weiteren Sinne auch von Schlaflosigkeit etc. führen [6, 10, 11]. Manche Studienautoren betrachten die Verminderung von Angst und Stress ganz gezielt im Zusammenhang mit unangenehmen bzw. schmerzhaften medizinischen Eingriffen [6, 12, 13]. Andere fokussieren auf die positive Beeinflussung von hyperaktiven oder dissozialen Störungen [14] oder von Depressionen [11, 15] durch die Entspannungsmaßnahmen.

Induktion organischer Effekte

Zusätzlich gibt es das Konzept der Induktion organischer Effekte durch Musiktherapie. Ziel kann die Stimulation insbesondere der Tiefensensibilität durch die Vibrationswahrnehmung im Zusammen-



© Universitäts-Kinder- und Jugendklinik Rostock

Abb. 4: Eine fünfjährige Patientin entdeckt den Inhalt des Klangkoffers

hang mit dem akustischen Erleben zu einer Übung neuropathisch gestörter Nerven sein [16], oder neurophysiologische Rückkoppelungseffekte zum Beispiel bei Hirntumor-Patienten zur Übung und Erholung von Hirnfunktionen [5] oder allgemein zur Beeinflussung der neuroendokrinen Funktionen, etwa der Stresshormonbildung [5]. Musikalische Atemübungen können zur Beeinflussung von Kurzatmigkeit schwerkranker Patienten eingesetzt werden [16]. In der Summe aller dieser oder anderer Effekte kann auch die schnellere Genesung der Patienten als Zielgröße angesehen werden [17].

Methoden zur Erfolgsmessung

Die Methoden, mit denen der Erfolg der Musiktherapie untersucht wird, unterscheiden sich. Grundsätzlich wird für einen Wirksamkeitsnachweis in der Medizin die positive Beeinflussung definierter Messparameter in einer randomisierten Studie gefordert. Hierzu gibt es einige Untersuchungen, die summarische Effekte gemessen haben, etwa die Krankenhausbehandlungsdauer [17], die Gewichtszunahme von Frühgeborenen [18], oder die Lebensqualität, für die es definierte Testinstrumente gibt [9, 16].

In anderen Studien untersuchte man endokrinologische Effekte (Sekretion von Stresshormonen). Hier wurden teilweise signifikante Effekte gefunden [5, 19].

Im Zusammenhang mit schmerzhaften Eingriffen – beispielsweise im Rahmen von Zahnarztbesuchen bei Kindern oder während einer Koloskopie bei Erwachsenen – wurde auch in randomisierten Studien ein Erfolg in Bezug auf Angst oder Schmerz nachgewiesen. Dieser wurde entweder durch Testskalen zu Ängstlichkeit oder durch den Verbrauch zusätzlich notwendiger Sedierungsmedikamente gemessen [6, 12].

Komplexere psychotherapeutische Effekte von Musiktherapie lassen sich nur schwer messen, hier wurden vor allem Fragebögen eingesetzt.

M. E. Barrera und Kollegen beispielsweise befragten Kinder und Jugendliche mit onkologischen Erkrankungen altersbezogen entweder direkt oder ihre Eltern vor und nach der Musiktherapie, dabei wurde ein signifikanter Effekt auf Lebensfreude, Entspannung etc. gefunden.

Das Team um S. L. Robb [7] arbeitete mit Verhaltens-Beobachtungsskalen und fand in einer randomisierten Studie bei krebserkrankten Kleinkindern einen Vorteil durch Musiktherapie.

Natürlich gibt es auch viele Studien, in denen wenige oder gar keine signifikante Daten erhoben wurden bzw. in denen zu der Problematik dieser Form von Wirksamkeitsnachweisen Stellung genommen wird [5, 6, 13].

