



Fachhochschule Frankfurt am Main / University of Applied Sciences
Fachbereich 4 – Soziale Arbeit und Gesundheit
Masterstudiengang Musiktherapie

Masterarbeit

Musiktherapie

mit jungen Menschen mit Epilepsie

Referent: Prof. Dr. Eckhard Weymann

Korreferentin: Prof. Dr. Birgit Gaertner

vorgelegt von:
Johanna Vogel

Abgabetermin: 16.04.2013

Inhalt und Gliederung

1. Musiktherapie mit jungen Menschen mit Epilepsie – Einleitung	4
1.1 Erkenntnisinteresse und Entwicklung der Fragestellung	4
1.2 Vorhaben und methodisches Vorgehen	7
1.3 Aufbau der Arbeit	7
1.4 Begriffsklärung Indikation und Sichtweise von Gesundheit und Krankheit	9
2. Die Epilepsien – Krankheitsbilder und Krankheitsfolgen – somatische, psychische und soziale Aspekte	12
2.1 Epilepsien und epileptische Syndrome	12
2.1.1 Einführung	12
2.1.2 Epileptische Anfälle und Epilepsie	13
2.1.3 Klassifikation	15
2.1.4 Ätiologie und Ursachen	16
2.1.5 Diagnostik und Differentialdiagnostik	17
2.2 Psychogene und dissoziative Anfälle	19
2.3 Psychische Symptome und Störungen bei Epilepsie	20
2.3.1 Komorbide und begleitende Krankheiten und Störungen bei Epilepsie ..	20
2.3.2 Komorbide und epilepsietypische psychische Störungen	21
2.3.3 Wesensänderung bei Epilepsie	26
2.4 Psychosoziale Aspekte bei Epilepsie	27
2.5 Psychodynamische Aspekte bei Epilepsie	29
2.5.1 Einführung	29
2.5.2 Abriss über die Psychodynamik und Psychosomatik der Epilepsie	32
2.5.3 Psychodynamische Aspekte der Epilepsie nach König (1987)	33
2.5.4 Wesentliche psychodynamische Aspekte aus der aktuellen Literatur	36
3. Junge Menschen mit Epilepsie	37
3.1 Junge Menschen	37
3.2 Entwicklung junger Menschen mit Epilepsie und psychosoziale Aspekte	37

4. Behandlung bei jungen Menschen mit Epilepsie	41
4.1 Behandlung bei Epilepsie	41
4.2 Psychosoziale Aspekte und psychotherapeutische Behandlung.....	42
5. Musiktherapie mit jungen Menschen mit Epilepsie – theoretische Aspekte sowie Ergebnisse der einschlägigen Literaturrecherche.....	47
5.1 Indikation Musiktherapie.....	47
5.1.1 Musiktherapie – Definition und Begründung musiktherapeutischen Arbeitens mit Menschen mit Epilepsie	47
5.1.2 Die therapeutische Beziehung und Haltung.....	49
5.1.3 Therapeutische Funktionen und Wirkungen der Musik	51
5.1.4 Die Bedeutung und Funktion der Musik für junge Menschen.....	55
5.1.5 Musiktherapeutische Arbeitsweisen und Methoden	56
5.2 Musiktherapie und Epilepsie – Stand der Literatur und Forschung	58
5.2.1 Einführung	58
5.2.2 Epilepsie und Musik	58
5.2.3 Musiktherapie in der neurologischen Rehabilitation	59
5.2.4 Musiktherapie mit anfallskranken Erwachsenen in einer Epilepsieklinik	62
6. Ergebnisse der Experteninterviews – Erfahrungen von Musiktherapeuten .	64
6.1 Methodik, Durchführung und Auswertung	64
6.1.1 Anliegen der Untersuchung und Beschreibung der Erhebungsmethode .	64
6.1.3 Interviewpartner, Leitfaden und Durchführung der Interviews.....	65
6.1.4 Die Auswertung der Experteninterviews	66
6.2 Die Interviewergebnisse – Erfahrungen von Musiktherapeuten	68
6.2.1 Voraussetzungen für eine Indikation Musiktherapie bei jungen Menschen mit Epilepsie.....	68
6.2.2 Therapeutische Beziehung und therapeutische Haltung	69
6.2.3 Funktionen der Musik bzw. der Musiktherapie	70

6.2.4 Therapieaufträge und Ziele	77
6.2.5 Arbeitsweisen und Methoden	80
6.2.6 Besonderheit der Musiktherapie mit Menschen mit Epilepsie	82
6.2.7 Spezifika bei jungen Menschen mit Epilepsie	83
6.2.8 Spezifische Stärken und Eigenschaften der Musiktherapie für die Arbeit mit jungen Menschen mit Epilepsie	85
6.2.9 Setting und Rahmenbedingungen	86
6.2.10 Grenzen der Musiktherapie in der Arbeit mit Menschen mit Epilepsie	88
7. Bausteine zu einer Indikation Musiktherapie mit jungen Menschen mit Epilepsie.....	89
7.1 Einleitung	89
7.2 Bausteine für ein Konzept bzw. eine Indikation Musiktherapie mit Menschen mit Epilepsie.....	90
7.2.1 Grundsätze	90
7.2.2 Voraussetzungen	91
7.2.3 Symptome und psychische Konflikte junger Menschen mit Epilepsie ...	91
7.2.4 Ziele und Anliegen der Musiktherapie mit jungen Menschen mit Epilepsie	93
7.2.5 Funktionen der Musik in der Therapie	94
7.2.6 Methodisches Vorgehen und Arbeitsweisen.....	95
7.2.7 Setting und Rahmen.....	96
7.2.8 Besonderheiten und spezifischer Beitrag bzw. Stärken der Musiktherapie für die Begleitung und Behandlung junger Menschen mit Epilepsie.....	96
7.2.9 Grenzen und Kontraindikationen	98
7.3 Eine kritische Anmerkung	98
8. Schlussbetrachtung.....	99
9. Quellen und Literatur	102
10. Anhangband – ausschließlich den Prüfern zugänglich	109
11. Erklärung der Verfasserin	109

1. Musiktherapie mit jungen Menschen mit Epilepsie – Einleitung

1.1 Erkenntnisinteresse und Entwicklung der Fragestellung

Ziel dieser Masterarbeit ist es, Bausteine für ein Konzept bzw. Aspekte zur Indikationsstellung einer Musiktherapie mit jungen Menschen mit Epilepsie beizutragen.

In welcher Weise kann Musiktherapie für Menschen mit Epilepsie hilfreich sein? Was kann sie zur Therapie bei Epilepsie beitragen? Was können Indikationen für eine Musiktherapie mit jungen Menschen mit Epilepsie sein und wie könnte die Musiktherapie dazu konzeptualisiert sein?

Diese Fragestellungen entwickelten sich in meinen beiden studienbegleitenden Praktika in der Musiktherapie mit von Epilepsie betroffenen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Die Epilepsieklinik, in der ich im Rahmen der Praktika mitarbeitete, war ganzheitlich orientiert. Die Haltung, die Patienten als Menschen nicht nur aus medizinischer, sondern ebenso aus psychischer und sozialer Sicht wahrzunehmen und zu behandeln, war hier meinem Eindruck nach selbstverständlich. Dennoch standen im praktischen Klinikalltag häufig die somatisch-medizinischen Aspekte im Vordergrund. Zudem war die Anfallsgefahr bei den Patienten allgegenwärtig. Wenn sich ein Anfall ereignete, musste die aktuelle Tätigkeit unterbrochen werden. Wichtig war in diesem Moment ausschließlich, dass der Patient sich nicht verletzte, der Anfall wieder abklang und der Patient sich gut erholen konnte. Auch hier standen zunächst praktische, verhaltenstechnische und auch medizinische Aspekte im Vordergrund. Insbesondere dadurch bekam die Musiktherapie mit dieser Klientel eine besondere Prägung. Sicherlich fällt diese Prägung weniger intensiv aus, wenn Musiktherapie mit Epilepsie-Patienten außerhalb einer Klinik in einer Situation stattfindet, an der nicht nur Patienten mit akuten Problemen und schweren Epilepsien teilnehmen, sondern auch solche, die gelernt haben, mit ihrer Epilepsie im Alltag gut zu leben. Die Anfallsgefahr scheint jedoch Thema zu bleiben und sei es dadurch, dass die Medikamente regelmäßig eingenommen werden müssen, um anfallsfrei zu bleiben. Die Tendenz, Epilepsie auf die somatischen Aspekte einer neurologischen Krankheit zu reduzieren, scheint unabhängig vom Klinikkontext zu sein. Ein anderer Aspekt, der zu einer Besonderheit der Musiktherapie mit dieser Klientel beitrug, war aus meiner Sicht die Tatsache, dass die Gruppe der von Epilepsie betroffenen Menschen sehr heterogen ist. Bereits die Epilepsien an sich weisen ein breites Spektrum

auf. Zudem ist die Vielfalt an komorbiden Erkrankungen sowohl im Bereich körperlicher und geistiger Behinderungen als auch im psychischen Bereich groß. In diesem Zusammenhang stellte sich mir auch die Frage, ob es überhaupt eine Art Konzept der Musiktherapie für diese Klientel geben kann. Nichts desto trotz wird jedoch das Angebot der Musiktherapie für Menschen mit Epilepsie in einigen Einrichtungen praktiziert. Und genau dazu drängten sich mir folgende Fragen auf: Gibt es vorrangige Themen und Konflikte in der Musiktherapie mit Epilepsie-Patienten? Geht es hier vorwiegend um eine Krankheitsverarbeitung? Was sind Ziele und Therapieaufträge? Welche Rolle spielen epilepsiespezifische psychische Symptome? Was ist anders und besonders in der Musiktherapie mit Menschen mit Epilepsie? Welche Stärken und Eigenschaften der Musiktherapie sind hier besonders gefragt? Wie lange und wie hoch frequentiert müsste ein musiktherapeutischer Prozess dauern und stattfinden, um die Ziele für eine Musiktherapie mit Menschen mit Epilepsie befriedigend zu erreichen? Diese Fragen lassen sich wie folgt ordnen:

Was sind Indikationen für eine Musiktherapie bei epilepsiekranken Menschen?

- Was sind *Voraussetzungen*, dass eine Musiktherapie indiziert ist?
- Bei welchen *Symptomen* im Zusammenhang mit Epilepsie ist Musiktherapie indiziert?
- Was sind *Ziele* und *Therapieaufträge* einer Musiktherapie in diesem Kontext?
- Welche *Funktionen der Musik* sind besonders gefragt?
- Was sind musiktherapeutische *Arbeitsweisen* in diesem Kontext?
- Gibt es zentrale Aspekte für die *Haltung des Therapeuten*, die in der Musiktherapie mit jungen Menschen mit Epilepsie wesentlich sind?
- Wie sollen *Setting* und *Rahmenbedingungen* aussehen?

Welchen spezifischen Beitrag kann insbesondere Musiktherapie zur Behandlung von jungen Menschen mit Epilepsie leisten?

- Welche Stärken und Eigenschaften sowie Methoden der Musiktherapie könnten für die Arbeit mit Menschen mit Epilepsie relevant sein?

Die zu diesen Fragestellungen hinführenden Fragen lauten:

- Welche psychischen Themen und Konflikte kommen besonders im Zusammenhang mit Epilepsie vor?
- Was für eine Rolle spielt die psychotherapeutische Behandlung in der Epilepsie-Behandlung junger Menschen?

Das zentrale Interesse dieser Arbeit ist es, den oben gestellten Fragen nachzugehen.

Die bestehenden theoretischen Aspekte und praktischen Erfahrungen sollen zusammengetragen und im Hinblick auf konzeptionelle Überlegungen betrachtet und verknüpft werden. Denn zu diesem Thema war kaum einschlägige Literatur zu finden, obwohl die Erkrankung der Epilepsie eine der häufigsten neurologischen Erkrankungen ist. In sehr begrenztem Maße ist es auch Intention dieser Arbeit, in der Musiktherapie auf die Epilepsie sowie in der Epilepsiebehandlung auf die Musiktherapie aufmerksam zu machen.

Die Antworten auf manche der oben angeführten Fragen würden wahrscheinlich je nach Therapieschule unterschiedlich ausfallen. Somit stellt sich implizit auch diese Frage: Welche Therapieschulen und Ansätze wären hier innerhalb welcher Rahmenbedingungen oder bzgl. welcher Ziele geeignet? Die Diskussion der Effektivität und der Einsatzfelder unterschiedlicher Therapieschulen kann in dieser Arbeit eindeutig nicht vorgenommen werden, da sie rahmensprengend wäre. Zur Vorgehensweise wird jedoch angemerkt: Der Studienkontext dieser Arbeit war schwerpunktmäßig tiefenpsychologisch, psychoanalytisch und morphologisch orientiert. Bei mir selbst besteht die Tendenz zu tiefenpsychologischen und humanistischen Therapieansätzen. Dieser Hintergrund könnte die Recherche beeinflusst haben. Angesichts der Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Verfahren auf die Regulation der epileptischen Anfälle könnten dennoch auch verhaltenstherapeutische Aspekte bedeutsam sein. Somit wäre es durchaus vorstellbar, dass die Bausteine zur Indikation am Ende dieser Arbeit eklektisch konzipiert sind.

Bei allen folgenden Ausführungen und Überlegungen zur Musiktherapie wird von einem bio-psycho-sozialem¹ Krankheitsmodell ausgegangen. Schwerpunktmäßig betrachtet werden die somatopsychischen² Faktoren der Epilepsie im Kontext der Lebens- und Entwicklungsphase junger Menschen. Diese umfassen die Krankheitsverarbeitung, die psychischen und sozialen Folgen sowie das „Zurechtkommen“ und Leben mit der Krankheit. Aspekte der epilepsiespezifischen psychischen Störungen sowie die hirnorganische Beeinflussung psychischer Umstände fließen mit ein.

Der Fokus liegt auf dem Krankheitsbild der Epilepsien, d. h. den Anfallskrankheiten, die neurologische Befunde aufweisen. Mögliche komorbide psychiatrische Erkrankungen in Kombination mit Epilepsie, darunter auch psychogene Anfälle, werden mitberücksichtigt, jedoch nicht näher ausgeführt. Nicht näher eingegangen wird auf

¹ In Abschnitt 1.4 erläutert.

² *Somatopsychische Symptome sind psychische Veränderungen, die infolge einer organischen Erkrankung entstehen* (vgl. Mentzos 2010, 188; Hoffmann 2009).

komorbide oder begleitende schwere körperliche oder geistige Behinderungen sowie auf psychisch traumatisierte Patienten mit ausschließlich dissoziativen Anfällen.

Grundsätzlich zielt diese Arbeit schwerpunktmäßig auf eine Musiktherapie aufgrund von psychoreaktiven, somatopsychischen Folgen bei Epilepsie ab. Der Bereich der Psychosomatik der Epilepsie ist in Forschungskreisen kontrovers diskutiert und wissenschaftlich kaum belegt. Daher wird dieses Thema hier nicht näher behandelt. Es fließt jedoch dort ein, wo die Grenzen fließend sind, wie z. B. bereits in der biopsychosozialen Sichtweise von Krankheit und bei psychodynamischen Aspekten.

1.2 Vorhaben und methodisches Vorgehen

Aufgrund der schmalen Literaturlage spezifisch zum Thema „Musiktherapie mit Menschen mit Epilepsie“ und weil es ein Bestreben für diese Arbeit war, einen Teil des Materials praxisnah zu erheben, wurde folgende Vorgehensweise gewählt:

Auf der Grundlage der vorhandenen Literatur zu Epilepsie, zu ihren somatischen, psychischen, sozialen und psychodynamischen Aspekten, zur Klientel der jungen Menschen, zu psychotherapeutischen Aspekten in der Epilepsiebehandlung sowie zu Aspekten der Musik und Musiktherapie in Verbindung mit Epilepsie und der Entwicklungsphase junger Menschen werden mögliche Spezifika und Bausteine für Indikationen für Musiktherapie erarbeitet. Recherchiert wird, wann und mit welchen Zielen und Vorgehensweisen Musiktherapie bei jungen Menschen mit Epilepsie indiziert sein könnte. Für den Bereich der spezifischen Arbeitsweise und Indikation der Musiktherapie wurden Experten interviewt, die musiktherapeutisch mit Menschen mit Epilepsie arbeiten. Das über qualitative Interviews erhobene empirische Material bildet eine wesentliche Grundlage für die konzeptionellen Überlegungen zur Musiktherapie direkt.

Die Methode, mit der die Fragestellung dieser Masterarbeit erforscht wird, ist demnach eine Mischung aus Literaturrecherche, Materialerhebung durch qualitative Experteninterviews und Konzeptentwicklung. Die Entwicklung konzeptioneller Überlegungen baut auf dem durch die Literaturrecherche und die Experteninterviews erhobenen Material auf.

1.3 Aufbau der Arbeit

Im Einleitungsteil wird zunächst die Bedeutung der Indikation für diese Arbeit und für die Musiktherapie geklärt. Anschließend folgen zwei Hauptteile.

Der erste Hauptteil (Kapitel 2 bis 4) widmet sich der Zielgruppe und dem Krankheitsbild. Hier werden die Symptome und Krankheitsbilder der Epilepsien mit ihren somatischen, psychischen, sozialen und psychodynamischen Aspekten beschrieben, da sich die Musiktherapie in diesem Kontext wesentlich danach richtet. Anschließend wird auf die Zielgruppe der jungen Menschen eingegangen. Dann wird das Spektrum der Behandlungsmöglichkeiten junger Menschen mit Epilepsie erläutert.

Im zweiten Hauptteil (Kapitel 5 bis 7) geht es um die Entwicklung konzeptioneller Überlegungen zu einer Musiktherapie mit jungen Menschen mit Epilepsie. Hier werden theoretische Aspekte sowie Ergebnisse aus der Literaturrecherche und der empirischen Befragung durch die Experteninterviews zusammengetragen. Wo sinnvoll, werden sie direkt mit Aspekten oder Ergebnissen an anderen Stellen verknüpft und diskutiert. Auf diese Weise werden konzeptionelle Überlegungen angestellt.

Der Stand der Literatur zu Musiktherapie und Epilepsie sowie theoretische Aspekte zur Musiktherapie werden zu Beginn des zweiten Hauptteils rezipiert. Grund ist die inhaltliche und „örtliche“ Nähe zu den erforschten Ergebnissen der Befragung und der konzeptionellen Entwicklung. Denn in diesem Teil geht es um die Beantwortung der zentralen Fragestellung – die Literaturrecherche ist ein Teil der Beantwortung. Ebenso wird auch das methodische Vorgehen der empirischen Befragung unmittelbar vor der Darstellung der Interviewergebnisse beschrieben. Einzelne Aspekte des Experteninterviews 7 mit der einzigen Interviewpartnerin, die keine Musiktherapeutin, sondern als Fachärztin im Bereich Epilepsie tätig ist, werden aufgrund thematischer Passung jedoch bereits im ersten Teil rezipiert (die Angaben zu Seitenzahlen im Kontext mit Interviews beziehen sich immer auf den Anhangband).

Am Schluss werden die wesentlichen Aspekte für eine Indikation Musiktherapie mit jungen Menschen mit Epilepsie aus der gesamten Recherche und den gesamten Überlegungen zu einer Art Handlungsgrundlage zusammengetragen.

Zu den Begrifflichkeiten: Die Bezeichnung *junge Menschen mit Epilepsie* erscheint als angemessen, da so bezeichnet der Mensch mit seiner gesamten Person im Mittelpunkt steht. Im Blick sind somit nicht nur die beeinträchtigten Teil des Menschen, sondern auch seine Stärken und intakten Seiten. Wenn hier mancherorts kürzere Bezeichnungen verwandt werden, steht jedoch immer das ressourcenorientierte Menschenbild dahinter. Ferner gibt es nicht *die* Menschen mit Epilepsie. Und aufgrund der vielfältigen somatischen und psychischen Symptome sowie der Individualität der betroffenen Menschen sei bei dieser Bezeichnung immer die Individualität mitbe-

dacht. Ähnliches gilt für die Bezeichnung *die Epilepsien* oder *die Musiktherapie für Menschen mit Epilepsie*. Auch hier kann nie nur eine einheitliche Form gelten. Diese Sichtweise gilt auch dann, wenn im Fließtext der Einfachheit halber die vereinheitlichenden Begriffe verwandt werden.

Von den Menschen, die in die Therapie kommen, wird in verschiedenen Formen gesprochen: Patienten, Klienten, junge Menschen mit Epilepsie. Von der therapeutisch ausgebildeten Person wird mehrheitlich als Therapeut oder Therapeutin gesprochen. Die jeweils gegengeschlechtlichen Kollegen sind immer eingeschlossen.

1.4 Begriffsklärung Indikation und Sichtweise von Gesundheit und Krankheit

Die zentrale Fragestellung dieser Arbeit fragt nach der spezifischen Indikation bzw. nach Aspekten dieser zur Musiktherapie mit Menschen mit Epilepsie. Im Folgenden wird der Begriff *Indikation* in seiner Bedeutung für die Musiktherapie erläutert. Dazu wird mehrheitlich Frohne-Hagemann (2009, 203ff.) zitiert.

„Unter ‚Indikation‘ wird die Gesamtheit der Umstände und Gründe verstanden, die bei einem Krankheitsfall eine bestimmte therapeutische Maßnahme sinnvoll und notwendig machen. So ist immer dann, wenn z.B. eine körperliche Erkrankung vorliegt, [zunächst] eine medizinische (...) Heilbehandlung indiziert. Wenn dagegen eine seelische Krankheit vorliegt, ist Psychotherapie indiziert“ (Frohne-Hagemann 2009, 203). Voraussetzung für eine Indikationsstellung ist eine Diagnose. Diese wird anhand von ärztlichen und psychotherapeutischen Einschätzungen sowie mithilfe von Klassifikationssystemen gestellt. Die international gängigen Klassifikationssysteme sind die ICD-10 und das DSM-IV³. Diese Systeme sind jedoch vorwiegend deskriptiv und berücksichtigen die individuellen Entstehungsbedingungen der Krankheiten auf dem biografischen Hintergrund, die sozialen Umstände und die Therapiemotivation der Betroffenen nicht. Diese Aspekte sind jedoch für eine passende Indikationsstellung und wirksame Behandlung wesentlich. Für die Diagnostik und Indikation bzgl. der Musiktherapie bleiben auch bei Zuhilfenahme der herkömmlichen Klassifikationssysteme zunächst viele Fragen offen. Ist Musiktherapie insbesondere bei Beeinträchtigungen indiziert, bei denen verstärkt non- oder präverbale

³ Die ICD-10 ist die *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* zur Klassifikation somatischer, psychosomatischer und psychischer Krankheiten. Die psychischen Störungen sind in Kapitel V (F) aufgeführt (vgl. ICD-10-GM 2012). Die DSM-VI ist ein diagnostisches und statistisches Manual ausschließlich für psychische Störungen (vgl. Saß et al., 2003 zit. n. Frohne-Hagemann 2009, 203).

Kommunikation im Vordergrund steht? Oder könnte Musiktherapie bei allen Störungsbildern indiziert sein, jedoch nach Kriterien anderer Ebenen, als der bisher gebräuchlichen? Welche Ziele und Methoden sind in diesem Kontext relevant?

Es wurde empirisch nachgewiesen, dass die Wirkung von Psychotherapie wesentlich von der Beschaffenheit der Beziehung zwischen Therapeut und Patient abhängt. „Wenn die Passung, d.h. die wechselseitige Regulation des Beziehungsgeschehens zwischen Musiktherapeutin und Patientin gelingt und letztere für das Medium Musik offen ist, kann Musiktherapie bei vielen Störungsbildern indiziert sein“ (ebd.). Die Musik als etwas Drittes kann sich förderlich auf den Aufbau und die Qualität einer therapeutischen Beziehung auswirken. Das Kriterium dieser „Passung“ wird in der Musiktherapie als *semispezifische Indikationsstellung* bezeichnet (vgl. Frohne-Hagemann & Pleß-Adamczyk 2005 zit. n. ebd.). Auf dieser Basis kann Musiktherapie bei vielen unterschiedlichen Störungsbildern indiziert sein, und zwar sowohl bei psychischen Störungen als auch bei psychischen Folgen aufgrund körperlicher Schädigungen und Krankheiten. Musiktherapie orientiert sich in jedem Fall weniger an der expliziten Diagnose, sondern an dem, was sich in der Therapie zeigt. Dies können z. B. emotionale und soziale Defizite, Entwicklungsrückstände, zerebrale Dysfunktionen oder nicht adäquat entwickelte Beziehungsqualitäten sein. Explizit betont wird, dass eine Indikationsstellung für Musiktherapie auch dort gegeben ist, wo eine Verbindung zwischen (psycho-)somatischen Erkrankungen und Psychotherapie hergestellt werden kann. Als ein Beispiel wird die Neurologie genannt (vgl. Frohne-Hagemann 2009, 204). Damit sind bereits zwei Anknüpfungspunkte für die Indikation für Musiktherapie mit Menschen mit Epilepsie gegeben: die Indikation über die semispezifischen Kriterien der musiktherapeutischen Beziehung und psychische Symptome, wie die explizit genannten Sekundärschäden bei somatischen Erkrankungen sowie explizit neurologische Erkrankungen.

Nach Frohne-Hagemann (2009, 204) muss die Indikationsfrage einschließen:

- Was Musiktherapie spezifisch mit ihren Eigenschaften bewirken kann, d. h., welche Funktionen die Musik in der Behandlung übernehmen kann und soll, wie z. B. die Erfahrung von Struktur durch zuverlässigen Rhythmus.
- Die Passungsfrage von Patient und Therapeut bzgl. der therapeutischen Beziehung
- Die seelischen und psychosomatischen Symptome, die sich im musiktherapeutischen Kontext zeigen, wie Auffälligkeiten im sozialen und emotionalen Bereich, des Selbstwertgefühls oder von zerebralen und Sinnesfunktionen

- Die psychische Struktur und das Krankheitserleben des Patienten vor seiner individuellen Biografie
 - Die Motivation und Therapieerwartung des Patienten
 - Die Zielsetzung
 - Methoden und Techniken: aktive oder rezeptive Musiktherapie, übungs-, erlebnis- oder konfliktzentriert
 - Setting: Einzel- oder Gruppensetting, Langzeit- oder Kurzzeittherapie
- (vgl. ebd.)

Bezugnehmend auf die oben dargestellten deskriptiven Klassifikationssysteme wird die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – ICF (vgl. ICF 2005) erwähnt. Sie klassifiziert Beeinträchtigungen nicht deskriptiv, sondern betrachtet den betroffenen Menschen nach den drei Aspekten der körperlichen Funktion, der möglichen Aktivität sowie der Partizipation (Teilhabe) (ICF 2005, 5). Diese drei Bereiche werden anhand folgender drei Aspekte eingeordnet: 1. Die Funktionsfähigkeit „bezeichnet die positiven Aspekte der Interaktion zwischen einer Person mit einem bestimmten Gesundheitszustand und deren individuellen Kontextfaktoren (...)“ (Frank 2005, 8). 2. Der Begriff Behinderung bezeichnet die negativen Aspekte der Interaktion, also die mögliche körperliche Schädigung und Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe. 3. Die Kontextfaktoren setzen sich aus personen- und umweltbezogenen Faktoren zusammen und können die betroffene Person negativ oder positiv in ihrem gesundheitlichen Zustand beeinflussen. Wesentlich anders als bei den bisherigen Klassifikationssystemen ist hier die Einbeziehung von positiven Entwicklungsmöglichkeiten, der sozialen und Umwelteinflüsse (ebd.). Diese in der ICF postulierte Ressourcenorientierung sowie die Einbeziehung der sozialen und Umweltfaktoren im Sinne einer bio-psycho-sozialen Sichtweise⁴ von Gesundheit und Krankheit wird der Betrachtung und Diskussion der Epilepsie für diese Arbeit zugrunde gelegt.

⁴ Nach der *integrativen Sichtweise von Krankheitsentstehung*, die heute vermehrt zugrunde gelegt wird, haben alle Erkrankungen eine multifaktorielle Genese. Über Krankheit und Gesundheit entscheiden mehrere gemeinsam vorhandene bzw. auftretende Bedingungen und Mechanismen. Die Faktoren sind genetisch, bakteriell, immunologisch, psychisch, sozial und verhaltensbedingt und stehen in Wechselwirkung miteinander (Hoffmann 2009). Für Epilepsien sind als zusätzlich als maßgeblich beeinflussend neurologische und neuropsychologische Faktoren zu nennen.

2. Die Epilepsien – Krankheitsbilder und Krankheitsfolgen – somatische, psychische und soziale Aspekte

2.1 Epilepsien und epileptische Syndrome

2.1.1 Einführung

Zunächst werden die Epilepsien und epileptischen Syndrome aus somatisch-medizinischer Sicht definiert und klassifiziert. Diese Fakten sind Grundlagen der Epilepsiebehandlung in Deutschland. Dann werden mögliche komorbide psychische Erkrankungen sowie epilepsiespezifische psychische Störungen beschrieben. Anschließend wird auf psychosoziale und psychische Folgen sowie auf psychodynamische Aspekte der Epilepsien näher eingegangen. Diese Ausführungen sind ebenfalls wesentliche Basis für konzeptionelle Überlegungen zu einer Musiktherapie.

Epilepsien gehören zu den häufigsten neurologischen Erkrankungen (vgl. Matthes 1999, 3). In Deutschland sind schätzungsweise 800.000 Menschen davon betroffen. „Es handelt sich bei den Epilepsien nicht um ein einheitliches Krankheitsbild, sondern um eine große Zahl sehr unterschiedlicher Hirnerkrankungen, denen gemeinsam ist, dass in deren Verlauf epileptische Anfälle auftreten“ (vgl. Diakonie Kork 2012). Das gemeinsame Merkmal der heterogenen Krankheitsbilder der Epilepsien sind *wiederholt auftretende* epileptische Anfälle. Komplikationen bei Epilepsie können vor allem die unvorhersehbare Anfallsgefahr sowie komorbide und epilepsiespezifische psychiatrische Störungen sein. Zudem sind viele Menschen mit Epilepsie in hohem Maß von Schwierigkeiten im sozialen, familiären und beruflichen Umfeld betroffen (vgl. Schmitz 2005, 1). Charakteristisch für Epilepsien ist es, dass die betroffenen Menschen überwiegend organisch gesund und nur paroxysmal (anfallsweise) krank sind (vgl. Schmitz 2006, 131), insofern sie nicht an zusätzlichen Erkrankungen leiden.

An Epilepsie erkranken Menschen aus allen sozialen Schichten (vgl. Deutsche Gesellschaft für Epileptologie 2010, Nr. 45). Weltweit sind unabhängig von Alter und Kulturzugehörigkeit ca. 1% aller Menschen von Epilepsie betroffen. Epilepsien können in jedem Lebensalter auftreten. Erkrankungsgipfel sind im frühen Kindesalter und wieder ab dem 60. Lebensjahr. Die meisten Epilepsien beginnen jedoch vor dem 20., 50% sogar vor dem 10. Lebensjahr. In Deutschland gibt es jährlich ca. 30.000 Neuerkrankungen. Ein Großteil der Epilepsien, 70 bis 80 %, heilt durch medikamentöse Therapie oder auch spontan aus, d. h., es wird Anfallsfreiheit erreicht. Aufgrund

der vielfältigen Erscheinungsformen gibt es jedoch keine allgemeingültigen Regeln zu Prognose und Verlauf, sie sind syndromgebunden (vgl. Mayer 2011, 18f.). Dennoch kann gesagt werden, dass Epilepsien längst nicht immer chronisch sind, sondern häufig auch ganz ausheilen können (vgl. Schmitz 2005, 10).

Die Bezeichnung „Epilepsie“ stammt von dem griechischen Verb „epilambanein“ und bedeutet „packen“, „jemand heftig ergreifen“ (vgl. Matthes 1999, 9). Laut Matthes und Schneble (1999, 9) weist dies auf den Glauben aus früheren Jahrhunderten hin, dass Epilepsie ein von Göttern und Dämonen auferlegtes Leiden sei. Diese Sichtweise prägte lange das Krankheitsbild der Epilepsie, obwohl bereits 400 v. Chr. von aufgeklärten Denkern erkannt wurde, dass auch Epilepsie eine organische Krankheit ist und mit dem Gehirn in Verbindung steht. Im christlichen Mittelalter jedoch griff man auf die Sichtweise von 1000 Jahren zuvor zurück und betrachtete Epilepsie wieder als „dämonische Besessenheit“. Erst im Zeitalter der Aufklärung im 17. und 18. Jahrhundert wurde Epilepsie wieder im Sinne einer organischen Hirnschädigung betrachtet. Die über 2000 Jahre alte Erkenntnis jedoch, dass der Ausgangspunkt epileptischer Aktivität das Gehirn ist, konnte erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wissenschaftlich nachgewiesen werden (vgl. Matthes 1999, 5). Sälke-Kellermann (2009, 23) merkt an, dass die ursprüngliche Wortbedeutung „epilambanein“ auch das „Ergriffen-Sein“ ausdrückt, einen Zustand, den die betroffenen Menschen während eines epileptischen Anfalls nicht selbst steuern können.

2.1.2 Epileptische Anfälle und Epilepsie

Epileptische Anfälle sind „Ausdruck von anfallsweise kommenden und gehenden Funktionsstörungen des Gehirns“ (Sälke-Kellermann 2009, 18)⁵. Sie sind eine plötzliche, übermäßige elektrische Entladung der Nervenzellen im Großhirn. Ein epileptischer Anfall kann im Wachzustand ebenso wie im Schlaf auftreten, dauert wenige Sekunden bis ein bis zwei Minuten (selten länger) und unterbricht meistens die aktuelle Tätigkeit, das Denken, Fühlen und Handeln. Er kann zum Aussetzen des Bewusstseins sowie zu unmotivierten und unkontrollierten Handlungen und Bewegungen, zum Verlust der körperlichen Haltung und Spannung (Stürzen) oder zu Krämpfen führen (ebd.). Einen epileptischen Anfall kann jeder Mensch erleiden, wenn anfallsfördernde Umstände zusammentreffen. So können nach Gehirnverletzungen unterschiedlichster Art, bei hohen Fieberkrämpfen meist im frühen Kindesalter und bei

⁵ Der gesamte Abschnitt 2.1.2 wird in Anlehnung an den Praktikumsbericht 3 (vgl. Vogel 2012a) dargestellt.

Alkoholentzug akute epileptische Reaktionen auftreten (vgl. Matthes 1999, 1). Etwa 5% aller Menschen erleiden im Laufe ihres Lebens einen oder mehrere epileptische Anfälle. Bei lediglich 1% entwickelt sich eine Epilepsie (vgl. Baier 2012, 90). Von einer Epilepsie als Erkrankung kann erst dann gesprochen werden, wenn epileptische Anfälle *wiederholt* auftreten und ohne erkennbare unmittelbare Auslösung (vgl. Matthes 1999, 1).

Unterschieden werden verschiedene Anfallsarten, so zunächst *fokale* und *generalisierte* Anfälle (vgl. Matthes 1999, 14). Bei der Ereignung *fokaler* Anfälle ist nur eine begrenzte Anzahl von Gehirnzellen, *eine* Hälfte des Gehirns betroffen. Dabei verlaufen einfach-fokale Anfälle *ohne*, hingegen komplex-fokale *mit* einer Bewusstseinsbeschränkung. Aus einem fokalen Anfall kann sich im Verlauf ein generalisierter entwickeln. Bei *generalisierten* Anfällen ist mehr oder weniger das ganze Gehirn betroffen – der ganze Körper oder beide Körperhälften weisen symmetrische Symptome auf (vgl. Sälke-Kellermann 2009, 18ff.). Die Mehrzahl der *generalisierten* Anfälle geht mit einer Bewusstseinsstörung einher (vgl. Matthes 1999, 11). Innerhalb dieser werden unterschieden:

- *Absencen*: *Typische Absencen* beginnen mit einer Bewusstseinspause, die betroffenen Personen sind nicht ansprechbar und weisen gelegentlich Blinzeln auf. Bei *atypischen Absencen* ist die Bewusstseinsstörung leichter ausgeprägt und der Betroffene kann die aktuelle Tätigkeit automatisch fortführen;
- *Klonische Anfälle*: hierbei ereignen sich Serien von ein- oder beidseitigen heftigen Muskelzuckungen im Bereich der Schulter-, Arm- und Beinmuskeln;
- *Myoklonische Anfälle*: es ereignen sich kurze beidseitige, wiederholte Muskelzuckungen, wozu auch infantile Spasmen zählen;
- *Tonische Anfälle*: es tritt eine plötzliche Versteifung der Muskeln auf
- *Atonische Anfälle* gehen mit einem plötzlichen Verlust des Muskeltonus einher;

Der primär *generalisierte tonisch-klonische Anfall* ist der sogenannte „Grand mal-Anfall“, der insbesondere das Bild der Epilepsie in der Öffentlichkeit geprägt hat. Dieser Anfall beginnt plötzlich mit einer tonischen Phase und häufig mit einem „Initialschrei“. Der Betroffene wird bewusstlos. Nach etwa fünf bis zehn Sekunden geht der Anfall in eine klonische Phase mit heftigen, rhythmischen Muskelzuckungen des ganzen Körpers über, die dann langsam abebben. Die Sturzgefahr ist besonders bei tonischen und atonischen Anfällen sowie beim generalisierten tonisch-klonischen Anfall sehr hoch (vgl. Sälke-Kellermann 2009, 21f.; Deutsche Gesellschaft für Epi-

leptologie 2010, Nr. 40).

Sowohl fokale als auch generalisierte Anfälle können mit kurzer Dauer und geringer Intensität als auch lange und intensiv auftreten. Die Gruppen der fokalen und generalisierten Anfälle sind in weitere Anfallsarten (insgesamt 38) differenziert⁶.

Bei Patienten mit schweren Epilepsien können *Serien* und *Staten* auftreten. Bei einer *Serie* folgen mehrere Anfälle aufeinander, der Patient kann sich jedoch dazwischen erholen oder kommt wieder zu Bewusstsein. Ein *Status epilepticus* liegt vor, wenn ein epileptischer Anfall verlängert auftritt (über 10-15 Minuten) (vgl. Matthes 1999, 12). Es ist nicht mehr absehbar, ob der Anfall endet, bevor für den Betroffenen Lebensgefahr besteht. Daher muss beim Auftreten eines Status epilepticus ein Notfallmedikament verabreicht werden, da der Patient sonst zu lange im Zustand der Verkrampfung verbleibt und dadurch Atmung und Herzkreislauf gehemmt werden.

2.1.3 Klassifikation

Für Epilepsien und epileptische Syndrome existieren viele Klassifikationsvorschläge. Sie orientieren sich an der Einteilung nach Ursachen, am Anfallsbild, an dem EEG-Befund oder an den spezifischen Verläufen der Epilepsien (vgl. Matthes, 1999, 9).

Die Klassifikation der Internationalen Liga gegen Epilepsie aus dem Jahr 1989 (Commission on classification and terminology of international League against Epilepsy 1989) hat auch heute noch internationale Gültigkeit (vgl. Mayer 2011, 3). Sie unterteilt die Epilepsien in *fokale* und *generalisierte* Epilepsien. Innerhalb dieser wird nach einer ätiologisch orientierten Dichotomie unterschieden: nach *symptomatisch* und *idiopathisch*. Die symptomatischen Epilepsien beruhen auf einer nachgewiesenen Schädigung des Gehirns. Die nicht-symptomatischen Epilepsien werden als „idiopathisch“ bezeichnet (vgl. Matthes 1999, 10): hier wird eine „neigungsbedingt herabgesetzte epileptische Schwelle“ (vgl. Deutsche Gesellschaft für Epileptologie 2010, Nr. 42) angenommen, also eine leicht genetische Komponente (jedoch keine klassische Erbkrankheit). Von den symptomatischen und idiopathischen Epilepsien werden zudem *wahrscheinlich symptomatische* Epilepsien differenziert. Bei diesen kann eine ursächliche Gehirnschädigung mit den heutigen Diagnose-Techniken nicht eindeutig nachgewiesen werden (ebd.). Die Grenzen zwischen wahrscheinlich symptomatischen und idiopathischen Epilepsien sind manchmal nicht eindeutig zu ziehen (vgl. Matthes 1999, 163). Einen differenzierten Überblick über die eben benannte

⁶ Diese sind beschrieben von Matthes und Schneble (1999, 20ff.) und Sälke-Kellermann (2009, 19ff.).

Klassifikation gibt Mayer (2011, 16).

In der ICD-10 ist die Epilepsie unter den episodischen und paroxysmalen⁷ Krankheiten des Nervensystems, G 40, definiert. Hier sind die Epilepsiearten mit kurzer Typisierung und der entsprechenden Zuordnung (fokal, generalisiert, symptomatisch, idiopathisch) aufgeführt (vgl. ICD-10-GM 2012, 237f.). Die verschiedenen Epilepsiearten haben unterschiedliche Prognosen und Verläufe und können sich unterschiedlich im neuropsychologischen und psychoreaktiven Bereich auswirken (vgl. Schmitz 2005, 20).

Im Kontext einer bestimmten Epilepsieart wird hier auf anfallsauslösende Faktoren eingegangen: Epileptische Anfälle können durch unterschiedliche Faktoren begünstigt oder ausgelöst werden. Dies können erhöhte Körpertemperatur, insbesondere Schlafmangel, besondere Belastungssituationen und Stress, akute Erkrankungen oder Alkohol- und Medikamentenvergiftung sein. Jedoch auch äußere Reize können epileptische Anfälle auslösen – diese werden reflektorische Anfälle genannt (vgl. Sälke-Kellermann 2009, 59) und kommen insbesondere bei sogenannten Reflexepilepsien vor (vgl. Grundemann 2011, 11). Solche Reize können sein: Optische Reize wie Flickerlicht oder helles Sonnenlicht, bestimmte Farben oder Muster, somatosensorische Reize, die durch Bewegung, Berührung oder eine Tätigkeit ausgelöst werden, wie z. B. Berührung der Haut, heiß duschen, lesen (Lese-Epilepsie) sowie *akustische* Reize, wie plötzlich auftretende Geräusche (Telefonklingeln) und *Musik* (vgl. Sälke-Kellermann 2009, 59). Ist eine bestimmte Musik anfallsauslösend, wird von musikogener Epilepsie gesprochen. Diese Form ist scheinbar sehr selten (vgl. Grundemann 2011, 11). Da die Untersuchungsmethoden jedoch keine Musikreflexe beinhalten, ist die tatsächliche Häufigkeit unbekannt (vgl. Maguire 2012). Für die Indikation Musiktherapie ist es wichtig, diese Epilepsieform zu kennen und ggf. zu erkennen.

2.1.4 Ätiologie und Ursachen

Ursache einer Epilepsie kann jede Art von pränataler, perinataler oder postnataler Hirnschädigung oder Funktionsstörung des Gehirns sein. Dies können sein: die Ausbildung eines Tumors, Fehlbildungen der Hirnentwicklung, Entzündungen und Infektionen des Zentralnervensystems, wie z. B. Meningitis oder Schädelhirntraumata (vgl. Mayer 2011, 21ff.). Insbesondere in der Zeit der Gehirnreifung können sich ätiologische Risikoflechte entwickeln, weshalb im Kindesalter ein Krankheitsgip-

⁷ „Paroxysmal“ bedeutet „anfallsweise auftretend“ (vgl. Wahrig Fremdwörterlexikon 2001, 688).

fel liegt. Gründe für neurologische Fehlentwicklungen im Kindesalter können u. a. prolongierte Fieberkrämpfe oder Hirnschädigungen bei Frühgeburtlichkeit sein. Sehr wahrscheinlich kann jede Fehlentwicklung oder Schädigung des Gehirns dessen feinabgestimmte Balance der Transmittersysteme beeinträchtigen und dadurch je nach genetischer Disposition die Anfallsbereitschaft begünstigen. Genetische Disposition meint die Vererbung des Grades der Anfallsbereitschaft – die Vererbung der Epilepsie an sich wurde bisher nur in Einzelfällen bestätigt (vgl. Mayer 2011, 21ff.). Es wird davon ausgegangen, dass bei jeder Epilepsie sowohl genetische als auch exogene Faktoren zusammenwirken (vgl. Mayer 1996, 229). Denn nicht alle Hirnverletzten erleiden auch epileptische Anfälle (vgl. Leyendecker 2003, 607).

Zur Klassifikation werden die Epilepsien wie oben beschrieben eingeteilt. Kann eine Gehirnschädigung eindeutig nachgewiesen werden, handelt es sich um eine symptomatische Epilepsie. Liegt eine Vermutung ohne eindeutigen Nachweis für eine Hirnschädigung vor, handelt es sich um eine wahrscheinlich symptomatische Epilepsie. Sind die epileptischen Anfälle keine Symptome einer zerebralen Läsion, sondern ist eine „Erkrankungsdisposition Teil der betroffenen Person“ (Bauer 2002, 23), handelt es sich um eine idiopathische Epilepsie. Besonders im Bereich der idiopathischen Epilepsien können die Ursachen häufig nicht klar diagnostiziert werden.

2.1.5 Diagnostik und Differentialdiagnostik

Patienten kommen in der Regel zur Epilepsie-Diagnose, weil sie einen oder mehrere Anfälle erlitten haben. Bei der Diagnose von Anfallskrankheiten ist zu unterscheiden, ob es sich um epileptische Anfälle im Rahmen einer Epilepsie, um akute epileptische Reaktionen (wie z. B. bei starken Fieberkrämpfen), um nicht-epileptische, organische Anfälle (z. B. Narkoleptisches Syndrom) oder um psychogene Anfälle handelt (vgl. Matthes 1999, 178). Im Folgenden wird ausschließlich auf die Diagnose der Epilepsien und kurz auf die von dissoziativen Anfällen eingegangen.

Bei der Diagnostik einer Epilepsie werden verschiedene Krankheitsebenen analysiert. Zentral ist eine gründliche Eigen- und Fremd-Anamnese durch Ärzte, Neurologen, Psychologen, Angehörige und durch den Patienten selbst (vgl. Schmitz 2005, 1, 17). Im Vergleich zu anderen neurologischen Erkrankungen ist für eine korrekte Diagnose bei Epilepsie die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient besonders wichtig (vgl. Schmitz 2006, 131). Die Krankengeschichte wird erhoben und eine Hirnstromkurve mithilfe des Elektroenzephalogramms (EEG) abgeleitet. Außerdem wer-

den weitere bildgebende Verfahren sowie neuropsychologische Testungen eingesetzt (vgl. Schmitz 2005, 1, 17). Ein wichtiger Aspekt der Anamnese ist die Anfallsbeobachtung. Dieser Aspekt allein reicht jedoch nicht aus, da der gleiche Anfallstyp bei unterschiedlichen Epilepsieformen auftreten und die gleiche Epilepsieform wiederum unterschiedliche Anfallstypen aufweisen kann. Daher werden zudem neurologische und *neuropsychologische* und genetische Befunde erhoben (vgl. Mayer 2011, 14). In der Epilepsieanamnese werden Patient und Angehörige befragt zu den Anfällen (Auslöser, Form), zum bisherigen Verlauf der Erkrankung, zur Bedeutung der Krankheit für den Patienten und sein Umfeld, zu möglichen Ursachen und zum sozialen und beruflichen Umfeld (vgl. Schmitz 2005, 13; Matthes 1999, 167ff.). Aus neuropsychologischer Sicht ist die Einschätzung der Lebensqualität durch den Patienten selbst sowie die Beurteilung seiner sozialen Kompetenz in Einzel- und Gruppensituationen für die Diagnostik wesentlich sowie das Herausfinden von Ressourcen des Patienten. Die neuropsychologische Diagnostik untersucht Bereiche wie intellektuelles Leistungsvermögen, Verhalten, Sprache, Wahrnehmung und Aufmerksamkeit (vgl. Mayer 2011, 68f.). Nach Schmitz und Trimble (2005, 13) ist die Erhebung eines psychischen Befundes selbstverständlicher Teil der Epilepsiediagnostik. Viele Patienten mit Epilepsie weisen psychische Symptome auf, zum Teil auch aufgrund neuronaler Funktionsstörungen. Die Beschränkung auf somatische Aspekte der Epilepsie kann zu gravierenden Fehleinschätzungen der Rehabilitationsmöglichkeiten und der Prognose führen (vgl. Matthes 1999, 13). Eine psychologische Anamnese ist zudem Voraussetzung für eine effektive Beratung bzgl. des Umgangs mit der Krankheit und den aktuellen Lebensthemen. Bestehen komorbide psychische Störungen, ist eine klinisch-psychologische Untersuchung und Therapie unerlässlich.

Die epileptischen Syndrome und komorbiden Erkrankungen bei Epilepsie weisen ein breites Spektrum auf. Psychogene, dissoziative Anfälle⁸ können den epileptischen stark ähneln. Aus diesen Gründen ist bei der Diagnostik und Differentialdiagnostik der Epilepsien eine besondere Sorgfalt notwendig (vgl. Deutsche Gesellschaft für Epileptologie 2010). Für eine sichere Diagnosestellung sind zusätzlich die Ableitung iktaler⁹ und Langzeit-EEGs zum Teil mit gleichzeitiger Video-Überwachung wichtig. Dadurch kann das nach außen sichtbare Anfallsgeschehen mit den Reaktionen im Gehirn verglichen werden (vgl. Matthes 1999, 189; Mayer 2011, 13).

⁸ Im nächsten Abschnitt näher beschrieben.

⁹ Ein *iktales* EEG wird während einem Anfall abgeleitet (vgl. Matthes 1999, 13).

2.2 Psychogene und dissoziative Anfälle

Psychogene Anfälle haben eine psychische Ursache, können dem Erscheinungsbild epileptischer Anfälle jedoch stark ähneln. Sie werden als psychogene, dissoziative oder nicht-epileptische Anfälle bezeichnet. Das Symptom des psychogenen Anfalls kann aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet Ausdruck einer Konversionsstörung, einer somatoformen oder einer dissoziativen Störung sein. Bei einer Konversion steht der Ausdruck unbewusster seelischer Konflikte im Vordergrund. Die Bezeichnung der somatoformen Störung besagt, dass Symptome wie eine körperliche Störung aussehen, ohne dass entsprechende organische Befunde vorliegen (vgl. Schulze-Bonhage 2008, 3; Schmitz 2005, 57). Bei einer dissoziativen Störung steht im Vordergrund, dass „die Integration der Funktionen Identität, Bewusstsein und Gedächtnis gestört ist“ (Schulze-Bonhage 2008, 3). „Der Mensch dissoziiert, weil er einen Konflikt nicht ertragen, eine Angst nicht niederzwingen kann“ (vgl. Schmitz 2005, 56). Durch das Auftreten eines dissoziativen Anfalls kann demnach die bewusste, für den Betroffenen unerträgliche Erinnerung traumatisierender Erlebnisse abgewehrt werden, allerdings zu dem Preis der Abspaltung und Desintegration. Dissoziative und Konversionsstörungen sind in der ICD-10 (F 44.0 und F44.5) definiert. Als Ursachen werden psychogene Faktoren wie ein traumatisierendes Ereignis (häufig Missbrauch), gestörte Beziehungen oder unerträgliche Konflikte (häufig familiär) angesehen (vgl. ICD-10-GM 2012, 192f.).

25% der Patienten, die sich wegen einem Verdacht auf Epilepsie vorstellen, leiden an psychogenen Anfällen. Alle Erscheinungsformen epileptischer Anfällen können auch bei dissoziativen Anfällen auftreten. Für dissoziative Anfälle sind jedoch ein „dramatischer“ Verlauf, geschlossene Augen sowie eine im Vergleich zu epileptischen Anfällen deutlich längere Dauer typisch. Dissoziative Anfälle treten nie aus dem (echten) Schlaf heraus auf und vermehrt in anfallsauslösenden Situationen, wie z. B. bei Abschied oder bei einem intensiv emotionalen Besuch und enden abrupt. Bei Ansprache und Zuwendung verstärken sich die Symptome. Zu Verletzungen kommt es selten, zu Zungenbissen, wie bei den „Grand mal-Anfällen“ der Epilepsie, nie (vgl. Mayer 2011, 11; Schmitz 2005, 61ff.).

Dissoziative Anfälle sind eine der häufigsten Differentialdiagnosen epileptischer Anfälle (vgl. Schmitz 2006, 132). Im Vergleich zu anderen psychiatrischen Störungen treten sie im Rahmen der Komorbidität nicht häufiger auf. Sie stehen jedoch daher so im Zentrum der Aufmerksamkeit, da sie den epileptischen Anfällen sehr

ähneln und die Diagnose sowie die Therapie wesentlich erschweren können.

Dissoziative Anfälle treten meist erst nach Beginn der Pubertät auf. Sie werden durchschnittlich erst nach einem Zeitraum von sieben Jahren sicher diagnostiziert. Bis dahin unterziehen sich Betroffene leider häufig unwirksamen und mit Nebenwirkungen verbundenen medikamentösen Behandlungen (vgl. Schmitz 2005, 56ff.; Schulze-Bonhage 2008, 6). Die Therapie dissoziativer Anfälle muss immer vom individuellen Fall ausgehend konzipiert werden. Allgemein werden verhaltenstherapeutische, systemische, bei entsprechender Genese auch tiefenpsychologisch fundierte Verfahren und in Einzelfällen Psychopharmaka eingesetzt (vgl. Schmitz 2005, 67).