Besonders problematisch ist sicher die Abbildung des ganz subjektiven und individuellen Charakters der psychotherapeutischen Interaktion. Z. N. Kain und Mitarbeiter [20] fanden in einer randomisierten Studie zum Effekt von Musiktherapie bei der Narkosevorbereitung von Kindern keine eindeutigen Unterschiede in Bezug auf die Ängstlichkeit der Patienten – außer bei einem individuellen Musiktherapeuten, der offenbar ein besonderes Geschick hatte. K. J. Kemper et al. [21] untersuchten kindliche Leukämie-Patienten in der Erhaltungstherapie zu Hause mit psychologischen Testfragebögen und fanden einen Benefit in Bezug auf Parameter der Entspannung – nicht aber für Kriterien des allgemeinen Wohlbefindens, der Vitalität, der Ängstlichkeit oder des Stressgefühls. Deutlicher war der Befund in einer Arbeit von L. Magill [22], in der allerdings die Musiktherapie mit psychotherapeutischer Intervention kombiniert wurde.

Eigene Erfahrungen

Betrachten wir unsere eigenen Erfahrungen mit der Musiktherapie, so bestätigt sich zunächst, dass es große methodische Probleme gäbe, wenn wir alle ihre Wirkungen mit evidenzbasierten Methoden untersuchen wollten. Einem solchen Anspruch kann unser Erfahrungsbericht nicht entsprechen.

Es fällt aber dennoch auf, dass durch unsere Patienten oder ihre Eltern eine große Zahl an therapeutischen Wirkungen genannt wurde, die auch in den internationalen Studien beschrieben wurden:

- die Schaffung positiver Inhalte – im Gegensatz zu den sonst negativen Erfahrungen mit medizinischen Maßnahmen im Klinikalltag – mittels Klang erleben, Genuss und Ablenkung,
- die Mobilisierung kreativer Ressourcen zur Ich-Stärkung,
- die Überwindung von Hyperaktivität oder Unruhe,
- die Entspannung,
- gelegentlich Hilfe beim Abbau von Schmerzen, Übelkeit oder Schlaflosigkeit.

Den besonderen Ansatz anthroposophisch geprägter Musiktherapie wie auch die individual-psychotherapeutische Wirkung zu würdigen, würde noch eine wesentlich weitergehende Aufarbeitung, beispielsweise anhand individueller Behandlungsabläufe, erfordern. Dies auch noch empirisch zu unterlegen, war uns mit den zur Verfügung stehenden Mitteln nicht möglich. Unserer Erfahrung nach verbirgt sich hierin noch ein umfangreiches therapeutisches Potenzial.

Das Wichtigste für unsere Kinder aber haben sie letztlich selbst mit ganz einfachen Worten gesagt oder gezeigt: Die Musiktherapie tut ihnen gut. Mehr kann man sich doch eigentlich nicht wünschen.