2.3 Psychische Symptome und Störungen bei Epilepsie

2.3.1 Komorbide und begleitende Krankheiten und Störungen bei Epilepsie

Epilepsien können bei Menschen auftreten, die bisher körperlich, neuropsychologisch und psychisch gesund waren und ebenso bei Menschen, die bereits von bestehenden geistigen oder körperlichen Behinderungen, neurologischen Defiziten oder psychischen Störungen betroffen sind. In vielen Fällen ist die Epilepsie die einzige Krankheit (vgl. Deutsche Gesellschaft für Epileptologie 2010, Nr. 45). Kognitive und neuropsychologische Defizite sowie Entwicklungsstörungen können wiederum durch epileptische Aktivität und Antiepileptika begünstigt werden. Kognitive Defizite sind bei allen Epilepsien möglich und treten nicht selten als Begleiterscheinung auf. Sie sind jedoch keinesfalls als deren regelhafte Begleitsymptomatik anzusehen (vgl. Mayer 2011, 42)¹⁰.

Im Kontext dieser Masterarbeit wird auf psychische Störungen und Symptome sowie auf psychosoziale Probleme bei Epilepsie eingegangen, da sie für eine Indikation Musiktherapie eine wesentliche Rolle spielen können. Hirnorganische neuropsychologische Veränderungen werden mitbeachtet. Im Weiteren sowie beim Entwickeln konzeptioneller Überlegungen wird von Menschen ausgegangen, deren Haupterkrankung die Epilepsie mit ihren Begleiterscheinungen ist. Auf Komponenten von geistiger und körperlicher Behinderung wird hier nicht eingegangen.

Viele Menschen mit Epilepsie, nach Diehl (1992, 6) ca. 50% der Erwachsenen, haben ein erhöhtes Risiko, an psychischen, Verhaltens- und Entwicklungsstörungen zu

¹⁰ In diesem Kontext wird auf epilepsiekranken geschichtliche Persönlichkeiten hingewiesen, die ihre Mitbürger an Intelligenz und Persönlichkeit weit überragten. Dies waren z. B. Alexander der Große, der Dichter Dostojewski, der Musiker Händel sowie der Maler van Gogh (Matthes 1999, 280).

erkranken und sind auch davon betroffen (vgl. Schmitz 2005, 21; Mayer 2011, 54). Epileptische Aktivität, die mögliche Nicht-Akzeptanz aus dem sozialen Umfeld sowie die Nebenwirkungen von Antiepileptika stellen Risikofaktoren dar, die die Entwicklung sozial-emotionaler Bereiche sowie von Verhalten und Wahrnehmung gefährden (vgl. Mayer 2011, 26, 54ff.). Besonders Patienten mit schwer behandelbaren Epilepsien können strukturelle oder funktionelle Hirnschäden aufweisen, die sich auf neuronale Netzwerke auswirken, die wiederum für die Regulation emotionaler Reaktionen und Verhaltensweisen zuständig sind (vgl. Schmitz 2005, VI).

2.3.2 Komorbide und epilepsietypische psychische Störungen

Die Tatsache, dass Epilepsiepatienten ein erhöhtes Erkrankungsrisiko bzgl. psychischer Störungen haben, ist heute allgemein akzeptiert. Trotzdem bleiben psychopathologische Probleme, die charakteristisch bei Menschen mit Epilepsie auftreten, sowohl in den Klassifikationssystemen für Epilepsie als auch in den gängigen Klassifikationen psychischer Störungen, im entsprechenden Kapitel der ICD-10 und der DSM-IV, weitgehend unberücksichtigt. Manche psychiatrischen Störungen sind spezifisch mit den Symptomen der Epilepsie verbunden und erfordern auch spezifische Behandlungen. Deshalb hat die Kommission für Psychobiologie der Internationalen Liga gegen Epilepsie¹¹ eine eigene Systematik zur Klassifikation epilepsiespezifischer psychischer Störungen entwickelt (vgl. Krishnamoorthy 2003; Schmitz 2005, 22f.). Auf diese Klassifikation wird unten eingegangen.

Psychiatrische Komorbiditäten bei Epilepsien, die ebenfalls bei anderen Erkrankungen auftreten, weisen i.d.R. keine epilepsiespezifischen Besonderheiten auf. Sie können und sollten als eigene psychiatrische Störungen durch die oben genannten Klassifikationssysteme regelhaft klassifiziert werden. Zu diesen Störungen zählen depressive Störungen, Angststörungen und Zwangserkrankungen (vgl. Krishnamoorthy 2003, 62). Besonders häufig werden depressive Störungen diagnostiziert. Seltener können auch Psychosen (vgl. Schmitz 2005, 21) und Schizophrenien in Verbindung mit Epilepsie eine Rolle spielen (vgl. Krishnamoorthy 2003, 63) sowie bei plötzlicher Anfallsfreiheit selten auch neurotische Störungen (vgl. Mayer 2011, 63). Belege für erhöhtes Aggressionspotential im Kontext mit Epilepsie gibt es keine. Mögliche aggressive Verhaltensweisen bei Epilepsie sind auf Verhaltensschwierigkeiten (vgl. Mombour 1992b, 45f.) sowie auf benachteiligende soziale Umstände zurückzuführen.

¹¹ Sub-Commission on classification of the ILAE-Commission on epilepsy and psychobiology (vgl. Krishnamoorthy 2003)

ren. Aggressivität während oder nach epileptischen Anfällen ist sehr selten. Tritt sie dennoch auf, ist es differentialdiagnostisch wichtig, mögliche Ursachen zu klären (vgl. Schmitz 2006, 147).

Für die Diagnostik bei *jungen* Menschen mit Epilepsie kann das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 der WHO (Remscheidt et al. 2001 zit. n. Frank 2005, 8) bedeutsam sein. Über das mehrdimensionale Schema können Entwicklungsprobleme und Krankheitsfolgen sowie die Abhängigkeit der Beeinträchtigung vom Jugendlichen selbst sowie von den aktuellen psychosozialen Bezügen erfasst werden (vgl. Frank 2005, 8).

Im Folgenden werden die häufigsten komorbiden psychischen Störungen bei Epilepsie werden im Folgenden kurz erläutert.

Gründe für *Depressionen* bei Menschen mit Epilepsie sind vielfältig: hirnorganische Faktoren, epilepsiebedingte Schlafstörungen, medikamentöse Nebenwirkungen sowie psychosoziale Belastungen. Einer Untersuchung zufolge wird die „subjektive Behinderung durch Anfälle ganz wesentlich durch eine begleitende Depression verstärkt“ (Cramer et al. 2003 zit. n. Schmitz 2005, 25). Nach epidemiologischen Daten scheinen Depressionen häufiger bei Epilepsie vorzukommen, als im Kontext anderer chronischer Erkrankungen (vgl. Schmitz 2005, 25). Das häufige Auftreten von Depressionen erklärt auch die hohen Suizidraten bei Menschen mit Epilepsie (vgl. Mayer 2011, 61). Sie liegen um das Vier- bis Sechsfache höher als in der Allgemeinbevölkerung (vgl. Christensen et al. 2007; Wolfersdorfer & Fröscher 1987 zit. n. Mayer 2011, 61). *Suizide* sind eine häufige Todesursache bei Epilepsiepatienten und Ausdruck von Gefühlen der Ohnmacht und Verzweiflung bei Menschen, die mit der Epilepsie in ihrem individuellen Kontext nicht zurechtkommen (vgl. Mayer 2011, 61).

Angststörungen haben ebenso eine besondere sozialpsychologische Bedeutung bei Menschen mit Epilepsie (ebd.). Sie können Reaktionen auf die sozial-emotionalen Belastungen sein, die mit der Krankheit einhergehen. Dies betrifft insbesondere die Angst vor der Ohnmacht und Hilflosigkeit bzgl. Anfällen als unkontrolliert auftretende traumatische Ereignisse sowie die Angst vor der sozialen Ausgrenzung (vgl. Schmitz 2005, 31ff.). Pathologische Ängste können aber auch durch neuropsychologische Störungen ausgelöst werden (vgl. Mayer 2011, 61). Strian (1992, 13) beschreibt paroxysmale Angst und Panik, die zum Teil unreal im Zusammenhang mit epileptischen Anfällen auftritt. Sie wird aufgrund einer gestörten zerebralen Wahr-

nehmungsverarbeitung ausgelöst¹².

Ferner gibt es „kein psychopathologisches Symptom (...) anderer psychiatrischer Störungen, das nicht auch bei Epilepsie vorkommen könnte“ (Mombour 1992a, 19).

Selbstverständlich sind auch die genannten komorbiden psychischen Störungen für eine Indikation Musiktherapie wesentlich. Der Fokus dieser Arbeit liegt jedoch auf den Spezifika der Epilepsie bzgl. einer Indikation für Musiktherapie. Daher wird auf die Therapie der eben genannten Störungen nicht gesondert eingegangen.

Im Folgenden wird die Klassifikation von epilepsiespezifischen psychischen Veränderungen betrachtet. Letztere werden heute unterteilt in psychische Symptome, die an das Anfallsgeschehen gebunden sind, nämlich prä-, peri- und postiktale Symptome¹³, sowie in Störungen, die überdauernd und auch oder gerade in den anfallsfreien Phasen präsent sind (vgl. Swinkels 2003 zit. n. Mayer 2011, 54). Die Klassifikation neuropsychiatrischer Störungen bei Epilepsie von Krishnamoorthy (2003) sieht sich als international gültig. Sie folgt einem rein psychopathologisch-deskriptiven Ansatz. Ein Grund dafür ist, dass es Ziel dieser Klassifikation ist, in die ebenfalls deskriptiv konzipierte ICD-11 und DSM-V aufgenommen zu werden (vgl. Krishnamoorthy 2003, 65ff.). Die folgende Einteilung ist dargestellt nach Krishnamoorthy et al. (2003), Mayer (2011, 57ff.) sowie Schmitz und Trimble (2005, 21ff.). Danach werden psychische Störungen bei Epilepsie folgendermaßen klassifiziert:

Psychopathologie als Symptomatik epileptischer Anfälle:

Psychische Auffälligkeiten in direktem Zusammenhang mit den Anfällen, wie z. B. Auren¹⁴ vor dem Anfall, Symptome von Angst und Panik sowie halluzinatorischen Wahnideen.

Epilepsietypische interiktale psychiatrische Störungen:

- Kognitive Störungen von Gedächtnis, Sprache und sensorischen Funktionen
- Psychosen bei Epilepsien:
 - o Interiktale Epilepsiepsychose: hier stehen Wahnbildungen im Vordergrund mit ausgeprägt affektiver Komponente.
 - o Alternativpsychose: In den Phasen, in denen die Anfälle im Vordergrund stehen, sind diese Patienten in gesunder psychischer Verfassung. Alternativpsychosen treten in den anfallsfreien Phasen auf.

¹² Bei diesem Phänomen ist die Wahrnehmung für innere und äußere Reize bzgl. der emotionalen Bewertung von Informationen gestört. Informationen werden verzerrt wahrgenommen und verursachen dadurch Angst, wenn die reale Situation noch längst nicht so gefährlich ist, wie wahrgenommen. Dies kommt vermehrt bei raumfordernden Prozessen vor, wie bei Tumoren (vgl. Strian 1992, 13).

¹³ Damit sind Symptome *vor*, *während* und *nach* dem Anfallsgeschehen gemeint.

¹⁴ Eine Aura ist ein Vorgefühl vor einem epileptischen Anfall in Form von sensorischen, vegetativen und psychischen Symptomen (vgl. Sälke-Kellermann 2009, 22), z. B. wird ein bestimmter Geruch oder Geschmack wahrgenommen oder in seltenen Fällen auch eine bestimmte Musik gehört.

- Postiktale Psychosen mit inhaltlichen Denkstörungen, Wahnideen und Halluzinationen: Diese treten insbesondere nach Anfallsserien auf.
- Affektiv-somatoforme (dysphorische) Störungen bei Epilepsien: Dies sind Störungen mit vielgestaltiger Symptomatik und unterschiedlich langen Intervallen (Stunden bis maximal drei Tage) mit folgenden acht Merkmalen: Reizbarkeit, Depressivität, Antriebsarmut, Schlafstörungen, atypische Schmerzen, Angst, Phobien und flüchtige Stimmungshochs.
 - Interiktale Verstimmungen: mindestens drei der acht Merkmale treten ausgeprägt und zeitweise auf.
 - Prodromale Verstimmung: Reizbarkeit oder andere dysphorische Symptome gehen Stunden bis Tage einem Anfall voraus.
 - Postiktale Verstimmung: ausgeprägte Symptome von Antriebslosigkeit, Kopfschmerz, Reizbarkeit, Angst direkt nach einem Anfall.
 - Sonstige epilepsietypische Verstimmungen: z. B. phobische, speziell auf die Anfälle gerichtete Ängste.
- Auffälligkeiten (Akzentuierungen) oder Störungen der Persönlichkeit bei Menschen mit Epilepsien: Hypermoralische oder hyperreligiöse, emotional labile, gemischte oder sonstige Persönlichkeitsstörung. Diese sollten nur als solche diagnostiziert werden, wenn sie die soziale Anpassung erheblich einschränken. In der ICD-10 oder DSM-VI definierte Störungen sind hier ausgeschlossen.

Weitere, für die psychiatrische Klassifikation wesentliche Aspekte:

- Beziehung zum EEG: manche psychiatrischen Veränderungen können von bestimmten EEG-Veränderungen begleitet werden. Anders herum können psychiatrische Symptome bei einer Rückbildung hirnganischer Auffälligkeiten entstehen, insbesondere bei der *forcierten Normalisierung*. Sie bezeichnet die Situation, wenn Patienten durch Medikamente weitgehend oder, noch abrupter durch eine erfolgreiche operative Entfernung des Epilepsieherdes, ganz anfallsfrei werden. Häufig kommen die Patienten nicht so schnell mit dieser Veränderung zurecht oder entwickeln dauerhaft Ersatz-Symptome anstelle der epileptischen Anfälle. Dies können psychiatrische Symptome jeglicher Art sein.

Nach epilepsiechirurgischen Eingriffen bei plötzlicher Anfallsfreiheit sind depressive Verstimmungen und Verunsicherung häufig. Dies hängt einerseits mit der psychischen Herausforderung zusammen, sich von einem Tag auf den anderen in einer ganz anderen sozialen Situation zu befinden und andererseits damit, dass durch die Operation in manchen Fällen auch in hirnganische Strukturen eingegriffen wird, die für die Stimmungsregulation zuständig sind. Derartige Symptome klingen i.d.R. innerhalb eines Jahres ab (vgl. Deutsche Gesellschaft für Epileptologie, Nr. 33).
- Antiepileptika-induzierte psychiatrische Störung: psychische Symptome, die aufgrund

einer Umstellung oder einer Neuverordnung von Antiepileptika auftreten. Da Antiepileptika großteils auch psychiatrische (Neben-)Wirkungen haben, ist dies wesentlich zu berücksichtigen.

In dieser Klassifikation werden soziale und gesellschaftliche Faktoren ausgeblendet (vgl. Mayer 2011, 56f.). Psychodynamische Aspekte, die für die Therapie besonders relevant sind, fehlen gänzlich (vgl. Schmitz 2005, 24). In einer älteren Klassifikation wurden die Folgestörungen bei Epilepsie berücksichtigt und als *psychoreaktive Entwicklung als Folge der schweren Behinderung durch die Krankheit* aufgefasst (vgl. Mombour 1992a, 19). Diese Formulierung scheint genau die psychischen Schwierigkeiten aufgrund von psychosozialen Wechselwirkungen zwischen der Epilepsie, der Persönlichkeit des Betroffenen und seinem sozialen und gesellschaftlichen Kontext zu benennen. Sie bezieht soziale und gesellschaftliche Risikofaktoren als ursächliches „komplexes Bedingungsgefüge“ (Mayer 2011, 57) bei Epilepsie mit ein.

Psychopathologische Veränderungen bei Epilepsien sind demnach schwer in endogene psychische, psychoreaktive und hirnrorganische Störungen zu trennen. Sie beruhen auf „einer oft unentwirrbaren Verflechtung organischer, medikamentbedingter, funktioneller und psychoreaktiver Faktoren. Die Bedeutung dieser pathogenetischen Mechanismen ist von Fall zu Fall verschieden“ (Matthes 1999, 281). Psychische Symptome bei Epilepsie sind somit multifaktoriell bedingt. Ursächlich können demnach folgende Faktoren in individuell unterschiedlicher Gewichtung sein:

- psychoreaktive Störungen und psychosoziale Folgestörungen aufgrund der körperlichen, (psycho-)sozialen und psychischen Krankheitsfolgen und der veränderten sozialen und beruflichen Situation;
- hirnrorganische Läsionen, die ursächlich für die Epilepsie sind;
- neurophysiologische und neuropsychologische Defizite;
- Nebenwirkungen, Neueinstellung oder Umstellung der Antiepileptika;
- psychische Störungen, die bereits vor Ausbruch der Epilepsie bestanden;
- mögliche Entwicklungsdefizite, wenn eine Epilepsie bereits seit dem Kindesalter besteht und die bisherige Entwicklung erschwert war (vgl. Mayer 2011, 65).

Auch die „Entwicklung von Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen ist immer das Resultat einer komplexen Interaktion psycho-sozialer und biologischer Einflussgrößen“ (vgl. Mayer 2011, 65). Der Einfluss genetisch-konstitutioneller Faktoren wird überschätzt (ebd.)¹⁵.

¹⁵ Ein Beispiel einer multifaktoriell bedingten psychopathologischen Veränderung könnte sein: Es

Durch die obige Ausführung wird die Annahme eines bio-psycho-sozialen Ursachegefüges auch für psychische Veränderungen bei Epilepsie bestätigt. Für eine Musiktherapie mit Menschen mit Epilepsie mit diesem Grundverständnis sind neben psychotherapeutischen Kenntnissen auch neuropsychologische sowie solche über Nebenwirkungen von Antiepileptika notwendig. In dieser Arbeit kann nicht auf alle mitbedingenden Faktoren eingegangen werden, weil dies den Rahmen weit sprengen würde. Daher wird auf die Nebenwirkungen der Antiepileptika hier nicht eingegangen. Der Hinweis auf die Beachtung dieses nicht unwesentlichen Aspektes soll hier genügen. Hier fokussiert werden die psychoreaktiven Störungen und psychosozialen Krankheitsfolgen sowie ausgewählte Aspekte epilepsiespezifischer psychischer Störungen. Ein wesentlicher Aspekt ist die sowohl psychisch als auch hirnrnorganisch bedingte, pathologische Angst im Zusammenhang mit Anfällen, die häufig auch die Angst vor Unvorhersehbarem und vor Kontrollverlust einschließt (vgl. Strian 1992, 13; Krishnamoorthy 2003, 64; Sasse 2001, 240f.).

2.3.3 Wesensänderung bei Epilepsie

Wie verhält es sich mit einer typischen Wesensänderung bzw. mit typischen Persönlichkeitsmerkmalen bei Menschen mit Epilepsie? Diese Frage wurde bereits im 19. und 20. Jahrhundert in der psychiatrischen Literatur behandelt – leider häufig auf diskriminierende Weise (vgl. Schmitz 2005, 71). Nach Mayer (2011, 56) wurde den Persönlichkeitsmerkmalen Epilepsiekranker kaum eine negative Eigenschaft vorenthalten. Janz (1969 zit. n. Schöndienst 2004, 155) referierte das Thema sorgfältig und neutral (jedoch nicht zustimmend). Seiner Darstellung zufolge sind Menschen mit Epilepsie geprägt von Hypersozialität, Reizbarkeit, Aggressivität, Triebhaftigkeit, Pedanterie und Explosivität. Aufgrund der diskriminierenden Art der Behandlung wurde das Thema in der Zeit der Entnazifizierung tabuisiert und wissenschaftlich ignoriert. Eine weitere Erforschung von Persönlichkeitsstörungen bei Epilepsie war und ist jedoch wichtig, da den Betroffenen lediglich mit einer differenziert erforschten Grundlage geholfen ist (vgl. Schmitz 2005, 71). In jüngerer Literatur werden psychische Auffälligkeiten bei Epilepsie differenziert wissenschaftlich untersucht (vgl. Schöndienst 2004; Schmitz 2005, 71ff.; Mayer 2011, 56ff.). Es existiert zwar

vermischen sich Depressionen aufgrund der rein psychischen Krankheitsverarbeitung mit Antriebschwäche aufgrund von hirnrnorganischen Funktionsstörungen oder Angst vor Zurückweisung und Nicht-Akzeptanz wegen eines Anfalls mit der Angst, die unmittelbar vor und während einem epileptischen Anfall durch die gestörte hirnrnorganische Wahrnehmungsverarbeitung verursacht wird.

auch in neuerer Zeit noch die Auffassung, dass es ein selbstständiges psychisches Phänomen bei Epilepsie gibt, das bereits lange vor dem Auftreten epileptischer Anfälle erkennbar ist (Peters 1993, 134f.). Dies ist jedoch selten der Fall. König (1987, 39) merkt bereits an, dass Charakterisierungen einer epileptischen Wesensänderung wohl „kaum einer empirischen Überprüfung standhalten“ (ebd.). Die für Epilepsie typische Wesensänderung sei obsolet geworden, da sie aus einer Zeit stammt, „in der die Epilepsie als nosologisch abgrenzbare Geisteskrankheit angesehen wurde (Matthes)“ (Lange u. Mucha 1972, 435f. zit. n. König 1987, 39f.). Zudem seien die angeblichen typischen Wesensmerkmale in früheren Jahren häufig ausschließlich von „chronifizierten Anstaltspatienten“ abgeleitet worden (ebd.). Auch wurden medikamentöse Nebenwirkungen kaum beachtet (vgl. König 1987, 75).

Der aktuelle mehrheitliche Konsens der zu dieser Arbeit recherchierten Literatur ist relativ eindeutig: Eine epileptische Wesensänderung im bisher beschriebenen Sinne gibt es nicht (vgl. Mayer 2011, 56; Schmitz 2005, 71f.; Matthes 1999, 280). Typisch epileptische Persönlichkeitsmerkmale konnten bis heute nicht empirisch belegt werden (vgl. Mayer 2011, 56). Unbestritten hingegen ist die Tatsache, dass Epilepsien mit einem erhöhten Risiko für psychische Auffälligkeiten einhergehen (vgl. Gaitatzis et al. 2004 und Swinkels et al. 2003 zit. n. Mayer 2011, 60; Schmitz 2005, VI, 21). Manche Menschen mit Epilepsie leiden unter Persönlichkeitsmerkmalen, die ihnen das Leben erschweren. Dies kann und darf jedoch keinesfalls generalisiert für Epilepsie angenommen werden. Schöndienst (2004, 155f.) weist auf die geringe therapeutische Reichweite und fehlende geeignete Diagnoseinstrumente diesbzgl. hin.

2.4 Psychosoziale Aspekte bei Epilepsie

Menschen mit Epilepsie haben es im Vergleich zu Menschen mit anderen chronischen Erkrankungen in Bezug auf die soziale und gesellschaftliche Akzeptanz in mancherlei Hinsicht schwerer. Ein Grund liegt darin, dass die Epilepsie „seit jeher zu den sozial diskriminierenden Krankheiten“ (Matthes 1999, 6) gehörte, da sie lange Zeit auf nicht empirische Weise mit negativen persönlichkeitsprägenden Eigenschaften verknüpft wurde (vgl. Mayer 2011, 56; Schmitz 2005, 71). Die gesellschaftliche Aufklärung über sie ist trotz ihrer Häufigkeit immer noch relativ gering. Falsche Vorurteile sind noch verbreitet, wie insbesondere die Annahme, dass Epilepsie rein erblich bedingt und regelmäßig mit geistigem Abbau verbunden sei. Noch 1996 ergab eine Meinungsumfrage in Deutschland u.a., dass 20% der Befragten Epilepsie

für eine Geisteskrankheit hielten (vgl. Matthes 1999, 6).

Auch unabhängig vom Diskriminierungsgedanken kann Epilepsie als soziale Krankheit gesehen werden, weil sich bei vielen Betroffenen der Leidensdruck und die Therapiemotivation mehr aufgrund der Reaktionen der Umwelt ergeben und nicht primär aufgrund der Anfallssymptomatik (vgl. Schmitz 2006, 131).

Zunächst ist Epilepsie auch eine nicht sichtbare Krankheit. Somit ist es für die Betroffenen selbst als auch für das soziale Umfeld negativ überraschend, wenn sich ein epileptischer Anfall im Beisein anderer ereignet. Der Mensch mit Epilepsie hat dann mehrfach mit negativen Folgen zu kämpfen: Er ist allgemein verunsichert aufgrund der Unvorhersehbarkeit der Anfälle. Hier spielen sowohl die Angst vor Ausgrenzung als auch die Angst vor körperlicher Verletzung eine entscheidende Rolle. Hinzu können präiktale, hirnganisch bedingte Ängste kommen. Nach einem Anfall können Unverständnis und tatsächliche Ausgrenzung der Mitmenschen die Folge sein. Daher scheint es hilfreich, dass Betroffene ihr Umfeld über ihre Krankheit aufklären. Doch auch dies kann negative Resonanzen nach sich ziehen. Denn das Wissen um die Gefahr und Unvorhersehbarkeit eines (manchmal dramatisch ablaufenden) Anfalls löst auch bei vielen Mitmenschen Unsicherheit, Furcht und Hilflosigkeit aus. Dies verstärkt häufig die soziale Diskriminierung. Daher wiederum überlegen sich epilepsie-krankte Menschen genau, wann und wen sie über ihre Krankheit aufklären (vgl. Matthes 1999, 6; Interview 7, 64). Diese nicht seltene Verheimlichungstendenz bei Epilepsie ist somit einerseits verständlich. Andererseits wird das Stigma dadurch noch erhöht, da nur schwer ausgeprägte Epilepsien bekannt werden. Zudem geht eine Verheimlichung mit sozialem Rückzug des Betroffenen einher. Nicht selten schirmen auch die Familienangehörigen ihren „Patienten“ nach außen hin ab, was außer Schutz auch soziale Abgrenzung zur Umwelt mit sich bringt (ebd.).

Ein Mensch mit Epilepsie hat eine besondere Form des subjektiven Krankheitserlebens: Er erlebt seine Symptome – die Anfälle – meistens nicht bewusst, wie die meisten anderen Patienten, sondern lediglich durch die Reaktionen und „im Spiegel seiner Umwelt“ (vgl. Matthes 1999, 8; Schmitz 2006, 131), da während der meisten epileptischen Anfälle das Bewusstsein weitgehend gestört ist. Je schwerer die Anfälle sind, desto weniger nimmt der Betroffene davon wahr. „Dem Mangel eigenen Krankheitsgefühls steht das Entsetzen der Umgebung kraß gegenüber“ (Janz 1969, 1386 zit. n. König 1987, 52). Zudem können manche Menschen durch die Bewusstseinsstörung bei Anfällen ihre Krankheit und die damit verbundenen realen Gefahren

nicht realitätsgetreu einschätzen. Das kann wiederum zu mangelnder Krankheitseinsicht und Selbstüber- oder -unterschätzung (vgl. Matthes 1999, 8) und somit zu Missverständnissen im psychosozialen Bereich führen. Hier wird auch eine Art Kettenreaktion psychosozialer Probleme bei Epilepsie deutlich. Nach einer Studie aus den USA (Ryan et al. 1980 zit. n. König 1987, 54f.)¹⁶ jedoch fühlen sich Menschen mit Epilepsie nicht generell durch ihre Krankheit stigmatisiert. Das Stigmaerleben stehe jedoch in engem Zusammenhang zum individuellen Empfinden der Anfallschwere. Dies hänge wiederum mit der Gesamteinschränkung zusammen (ebd.).

Insgesamt beeinflussen Epilepsien das soziale Leben von vielen Betroffenen erheblich. Die psychosozialen Folgeprobleme sind nicht selten bedeutsamer, als die organischen Symptome selbst. Das Ausmaß ist sehr individuell und abhängig von der Art der Epilepsie sowie von den individuellen somatischen, psychischen und sozialen Bedingungen des erkrankten Menschen. Von einer Einschränkung betroffen sind meistens nahezu alle Lebensbereiche: der berufliche Bereich, Freizeitaktivitäten, soziale Beziehungen in und außerhalb der Familie, die Partnerwahl bzw. Partnerschaft und Sexualität sowie die Fahrtauglichkeit (vgl. Schmitz 2005, 19; Bauer 2002, 134). Diese Aspekte werden im Kontext mit jungen Erwachsenen näher betrachtet.

Hingegen weist Matthes (1999, 280) darauf hin, dass für ca. 50% der Menschen mit Epilepsie der Satz gilt: „Der epileptische Mensch ist ein gewöhnlicher Mensch, dem ab und zu etwas Ungewöhnliches passiert“ (ebd.). Dies weist darauf hin, dass einige Menschen mit Epilepsie auch ein weitgehend normales Leben führen, höhere Schulbildung erwerben und beruflich voll eingegliedert sind (ebd.). Dennoch bleibt auch hier nicht ausgeschlossen die Anfallsgefahr und somit der unvorhersehbare Wechsel zwischen Normalität und abrupter Erkrankung (vgl. Stiftung Juliusspital Würzburg 2013) und die Diskrepanz zwischen diesen beiden Zuständen (vgl. Interview 7, 64).

2.5 Psychodynamische Aspekte bei Epilepsie

2.5.1 Einführung

In diesem Kapitel werden psychodynamische Aspekte behandelt, zu denen sich in der Literatur eher wenig Material findet. Zunächst wird der Begriff der Psychodynamik definiert.

„Psychodynamik bezeichnet das Mit- oder Gegeneinander-Wirken von Kräften in der Seele (...)“ (Fachlexikon der sozialen Arbeit 1997, 746). Nach Sigmund Freud

¹⁶ Dazu wurden 445 Epilepsiekranken untersucht.

wirken im Unbewussten des Menschen dynamische Kräfte (z. B. Emotionen, Konflikte), die psychische Inhalte gezielt unbewusst machen und halten können (Verdrängung) (ebd.; Vogel 2011a, 3). Diese können zeitverzögert dynamisch aktiv werden und unter bestimmten Bedingungen – etwa durch ein Erlebnis, das einem verdrängten Konflikt ähnelt – wieder ins Bewusstsein dringen. Wenn ein aktueller und ein verdrängter Konflikt zusammentreffen, wird dadurch die Abwehr und die Fähigkeit zur Konfliktlösung geschwächt. Nun wird ein alternativer Weg gesucht, den bisher unbewusst gehaltenen unlösbaren Konflikt bzw. die starke seelische Spannung abzuwehren. Dies kann durch eine Symptombildung (rein psychisch oder psychosomatisch) geschehen (vgl. Ermann 2004 u. Hoffmann 2009 zit. n. Vogel 2011a, 3). Abwehr und Abwehrmechanismen werden hier nach der Definition und Beschreibung nach Anna Freud (2010/1975) verstanden.

Psychodynamik hat demnach mit innerseelischen Bewegungen zu tun, die beeinflusst sind von früheren Entwicklungserfahrungen und in Wechselwirkung mit aktuellem sozialem Erleben stehen. Es geht um das subjektive Selbsterleben. Bei Menschen mit Epilepsie könnten die psychodynamischen, innerseelischen Bewegungen eng mit der Verarbeitung der Krankheit, den körperlichen und insbesondere den psychosozialen Auswirkungen zusammenhängen. Wie können sie so mit den Besonderheiten der Krankheit(sfolgen) umgehen, dass sie für sie erträglich sind – genauer: welche Bewältigungsstrategien und Abwehrmechanismen kommen zum Einsatz? Und was für Probleme und Symptome resultieren daraus?

Zu diesen Fragen war folgendes Material in der Literatur zu finden: König (1987) führte eine Studie zur Psychodynamik der Epilepsie durch. Schmitz und Schöndienst (2006, 13ff., 141ff.) sowie Wolf et al. (2003, 240ff.) beziehen explizite und teils umfassende Überlegungen zur Psychodynamik in ihre Ausführungen zur Epilepsiebehandlung mit ein. Sasse (2001) beleuchtet in ihrem Artikel zur Musiktherapie mit Anfallskranken ebenfalls psychodynamische Aspekte, wie z. B. die Angst vor Unvorhersehbarem aufgrund der Unvorhersehbarkeit der Anfälle, auch wenn sie diese nicht explizit als solche benennt. Wie eben erwähnt, haben psychodynamische Aspekte auch viel mit psychosozialen zu tun. So gesehen klingen psychodynamische Aspekte implizit zum Teil auch in der allgemeinen Literatur zur Epilepsie an, wenn etwa psychosoziale oder psychologische Aspekte beschrieben werden (vgl. Mayer 2011 u. 1996; Schmitz 2005; Matthes 1999). Auf die expliziten Aussagen zur Psychodynamik nach König (1987), Schmitz und Schöndienst (2006) sowie Wolf et al.

(2003) wird näher eingegangen. Zunächst wird jedoch die Beziehung von Psychodynamik und Psychosomatik betrachtet und für diese Arbeit eingegrenzt.

Psychodynamische Aspekte können mit psychoreaktiven, also sekundären psychischen Veränderungen infolge der organischen Epilepsie ebenso zusammenhängen, wie mit primären psychischen Störungen. Die sekundären psychischen Veränderungen sind *somatopsychisch*, da sie infolge einer organischen Erkrankung entstehen. Die primären psychischen Störungen, die aus bestimmten Blickwinkeln auch als mitursächlich für organische Symptome gesehen werden können, sind im engeren Sinn *psychosomatisch* (vgl. Mentzos 2012, 188; Hoffmann 2009)¹⁷. Die Bezeichnung Psychosomatik weiter gefasst schließt zunächst die gesamte ganzheitliche Betrachtungsweise der Epilepsie in dieser Arbeit ein, nämlich die Wechselwirkungen zwischen organischen epileptischen Anfällen, sozialen Faktoren, psychischen Komorbiditäten, und somatopsychischen Folgen. *Psychosomatische* Symptome hier im engeren Sinne wie eben benannt jedoch meinen *organisch nachweisbare* Symptome, die sich *aufgrund einer psychischen Spannung*¹⁸.

Nach Schmitz und Schöndienst (2006, 131) und Schmitz und Trimble (2005) wird grundsätzlich eine ganzheitlich psychosomatische Betrachtungsweise bei Epilepsie angestrebt. In dieser Arbeit jedoch werden vorwiegend die somatopsychischen Aspekte fokussiert, um im Rahmen des Machbaren zu bleiben. Das weitgefassete psychosomatische Verständnis von Epilepsie liegt dennoch einer hier postulierten Musiktherapie zugrunde. Denn an mancher Stelle sind psychodynamische Aspekte eng mit psychosomatischen verknüpft.

Unter somatopsychischen und psychoreaktiven Störungen bei Epilepsie sind insbesondere die Faktoren zu verstehen, die unter den psychosozialen Folgen beschrieben wurden (sozialer Rückzug, Folgestörungen aufgrund des spezifischen Selbst- und

¹⁷ *Psychosomatik* ist die Wissenschaft von psychischer Einwirkung auf körperliche Vorgänge. Sie beschäftigt sich mit den Wechselbeziehungen zwischen seelischen, körperlichen und sozialen Vorgängen (vgl. Deuter 2013, 1).

¹⁸ Diese Definition wird aus dem psychosomatischen Begriff nach Mentzos (2010, 48, 187ff.) abgeleitet. Er weist jedoch ausdrücklich darauf hin, dass alle psychischen Vorgänge von zerebralen Prozessen begleitet und bereits aufgrund dessen eng mit dem Körper verknüpft sind sowie darauf, dass sich zur Symptomentstehung psychische Konflikte und körperliche Disposition auf halbem Wege treffen. Dies bedeutet, dass ein psychischer Konflikt nur an solchen Stellen im Körper ein organisches Symptom ausbilden kann, an denen auch eine organische Bereitschaft dazu vorhanden ist. Häufige psychosomatische Krankheiten im engeren Sinn, bei denen neben den psychischen Konflikten auch pathologische organische Veränderungen nachweisbar sind, sind z. B. Asthma bronchiale, Neurodermitis und Multiple Sklerose (ebd.). Auf die Epilepsie übertragen könnte dies heißen, dass sich bei Menschen mit epileptischer Disposition im Gehirn auch psychische Konflikte vermehrt über epileptische Aktivität als körperliches Symptom ausdrücken. Diese Sichtweise ist jedoch bislang wissenschaftlich nicht erwiesen (ebd.). Daher kann hier nicht weiter darauf eingegangen werden.

Krankheitserlebens bei Epilepsie) sowie Bewältigungsstrategien. Psychische Abwehrmechanismen infolge der Epilepsie sind eng verknüpft mit Bewältigungsstrategien sowie mit komorbiden psychischen Symptomen (depressive Verstimmungen, Zwangssymptome) und können demnach auch als somatopsychische Störungen verstanden werden. Auch einige der epilepsiespezifischen psychischen Störungen scheinen somatopsychischen Charakter zu haben, wie z. B. psychotische oder depressive Reaktionen auf erzielte Anfallsfreiheit. Der Übergang scheint hier fließend, auch aufgrund der engen Verknüpfung mit neuropsychologischen Faktoren.

2.5.2 Abriss über die Psychodynamik und Psychosomatik der Epilepsie

Im Zuge der Forschung zur epileptischen Wesensänderung in den 1920er Jahren befasste sich auch bereits Sigmund Freud (1972 zit. n. Schmitz 2005, 71)¹⁹ mit der Psychodynamik der Epilepsie (vgl. Schmitz 2005, 71). Er war geneigt, sowohl für den hysterischen als auch für den epileptischen Anfall „einen organisch vorgebildeten Mechanismus der abnormen Triebabfuhr anzunehmen“ (1948, 403 zit. n. König 1987, 69), der sowohl bei gestörter Gehirntätigkeit als auch bei psychisch angestauter Triebenergie einsetzte. Bei der organischen Epilepsie trete die epileptische Reaktion als Folge einer dem Seelenleben fremden Störung von außen (Gehirnkrankheit) auf. Bei der Diskussion der „Hysteroepilepsie“²⁰ wurde gefunden, dass weder die psychischen noch die organischen Faktoren jeweils für sich gesehen die Ursachen für epileptische Anfälle ausreichend aufklärten (vgl. Plügge 1948 u. Rabe 1970, 1985 zit. n. König 1987, 70). König (1987, 71ff.) plädiert daher dafür, eine Brücke zwischen den bisher streng getrennten psychogenen und organischen Ursachen zu schlagen. Besonders das gleichzeitige Auftreten von psychogenen und epileptischen Anfällen fordere einen psychosomatischen Ansatz.

Diebold (2001) postuliert auch in neuerer Zeit, dass bei neurologisch bedingten Anfällen nicht nur situativ, sondern auch grundsätzlich für die Krankheit primär psychische Konflikte auslösend sind und somit auch die Epilepsien großteils *psychosomatische* Symptome darstellen. Diese Sichtweise von Epilepsie ist jedoch in der aktuellen Diskussion und Hauptliteratur zu Epilepsie (siehe Literaturverzeichnis) kaum erwähnt. Sie wird nach Aussage von Fachärzten der Epileptologie kontrovers diskutiert und ist wissenschaftlich bis heute nicht belegt (vgl. Interview 7, 67). Le-

¹⁹ Beitrag von Freud zum Thema „Epilepsie und die Vätertötung“

²⁰ Ein früher verwendeter Ausdruck für eine mögliche Vermischung von epileptischen und hysterischen Ursachen für Anfälle (vgl. König 1987, 70)

diglich im Kontext psychotherapeutischer Behandlung sprechen Schmitz und Schön-
dienst (2006, 155) von *spezifischen* psychodynamischen Konflikten als möglichen
Anfallsauslösern. Im Folgenden wird der Fokus auf Psychodynamik im Kontext
psychoreaktiver Störungen beibehalten.

2.5.3 Psychodynamische Aspekte der Epilepsie nach König (1987)

In einer empirischen Studie untersuchte König (1987) psychodynamische Kompo-
nenten bei 52 Menschen mit Epilepsie auf drei Persönlichkeitsebenen: anhand ihrer
Selbstsicht, ihrer (innerpsychischen) Affektivität sowie der Bewältigungsstrategien.
Anhand der Ergebnisse versuchte er integrative psychoanalytische Interpretationen
zur Psychodynamik. Messinstrumente waren differenzierte Methoden wie verschie-
dene Persönlichkeitstests, Fragebögen und persönliche Gespräche (vgl. König 1987).
Die Ergebnisse müssen im Kontext des damals vorherrschenden Forschungsstandes
gesehen werden. Es wurden keine vergleichbaren aktuelleren Studien aufgetan.

Das Durchschnittsalter der untersuchten Menschen mit Epilepsie betrug 28 Jahre
(Häufung zwischen 16 und 25 Jahren) (vgl. König 1987, 155). Dies lässt vermuten,
dass die Studienergebnisse besonders auf junge Menschen mit Epilepsie zutreffen.

In den Erstinterviews fielen König (1987, 164f.) folgende Aspekte auf: Das anfängli-
che Misstrauen vieler Patienten war rasch abgebaut und die Befragten bauten eine
enge Bindung zum Forscher auf, der Ihnen Struktur und Halt anbot. Daher vermutete
König (1987), dass viele Menschen mit Epilepsie besonders auf struktur- und haltge-
bende Bindungen angewiesen sind. Sie zeigten außerdem eine Tendenz zur Konflikt-
und Affektabwehr. 29 der 52 Untersuchten zeigten eine hohe Selbstbezogenheit, 23
waren „normal“ narzisstisch. Lediglich 12 waren selbstständig. Insgesamt zeigte sich
eine hohe soziale Abhängigkeit. Nach den Gesamtergebnissen der Studie vermutet
König (1987, 262ff.), dass epilepsiespezifische Größen, wie Anfallsfrequenz und
Anfallserleben, die basale unbewusste Psychodynamik lediglich wenig beeinflussen.
Erlebens- und Bewältigungsstrategien verändern sich nur partiell. So hat das Anfalls-
erleben Einfluss auf das Selbstbild, jedoch nicht auf das Affektgeschehen. Die
Selbtsicht Epilepsiekranker ist danach geprägt von Gehemmtheit, Introversion, star-
ker sozialer Orientierung, überdurchschnittlicher emotionaler Labilität und Neigung
zu körperlichen Beschwerden. Die starke soziale Orientierung bei gleichzeitiger so-
zialer Abhängigkeit wird interpretiert als Kompensation²¹ zum Abhängigkeitsgefühl

²¹ Im Sinne des Abwehrmechanismus der *Reaktionsbildung* (vgl. König 1987, 262ff.).

und um die dadurch entstehenden narzisstischen Defizite auszugleichen. Zudem wird die reale hohe soziale Abhängigkeit verleugnet. Ein massives innerpsychisches Affektgeschehen wird angenommen. König folgert: Aufgrund der emotionalen Labilität besteht hohe soziale Abhängigkeit, zumal als vorrangige Bewältigungsstrategie das Bedürfnis nach sozialer Unterstützung vermutet wird. In der Folge besteht Angst, dass sich haltgebende Personen abwenden, wenn speziell aggressive Impulse ausagiert werden. Dies deutet auf einen unlösbaren Konflikt hin: Das Bedürfnis nach Ausdruck aggressiver Gefühle und Loslösung würde den Verlust der Bindung und Geborgenheit mit sich bringen. „Als Quintessenz dieser Studie kristallisierte sich der soziale Bezug als Dreh- und Angelpunkt heraus, wobei es hier weniger um den konkreten oder realen Bezug zur Außenwelt geht als vielmehr um die intrapsychische Repräsentanz desselben oder (...) um das Gefühl des In-der-Welt-Seins. Der soziale Bezug wird vermutlich als existenziell notwendig empfunden und das Gefühl der Trennung geht mit Hilflosigkeit einher“ (König 1987, 266f.). Ferner findet König folgende der unten aufgeführten Abwehrmechanismen durch seine Studie bestätigt: *Verdrängung, Projektion, Einengung, sozialer Rückzug, Reaktionsbildung* (ebd., 69). König (1987, 64) trug folgende Aspekte aus der Literatur zur Bewältigung bei Epilepsien zusammen:

- *Verdrängung* als typischer Abwehrmechanismus. Menschen mit Epilepsie tendierten dazu, ihre Krankheit zu verharmlosen.
- *Projektion*: Epilepsiekranken neigten dazu, anfallsauslösende Ursachen in äußeren Umständen zu suchen, wie etwa dem Wetter oder familiären Umständen, sowie ängstliche Impulse anderen Personen oder dem Schicksal zuzuschreiben.
- *Einengung* im Sinne einer Beschränkung triebhafter und affektiver Impulse könne in sozialer Hinsicht sowie als intrapsychischer Vorgang stattfinden.
- *Verheimlichung und Tabuisierung der Krankheit* – dies stehe in Verbindung mit *sozialem Rückzug*, auch gefördert durch die Familien (vgl. Groh u. Rosenmayr 1972, Peters 1978, Demuth 1972, Richie 1981 zit. n. König 1987, 65).
- *Regression*
- *Tendenz zu verleugnendem Verhalten*

Kritische Anmerkungen werden nun auf dem Hintergrund meiner vorhandenen Kenntnisse versucht. Zudem werden Vergleiche zur neueren Literatur in Verbindung mit eigenen Gedanken hergestellt.

Die Studie nach König (1987) scheint weitgehend empirisch zu sein. Jedoch fällt auf, dass sie in keiner der zu dieser Masterarbeit recherchierten Literatur rezipiert wird. Dies könnte einerseits daran liegen, dass sie nicht mehr aktuell ist und andererseits daran, dass das Thema der Psychodynamik noch immer ein schwierig zu erforschender Bereich ist. König (1987) selbst merkt kritisch an: Es wurde keine Vergleichsgruppe untersucht. Die Interpretationen hinsichtlich der Psychodynamik stützen sich zum Teil lediglich auf die psychoanalytisch geschulte Wahrnehmung des Analytikers selbst innerhalb einer Übertragungsbeziehung – die jedoch hier von testpsychologischen Umständen beeinflusst war. Er habe jedoch bei der Interpretation vielfältige Determinanten miteinbezogen und auch testpsychologische Ergebnisse im Rahmen der Übertragungsbeziehung zum Forschenden betrachtet (vgl. ebd., 244ff.).

Aus den obigen Ausführungen wird deutlich, dass sehr individuelle und unterschiedliche Ausgangssituationen bei Menschen mit Epilepsie bestehen. Nach Schmitz und Schöndienst (2006, 152) sollen die psychischen Begleitprobleme bei einer Epilepsie individuell mit dem Patienten kommunikativ entfaltet und nicht durch den Blick spezifischer Wesensmerkmale einschränkt werden, zumal die epileptische Wesensänderung nach heutigem Forschungsstand so nicht angenommen wird. König (1987, 268) bezieht sich jedoch teilweise sogar bestätigend darauf. Seine Annahmen zu *aggressiven Impulsen* werden insoweit widerlegt, als dass keine Belege für erhöhtes Aggressionspotential bei Menschen mit Epilepsien vorliegen (vgl. Mombour 1992b, 45f.; Mayer 2011, 61f.). Ferner interpretiert er den *sozialen Bezug* als innerpsychische Repräsentanz und kaum als realen Bezug. Die aktuelle Literatur zeigt aber, dass gerade der reale Bezug häufig wesentlich für soziales Verhalten bei Epilepsie ist.

In der aktuellen Literatur deutlich aufgegriffen werden die Verheimlichungstendenz der Krankheit bei Menschen mit Epilepsie, die zu sozialem Rückzug führt, sowie die Gefahr der Überfürsorglichkeit der Angehörigen. Mir scheint jedoch, dass heutzutage die Gefahr der typischen Abschottung epilepsiekranker Kindern durch die Familie nicht mehr so gravierend besteht, da die Aufklärung langsam voranschreitet und Schulungsprogramme für Familien breitfächrig an den Epilepsiezentren empfohlen und in Anspruch genommen werden (vgl. Mayer 1996). Die *Verdrängung* in Form von Verharmlosung der Krankheit könnte ebenfalls anders gesehen werden. Die Bewusstseinsferne während der Anfälle könnte ein wesentlicher Grund sein, dass Menschen mit Epilepsie ihre Anfälle tatsächlich nicht realitätsgetreu einschätzen können. Die *Einengung* als Abwehr könnte auch auftauchen in der Vorsicht, die sich beim

Umgang mit Menschen mit schwereren Epilepsien bei den Personen im Umfeld einstellt. Als Praktikantin in der Musiktherapie hatte ich häufig das Gefühl, affektive Situationen zeitnah dämpfen zu müssen.

2.5.4 Wesentliche psychodynamische Aspekte aus der aktuellen Literatur

Epilepsiepatienten können ihre Anfälle nur schwer beschreiben. Epileptische Anfälle, insbesondere Auren, sind Erfahrungen, die intersubjektiv nicht geteilt werden können. Daraus ergibt sich einerseits die Not der Unsagbarkeit (vgl. Schmitz 2006, 152). Andererseits kann eben diese Not als Abwehr einer traumatischen Erfahrung angesehen werden – vergleichbar der schützenden Abwehr einer posttraumatischen Belastungsstörung. Denn schwerer ausgeprägte oder schlichtweg bewusst erlebte epileptische Anfälle können posttraumatische Belastungsstörungen im engeren Sinn hervorrufen (vgl. Wolf 2003, 241) mit den Folgen von „intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen“ sowie einer „Abflachung der allgemeinen Reagibilität“ mit „deutlich vermindertem Interesse oder verminderter Teilnahme an wichtigen Aktivitäten“ und „eingeschränkter Bandbreite des Affekts“ sowie „dem Gefühl einer eingeschränkten Zukunft“ (DSM IV zit. n. ebd.). Diese Ich-Spaltung wird in der Aussage einer Epilepsie-Patientin deutlich: „Unmittelbar nach jedem Anfall stellt sich das Problem der Unsagbarkeit. Das Ich hat sich gespalten, ein Teil hat eine Erfahrung gemacht, für die das andere keine Intelligenz hat zu verstehen und keine Sprache zu sprechen. (...) Das Ich als geschlossene Persönlichkeit wird erfahren als eine Illusion“ (Schmitz 2006, 152). Hier kommt die Not zum Ausdruck, die sich nach einer Anfallserfahrung im Seeleninneren drängen und nicht herausgelassen werden kann. In Interview 7 (60) wird angesprochen, dass der Kontrollverlust über das eigene Selbst und die Fremdbestimmtheit Angst und Wut auslösen können. Weitere psychodynamische Aspekte sind im Abschnitt 5.2.4 nach Sasse (2001) beschrieben.

3. Junge Menschen mit Epilepsie

3.1 Junge Menschen

Wenn hier von jungen Menschen gesprochen wird, sind ältere Jugendliche und junge Erwachsene gemeint, etwa im Alter zwischen 16 und 30 Jahren. Dies wird u. a. daran angelehnt, dass die Abteilung für junge Erwachsene der Epilepsieklinik Bethel (Bielefeld) junge Menschen zwischen 16 und 30 Jahren begleitet (vgl. Epilepsiezentrum Bethel 2013). Soziologisch gesehen ist die Phase des jungen Erwachsenenalters eine in den letzten 50 Jahren neu entstandene Lebensphase. Die Pubertät und die Zeit des Übergangs vom Elternhaus in eine feste Partnerschaft und Familiengründung sowie die Ausbildung einer beruflichen Identität haben sich ausgedehnt (vgl. Sidler 2002). In der Adoleszenz vollziehen sich in verhältnismäßig kurzer Zeit große körperliche und psychische Veränderungen. Dies ist für die sozial-emotionale Entwicklung herausfordernd sowie tiefgreifend verunsichernd. Die eigene Identität wird grundlegend hinterfragt (vgl. Wolf 2003, 311). Der junge Mensch hat das Bedürfnis, sich von bisher gültigen Werten zu distanzieren und eigene zu suchen (vgl. Frank 2005, 9). Um sich selbst und neue Möglichkeiten kennenzulernen, werden Möglichkeiten und Grenzen ausgetestet (Wolf 2003, 311). Autonomie und Abhängigkeit sowie verantwortungsvolles und unverantwortliches Verhalten wechseln sich ab. Diese Diskrepanz hat innerpsychisch und mit der Umwelt Konflikte zufolge.

Gleichzeitig werden neue Orientierung und Halt gesucht (vgl. Hill 2004, 329). Im Verlauf der Pubertät und des jungen Erwachsenenalters wird immer mehr Autonomie, Verantwortungsbewusstsein sowie das Gefühl für eigene Möglichkeiten und Grenzen erworben (vgl. Wolf 2003, 311). Tragende Beziehungen außerhalb der Familie und häufig eine feste Partnerschaft werden eingegangen. Berufswahl, -ausbildung und -findung werden gemeistert.

3.2 Entwicklung junger Menschen mit Epilepsie und psychosoziale Aspekte

Durch chronische Erkrankungen, wie die Epilepsie, können die psychische und körperliche Identitätsentwicklung nachhaltig beeinträchtigt sein (vgl. Frank 2005, 9). Die psychosozialen Schwierigkeiten sind jedoch individuell und abhängig von der Art und Schwere der Epilepsie sowie von den sozialen und familiären Bezügen.