Literatur

1. Bracke I et al. Mitglieder der Arbeitsgruppe „Musik- und Kunsttherapie“ in der PSAPOH (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft in der pädiatrischen Onkologie und Hämatologie). Berufsbild der Kunst- und Musiktherapeuten in der pädiatrischen Onkologie, Stand: November 2004, www.kinderkrebsinfo.de/sites/kinderkrebsinfo/content/e2260/e5902/e8261/e8489/Berufsbild_Kunst_und_Musiktherapeuten_2004_ger.pdf
2. Informationen der Bundesagentur für Arbeit. <http://berufenet.arbeitsagentur.de/berufe/start?dest=profession&prof-id=15421>
3. Evers-Grewe G et al. Kasseler Thesen zur Musiktherapie. Musiktherapeutische Umschau. 1998;3, überarbeitet 2010 durch die Bundesarbeitsgemeinschaft Musiktherapie. www.bag-musiktherapie.de/Downloads/Kasseler%20Thesen%20zur%20Musiktherapie.pdf
4. Soost W. Musiktherapie bei chronischen Schmerzen. Evaluation eines neuen Selbsthilfegruppenangebots der AOK-Rheinland in Köln. Diplomarbeit im Rahmen des Integrierten Studiengangs für Sozialpädagogik und Sozialarbeit an der Universität-Gesamthochschule Siegen, 2004. www.musiktherapie.uni-siegen.de/dokumente/diplomarbeiten/soost_diplomarbeit.pdf
5. Mrázová M & Celec P. A systematic review of randomized controlled trials using music therapy for children. *J Altern Complement Med.* 2010;16(10):1089–95.
6. Bekhuis T. Music therapy may reduce pain and anxiety in children undergoing medical and dental procedures. *J Evid Based Dent Pract.* 2009; 9(4):213–4.
7. Robb SL et al. A non-randomized [corrected] controlled trial of the active music engagement (AME) intervention on children with cancer. *Psychooncology.* 2008;17(7):699–708.
8. Stouffer JW et al. Practice guidelines for music interventions with hospitalized pediatric patients. *J Pediatr Nurs.* 2007;22(6):448–56.
9. Madden JR et al. Creative arts therapy improves quality of life for pediatric brain tumor patients receiving outpatient chemotherapy. *J Pediatr Oncol Nurs.* 2010; 27(3):133–45.
10. Barrera ME et al. The effects of interactive music therapy on hospitalized children with cancer: a pilot study. *Psychooncology.* 2002;11(5):379–88.
11. Brandes V et al. Receptive music therapy for the treatment of depression: a proof-of-concept study and prospective controlled clinical trial of efficacy. *Psychother Psychosom.* 2010;79(5):321–2.
12. Owayolu N et al. Listening to Turkish classical music decreases patients' anxiety, pain, dissatisfaction and the dose of sedative and analgesic drugs during colonoscopy: a prospective randomized controlled trial. *World J Gastroenterol.* 2006;12(46): 7532–6.
13. Parslow R et al. Effectiveness of complementary and self-help treatments for anxiety in children and adolescents. *Med J Aust.* 2008;188(6):355–9.
14. Treurnicht Naylor K et al. The effectiveness of music in pediatric healthcare: a systematic review of randomized controlled trials. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2011;2011:464759.
15. Erkkilä J et al. The effect of improvisational music therapy on the treatment of depression: protocol for a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2008;8:50–9.
16. Hilliard RE. Music therapy in hospice and palliative care: a review of the empirical data. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2005; 2(2):173–8.
17. Zhou KN et al. Effects of music therapy on depression and duration of hospital stay of breast cancer patients after radical mastectomy. *Chin Med J (Engl).* 2011; 124(15):2321–7.
18. Kemper KJ & Hamilton C. Live harp music reduces activity and increases weight gain in stable premature infants. *J Altern Complement Med.* 2008;14(10):1185–6.
19. Chlan LL et al. Influence of music on the stress response in patients receiving mechanical ventilatory support: a pilot study. *Am J Crit Care.* 2007;16(2): 141–5.
20. Kain ZN et al. Interactive music therapy as a treatment for preoperative anxiety in children: a randomized controlled trial. *Anesth Analg.* 2004;98(5):1260–6.
21. Kemper KJ et al. Impact of music on pediatric oncology outpatients. *Pediatr Res.* 2008;64(1):105–9.
22. Magill L et al. One-session music therapy and CBT for critically ill cancer patients. *Psychiatr Serv.* 2008;59(10):1216.

Autoren:

Christine Gerbert, cand. med., Rostock
Jana-Christin Walter, Musiktherapeutin, Rostock
PD Dr. med. Carl Friedrich Classen, Rostock

Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. Carl Friedrich Classen
Universitäts-Kinder- und Jugendklinik
Rostock,
Ernst-Heydemann-Str. 8, 18057 Rostock
E-Mail: carl-friedrich.classen@med.uni-rostock.de

Für die Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin der Deutschen Krebsgesellschaft (ASORS)
ASORS im Internet: www.asors.de