Leyendecker und Thiele (2003, 615f.) zeigen an der Entwicklungstheorie nach

Erikson (1973) auf, welchen Schwierigkeiten junge Menschen mit einer Körperbehinderung in der Entwicklung gegenüberstehen. Dies kann zu großen Teilen auf junge Menschen mit Epilepsie übertragen werden (Epilepsie als chronische Erkrankung wird bei den Körperbehinderungen eingeordnet) (vgl. Leyendecker 2003, 601). Einige Besonderheiten sind jedoch zu beachten. Epilepsien treten häufig im frühen Kindesalter auf (vgl. Mayer 2011, 18)²². Je früher eine Epilepsie auftritt, desto mehr und frühere Entwicklungsphasen verlaufen erschwert. Im Folgenden wird eine erschwerte Entwicklung exemplarisch an zwei Entwicklungsphasen nach Erikson aufgezeigt. So bewegt sich das zwei- bis dreijährige Kleinkind in der zweiten Entwicklungsphase nach Erikson (1973, 75ff.) zwischen Autonomie sowie Scham und Zweifel. Es gilt, Selbstkontrolle und Unabhängigkeit zu erwerben. Ein Kind mit einer chronischen Erkrankung hat damit Schwierigkeiten, da es häufig pflegerisch abhängig von der Erziehungsperson ist. Bei Körperbehinderung hat es zudem geringe Möglichkeiten, seine Umwelt durch Bewegung zu beeinflussen und sich dadurch als selbstwirksam zu erleben (vgl. Leyendecker 2003, 616). Das Erleben von Selbstwirksamkeit und Urheberschaft ist nach Daniel N. Stern (2003, 114ff.) jedoch eines der wichtigsten Voraussetzungen für eine gesunde Selbstentwicklung. Kinder mit Epilepsie sind zwar meist nicht gravierend körperlich beeinträchtigt. Wesentlich einschränkend kann jedoch die Überfürsorglichkeit der Familie sein. Dadurch werden neben der Autonomie auch entscheidende Lernerfahrungen und Eigenkontrolle des Kindes über Erfolg und Misserfolg – also auch das Erleben von Selbstwirksamkeit – erheblich eingeschränkt (vgl. Mayer 1996, 234). Hinzu kommen die grundlegende Verunsicherung und der Kontrollverlust von Körper und Bewusstsein durch die epileptischen Anfälle. Diese Themen bleiben, unterschiedlich gewichtet, in allen Entwicklungsphasen vorherrschend. So können auch spezifische Lebensalter-Themen zum Teil nicht altersadäquat gelöst werden. In der Pubertät verdichten sich die Probleme, da die Umstände chronischer Erkrankung den Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz entgegenstehen. Die Möglichkeiten, sich von der Erwachsenenwelt und bisherigen Normen abzugrenzen, sind aufgrund der pflegerischen und bei Epilepsie insbesondere der sozialen Abhängigkeit oft zu gering. Die für Jugendliche so wichtige Intimsphäre kann oft nicht gewahrt werden. Das Autonomie-Streben steht nicht selten einer verantwortungsbewussten Compliance entgegen (vgl. Leyendecker 2003, 617). Insbesondere bei Epilepsie bedeutet das Absetzen der Medikamente nicht gleich das

²² Es gibt jedoch auch Epilepsien, die später oder spezifisch im Jugendalter auftreten (juvenile Epilepsien) (vgl. Gehle 2003, 10).

sofortige Wiedereinsetzen von Anfällen. Somit kann die Besorgnis von Ärzten und Eltern für Jugendliche durchaus uneinsichtig sein. Gleichwohl besteht beim Absetzen der Medikamente ein erhöhtes Anfallsrisiko (vgl. Frank/Specht 2005, 183). Jugendliche mit Epilepsie müssen demnach „vernünftig“ an der Therapie mitwirken, anstatt sich entsprechend ihrem Bedürfnis dagegen auflehnen zu können. Wenn sie Grenzen austesten, kann dies erheblich gesundheitsgefährdend sein. Ein Beispiel ist das Party-Feiern mit Alkoholkonsum bis in die Nacht – Schlafmangel und Alkohol wirken anfallsfördernd, Alkohol kann zudem einer Medikamenteneinnahme entgegenstehen. Dadurch können auch Freizeitmöglichkeiten und der für diese Entwicklungsphase so wichtige Kontakt mit Gleichaltrigen beträchtlich eingeschränkt sein.

Eine Epilepsie kann die Entwicklung von Handlungsfähigkeit und Selbstbestimmung erheblich einschränken: „Jeder einzelne Anfall bedeutet eine Unterbrechung, eine Infragestellung der Sicherheit, das eigene Leben selbstbewusst in die Hand nehmen zu können“ (Wolf 2003, 311). Gerade junge Menschen, die nach Orientierung und Sicherheit suchen, werden durch eine so wenig fassbare Erkrankung wie die Epilepsie besonders in ihrem Lebensgefühl getroffen (vgl. Frank/Specht 2005, 175). Angesichts dieser grundlegenden Verunsicherung müssen epilepsiekranken junge Menschen deutlich mehr Ablösungsängste bewältigen, wenn es ihnen dann doch gelingt, die Familie zu verlassen und eigenständig zu wohnen (vgl. Wolf 2003, 311). Hinzu kommt, dass viele Jugendliche aufgrund eines bisher sehr behüteten familiären Umfeldes bei Auszug zunächst Schwierigkeiten und einen großen Nachholbedarf im Bereich Freizeit und sozialer Kontakte haben (vgl. Kassebrock 2004, 21).

Wenn Jugendliche frustrierende Erfahrungen in sozialen Außenkontakten und durch kognitive Leistungsschwäche machen sowie vielleicht eine schlechte Prognose für die Epilepsie hinzukommt, suchen sie emotionalen Halt. Diesen kann eine überbeschützende Familie zunächst geben. Sie fördert jedoch ebenso soziale Abkapselung und festigt soziale Abhängigkeit (vgl. Mayer 2011, 64). Die Erfahrung ständiger Kontrolle verursacht zusätzliche Selbstwertprobleme beim Jugendlichen, wodurch sich die Abhängigkeit noch mehr verfestigt (vgl. Mayer 1996, 234). Junge Menschen mit Anfällen, jedoch auch solche, die durch Therapie anfallsfrei wurden, scheinen erhebliche Schwierigkeiten im Aufbau außerfamiliärer sozialer Bezüge zu haben (vgl. Mayer 2011, 64). Dies betrifft besonders erste Liebesbeziehungen (vgl. Wolf 2003, 311). Die soziale Diskriminierung wirkt weiter erschwerend bei der Partnerfindung. Die Anfallsgefahr spielt bzgl. der Sexualität eine einschränkende Rolle.

Treten die Epilepsien erst im Jugend- oder Erwachsenenalter auf, konnte die Identitätsentwicklung bis dahin ohne Einschränkung verlaufen. Eine neue Krankheitssituation führt jedoch meist zunächst in eine starke Krise (vgl. Interview MT 1, 5f.). Diese muss zusätzlich zu den genannten Entwicklungsaufgaben bewältigt werden.

Wesentlich psychosozial beeinträchtigend für junge Menschen mit Epilepsie wirkt sich ferner die Fahruntauglichkeit aus, ist doch der Auto-Führerschein eine Art Statussymbol und ein Zeichen der Autonomie (vgl. Schmitz 2005, 19). Einige Sportarten (Schwimmen, Reiten) können bei Epilepsie lediglich mit Vorsichtsmaßnahmen betrieben werden. Die Liste zur Aufklärung eines Patienten mit aktiver Epilepsie verweist auf weitere elementare Lebensbereiche wie Schlaf, Kochen, Essen und Duschen, in denen Vorsicht geboten ist (vgl. Bauer 2002, 135). Ein wesentliches Thema ist die *berufliche Eingliederung*. Arbeit als ein Grundbedürfnis des Menschen geht besonders in unserer Leistungsgesellschaft mit Anerkennung einher. Menschen mit Epilepsie sind neben denen mit psychischen Erkrankungen die Gruppe, die am schwierigsten beruflich integriert werden kann (vgl. Mayer 1996, 238). Ca. zwei Drittel der Menschen mit Epilepsie sind anfallsfrei und voll leistungsfähig. Die Richtlinien zur Verbesserung der Eingliederungschancen von Epilepsiekranken wurden differenziert ausgearbeitet (vgl. Kassebrock 2004, 37ff.). Neben den Anfällen können dennoch die Stigmatisierung sowie kognitive und sozial-emotionale Defizite hinderlich sein (vgl. Mayer 1996, 238). Im Rahmen der günstig geregelten Teilhabe behinderter Menschen bestehen für junge Menschen mit Epilepsie Hilfen zur beruflichen Ausbildung und Ersteingliederung. Gelingt die berufliche Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht, geben Berufsbildungswerke die Möglichkeit zu Ausbildungen (vgl. Kassebrock 2004, 37ff.). Letztere Möglichkeit kann in der selbstständigen Lebensführung häufig effektiver unterstützen. Die Tatsache jedoch, dass ein junger Mensch jetzt „nur noch“ in einem weitgehend betreuten Kontext eine Ausbildung machen kann, ist für viele jedoch nur sehr in das Selbstbild integrierbar. Es wurde aufgezeigt, dass junge Menschen mit Epilepsie zusätzlich zu den regelhaften hohen Anforderungen der Identitätsentwicklung große Herausforderungen in Verbindung mit der Epilepsie zu bewältigen haben. Erschwerend dabei ist die Tatsache, dass die Umstände der Erkrankung, wie Compliance-Verhalten und soziale Abhängigkeit, den Entwicklungsbedürfnissen junger Menschen, wie Exploration und Autonomieentwicklung, entgegenstehen. Im Folgenden geht es darum, wie junge Menschen mit Epilepsie ganzheitlich behandelt und unterstützt werden können.

4. Behandlung bei jungen Menschen mit Epilepsie

4.1 Behandlung bei Epilepsie

Zur Einordnung der Musiktherapie sowie zur eventuellen Ergänzung des musiktherapeutischen Konzeptes durch Anregungen anderer Behandlungsansätze wird ein Überblick über die Behandlungsmöglichkeiten für junge Menschen mit Epilepsie gegeben. Im Rahmen von nicht-medikamentösen Therapiemöglichkeiten werden insbesondere psychotherapeutische Ansätze dargestellt.

Es werden medikamentöse sowie nicht-medikamentöse und psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten unterschieden. Grundlage einer effektiven Behandlung ist eine differenzierte gesicherte Epilepsie-Diagnose. Erstes Behandlungsziel bei Epilepsie, unabhängig vom Alter des Patienten, ist die weitestgehende, möglichst vollständige Anfallsfreiheit bei Vermeidung unerwünschter Therapieeffekte. Die *medikamentöse Therapie* zur Anfallskontrolle bei Epilepsie wird nach wie vor als die wichtigste angesehen (vgl. Schmitz 2005, 83; Mayer 2011, 30). Wolf et al. (2003, 155) weisen jedoch darauf hin, dass vor einer medikamentösen Therapie alle Möglichkeiten der nicht-medikamentösen Anfallsprophylaxe ausgeschöpft werden sollten, wie hygienische Lebensführung, Meidung von Anfallsauslösern sowie Stressbewältigung.

Die medikamentöse Behandlung wird als Langzeittherapie bei der Mehrzahl der Patienten durchgeführt. Idealerweise werden Patienten durch die regelmäßige Einnahme *eines* gut verträglichen Antiepileptikums (Monotherapie) anfallsfrei. Nach Schmitz und Trimble (2005, 83) sowie Mayer (2011, 30) ist dies in vielen Fällen erfolgreich. Gelingt dies nicht, müssen mehrere Medikamente kombiniert werden. Die Art und Wahl der Medikamente richten sich nach der Epilepsieart und dem Anfallstyp. Zu beachten ist eine gute Aufklärung des Patienten. Antiepileptika haben häufig psychosoziale und neuropsychologische Nebenwirkungen, die von ärztlicher Seite überwacht und ggf. durch Medikamentenumstellung reguliert werden (vgl. Schmitz 2005, 83f.; Mayer 2011, 30ff.). Eine geregelte Lebensführung und eine gute Compliance des Patienten sind für eine erfolgreiche antiepileptische Therapie entscheidend. Dazu gehören, individuell gewichtet, ein strukturierter Tagesablauf, geregelte Schlafenszeiten sowie das Meiden anfallsfördernder Faktoren (vgl. Matthes 1999, 269). Etwa zwei Drittel aller Patienten werden mithilfe der antiepileptischen Therapie anfallsfrei. Nach Schmitz und Schöndienst (2006, 151) ist eine medikamen-

töse Behandlung der Epilepsie alleine häufig nicht erfolgreich. Sie sowie Wolf et al. (2003) plädieren daher für eine psychotherapeutisch-psychodynamisch orientierte (Begleit-)Behandlung. Darauf wird weiter unten eingegangen. Wird durch optimale medikamentöse Therapie keine Anfallsfreiheit erreicht, besteht die Möglichkeit eines *operativen Eingriffs*. Dies ist dann möglich, wenn der Epilepsieherd im Gehirn genau geortet (EEG) und eine Operation ohne zu hohe Risiken durchgeführt werden kann. Nach einem erfolgreichen epilepsiechirurgischen Eingriff können jedoch psychische und psychosoziale Probleme auftreten, wenn Betroffene und Angehörige mit der neuen Realität ohne epileptische Anfälle nicht adäquat umgehen können oder aufgrund neuropsychologischer Veränderungen. Besonders häufig treten im ersten Jahr nach der Operation Depressionen auf. Daher ist es wichtig, die Patienten bereits im Vorfeld eines epilepsiechirurgischen Eingriffs bis einige Monate danach psychosozial bzw. psychotherapeutisch zu begleiten (vgl. Schmitz 2005, 123ff.).

Weitere Möglichkeiten der *nicht-medikamentösen Behandlung* bzw. Unterstützung medikamentöser Behandlung sind Folgende:

- das Vermeiden von Anfallsauslösern durch Verhaltenskontrolle;
- die Aura-Unterbrechung: Epilepsiepatienten, die ihre Anfälle kommen fühlen, können versuchen, diese Auren anhand von Konzentration, Entspannung und fokaler Stimulation zu unterbrechen und dadurch Anfälle zu vermeiden.
- EEG-Biofeedback: Hier lernen die Patienten mithilfe eines Bildschirmgesteuerten Systems, physiologische Voraussetzungen für Anfallsbereitschaft zu erkennen und zu modifizieren (vgl. Schmitz 2006, 154; Wolf 2003, 172).
- Entspannungsmethoden: Wenn Stress anfallsauslösend wirkt, helfen Yoga, Muskelentspannung und autogenes Training, Anfälle zu reduzieren (ebd.).
- Bei Kindern kann die ketogene Diät (basiert auf ungesättigten Fettsäuren) erfolgreich sein (vgl. Wolf 2003, 172).

4.2 Psychosoziale Aspekte und psychotherapeutische Behandlung

Psychotherapeutische Verfahren, wozu auch musiktherapeutische zählen, sind Teil einer ganzheitlichen Behandlung junger Menschen mit Epilepsie. Neben einer kompetenten einschlägigen antiepileptischen Therapie sind daher rehabilitative Hilfen notwendig, „um negative psychische wie soziale Folgen der Epilepsie abzumildern, aber auch um den Behandlungserfolg zu sichern“ (Pfäfflin et al. 2001 sowie Specht u. Thorbecke 2003 zit. n. Frank/Specht 2005, 178). Zu den Hilfen gehören die In-

formation und Beratung über die Erkrankung sowie bzgl. der Bereiche Freizeit, Sport und soziales Umfeld; die angemessene Behandlung von psychischen Störungen und Teilleistungsstörungen im Hinblick auf die Erleichterung der beruflichen Eingliederung; Beratung und Hilfe zur beruflichen Eingliederung; Beratung und *psychotherapeutische Hilfen* zur Unterstützung der Krankheitsbewältigung (vgl. Frank/Specht 2005, 178). Wichtig für eine ganzheitliche Rehabilitation sind die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Beteiligten, die Prozessorientierung (individuelle Anpassung der tatsächlich nötigen Maßnahmen) sowie die berufliche Integration der jungen Menschen. Die Rehabilitation insgesamt sollte ein kontinuierlicher Prozess – über Monate oder Jahre – sein (vgl. Frank 2005, 13). Im Bereich der psychotherapeutischen Hilfen zur Krankheitsbewältigung kann auch Musiktherapie verortet werden.

Grundlegendes Ziel psychologischer Arbeit mit Jugendlichen mit Epilepsie nach Mayer (1996, 241f.) ist es, das kognitive und soziale Vermögen zu fördern und hindernde Einflüsse zu begrenzen. Wesentlich ist die Entwicklung und Stärkung der Selbstständigkeit und der Abbau von Abhängigkeiten. Denn Letztere sind häufig bei chronischen Erkrankungen für die Heranwachsenden entwicklungshindernd. Wesentlich ist in diesem Kontext, dass die jungen Menschen ihre Ressourcen und Talente entdecken und nutzen lernen sowie ihre Grenzen angstfrei erleben und als Teil des eigenen Selbst annehmen lernen, idealerweise integrieren. Letztgenannter Aspekt ist besonders für Jugendliche eine wesentlich stärkende emotionale Erfahrung, da sie innerhalb ihrer adoleszenten Identitätssuche durch die Erkrankung auf so viele Grenzen stoßen (vgl. ebd.).

Psychotherapeutische Vorgehensweisen und Verfahren bei Epilepsie sind Teil einer ganzheitlichen Epilepsiebehandlung. Sie sind insbesondere dann indiziert, wenn die antiepileptische medikamentöse Therapie nicht zu vollständiger Anfallsfreiheit führt, die Compliance schlecht ist, eine medikamentöse Langzeittherapie nicht möglich oder nicht gewollt ist und/oder wenn psychosoziale Probleme, psychische Störungen oder medikamentöse Nebenwirkungen den jungen Menschen belasten (vgl. Schmitz 2006, 151ff.; Wolf 2003, 240ff.). Alle psychotherapeutischen Methoden sind grundsätzlich auch bei jungen Menschen mit Epilepsie anwendbar. Therapieformen können verhaltenstherapeutisch, kognitiv, interpersonell und psychodynamisch sein (vgl. Schmitz 2005, 147ff.).

In der Literatur sind zu psychotherapeutischen Verfahren in der Epilepsiebehandlung vermehrt verhaltenstherapeutische Ansätze zu finden (vgl. Heinen 2002; Mayer

2011, 85; Rockstroh 1989 u. a.). Schmitz und Schöndienst (2006, 151ff.) sowie Wolf et al. (2003, 240ff.) beschreiben auch tiefenpsychologisch-psychodynamisch orientierte Behandlungsaspekte und plädieren dafür, dass sie direkt in die epileptologische Diagnostik und Behandlung einbezogen werden (vgl. Wolf 2003, 247)²³. Im Rahmen psychotherapeutischer Vorgehensweisen werden die neuropsychiatrische, die neurobehaviorale sowie die tiefenpsychologisch-psychodynamische Behandlung unterschieden. Die *neuropsychiatrische* Behandlung steht an erster Stelle und befasst sich mit individuell relevanten Faktoren bzgl. Anfallsauslösung, Art und Auftreten von Auren sowie psychischer Befindlichkeiten im Kontext von Anfällen und Medikation. Zu den *neuro-behavioralen* Vorgehensweisen sind verhaltenstherapeutische Ansätze zu zählen (vgl. Schmitz 2006, 153). Sie haben insbesondere die Einübung verhaltensgesteuerter Anfallsvermeidung zum Gegenstand. Dazu zählen auch die bereits erwähnte Aura-Unterbrechung, die Selbstkontrolltherapie und das Biofeedback. In der Selbstkontrolltherapie (vgl. Heinen 2002; Heinen & Schmid-Schönbein 1999 zit. n. Mayer 2011, 85) sollen Ängste abgebaut und eigene antiepileptisch wirkende Copingstrategien und Gegenmaßnahmen entwickelt werden. Dies sind insbesondere das Unterbrechen anfallsauslösender Vorzeichen und gezieltes Gegenwirken (z. B. Gegengeschmack der Aura, Reiben der kribbelnden Hand). Die Anfallsabwehr durch Verhaltenssteuerung ist vielfach belegt (vgl. Heinen 2002, 8). Eigenverantwortliches Handeln soll gestärkt sowie dem Gefühl der Hilflosigkeit ein positives entgegengesetzt werden. Das Verfahren wurde innerhalb einer Studie mit 20 Epilepsiepatienten über ein Jahr hinweg untersucht und als erfolgreich bewertet (vgl. Mayer 2011, 85). Für eine tiefenpsychologisch-psychodynamische Behandlung ist eine Indikation bei Epilepsiepatienten nach Schmitz und Schöndienst (2006, 155) aufgrund der organischen Störung schwieriger zu erkennen. Denn Abwehrmechanismen bei Epilepsie wie Verdrängung oder Verleugnung können für das Ertragen solcher Krankheitserlebnisse unabdingbar sein und eine die Abwehr aufweichende Psychotherapie ist nicht immer indiziert. In erster Linie gelten Störungen als behandelbar, die mehr oder weniger unbewusst gebliebene Identitäts-, Selbstwert- oder Abhängigkeits-Autonomie-Konflikte, ich-strukturelle Besonderheiten, affektive Instabilität sowie unreife Abwehrmechanismen (insbesondere Leugnung und Spaltung) aufweisen.

²³ Voraussetzung für die Realisierung einer so konzipierten Epilepsie-Behandlung ist die Doppelqualifikation der behandelnden Ärzte im epileptologischen und psychotherapeutischen Bereich oder enge Kooperationen der Epileptologen mit Psychotherapeuten. Ersteres ist nicht einfach und flächendeckend realisierbar (vgl. Schmitz 2006, 151ff.; Wolf 2003, 240ff.).

Traumatische Erfahrungen und posttraumatische Belastungsstörungen bei Epilepsie sind weitere Indikationen (ebd., 155f.). Wesentliche psychodynamische Aspekte werden auch im Kontext der Diagnosestellung beschrieben. Da diese auch für die musiktherapeutische Praxis gewinnbringend erscheinen, werden sie nun erläutert.

Nach Schmitz und Schöndienst (2006, 151f.) darf sich die psychotherapeutische Sichtweise des Arztes nicht auf epilepsiespezifische psychische Konflikte beschränken. Hingegen sind die individuell spezifischen, psychisch belastenden Erfahrungen gemeinsam mit dem Patient in einer „kommunikativen Entfaltung“ zu eruieren. Als wichtiges Hilfsmittel wird dafür eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient gesehen. Der Arzt hat die Aufgabe, Affekthinweise wahrzunehmen und sie adäquat²⁴ aufzugreifen. Menschen mit Epilepsie können aufgrund des besonderen subjektiven, inkongruenten Symptomerlebens sowie bestimmter Abwehrmechanismen häufig ihre Anfälle nicht kongruent schildern. Der Arzt sollte anschließend die berichteten Einzelaspekte als eine einzige Verlaufsgestalt zusammenfassen, sich durch Nachfragen rückversichern und wahrgenommene Affekte vorsichtig ansprechen. Dadurch kann eine verlässliche Patient-Arzt-Beziehung gefördert sowie insbesondere Kohärenz dadurch hergestellt werden, dass einzelne, ggf. isoliert stehende Affekte mit dem Anfallserleben und dem Leben darum herum in Verbindung gebracht werden. Das Verbinden von Eigen- und Fremd-Anamnese ist ein erster wichtiger Schritt der Behandlung mit dem Fernziel, die *krankheitsspezifische Inkongruenz* aufzuheben (vgl. ebd.) und abgespaltene Selbstanteile zu integrieren. Zu beachten ist außerdem die bereits beschriebene *spezifische Schwerbeschreiblichkeit der Anfälle* und die *Ich-Spaltung* (vgl. Abschnitt 2.5.4). Unsagbare, traumatische Erfahrungen und tiefgreifende Ängste können häufig nur indirekt oder in einem Rahmen, in dem viel Zeit und eine vertraute professionelle Beziehung gegeben ist, ausgedrückt werden. Hier ist auch *Containing*²⁵ im Sinne des Aushaltens und Zusammenbringens unerträglicher Erfahrungen im Behandelnden zu leisten sowie auch hier wohlwollendes verbales Verbinden von Geschehnissen (vgl. Schmitz 2006, 152f.). Mit jeder Art der Abwehr gilt es, behutsam umzugehen und sie vor allem zu Behandlungsbeginn zu respektieren. Die Vorgänge der Übertragung und Gegenübertragung im psycho-

²⁴ Unter Einbeziehung ihres Bearbeitungs- bzw. Abwehrmodus (isolierend, verneinend, verleugnend) (vgl. Schmitz 2005, 151f.)

²⁵ In dieser Arbeit ist das Konzept *Containing* nach Lazar (2002): *Container – Contained* definiert.

analytischen Sinne²⁶ sind als diagnostisches Instrument zu nutzen. Komplementäre und konkordante Gegenübertragungsgefühle sind sensibel zu unterscheiden. Auf diese Weise könnten auch mögliche, die Compliance verhindernde Widerstände verstanden und bearbeitet werden. Interventionen der psychoanalytisch fundierten Behandlung können sein: die Übernahme stützender Funktionen, wie etwa eines Hilfsichs; integrierende Funktionen, wie die Verknüpfung widersprüchlicher Selbstanteile; Konfrontation bezogen auf die therapeutische Beziehung und innerhalb dieser; der Einbezug verhaltenstherapeutischer Aspekte (vgl. Wolf 2003, 241f.).

Ferner weisen Schmitz und Schöndienst (2006, 153) auf den Aspekt der *Destigmatisierung* hin. Bei Epilepsie spielen Stigmatisierungsprozesse von außen ebenso wie im Rahmen der Selbststigmatisierung eine große Rolle (vgl. Jacoby zit. n. ebd.). Einem Arzt wird zunächst automatisch die Rolle eines Repräsentanten in der stigmatisierenden Umwelt zugeschrieben. Innerhalb einer vertrauten Patient-Arzt-Beziehung gilt es, die „Macht von Zuschreibungsprozessen und Erwartungen von Entwertung“ (Schmitz 2006, 153) reflexiv zu bearbeiten, aufzulösen und somit wesentliche korrigierende Erfahrungen zu ermöglichen. Wesentlich ist, dass der Arzt Zusammenhänge erläutert und Raum für Selbsterkundung gibt, statt vorzuschreiben und zu beurteilen (vgl. ebd.). Ziel ist es, dass sich der Patient eigenmotiviert für seine „Heilung“ einsetzt. Wolf et al. (2003, 242) merken an, dass korrigierende Erfahrungen nur in längeren Behandlungsprozessen stattfinden können.

Die Musiktherapie als Behandlungsmethode ist in keiner der rezipierten Fachliteratur zur Epilepsie erwähnt. Lediglich Mayer (1996, 142) weist darauf hin, dass bei der Ergänzung der Epilepsiebehandlung von Kindern und Jugendlichen durch therapeutische Maßnahmen die *verschiedensten einzel- und gruppentherapeutischen Techniken* zum Einsatz kommen. Hierunter dürfte auch die Musiktherapie subsummiert sein.

Im folgenden Kapitel werden Grundsätze der Musiktherapie sowie die Musiktherapie bei Epilepsie bzw. in der Neurorehabilitation vorgestellt.

²⁶ In dieser Arbeit werden folgende weitere psychotherapeutische Konzepte zugrunde gelegt:

- Übertragung nach Herold und Weiß (2002) sowie nach Lutz Hochreutener (2009, 106ff.)
- Gegenübertragung nach Ermann (2002) sowie nach Lutz Hochreutener (2009, 106ff.)
- Korrigierende emotionale Erfahrung nach Milch (2002).

5. Musiktherapie mit jungen Menschen mit Epilepsie – theoretische Aspekte sowie Ergebnisse der einschlägigen Literaturrecherche

5.1 Indikation Musiktherapie

5.1.1 Musiktherapie – Definition und Begründung musiktherapeutischen Arbeitens mit Menschen mit Epilepsie

In diesem Kapitel werden theoretische Aspekte aus der einschlägigen Literatur zur Hauptfragestellung sowie die Methodik, der Untersuchungsprozess und die Ergebnisse der empirischen Befragung in Form von qualitativen Experteninterviews dargestellt. Stellenweise werden relevant erscheinende Aspekte aus beiden Quellen miteinander verknüpft. Eigene konzeptionelle Überlegungen fließen mit ein, wenn es sinnvoll erscheint. Insbesondere die Ergebnisse der Befragung werden direkt mit Aspekten der Literatur verknüpft.

Im Folgenden werden in der Literatur vorhandene Ansätze und Aspekte zur Musiktherapie zunächst allgemein und dann spezifisch in Bezug auf junge Menschen mit Epilepsie dargestellt. Im Anschluss wird zunächst die Musiktherapie definiert und auf die Indikationsstellung eingegangen. In den folgenden Abschnitten werden ausgewählte, relevante Aspekte der Musiktherapie mithilfe einschlägiger Literatur erläutert. Im anschließenden Kapitel (Nr. 6) folgt die Darstellung der Interviewbefragung.

„Musiktherapie ist der gezielte Einsatz von Musik im Rahmen der therapeutischen Beziehung zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer, körperlicher und geistiger Gesundheit“ (Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft 2013). Musiktherapie kann unterschiedlich konzeptualisiert sein, ist ihrem Wesen nach jedoch grundsätzlich psychotherapeutisch. „Musiktherapeutische Methoden folgen gleichberechtigt tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutisch-lerntheoretischen, systemischen, anthroposophischen und ganzheitlich-humanistischen Ansätzen“ (ebd.).

In Deutschland (und Europa) wird demnach unter Musiktherapie der therapeutische Einsatz von Musik im Kontext einer therapeutischen Beziehung verstanden mit dem Ziel der Herstellung seelischer, geistiger und explizit auch körperlicher Gesundheit. Letzterer Aspekt ist für die Arbeit mit Menschen mit einer körperlichen Erkrankung wie Epilepsie sehr bedeutsam. Im letzten Absatz der Definition wird die Vielfalt an möglichen Ausrichtungen und Methoden von Musiktherapie angesprochen. Diese

kommt dem Anspruch einer Musiktherapie mit jungen Menschen mit Epilepsie auf vielfältige Möglichkeiten der Anpassung und Abstimmung aufgrund der Individualität und Vielfalt ihrer Symptome sehr entgegen. Nicht erwähnt wird jedoch der funktionale Ansatz, der in der Musiktherapie in der Neurorehabilitation eine Rolle spielt (vgl. Baumann 2008, 8). Die Musik als nonverbales Ausdrucks- und Kommunikationsmedium scheint sich für die Therapie bei Epilepsie ideal zu eignen, wenn man die Problematik der hervortretenden Symptome betrachtet:

- Das Geschehen epileptischer Anfälle ist intersubjektiv kaum teilbar. Stern (2003) beschreibt das intersubjektive Erleben als etwas Prä- bzw. Nonverbales, dessen Erlebensbereiche durch die Sprache längst nicht alle ausgedrückt werden können. Sie können jedoch durch Vitalitätsaffekte sowie durch musikalische und lautliche Kommunikation intersubjektiv geteilt und kommuniziert werden. Hier kann Musiktherapie ein geeignetes Medium und passende Räume anbieten, das Unsagbare intersubjektiv zu teilen, auszudrücken und den Betroffenen dadurch Verstanden-Sein und ein Stück Befreiung durch Ausdruck zu ermöglichen.
- In Bezug auf die beschriebene starke Rückzugstendenz und soziale Ausgrenzung erscheint Gruppenerleben, Kommunikations- und Beziehungsaufbau mithilfe der Musik als wesentlich für eine Verbesserung des psychischen, sozialen und in der Folge körperlichen Allgemeinzustands. Dies gilt ebenso für junge Menschen mit Epilepsie, die anfallsfrei sind.
- Auch nonverbaler musikalischer Ausdruck kann für anfallsfreie Epilepsiepatienten ebenso wesentlich sein. Sie können hier adäquate Ausdrucks- und Umgangsweisen mit Gefühlen von Enge, Unverstanden-Sein und Leid finden sowie eigene stärkende Ressourcen explorieren.

Ferner kann Musiktherapie Raum und Hilfe für die Entwicklung sozialer Formen des Erlebens und des Verhaltens bieten, „dass angemessene Formen der Bewältigung von Lebensthemen und Entwicklungsaufgaben gefunden werden können“ (Frohne-Hagemann 2005, 11). Dies scheint ebenso ein passgenaues Ziel für die Musiktherapie mit jungen Menschen mit Epilepsie zu sein, bei denen sowohl Entwicklungsrückstände als auch aktuelle Lebens- und Entwicklungsaufgaben meist unter erschwerten Bedingungen zu bewältigen sind. Das Streben nach Selbstständigkeit, Lebensträumen und krankheitsbedingte Einschränkungen lösen zudem kognitiv oft wenig fassbare Konflikte und starke Gefühle bei jungen Menschen mit Epilepsie aus, wofür es „vom therapeutischen Ansatz Methoden [braucht], die über das Sprachliche, was ja

auch immer so eine gereifte Ebene enthält, zumindest der bewusste Teil, [hinausgehen]. Deswegen (...) Methodenangebote, die Emotionalität wecken bzw. den Zugang dazu wecken auf einem nonverbalen Weg. Einfach, weil da geht voll die Post ab. Das ist Wut, das ist Ratlosigkeit, das ist Trauer, wenn es schon Trauer ist, Ohnmachtsgefühle, das ist Angst, das ist ein richtiges schweres Kuddelmuddel, was man normalerweise in dem tragischen Ausmaß in dem Alter noch nicht so hat“ (Interview 7, 61).

In Kapitel 1.4 wurde die Indikationsfrage zur Musiktherapie erläutert. Es wird in Erinnerung gerufen, dass das therapeutische Beziehungsgeschehen ein wesentlicher Faktor in der Therapie und im Rahmen der Passungsfrage zwischen Therapeut und Klient auch für die Indikation ist (vgl. Frohne-Hagemann & Pleß-Adamczyk 2005 zit. n. ebd.). Auf der Basis dieser *semispezifischen Indikationsstellung* kann Musiktherapie bei vielfältigen Störungsbildern indiziert sein, so auch explizit bei psychischen Symptomen und Krankheitsfolgen aufgrund körperlicher Symptome, wie neurologischer Erkrankungen. Diese beiden Kriterien – die semispezifischen Kriterien und die Indikation bei neurologischen Erkrankungen – sprechen für eine Indikation Musiktherapie bei Epilepsie.

Folgende Fragen und Aspekte sollte die Indikationsfrage nach Frohne-Hagemann (2009, 204) einschließen: Was Musiktherapie spezifisch mit ihren Eigenschaften bewirken kann und welche Funktionen der Musik gefragt sind; die Passungsfrage von Patient und Therapeut bzgl. des Aufbaus einer therapeutischen Beziehung; die seelischen und psychosomatischen Symptome, die sich im musikpsychotherapeutischen Kontext zeigen; die psychische Struktur und das Krankheitserleben des Patienten vor seiner individuellen Biografie; die Motivation und Therapieerwartung des Patienten; die Zielsetzung; Methoden und Techniken; das Setting (vgl. Frohne-Hagemann 2009, 204).

U. a. mithilfe dieser Aspekte wurden die Auswertungskategorien für die Interviews entwickelt und anhand dieser wurden weitere Aspekte in der Literatur recherchiert.

5.1.2 Die therapeutische Beziehung und Haltung

Die therapeutische Beziehung gilt in allen Psychotherapieverfahren als zentraler Wirkfaktor (vgl. Grawe 1998 zit. n. Lutz Hochreutener 2009, 13, 100), somit auch für die Musiktherapie: „Musiktherapeutische Interventionen können ihre Wirkung nur auf der Basis einer hinreichend gelungenen tragfähigen Beziehung entfalten, die

von Wertschätzung, Interesse und Echtheit geprägt ist“ (vgl. Lutz Hochreutener 2009, 13). Diese grundlegende Tatsache gilt somit auch für die Musiktherapie mit jungen Menschen mit Epilepsie. Erst innerhalb einer lebendigen, realen „Ich-Du-Beziehung“ zwischen Therapeut und Klient, die sich im Hier und Jetzt wechselseitig bewegt und entwickelt und von unmittelbaren, lebendigen Dialogen geprägt ist, sind dem Klienten Vertrauen, Erkenntnis, Wandlung und Wachstum möglich. Der Therapeut ist an diesem Beziehungsgeschehen als gesamter Mensch und parteilicher Teil beteiligt und nicht eine von außen eingreifende, neutrale Instanz. Die lebendige, jedoch vom Therapeuten ständig reflektierte und verantwortlich gestaltete Beziehung an sich ist therapeutisches Instrument. Hier können Übertragungen und Gegenübertragungen, Containing und korrigierende emotionale Erfahrungen stattfinden (ebd., 101). Die so verstandene therapeutische Beziehung ist den konzeptionellen Überlegungen zur Musiktherapie mit jungen Menschen mit Epilepsie zugrunde gelegt.

Für Erfolge in der Epilepsie-Behandlung wird explizit auf die zentrale Bedeutung einer vertrauten Patient-Arzt-Beziehung hingewiesen (vgl. Schmitz 2006, 151f.) (vgl. Abschnitt 4.2).

Auch die therapeutische Haltung ist für die Wirkung musiktherapeutischen Handelns sowie für entwicklungsfördernde Prozesse entscheidend wichtig (vgl. Lutz Hochreutener 2009, 98, 117). Für die therapeutische Haltung werden Interesse und Wertschätzung, Offenheit und Respekt, Empathie, Echtheit, Geduld, Flexibilität und Gelassenheit als wesentlich erachtet (ebd., 98). Grundlegend ist auch die innere Präsenz des Therapeuten. Er hat Hintergrundwissen über die Geschichte, die bisherige Behandlung und das soziale Umfeld des Klienten, versucht ihm aber dennoch möglichst unbeeinflusst davon zu begegnen und ganz offen für die Geschehnisse im Hier und Jetzt zu sein. Interventionen gilt es, möglichst flexibel und förderlich auf die Situation und das Problem abzustimmen. Grundlage dafür sind neben musikalischem und psychotherapeutischem Fachwissen ebenso Empathie und Intuition (ebd., 117).

In der Musiktherapie mit jungen Menschen mit Epilepsie ist die Fähigkeit des Therapeuten für flexible, individuelle Abstimmung im Hinblick auf die Individualität und Vielfalt der epileptischen Syndrome wesentlich. Entscheidend wichtig ist es jedoch, dass der Therapeut sich trotz seines differenzierten Hintergrundwissens zur Krankengeschichte eine unvoreingenommene Haltung gegenüber dem Klienten bewahrt. Nur mithilfe einer solch offenen Haltung sind korrigierende Erfahrungen u. a. im Sinne einer Destigmatisierung (vgl. Schmitz 2006, 153) möglich (vgl. Abschnitt 4.2).

5.1.3 Therapeutische Funktionen und Wirkungen der Musik

In der Musiktherapie werden der Musik therapeutische Qualitäten und Funktionen zugesprochen. Diese setzen sich meist aus mehreren Ebenen zusammen: Musikalisches Tun und Handeln, z. B. wenn Musik als Medium zur Kommunikation fungiert, verknüpfen sich mit den Wirkfaktoren des Mediums Musik an sich, z. B. mit ergotroper, d. h. stark rhythmischer, vegetativ aktivierender Musik. Musik kann in der Therapie mehrere Funktionen und Wirkungen gleichzeitig haben (vgl. Lutz Hochreutener 2009, 35). Es werden drei Wirkrichtungen unterschieden: die Wirkung der Musik von außen nach innen – der Eindruck; die Funktion der Musik als Ausdruck; die Funktion der Musik als Kommunikationsmedium (vgl. Mahns 1984, 297 zit. n. ebd.). Ferner werden die Funktionen der Musik als Mittel zum Zweck differenziert, wenn Musik als Kommunikationsmedium wirkt, als wirkendes Mittel an sich sowie als Repräsentation und Symbol, wenn sie als Spiegel psychosozialer und psychischer Wirklichkeiten fungiert. Musikalische Funktionen können sehr unterschiedliche Facetten haben (vgl. Frohne-Hagemann 2005, 96). Je nach Thematik, Befindlichkeit und Indikation kommen verschiedene Funktionen zum Tragen. Im Folgenden werden Funktionen der Musik im Wesentlichen nach der Zusammenschau von Lutz Hochreutener (2009, 35) genannt.

Musik wirkt als *Eindruck* bei basaler, kognitiver, sozialer und spiritueller Stimulation; bei Aktivierung, Beruhigung, Tiefenentspannung und Strukturierung; im Rahmen der Haltefunktion (Holding), der Erlebnisintensivierung und der Integratorfunktion. Musik fungiert als *Ausdruck* in der Containerfunktion, der sensomotorischen Auseinandersetzung, der Selbstverstärkung, der Vehikel- und Katalysatorfunktion, der Symbolbildung und bei Einhüllung und Schutz durch eigenes Spiel des Klienten. Musik wirkt als *Kommunikationsmedium*, wenn es um Resonanzerfahrungen, Kontakt- und Beziehungsgestaltung zu zweit und in der Gruppe und um Gruppenerfahrungen durch Musik geht sowie in der soziokulturellen Funktion (ebd.).

Zwei weitere wichtige Funktionen der Musik sind das Ermöglichen des *Erlebens von Selbstwirksamkeit* (vgl. Frohne-Hagemann 2009, 204) sowie die *Funktion der Musik als Ressource* (vgl. Frohne-Hagemann 2005, 102).

Für eine wirksame Musiktherapie mit epilepsiekranken Menschen ist es wichtig, möglichst viele Funktionen der Musik zu (er-)kennen²⁷. Ausgewählte Funktionen, die für die Musiktherapie mit jungen Menschen mit Epilepsie aufgrund mancher

²⁷ Die Funktionen der Musik sind ausführlich erläutert bei Lutz Hochreutener (2009, 35ff.) sowie Frohne-Hagemann und Pleß-Adamczyk (2005, 95ff.).

Symptome besonders relevant erscheinen, werden nachstehend erläutert. Zur Wirkung von Musik an sich ist Folgendes zu sagen: Musik wirkt als physikalisches Phänomen mit Schwingung auf den Menschen ein. Was sie dort auslöst, hängt jedoch wesentlich von den individuellen Voraussetzungen des jeweiligen Menschen ab. Musik kann demnach nicht einseitig auf den Menschen einwirken, sondern entfaltet ihre Wirkung erst, wenn sie auf die individuelle psychische Verfassung des Menschen trifft (vgl. Bruhn 2004, 57). Wissenschaftlich nachgewiesen wurden lediglich psycho-physische Reaktionen des Menschen auf Musik²⁸. So wirkt ergotrope Musik eher vegetativ aktivierend. Trophotrope (leisere, rhythmisch ärmere) Musik begünstigt einen eher parasympatischen vegetativen Zustand. Nachgewiesen wurden ferner Hirnstromveränderungen infolge auditiver Reize (vgl. Wickel 1998, 31). Auf das Thema der Forschung zur Wirkung von Musik auf neuronale Bereiche wird unten eingegangen (vgl. Abschnitt 5.2.2).

Es wurde deutlich, dass Musik sehr unterschiedlich wirken kann (vgl. Bruhn 2004, 57). Dies setzt für die Musiktherapie einen verlässlich-verantwortungsvollen Umgang mit dem Einsatz von Musik voraus. Es gilt, jedwede Wirkung von Musik sensibel wahrzunehmen, zu begleiten, aufzuschlüsseln (vgl. Lutz Hochreutener 2009, 35) und im Zweifelsfall regulierend und den Klienten schützend einzugreifen.

Für die Musiktherapie mit jungen Menschen mit Epilepsie erscheinen zunächst einige Funktionen im Kontext der *Einwirkung von Musik* bedeutsam: die Aktivierung, Beruhigung und Tiefenentspannung, die Strukturierung, die Haltefunktion und die Integratorfunktion der Musik. *Strukturiertes Musikspiel* wurde in den Interviews vermehrt angesprochen. Musik ist Bewegung in der Zeit. Durch die Komponente Rhythmus gliedert sich die Musik in sinnlich fassbare Teile der Zeit (vgl. Lutz Hochreutener 2009, 38). Strukturierung durch z. B. rhythmische Musik könnte deshalb für Menschen mit epileptischen Anfällen eine wesentliche Bedeutung haben, da sie durch die Anfälle ein unterbrochenes und somit kein kontinuierliches Zeit- und Körpererleben haben und somit auch kein Kontrollgefühl diesbzgl. in der Musiktherapie können sie durch kontrolliertes, körperlich-rhythmisches Spiel vielleicht das Gefühl der Kontrolle über ein kontinuierliches Zeiterleben und Körpergefühl erfahren und dadurch Sicherheit. Sie könnten durch das verknüpfte körperliche und zeitliche Spüren beide Elemente wieder mehr integrieren und dadurch wieder näher an ihr eigenes Zeit- und Rhythmusgefühl heranfinden. Das Element Struktur ist jedoch auch häufig

²⁸ Emotionale Komponenten konnten in keiner Weise erfasst werden (vgl. Wickel 1998, 30).

im Kontext der *Haltefunktion der Musik* bedeutsam. Hier fungiert die Musik als sicherer Rahmen, haltgebende Stütze und Geborgenheit gebender Raum. Diese Erfahrung von Halt und Sicherheit liegt allen Beziehungserfahrungen zugrunde und beinhaltet Urvertrauen und Getragen-Sein. Somit ist sie auch wichtige Grundlage für die therapeutische Beziehung und die Entfaltung und Exploration in der Therapie (vgl. Frohne-Hagemann 2005, 96). Für Menschen, die grundlegend durch Aussetzer in der Zeit sowie durch Ablehnung und negative Erfahrungen in sozialen Bezügen verunsichert sind, erscheinen diese Erfahrungen besonders wesentlich.

Bei der *Integratorfunktion* geht es um das Integrieren verschiedener Selbstanteile z. B. durch zusammenhängendes Spielen oder stimmlich-verbales Begleiten und in Bezug setzen der Therapeutin, wenn der junge Mensch scheinbar zusammenhanglos verschiedenste Instrumente durcheinander spielt (ebd., 39) oder von außen scheinbar unerklärliche Abbrüche in der Musik vollzieht. Solche inadäquaten Abbrüche könnten mit den durch die Anfälle verursachten Brüchen im Zeiterleben zusammenhängen. Hier könnte es dann um eine Integration dieser Zeitlücken im Erleben gehen – durch integrierendes Musikspiel. Nach König (1987, 12) können, bezogen auf Menschen mit Epilepsie, vermutlich nur die Auseinandersetzung mit der Krankheit und ihre Integration in das Selbstbild ein den Umständen entsprechend befriedigendes Leben gewährleisten. Die Unterstützung zur Selbstkongruenz wurde auch in Abschnitt 4.2 beschrieben. Demnach wäre die Integratorfunktion auch für die gesamte Krankheitsverarbeitung wesentlich bedeutsam. Abgespaltene Selbstanteile könnten durch integrierendes oder Musikspiel im Sinne des Containing oder zusammenbringendes Verbalisieren behutsam versucht werden, in das Selbstbild zu integrieren.

Für den *Ausdruck des Unsagbaren* im Kontext der Epilepsie, sei es im Kontext des Anfallsgeschehens oder seien es bedrängende Gefühle von Enge, Leid, Wut oder des Abgelehnt-Seins sowie traumatische Erfahrungen, könnten angemessene Ausdrucksweisen im Rahmen der Ausdrucksfunktionen der Musik gefunden werden. Über die *Containerfunktion* können Gefühle ausgedrückt werden. Um auch von starken Reaktionen nicht übermannt zu werden, wird die Situation durch haltendes Musikspiel der Therapeutin und durch die therapeutische Beziehung gehalten. Im Rahmen der *Symbolbildung* können innere und äußere, vielleicht unerträgliche Wirklichkeiten abgebildet und verarbeitet werden. Musik in der *Vehikelfunktion* kann als Trägerin von Gefühlen helfen, im nonverbalen „Erzähl- und Explorationsfluss“ drin zu bleiben, auch wenn es schmerzlich wird. Musik wirkt als *Katalysator*, wenn sie hilft,

Gefühle unmittelbar, stark und bis hin zur Katharsis auszudrücken. In diesem Musikspiel können zwar heftige emotionale Äußerungen stattfinden, diese jedoch in der musikalischen Struktur auch differenzierend wahrgenommen und verarbeitet werden (vgl. Lutz Hochreutener 2009, 39ff.). Die Ausdrucksfunktionen haben auch eine besondere Bedeutung für begleitende dissoziative Anfälle als Ventil und Ersatz für das psychosomatische Körpersymptom (vgl. Sasse 2001, 239).

Die *kommunikativen Funktionen der Musik* scheinen alle sehr bedeutsam für die Musiktherapie mit jungen Menschen mit Epilepsie. *Resonanz Erfahrung* ist nicht nur im emotionalen Bereich entscheidend, sondern besonders, wenn Musik und Rhythmus mit dem Körper verbunden sind. Viele Menschen mit Epilepsie können ihr inkongruentes Körpergefühl vielleicht durch Resonanz Erfahrung wieder erspüren.

Mit Blick auf Probleme in sozialen Bezügen wie Kontakthemmungen oder Ablehnung bei vielen Menschen mit Epilepsie spielen *Beziehungsgestaltung mit Musik, Kommunikation* zu zweit oder in Gruppen eine wesentliche Rolle in der Therapie. Über Musik kann Beziehungsaufnahme schonend angebahnt werden trotz Angst vor Ablehnung. Ehrliche Rückmeldungen sind schonend über Musik möglich. Dies sind für die erfolgreiche Beziehungsgestaltung in Alltagsbezügen sowie für das Selbstbewusstsein an sich entscheidend stärkende Erfahrungen. Musiktherapie bietet dafür einen „Raum für interaktives Probehandeln“ (Lutz Hochreutener 2009, 43).

Die *soziokulturelle Funktion der Musik* ist insbesondere für die Identitätsentwicklung von Jugendlichen bedeutsam (ebd., 44). Darauf wird in Abschnitt 5.1.4 eingegangen. Das *Erleben von Selbstwirksamkeit* im Sinne Sterns (2003, 114 ff.) erscheint in Bezug auf das Gefühl des Kontrollverlustes aufgrund der Anfälle und bzgl. der häufig stark ausgeprägten Fremdbestimmtheit der jungen Menschen mit Epilepsie zentral. Junge Menschen können im musikalischen Tun erleben, dass sie selbst initiieren, einflussreich gestalten und kontrollieren können. Dies kann ihre Selbstentwicklung erheblich stärken und begünstigen.

In ihrer *Funktion als Ressource* können durch Musik brachliegende Potentiale freigelegt, Fähigkeiten und Kreativität geweckt und gefördert sowie neue Copingstrategien entwickelt werden. Musik kann hier auch emotional oder entwicklungspsychologisch gesehen *nachnähren* (vgl. Frohne-Hagemann 2005, 102). Junge Menschen mit Epilepsie können im Sinne dieser Funktion in ihrer tiefgreifenden Verunsicherung Stärkung erfahren. Neben der massiven Einschränkung durch die Epilepsie haben sie in der Musik doch einen Bereich, in dem sie sich frei ausprobieren, sich selbst mit Spaß

kompetent erleben und Fähigkeiten und Potentiale entdecken und entwickeln können. In der Interviewauswertung wird auf diese Ausführungen zurückgegriffen.

5.1.4 Die Bedeutung und Funktion der Musik für junge Menschen

Junge Menschen in der Adoleszenz haben ein besonderes Interesse sowohl am Musikhören als auch am aktiven Musizieren. Untersuchungen zur Folge zählt Musikhören und Musizieren bei Jugendlichen nach wie vor zu den beliebtesten Freizeitinteressen (vgl. Zinnecker et al. 2002, 66; Landeshauptstadt München 2002, beides zit. n. Hill 2004, 332f.). Gründe dafür sind, dass Musik den Bedürfnissen der Jugendlichen in vielfältiger Weise entsprechen kann. In der Phase der Identitätsentwicklung suchen junge Menschen Orientierung und sind durch die körperlichen und psychischen Veränderungen stark verunsichert (vgl. Hill 2004, 329). Musik ist hier gleichzeitig Übergangsobjekt in der Zeit des Übergangs vom Kind-Sein in das Erwachsenenalter, Halt und symbolische Heimat. Musik ist auch Ausdruck eines Lebensgefühls. Jugendliche bekennen sich zu bestimmten Musikstilen und -gruppen und identifizieren sich damit. Dies spiegelt ihre Bedürfnisse nach Zugehörigkeit und in Abgrenzung zu bisherigen Normen auch nach Einzigartigkeit (vgl. Lutz Hochreutener 2009, 44). Musik bietet vielfache Möglichkeiten, den mit Gleichaltrigen ersehnten Kontakt zu leben, Werte und Normen zu explorieren und sich auszudrücken. Durch Musik können die im Jugendalter so wichtigen Gefühlswelten verstärkt, reguliert und ausgedrückt werden (vgl. Hill 2004, 329). Nach Hill (2004, 332ff.) sind drei Bedürfnisdimensionen im Jugendalter besonders wichtig:

1. Sich selbst in der Musik wieder finden: Aufgrund der drängenden Suche nach Identitätssymbolen ist es für Jugendliche wesentlich, sich selbst in der Umgebung wiederzufinden. Das Spiegeln, Auffangen oder Verstärken eigener Gefühle ist besonders über Musik möglich und wird als Resonanz auch als haltgebend erlebt.
2. Unter Gleichaltrigen sein und mit Musik Gemeinschaft stiften: Musik hat die Rolle der Rahmung sozialer Situationen, oft in dominanter Weise. Über Musikstile werden Zugehörigkeiten und Abgrenzungen vorgenommen. Gemeinsames Musizieren ermöglicht das ersehnte und erfüllende Gemeinschaftserleben.
3. Mit Musik etwas gestalten können: Musik kommt dem Bedürfnis von Jugendlichen entgegen, frei und grenzenlos kreativ gestalten zu wollen, ihre Phantasien, Gefühle und Ansichten auszudrücken (ebd.).

Die besondere Neigung Jugendlicher zu Musik wurde aufgezeigt. Wenn man die

Ausdehnung der Jugendphase nach oben hin ins junge Erwachsenenalter annimmt, kann die besondere Bedeutung der Musik auch für junge Erwachsene gelten. Meinen Beobachtungen aus den Praktika zufolge war für junge Erwachsene die Funktion der Musik als Ressource, als Potential und Energiestifterin sowie als Austausch- und Kontaktmedium noch ebenso relevant, wie sie für die Jugendphase beschrieben wurde. Die Abgrenzungs- und Zugehörigkeitsthematik sowie das Verstärken von Gefühlen durch Musik trat etwas in den Hintergrund.

Musiktherapie arbeitet mit dem Medium, das für junge Menschen eine besondere Bedeutung hat. Daher kann diese Therapieform positive Vorschüsse haben und somit besondere Chancen für Jugendliche und junge Erwachsene bergen. Frohne-Hagemann (2009, 203) stellt auch fest, dass viele Jugendliche offen für Musiktherapie sind, weil die Musik als etwas Drittes den Beziehungsaufbau erleichtern und die Angst vor Therapie binden kann. Die besondere Bedeutung von Musik kann auch für junge Menschen mit Epilepsie als gültig betrachtet werden, da die spezifischen Entwicklungsbedürfnisse des Jugendalters bei ihnen dieselben sind, wie bei gesunden. Dies spricht *für* eine Indikation Musiktherapie bei jungen Menschen mit Epilepsie.

Für die Arbeit mit Jugendlichen ist zu beachten, dass für den Aufbau der therapeutischen Beziehung sowie für die Motivation und zunächst das Erleben von Freude die favorisierte Musik des Jugendlichen in die Therapie miteinzubeziehen ist. Da jedoch das Selbstkonzept noch unsicher ist und die Identität noch stark exploriert wird, ist es ebenso bedeutsam, dem jungen Menschen im Musikspiel einerseits eine Gesichtswahrung zu ermöglichen und andererseits Räume für das Explorieren und den Ausdruck neuer Aspekte anzubieten (vgl. Lutz Hochreutener 2009, 44).

5.1.5 Musiktherapeutische Arbeitsweisen und Methoden

Zunächst wird in der Musiktherapie aktives Musizieren von passivem Musikhören, der Musikrezeption, unterschieden. Rezeptive musiktherapeutische Methoden sind z. B. das gemeinsame Hören von Musik zur Entspannung oder auch das gemeinsame Anhören von Musik, die der Patient mitgebracht hat. Letzteres kommt häufig bei Jugendlichen vor, die den Therapeuten somit an ihrer Lebenswelt sowie an persönlich bewegenden Themen teilhaben lassen und an ihre Lebenswelt anknüpfen. Innerhalb der aktiven Musiktherapie existieren vielfältige Methoden und Spielformen. Dies sind im Wesentlichen die musikalische Improvisation, die Arbeit mit Liedern (Lieder singen, selbst komponieren und Liedtexte schreiben), die Komposition in-

strumentaler Musik, körperzentrierte Musikspiele, musiktherapeutische Rollenspiele, Sprache, Stille sowie das Hantieren mit Instrumenten. Sie werden ausführlich beschrieben in Lutz Hochreutener (2009, 135-276). Stille und Improvisation können sowohl eigenständig als auch in allen anderen Methoden vorkommen. So ist etwa die Improvisation Ausgangspunkt spontan entstehender Lieder und begleitet körperzentrierte Spiele. Die Methoden werden prozessorientiert eingesetzt und entfalten ihre Wirkung immer erst auf der Basis der therapeutischen Beziehung (ebd., 138). Innerhalb aller musiktherapeutischen Methoden kann in drei musiktherapeutischen Modalitäten gearbeitet werden (ebd., 13f.): übungszentriert, erlebniszentriert und konfliktzentriert (vgl. Frohne-Hagemann 2001, 85ff.; Lutz Hochreutener 2009, 118ff.)²⁹. Durch sie können sowohl der Therapeut als auch der Klient musiktherapeutische Prozesse wesentlich beeinflussen – bewusst oder unbewusst.

Das *übungszentrierte* Vorgehen definiert klare Aufgaben zwischen Klient und Therapeut, wie z. B. das gegenseitige Vor- und Nachspielen von Rhythmusübungen auf der Trommel. Diese Modalität ist strukturiert und kann dadurch Sicherheit und Vertrauen vermitteln, den Einstieg ins Musikspiel erleichtern und in Phasen der Stabilisierung bedeutsam sein (vgl. Lutz Hochreutener 2009, 119). Ziele von übungszentriertem Vorgehen sind die Stabilisierung allgemein sowie das Training und Erlernen von Fähigkeiten und Strategien zur Aufgabenbewältigung (vgl. Frohne-Hagemann 2001, 85). Dazu gehört die Förderung des Sozialverhaltens und der Körperwahrnehmung (vgl. Lutz Hochreutener 2009, 118f.). Im *erlebniszentrierten* Vorgehen geht es darum, die Musik an sich zu erfahren sowie auch die durch sie spürbar gewordenen Gefühle. Ziel dieser Modalität ist „eine Erweiterung des Erlebnishorizontes, der Sicht-, Fühl- und Verhaltensweisen“ (Frohne-Hagemann 2001, 86). Im Vordergrund steht das kreative Experimentieren mit und Erleben von Musik im Hier und Jetzt. Dadurch können eigene Kreativität und neue Verhaltensweisen exploriert werden (vgl. Lutz Hochreutener 2009, 120). Im *konfliktzentrierten* Vorgehen können innerhalb der freien Improvisation Gefühle ausgespielt und bewusst gemacht sowie psychische und soziale Konflikte bearbeitet werden (vgl. Frohne-Hagemann 2001, 86). Dies können verdrängte (ebd.), aber auch aktuelle Konflikte sein (vgl. Lutz Hochreutener 2009, 120). Die Funktion der Musik hier ist es, die Zusammenhänge aufzudecken, „die zu neurotisch fixierten Sicht- und Verhaltensweisen geführt haben“ (Frohne-Hagemann 2001, 68). Dies ist mit psychotherapeutischem Arbeiten im

²⁹ Die Modalitäten werden in Anlehnung an die Projektarbeit nach Vogel (2011b) dargestellt.

engeren Sinn unter Einbeziehung verbaler Reflexion verbunden (vgl. Frohne-Hagemann 2001, 87). Welche Modalität zum Einsatz kommt, hängt von der jeweiligen therapeutischen Notwendigkeit ab. In der Praxis sind die Übergänge der Modalitäten fließend (ebd., 85).

5.2 Musiktherapie und Epilepsie – Stand der Literatur und Forschung

5.2.1 Einführung

Mit Blick auf die Wirkweisen der Musik auf Menschen mit Epilepsie in der Musiktherapie wurde zunächst recherchiert, welche Zusammenhänge Musik und Epilepsie haben können. Dies wird direkt nachfolgend dargestellt.

Zur Musik*therapie* mit der Klientel der Menschen mit Epilepsie war, wie bereits erwähnt, kaum einschlägige Literatur zu finden. Die einzige deutschsprachige veröffentlichte Literatur dazu ist der Artikel in der Musiktherapeutischen Umschau von Anke Sasse (2001) zur integrativen Musiktherapie mit anfallskranken Erwachsenen. Des Weiteren ist die epileptische Erkrankung explizit aufgeführt im *Indikationskatalog Musiktherapie in der Neurologischen Rehabilitation* (vgl. Baumann 2008, 14). Deshalb und weil Epilepsie eine neurologische Erkrankung ist, erscheinen die Grundlagen einer Musiktherapie in der Neurorehabilitation für die musiktherapeutische Arbeit mit Epilepsiepatienten bedeutsam.

Daher werden im Anschluss an die Ausführung zu Musik und Epilepsie zunächst Aspekte zur Musiktherapie in der Neurorehabilitation allgemein erläutert und anschließend Aspekte der Epilepsie einbezogen. Der Ansatz der Musiktherapie mit anfallskranken Menschen nach Sasse (2001) wird abschließend vorgestellt.

5.2.2 Epilepsie und Musik

Hier wird auf Studien zur Wirkung von Musik auf neuronale Gebiete und Epilepsie eingegangen. Der bekannte „Mozart-Effekt“ wurde 1993 von Rauscher, Shaw und Ky eruiert (Jansen-Osmann 2006, 2). Aufgrund dieser Studie wurde ursprünglich angenommen, „dass die visuell-räumliche Leistungsfähigkeit [des Menschen] durch zuvor gehörte Musik (...) von Mozart verbessert werden kann“ (ebd., 1).

Daraufhin gingen Untersuchungen, wie insbesondere die von John Jenkins an der Universität London und Studien in Taiwan, der Wirkung von Mozart-Musik auf epileptische Aktivität nach. Ihren Ergebnissen zufolge konnten bestimmte Mozart-

Musikstücke (Mozart K.545 und K.448) durch ihre Wirkung, wenn sie regelmäßig täglich und über einen längeren Zeitraum (in den Studien sechs Monate) gehört wurden, die Hirnaktivitäten verringern, die epileptische Anfälle auslösen – somit konnte die Anfallsfrequenz bei der Mehrzahl der untersuchten Personen scheinbar deutlich verringert werden (vgl. Lin 2012, 1; Bild der Wissenschaft 2001). Bei der genauen Untersuchung der bestimmten Mozart-Stücke wurde deutlich, dass sie eine ähnliche Charakteristik hatten (vgl. Lin 2012, 1), nämlich eine „(...) langanhaltende Periodizität, die Wellenformen erzeugt, welche regelmäßig aber in großen Abständen wiederkehren“ (Bild der Wissenschaft 2001). Daher wurde angenommen, dass auch andere Musik mit diesen Merkmalen anfallsverringend wirken kann, wie insbesondere Musikstücke von Bach (vgl. Lin 2012, 1; ebd.). Die Studien sind jedoch umstritten. Anhand weiterer Studien wurde gezeigt, dass der „Mozart-Effekt“ allgemein „(...) wenig mit dem Hören der Mozart-Musik zu tun hat, sondern vielmehr ein Erregungs- bzw. ein Stimmungseffekt ist (...)“ (Jansen-Osmann 2006, 1) sowie von der Individualität der Versuchspersonen und -anordnung abhängt (ebd.). Dieses Ergebnis stimmt auch mit der Tatsache überein, dass Musik nicht einseitig auf den Menschen einwirken, sondern lediglich vegetative Veränderungen hervorrufen kann (vgl. Bruhn 2004, 57 sowie Kapitel 5.1.3). Dennoch: Der Einfluss von Musik auf neuronale Bereiche scheint komplex zu sein und ist noch viel zu wenig erforscht. Studien zeigen, dass musikalische Prozesse mit zahlreichen Gehirnarealen verknüpft sein können. Es wird vermutet, dass auch musikogene Epilepsien nicht so selten sind, wie offiziell registriert. Denn die Untersuchungsmethoden beinhalten keine provokativen Musikreflexe (vgl. Maguire 2012) und somit *kann* die musikogene Epilepsie schlichtweg sehr schlecht diagnostiziert werden, im Grunde nur dann, wenn Betroffene dies explizit wahrnehmen und sagen können. Aus diesen Gründen bleibt nach Maguire (2012) Musiktherapie bei *schweren* Epilepsien auch umstritten (wobei der Begriff „Musiktherapie“ in diesem Kontext unklar ist; es könnte auch eine Musikaarbeit gemeint sein, in der ausschließlich mit der Einwirkung von zu hörender Musik gearbeitet wird) und muss viel genauer erforscht werden (ebd.). Für die Musiktherapie mit Menschen mit Epilepsie bedeutet dies, noch einmal mehr verantwortungsbewusst und wachsam wahrnehmend mit dem Einsatz von Musik umzugehen.

5.2.3 Musiktherapie in der neurologischen Rehabilitation

In der Neurologischen Rehabilitation werden Menschen mit mit Erkrankungen oder

Schädigungen des zentralen oder peripheren Nervensystems (Schädel-Hirn-Traumata, Schlaganfall, Multiple Sklerose, entzündliche Erkrankungen des Gehirns u. a.), behandelt, „mit dem Ziel, in ein möglichst selbständiges Leben zurück zu finden“ (Baumann 2011). Durch neurologische Erkrankungen kommt es meist zu massiven Veränderungen des gesamten menschlichen Selbst. Betroffen sein können verschiedenste Bereiche, wie „Vegetativum, Motorik, Wahrnehmung, Kognition, Emotion, Kommunikation“ (ebd.). Soziale und psychische Folgeprobleme kommen hinzu. In der Musiktherapie mit neurologischen Patienten können zwei Richtungen verfolgt werden: sowohl körperlich-funktionelle als aber auch psychotherapeutische Ansätze. Funktionelles Arbeiten hat das „Ziel der Verbesserung von Körperfunktionen wie z. B. Gehen, Feinmotorik, Sprechen oder Aufmerksamkeit“ (Baumann 2011). Ziele von psychotherapeutischem Vorgehen sind die „Verbesserung der psychischen Befindlichkeit“ (ebd.), emotionale Krankheitsverarbeitung sowie die Rekonstruktion der Funktion des Selbst, wenn das Selbstbild durch funktionale Defizite verändert wurde (vgl. Jochims 2005a, 11). Insgesamt ist die Aktivierung und der Ausbau *körperlicher und psychosozialer* Ressourcen wesentlich, um eine selbstwertstärkende Krankheitsverarbeitung sowie eine stabile Motivation zur Compliance zu fördern (vgl. Baumann 2008, 8).

Die funktionale Ausrichtung stammt aus Amerika. Die europäische Musiktherapie war ursprünglich vorwiegend auf kommunikative, interaktive und emotionale Aspekte ausgerichtet³⁰. Der entscheidende Unterschied ist die Bedeutung der therapeutischen Beziehung: Sie spielt in der funktional ausgerichteten Arbeit eine geringere Rolle. Beide Richtungen öffnen sich jedoch immer mehr dem anderen Pol (vgl. Jochims 2005a, 14). In Deutschland werden das funktionale und psychotherapeutische Vorgehen in der Musiktherapie in der Neurorehabilitation miteinander kombiniert, gewichtet je nach Ausrichtung des Therapeuten sowie nach den Bedürfnissen der Patienten. So kann auf der Grundlage einer therapeutischen Beziehung musikalischer Ausdruck und Krankheitsverarbeitung mit dem Beüben von Funktionen verbunden werden (vgl. Baumann 2011). Bei aktivem Spiel auf Instrumenten werden Motorik, Kommunikation und Interaktion gleichermaßen gefördert. Musizieren verbindet Sinnesmodalitäten mit Kognition, Aufmerksamkeit sowie Planung und Durchführung von Handlungen (vgl. Jochims 2005a, 12). So sind in der Musiktherapie manchmal Bewegungen möglich, die in der Physiotherapie allein nicht erfolgt sind,

³⁰ In Deutschland entwickelte M. Thaut (2004 zit. n. Baumann 2011) jedoch auch einen funktional orientierten Ansatz „Neurologische Musiktherapie“, der auf Forschungsergebnissen beruht.

da hier die vorangehende mentale Vorstellung der Bewegung des Armes mit dem Schlegel die reale Möglichkeit der Bewegung fördert und zudem auch emotional positiv motiviert (vgl. Scicluna 2005, 195). Neben den interaktionellen und kommunikativen Funktionen werden in der Neurorehabilitation auch die musikimmanenten Behandlungseffekte der Musik eingesetzt, wie die entspannende, angstlösende oder bewegungsfördernde Wirkung (vgl. Baumann 2008, 8). Zu beachten ist, dass es keine allgemeingültige Entspannungsmusik gibt, sondern der Mensch sich meist am besten bei seiner Lieblingsmusik entspannt (vgl. Scicluna 2005, 198).

Durch diese einzigartigen Eigenschaften des Mediums Musik hat die Musiktherapie zur Behandlung neurologischer Patienten Entscheidendes beizutragen (vgl. Jochims 2005a, 12). Die verschiedenen Ansätze (funktional und psychotherapeutisch) und Ziele werden innerhalb der Therapie dem jeweiligen Bedarf (auch den verschiedenen Phasen des Rehabilitationsprozesses) individuell und prozesshaft angepasst (vgl. ebd.; Baumann 2008, 8)³¹. Aktives Musikspiel fördert aufgrund seiner Komplexität jedoch stets mehrere Bereiche gleichzeitig (ebd., 13). Für eine solche musiktherapeutische Arbeit ist es für Musiktherapeuten wichtig, in den Fachgebieten Psychotherapie, Musik sowie Neurologie ausreichend ausgebildet zu sein (ebd., 15). Zentrales Behandlungsziel ist Lebensqualität, wie sie es für den Patienten aufgrund seines subjektiven Erlebens ist. Dies kann manchmal andere Bereiche im Fokus haben, als die aus therapeutischer Sicht. Hier gilt es, die Bedürfnisse des Patienten in den Mittelpunkt der Behandlung zu stellen (Jochims (2005b, 419).

Trotz ihrer Häufigkeit ist Epilepsie in dem Standardwerk zur *Musiktherapie in der Neurorehabilitation* nach Jochims (2005) im Rahmen ausgewählter Krankheitsbilder nicht beschrieben. Im *Indikationskatalog Musiktherapie in der Neurologischen Rehabilitation* (vgl. Baumann 2008) hingegen ist die Epilepsie im Rahmen von für die Musiktherapie relevanten neurologischen Krankheitsbildern aufgeführt. Als ihre Hauptsymptome werden Störungen in der Krankheitsverarbeitung, sozialer Rückzug sowie Kontrollverlust genannt und damit direkt auf das Kapitel der psychosozialen Folgestörungen im Hauptteil des Kataloges verwiesen (ebd., 14). Der Hauptteil gliedert sich in folgende übergeordnete Symptomgruppen: Antriebsstörungen, Bewusstseinsstörungen, Schmerz, sensomotorische Störungen, Spannungszustände, Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen, Wahrnehmungsstörungen, weitere kognitive Störun-

³¹ So eignet sich z. B. die übende funktionale Arbeit erst nach dem Stadium der Frührehabilitation, wenn die Patienten selbst mitarbeiten können. Bewusste Krankheitsverarbeitung kann auch erst zu einem noch späteren Zeitpunkt sinnvoll sein (vgl. Jochims 2005b, 12).

gen und eben die psychosozialen Folgestörungen (ebd., 15ff.). Im Kapitel zu den psychosozialen Folgestörungen wird angemerkt, dass Menschen mit neurologischen Erkrankungen meist in Situationen geraten, die ihr Leben und ihre körperliche Integrität massiv bedrohen. Die psychische Verarbeitung könne zusätzlich durch die Schädigung psychischer oder kognitiver Funktionen erschwert werden. Nach Baumann et al. (2008) ist Musiktherapie hier besonders indiziert, weil sie unabhängig von neurologischen und kognitiven Funktionen nonverbale Beziehungsaufnahme und Begegnungen in einem krankheitsfreien Bereich ermöglichen kann, die der veränderten Emotionalität Rechnung tragen. Auch die schwerwiegende negative Auswirkung auf soziale Bezüge wird angesprochen. Anschließend werden 15 mögliche Symptome wie gestörte Krankheitsverarbeitung, Angst, Selbstwertproblematik, Ängstlichkeit/-Unsicherheit, Verhaltensstereotypen und weitere tabellarisch aufgeführt und mögliche musiktherapeutische Ziele und Methoden dazu genannt (vgl. Baumann 2008, 18ff.). So werden z. B. beim Symptom der Selbstwertproblematik das Ziel der Verbesserung des Selbstwertgefühls und der Selbstakzeptanz sowie folgende Methoden angegeben: Einsatz biographisch relevanter Musik, Aufgreifen der Ressourcen (aktiv und rezeptiv), übendes Instrumentalspiel, musikalische Rollenspiele. Epilepsiespezifische Symptome werden hier nicht berücksichtigt. Bzgl. der paroxysmalen Angst könnten hier die Angaben für das Symptom der Angst allgemein angewendet werden. Ziele wären hier die Stabilisierung und das Erkunden von Ressourcen. Dies könnte durch musikalisches Ausdrücken und Bespielen der Angstgefühle geschehen sowie durch strukturierte, haltgebende Musik und die Einbeziehung biografisch relevanter Musik, die dann auch in den Anfallssituationen bei Angst eingesetzt werden kann (vgl. Baumann 2008, 19).

Die Grundsätze einer Musiktherapie in der Neurorehabilitation sind demnach im Wesentlichen auch als Basis für die Musiktherapie mit Epilepsiepatienten anzusehen.

5.2.4 Musiktherapie mit anfallskranken Erwachsenen in einer Epilepsieklinik

Sasse (2001, 237-243) beschreibt wesentliche Faktoren der Musiktherapie mit Anfallskranken, die aus ihren langjährigen Praxiserfahrungen in der Musiktherapie der Epilepsieklinik der Diakonie Kork resultieren und verbindet diese mit dem Vorgehen der integrativen Therapie nach Petzold (1996 zit. n. Sasse 2001, 240). Dabei handelt es sich um fokale Kurzzeittherapie. In ihrer Schilderung der Klientel weist Sasse auf die Probleme der Diskriminierung und der sozialen Ausgrenzung bei Epilepsie hin.

Sie postuliert, dass Menschen mit Epilepsie in ihrer gesamten Identität betroffen sind und sich dies „bis zum Gefühl von Wertlosigkeit in der bestehenden leistungsbezogenen Gesellschaft ausweiten kann“ (Sasse 2001, 238). Zudem beobachtete sie häufig große Ängste vor Unvorhersehbarem und führt dies auf die Unvorhersehbarkeit der Anfälle zurück. Dadurch haben anfallskranke Menschen ein besonders ausgeprägtes Bedürfnis nach Berechenbarkeit. Dies zeigt sich in der Musiktherapie z. B. durch Verunsicherung und kontrolliertes Verhalten bei freien musikalischen Improvisationen, bei denen unvorhersehbar ist, welche Musik entsteht und welche Emotionen ausgelöst werden. Dem Bedürfnis nach Berechenbarkeit kommt Sasse dadurch nach, dass sie den Patienten besonders zu Therapiebeginn sehr strukturierte rhythmische Musik anbietet. Vielen Menschen mit Epilepsie scheint es Sicherheit zu geben, unvorhersehbare Dinge zu minimieren. Anfälle werden versucht, durch rigides und kontrolliertes Verhalten ungeschehen zu machen. Epilepsie als Selbstanteil wird abgelehnt (vgl. Sasse 2001, 241). Psychodynamisch betrachtet handelt es sich hier um die Angstabwehr durch Kontrolle sowie die Abspaltung kranker Selbstanteile.

Als Indikationen für Musiktherapie, die im Klinikteam besprochen werden, nennt Sasse Förderung von emotionalen Ausdrucksmöglichkeiten, der Kreativität und der Ich-Stabilität, Kontaktgestaltung sowie die Nutzung der Musik als Ressource zur Verbesserung der Lebensqualität. Wichtig erscheint besonders die Möglichkeit des nonverbalen Ausdrucks von angestauten Emotionen, die kaum in Worte zu fassen sind. Die Verbesserung der Lebensqualität wird angestrebt durch das Erspüren von Vitalität, Kraft und Spaß im Musikspiel. So können spielerisch die gesunden Selbstanteile wahrgenommen und wieder mehr Selbstvertrauen entwickelt werden (vgl. Sasse 2001, 239). Ein Anliegen kann auch sein, die Integration der Epilepsie im Leben zu erreichen. Zur Zielerreichung werden die 14 Heilfaktoren nach Petzold (1996, 314-323, zit. n. Sasse, 240) verschieden gewichtet eingesetzt. Dies sind z. B. einführendes Verstehen, die emotionale Ausdrucksförderung, Förderung von Kommunikation und Beziehungsfähigkeit sowie Förderung psychophysischer Entspannung (ebd.). „Die Musiktherapie löst die zentralen Probleme eines epilepsiekranken Menschen nicht auf, sondern heilt indirekt dadurch, dass dem Patienten neben seinem negativen Selbstbild ein zweites positives gegenübergestellt wird“ (Sasse 2001, 242). Die Förderung und Unterstützung der Entwicklung positiver Selbstanteile erscheint aufgrund der tiefgreifenden Verunsicherung und sozialen Ausgrenzung ein zentraler Aspekt für die Musiktherapie mit jungen Menschen mit Epilepsie.

6. Ergebnisse der Experteninterviews – Erfahrungen von Musiktherapeuten

6.1 Methodik, Durchführung und Auswertung

6.1.1 Anliegen der Untersuchung und Beschreibung der Erhebungsmethode

Ergänzend zur Literaturrecherche wurde empirisches Material durch leitfadengestützte Experteninterviews erhoben, um die zentralen Fragen dieser Masterarbeit in praxisnahem Maße wissenschaftlich zu beantworten. Die Experteninterviews ermöglichen es, zielführend und vergleichsweise effektiv inhaltlich gültige Informationen zu beschaffen. Die Befragung gab einen groben Überblick über aktuelle musiktherapeutische Modelle aus der Arbeit mit Menschen mit Epilepsie im gesamten deutschsprachigen Raum. In den Interviews wurde schwerpunktmäßig zum Thema der zentralen Fragestellung dieser Arbeit nachgefragt: nach der Indikation sowie nach dem Spezifischen einer Musiktherapie mit jungen Menschen mit Epilepsie. Die gesamten empirischen Ergebnisse zu dieser Masterarbeit werden komplett anonymisiert dargestellt, um die Persönlichkeitsrechte der beteiligten Personen zu schützen. Sämtliche Daten, wie Personennamen und Orte, wurden verfremdet. Die transkribierten Interviews sind in einem extra Anhangband enthalten, der nicht veröffentlicht wird.

Im Folgenden wird die Methode des Experteninterviews beschrieben³². Innerhalb der Beschreibung werden direkt Bezüge zum Einsatz in dieser Arbeit hergestellt.

Das Experteninterview zählt zu den qualitativen Interviews. „Die Hauptaufgabe des qualitativen Interviews besteht in der Darstellung des individuellen Falles im Hinblick auf das zu untersuchende Problem; gleichzeitig soll von einer Vielheit von Befragten vergleichendes Material beigebracht werden (...)“ (König 1972, 143 zit. n. Weymann 2004, 62). Die Experteninterviews zu dieser Arbeit haben die Aufgaben, die individuellen Erfahrungen von Musiktherapeuten mit der Arbeit mit epilepsiekranken Menschen zu erkunden und in begrenztem Maß auch das Erheben von Material, um mehrfach auftretende Sicht- und Arbeitsweisen durch Vergleich als „überindividuell-gemeinsame Wissensbestände“ herauszufinden.

Das Experteninterview ist eine Mischform aus narrativem und strukturiertem Leitfaden-Interview. Der Forschende legt dem Interview zwar einen strukturgebenden Leitfaden zugrunde, handhabt diesen jedoch offen und flexibel. So können Leitfra-

³² Dabei wird teilweise auf die Studienarbeit „Experteninterview und Gruppendiskussion“ (Vogel 2012b) zurückgegriffen. Die meisten Textpassagen wurden jedoch neu erarbeitet oder stark gekürzt.

gen kontextspezifisch in das Gespräch eingeflochten werden. Durch die offene Handhabung wird dem Experten ermöglicht, sein Wissen und seine Sicht auf die den Forscher interessierenden Gegenstände frei erzählend darzustellen. Dadurch können zusätzliche wichtige Informationen erhoben werden (vgl. Meuser 1991, 448). Der Leitfaden wiederum ermöglicht es, auch im narrativen Charakter den Fokus beizubehalten (vgl. Marotzki 2003, 114).

Ein Experte zeichnet sich dadurch aus, dass er spezialisiertes „Sonderwissen“ mit fachlicher Kompetenz besitzt, das institutionell eingebunden ist. Der Befragende ist an dem Wissen interessiert, das durch die Verbindung der Erfahrung, der Fachlichkeit und der Einbindung in den Funktionskontext des Experten resultiert (vgl. Meuser 2003a, 57). Die Motive für das Handeln im fachlichen Expertenkontext sind den Experten nicht durchweg bewusst. Deshalb kann auch Expertenwissen, obgleich es viel mit Fachwissen verbunden ist, „nicht einfach abgefragt werden; es muss aus den Äußerungen der Experten rekonstruiert werden“ (Meuser 2003a, 58).

In der zu dieser Arbeit durchgeführten Befragung interessierten die Funktion der Experten, der Sachverhalt zu der musiktherapeutischen Arbeit mit Epilepsiepatienten, insbesondere die Erfahrungen und persönlichen Sichtweisen der Experten zur Musiktherapie in diesem Kontext sowie zu kleineren Teilen auch ihre Aussagen über die Zielgruppe. Die Experteninterviews wurden aufgrund größerer Entfernungen und Ressourcenknappheit telefonisch durchgeführt.

6.1.3 Interviewpartner, Leitfaden und Durchführung der Interviews

Die Interviewpartner für die Experteninterviews wurden aus dem gesamten deutschsprachigen Raum (Deutschland, Schweiz und Österreich) akquiriert, um breit gefächertes Material zu erheben. Bei der Akquise wurde deutlich, dass es wenig musiktherapeutische Angebote für Menschen mit Epilepsie in Deutschland gibt³³. Die meisten angefragten Musiktherapeuten waren zu einem Interview bereit. Bei der Auswahl der Experten wurde nach der musiktherapeutischen Ausbildung, nach dem Arbeitsschwerpunkt und nach der Berufserfahrung gefragt. Die Interviewpartner hatten unterschiedliche Ausbildungen: von Weiterbildungen in kleinerem Rahmen bis hin zu Aufbaustudiengängen für Musiktherapie. Eine Interviewpartnerin war keine Musiktherapeutin, sondern Fachärztin für Neurologie. Die Mehrzahl der befragten Musiktherapeuten arbeiteten im Klinikkontext, manche jedoch auch im Wohnbereich

³³ Für die Akquise wurde an Epilepsiezentren nach Musiktherapie gefragt. Die daraus resultierende Mailumfrage ist im Anhangband (69) dargestellt.

einer Epilepsieeinrichtung oder ambulant mit Menschen mit Epilepsie. Arbeitsschwerpunkte waren die Arbeit mit von Epilepsie betroffenen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit und ohne zusätzliche Behinderung. Lediglich zwei der Befragten arbeiteten in einer Klinik ausschließlich mit Epilepsiepatienten.

Der Interview-Leitfaden wurde unter Beachtung der oben (Abschnitt 6.1.2) beschriebenen Richtlinien erstellt. Zu Beginn wurde zunächst nach dem Arbeitsfeld, dann nach Beispielen aus der Praxis gefragt. An diesen anknüpfend wurde nach Besonderheiten der Zielgruppe, nach Therapieaufträgen, Zielen, implizit nach Arbeitsweisen und Methoden sowie nach Stärken der Musiktherapie für die Epilepsiebehandlung gefragt. Ferner wurden Daten zur Dauer und Stundenfrequenz eines Musiktherapieprozesses erhoben. Der präzise Leitfaden ist im Anhangband (2) zu finden.

Die Interviews wurden telefonisch in der Zeit vom 21. Januar bis zum 4. Februar 2013 durchgeführt und dauerten mehrheitlich 40 bis 45 Minuten. Im Vorfeld des Interviews wurden den Experten Ziele und Hintergrund der Befragung erklärt, vollständige Anonymität bzgl. der Verwendung des Interview-Materials zugesichert sowie die zentrale Fragestellung angekündigt (vgl. Anhangband, 2). Nach Zustimmung der Experten wurden alle Interviews auf Audio-Datei aufgenommen.

In den Interviews verfolgte ich den Leitfaden in sehr loser Reihenfolge. Bei manchen Interviewpartnern ergaben sich auch unerwartete für die Arbeit interessante Themen, wie z. B. das Thema der therapeutischen Haltung in Interview 4.

6.1.4 Die Auswertung der Experteninterviews

Die Experteninterviews wurden interpretativ ausgewertet. Einerseits wurden durch Vergleich „überindividuell-gemeinsame Wissensbestände“ sowie andererseits individuelle Einzelaspekte herausgearbeitet. Die Auswertungsschritte wurden an die Auswertungsmethode nach Meuser und Nagel (1991, 451ff.) angelehnt, da diese geeignet erscheint, effektiv und in nicht zu aufwändiger Form die expliziten, objektiven Sinngehalte herauszuarbeiten. Die außerdem noch in Betracht gezogene Auswertungsmethode der qualitativen Inhaltsanalyse wurde nicht gewählt, da sie sehr aufwändig sowie eine eher theoriegeleitete Auswertungsweise darzustellen scheint (vgl. Meuser 2003b, 90). Das Auswertungsmodell nach Meuser und Nagel (1991) scheint mehr Offenheit für eine Kombination von theoriegeleiteter und theoriegenerierender Auswertung zu lassen.

Die Kategorien wurden auf der Basis der recherchierten Literatur sowie aufgrund des

bereits gesichteten Expertenwissens – also theoriegenerierend und theoriegeleitet - erstellt. Durch zum Teil sehr offen gestellte Leitfragen, wie insbesondere die Frage nach den Beispielen aus der musiktherapeutischen Arbeit, berichteten Experten von unterschiedlichsten, für die Auswertung wesentlichen Aspekten.

Die Auswertung wurde folgendermaßen durchgeführt: Die Audio-Aufnahmen der Interviews wurden größtenteils vollständig transkribiert. Da es sich um Experteninterviews handelte, konnten für die Sache nicht dienliche Aspekte ausgelassen werden. Das Material wurde überwiegend in normales Schriftdeutsch übertragen und sprachlich geglättet. Die Transskripte wurden vollständig anonymisiert. Die Befragten wurden in den Transskripten mit „B“ bezeichnet, die Interviewerin mit „I“. Die Interviews wurden nummeriert und nach „Experteninterview1 – Musiktherapeut/in 1“ bzw. „Experteninterview 2 – Musiktherapeut 2“ u. s. w. benannt. Beim Zitieren der Interviews wird der interviewte Musiktherapeut (MT) mit der Interview-Nr. sowie der Seite im Anhangband angegeben: (MT 2, 12). Alle Interview-Transskripte sind im Anhangband dargestellt.

Themenrelevante, aussagekräftige Stellen in den Interviews wurden markiert³⁴ sowie nach oben beschriebener Vorgehensweise Kategorien gebildet. Die ausgewählten Stellen wurden diesen Kategorien zugeordnet und wo sinnvoll, in kurzen Sätzen komprimiert. In einem weiteren Schritt wurden die Aussagen interviewübergreifend verglichen. Dadurch konnten sowohl überindividuell-gemeinsame Merkmale als auch Unterschiede sowie Einzelmeinungen herausgearbeitet werden. Zu der Frage nach den Beispielen stellte sich heraus, dass diese entsprechenden Antworten zwar viele Informationen ergaben, jedoch aufgrund ihrer breiten thematischen Streuung auch schwerer auszuwerten waren. Wertvolles Beispielmateriale wurde somit erhoben. Im vorgesehenen Rahmen konnten jedoch aufgrund der großen Menge lediglich illustrative Details ausgewertet werden, nicht das vollständige Material.

Bis zum Ende der Einordnung aller relevanten Textstellen der Interviews in die Kategorientabelle hatten sich folgende Kategorien herausgebildet:

1. *Voraussetzungen für eine Indikation Musiktherapie bei jungen Menschen mit Epilepsie*
2. *Therapeutische Beziehung und therapeutische Haltung*
3. *Funktionen und Wirkung von Musik in der Arbeit mit Epilepsie-Patienten*

³⁴ Die Äußerungen der Experten wurden nicht danach bewertet, *an welcher Stelle* sie *wie* im Interview fallen, sondern innerhalb des Funktionskontextes der Experten nach thematischen Einheiten (vgl. Meuser 1991, 453).

4. *Therapieaufträge und Ziele sowie zentrale Themen in der Musiktherapie mit Menschen mit Epilepsie*
5. *Arbeitsweisen und Methoden sowie Besonderheiten bzgl. Instrumente*
6. *Besonderheiten der Musiktherapie bei Menschen mit Epilepsie*
7. *Spezifika bei jungen Menschen mit Epilepsie*
8. *Spezifischer Beitrag der Musiktherapie zur Epilepsiebehandlung bzw. Stärken und Eigenschaften der Musiktherapie für die Arbeit mit jungen Menschen mit Epilepsie*
9. *Setting und Rahmenbedingungen*
10. *Grenzen der Musiktherapie in der Arbeit mit Menschen mit Epilepsie*

Anhand der Struktur dieser Kategorien werden die Interviewergebnisse dargestellt.

6.2 Die Interviewergebnisse – Erfahrungen von Musiktherapeuten

Hier werden die Untersuchungsergebnisse der Experteninterviews in oben erläuteter Weise dargestellt. An manchen Stellen, wo es sinnvoll erscheint, werden direkte Ergänzungen oder Verknüpfungen mit Aspekten aus der Literatur vorgenommen. Eigene Beobachtungen fließen ebenfalls mit ein.

6.2.1 Voraussetzungen für eine Indikation Musiktherapie bei jungen Menschen mit Epilepsie

Zu diesem Thema wurde in den Interviews nicht explizit nachgefragt. Implizite Einzelaussagen dazu kamen jedoch zur Sprache.

Die mögliche anfallsauslösende Wirkung der Musik, sowohl durch musikimmanente Effekte als auch durch ihre emotionale Wirkung, wurde von einer Expertin mehrmals angesprochen: „Bei ihr [einer Patientin] war auch ganz deutlich, dass die Musik sie unheimlich belebt hat, was erst mal auch ein bisschen problematisch war, weil dadurch die Anfälle manchmal auch getriggert werden. (...) Also das hatte ich definitiv noch bei einer anderen jungen Frau (...) und [diese] wurde dann aus dem Grund dann leider wieder aus der Musiktherapie herausgenommen“ (MT 1, 4).

Musiktherapeutin 5 berichtete von einem Patienten, der innerhalb des Vorgefühls für epileptische Anfälle eine Melodie hörte (hier scheint es sich um eine musikogene Epilepsie zu handeln). Dadurch war bei diesem Patienten Musik allgemein negativ besetzt. Hier gelang es, durch die Musiktherapie einen neuen positiven Bezug zur Musik aufzubauen. Dies „entängstigte“ auch in Bezug auf einen Teil des Anfallser-

lebens (vgl. MT 5, 47). Die Zitate zeigen, dass nicht in jedem Fall, in dem die Musik anfallsauslösend oder bzgl. der Anfälle negativ besetzt ist, *keine* Musiktherapie möglich ist. In jedem Fall ist mit dieser Tatsache jedoch sehr sensibel umzugehen. Es kommt darauf an, in welcher Form die Musik bei der Anfallsauslösung beteiligt ist. Wirkt insbesondere die emotionale Erregung durch Musik triggernd, kann es Aufgabe der Musiktherapie sein, hier eine angemessene Regulation zu explorieren – was wiederum im Transfer auf den Allgemeinzustand oder manche andere Bereiche des Patienten ausgleichend wirken könnte. Bei Anfallsauslösung durch plötzlich auftretende oder allgemein laute und rhythmische Musik kann auf ruhigere und leisere Elemente der Musiktherapie zurückgegriffen werden. Oder es geht um eine positive Besetzung von Musik, wie im Fall von Musiktherapeutin 5. Voraussetzung für eine Indikation Musiktherapie in diesen Fällen wäre eine genaue Erkundung musiktherapeutischer Möglichkeiten. Das Resultat könnte jedoch auch die Feststellung einer Kontraindikation sein.

Musiktherapeutin 3 spricht die Affinität (vgl. Abschnitt 5.2) junger Menschen zur Musik an und dass diese häufig Vorerfahrungen mit Musikinstrumenten haben (vgl. MT 3, 29). Dies kann sich zwar sehr förderlich auf den Therapieprozess auswirken. Voraussetzung sind aber weder musikalische Vorerfahrungen noch eine Affinität zur Musik – in jedem Fall jedoch eine Offenheit des Patienten gegenüber Musik.

Musiktherapeut 4 sieht als wesentliche Voraussetzung für eine Musiktherapie die Motivation des Patienten selbst und insbesondere die *Haltung des Therapeuten*, die diese Motivation des Patienten begünstigen und herauslocken kann (vgl. MT 4, 32): „Also der Zugang ist erst mal zu schauen: Da ist der Mensch (...), wo ist er motiviert, wo hat er eine innere Begeisterung für etwas. (...) ich kann nur dann Veränderungsprozesse anregen, wenn die eigene Begeisterung, die eigene Motivation [des Patienten] da ist“ (MT 4, 32). Die Motivation des Patienten wird ebenso in der Literatur (vgl. Frohne-Hagemann 2009, 203) als wesentliche Voraussetzung angesehen.

6.2.2 Therapeutische Beziehung und therapeutische Haltung

Nach der therapeutischen Haltung und Beziehung wurde in den Interviews nicht gefragt. Beide Aspekte werden explizit und ausführlich von Musiktherapeut 4 angesprochen. Implizit äußern sich jedoch auch andere Experten dazu.

„Das Vorrangige [in der Musiktherapie] ist einfach, eine wohlwollende, nährenden Beziehung zu erleben. Ich finde, das ist die Basis von allem, ohne das würde sich da

gar nichts verändern oder würde das gar nicht ankommen. Damit fällt die Arbeit einfach, wenn das nicht gelingt, dann ist das umsonst, behaupte ich mal. Das ist einfach, was die Menschen unterstützt, wenn da jemand ist, der sie ernst nimmt, der erkennt, wo Einschränkungen sind, wo Potentiale sind (...), das ist eigentlich das, wovon die Menschen am meisten profitieren“ (MT 4, 37).

Zur therapeutischen Haltung sagt Musiktherapeut 4: „Ich gehe einfach davon aus, dass mein Gegenüber eine heile Person ist, alles ankommt, was ich mitteile, (...), nur ich kriege nicht alles mit, was von dem zurückkommt und in dem Moment war ich plötzlich viel offener für den, für das, was alles da ist. Und mit dieser Gewissheit sind plötzlich die Therapieverläufe ganz anders, haben andere Wege genommen und das ist einfach meine Grundhaltung, einfach zu sagen, in jedem Menschen gibt es etwas, was heil ist und ganz ist, wo die volle Kapazität da ist. Deswegen, dass das [die Epilepsie] so eine grundsätzliche Identitätsstörung ist, ist meiner Meinung nach eine Sichtweise, die mich selber behindert“ (MT 4, 39). Denn „(...) wenn ich denke, da ist jemand eingeschränkt in seiner Identität, dann kann ich nicht wahrnehmen, wo er einfach nicht eingeschränkt ist (...), dann nehme ich mir auch da Begegnungsmöglichkeiten (...). Und gerade in dieser Grundhaltung, da ist jemand, der hat auch einen ganz heilen Wesenskern (...), das hat auch etwas mit ´sich auf Augenhöhe begegnen´ zu tun. (...). Das ist einfach dieses genaue Hinschauen (...), das ist wirklich voneinander lernen (...)“ (MT 4, 40). Hier werden die für die Arbeit mit Menschen mit Epilepsie so zentrale Offenheit und Unvoreingenommenheit (vgl. Abschnitt 5.1.2) sowie das genaue Hinschauen auf mögliche Ressourcen ausführlich bestätigt. Es wird aufgezeigt, dass sich der therapeutische Blick nicht zu sehr auf die typische Symptomatik der Epilepsie richten soll, in diesem Fall darauf, dass Menschen mit Epilepsie in der gesamten Identität betroffen sind.

6.2.3 Funktionen der Musik bzw. der Musiktherapie

In den Interviews gab es keine explizite Frage dazu, welche Funktionen der Musik in der Therapie mit jungen Menschen mit Epilepsie vermehrt gefragt sind. Doch dazu äußerten sich alle Experten in den unterschiedlichsten Themenbereichen. Dies zeigt, dass Musik sehr unterschiedlich und individuell beeinflusste Wirkungen und Funktionen aufweisen kann. Dies wird explizit benannt: „(...) für den einen ist die Musik triggernd, für den anderen beruhigend. Die Menschen sind einfach so individuell. Das ist irgendwie schwierig zu sagen, bei Epilepsiekindern wirkt Musik immer so

und so“ (MT 1, 6f.). Die folgenden Themen werden mehrheitlich der oben genannten Einteilung zugeordnet.

Zur Funktion der *Musik als Eindruck* wurden folgende Aspekte berichtet.

Zur *Aktivierung* durch Musik wurde die vegetative Aktivierung der Atmung angesprochen (vgl. MT 2, 12), die belebende Wirkung der Musik, die Aktivierung im Sinne der Motivation zur Musiktherapie (vgl. MT 1, 4, 6) sowie das freudige Aktiv- und Kreativ-Werden im Musikspiel verbunden mit musikalischem Ausdruck (vgl. MT 3, 21). Letzteres ist auch als *Erlebnisintensivierung* zu sehen.

Bzgl. der *Haltefunktion* berichtet Musiktherapeut 2 von zwei Patienten mit epileptischen Anfällen. Für sie war es in der Therapie wichtig, über Körpererfahrung Halt zu erleben. Der eine erfuhr dies darüber, dass er in rhythmisch-tanzender Weise den Boden verstärkt einbezog, sich dort niederließ und wieder aufrichtete. Die andere Patientin stützte sich großflächig mit ihrem depressiv zu gering gespannten Körper auf eine Tischplatte und erfuhr darüber Halt (vgl. MT 2, 14f.).

Das Anbieten von *Struktur durch Musik* wurde vermehrt angesprochen, oftmals auch verbunden mit dem Thema Haltgeben. So war es in der Therapie mit einem Epilepsiekind wichtig, die Instrumente zu begrenzen und eine klare Struktur des Stundenablaufs vorzugeben, damit das Kind gefühlsmäßig nicht überflutet wurde und Anfälle getriggert wurden (vgl. MT 1, 5). Musiktherapeut 2 betont die Bedeutung des Spiels mit Trommeln und Perkussionsinstrumenten, wenn es um das körperliche Spüren, das Entdecken und Spüren von eigener Kraft und Stärke geht. Dadurch wird auf die Wichtigkeit rhythmischer und somit strukturierter Musik hingewiesen. Musiktherapeutin 3 führt das strukturierte Arbeiten besonders aus (vgl. MT 3, 25f., 29). Sie betont, dass sie mit Menschen mit schweren Epilepsien arbeitet und diese aufgrund der Angst vor den unvorhersehbaren Anfällen ein starkes Bedürfnis nach Struktur haben: „Die Anfälle kommen in der Regel unverhofft. (...) Und davor haben die Patienten natürlich Angst, dass das in der Öffentlichkeit passiert oder dass sie sich verletzen. (...) Und weil das so unvorhersehbar ist, diese Anfälle, versuchen Patienten oftmals, sich ansonsten viel Sicherheit zu verschaffen und sich sehr zu strukturieren. D. h., dass andere Dinge, die unerwartet kommen, gemieden werden. Diese Angst kann sich einfach ausweiten und alles Unvorhergesehene wird dann eigentlich eher zu einer Belastung und damit kann nicht gut umgegangen werden. Das ist nicht bei jedem Patienten so, aber das kommt hier sehr verstärkt vor“ (MT 3, 25). Anschließend betont sie noch einmal, dass sie mit Menschen mit sehr schweren Epilepsien arbeitet

und ihre Beobachtung also möglicherweise weniger auf anfallsfreie Menschen zutrifft. Sie stellt fest, „dass die Musik sehr strukturiert ist, die wir hier machen“ (MT 3, 26) und benennt dies als wesentlich für Vertrauens- und Beziehungsaufbau in der Gruppe sowie als erleichternde Basis für nonverbale Beziehungsgestaltung (vgl. MT 3, 26, 29). Junge Menschen mit Epilepsie seien sozial oft noch sehr unreif und Struktur könne auch wesentlich beim Nachreifen helfen (vgl. MT 3, 29). Musiktherapeutin 5 benennt, dass Struktur insbesondere Halt in der durch die Adoleszenz und Epilepsie ausgelösten doppelten Verunsicherung geben kann: „Vor allen Dingen diese Filmrisse zu haben und nicht zu wissen, was habe ich denn jetzt gerade gemacht oder was hat man mit mir gemacht. Das ist so bedrohlich (...) und sieht zum Teil ja auch furchtbar aus und (...) wie furchtbar das ist, das nicht zu wissen oder es dann auf eine vielleicht sehr kränkende Art und Weise von irgendwelchen Mitschülern mitgeteilt zu kriegen. (...) Dass das völlig einsam macht und (...) der Körper was Bedrohliches hat, weil er unbeeinflussbar ist in diesen Situationen (...) – und in der Musik dann wiederum eine Struktur schaffen zu können, Rhythmus vorgeben zu können, einen Anfang und ein Ende setzen zu können, also wirklich bestimmen zu können, ist oft ein Gegensatz dazu“ (MT 5, 49). Weiter wird vom Sicherheit gebenden Spiel auf der Bassschlitztrommel gesprochen „(...) oder eine Klangfolge, die sich immer wiederholt (...), das ist etwas Kontrollierbares“ (MT 5, 50). Die hier genannten Aspekte, durch Struktur in der Musiktherapie Halt, Sicherheit, ein Gefühl der Eigentrolle und Selbstbestimmung zu ermöglichen sowie Struktur als Basis von Vertrauens- und Beziehungsaufbau werden durch die in Abschnitt 5.1.3 aufgeführten Aspekte der Literatur bestätigt. Sie werden als wesentlich für die musiktherapeutische Arbeit mit Menschen mit Epilepsie erachtet.

Auch die *Integratorfunktion* wurde angesprochen, und zwar zweimal im Kontext von Körperarbeit. Geschildert wird, wie erkrankte Körperteile durch aktives Tun und Entspannung in der Musik wieder positiv erlebt und dadurch wieder angenommen werden können „(...) sodass das [Körperteil] wieder ein Teil des Ganzen wird“ (MT 5, 49). Für eine andere Patientin war es wichtig, sich im Trommeln körperlich zu spüren und Bewegung und Musik integrierend zu verbinden (vgl. MT 2, 14).

Die *entspannende Wirkung* von Musik(therapie) wurde mehrmals in verschiedensten Kontexten angesprochen und explizit als wichtig für die Epilepsie-Therapie erachtet. Musiktherapeutin 1 beobachtete die entspannende und entkrampfende Wirkung der Musik häufig und sieht sie in der Therapie mit Epilepsiekindern als besonders wich-

tig an. Ihrer Beobachtung nach konnte dadurch auch in manchen Fällen die Anfallshäufigkeit reduziert werden (vgl. MT 1, 7, 9). Musiktherapeut 2 sieht es als wesentlich für Epilepsiepatienten an, mit den Polen der Spannung und Entspannung einen adäquaten Umgang zu finden: „Das sind (...) Spannungen, es hat zu tun mit Krampfpotential im Gehirn und dass es eben sehr, sehr wichtig ist, einen Umgang damit zu finden, dass man eine gute Balance erlebt, dass man auch erlernt, mit Spannung aktiv umzugehen, die auszudrücken, sich selbst in eine gute Balance zu bringen, Entspannung wahrzunehmen, Entspannungstechniken zu kennen (...)“ (MT 2, 12).

Dieser Kontext lenkt den Blick auf Möglichkeiten der *Regulation epileptischer Anfälle mithilfe musiktherapeutischer Funktionen*. Zwei Expertinnen hielten es für durchaus möglich, dass die Anfallsfrequenz mithilfe von Musik verringert werden kann (vgl. MT 1, 7; MT 6, 54f.). Bei einem kleinen, behinderten Jungen wurde sogar durch Messung bestätigt, dass die Frequenz seiner epileptischen Anfälle während der Musiktherapie geringer war: „Da hab ich halt eine Kinderharfe mit ans Bett genommen und viel gesungen und mit Körpererfahrungen gearbeitet. Der hatte an einigen Tagen wirklich so im zwei bis drei Minuten-Takt Anfälle. Die wurden alle aufgezeichnet und es hat sich dann halt herausgestellt, dass während der Phase der Musiktherapie die Häufigkeit etwas nachgelassen hat“ (MT 1, 7). Hier könnte es sich um eine vegetative Regulation, also Beruhigung durch trophotrope Musik, gehandelt haben. Musiktherapeutin 6 hingegen kann sich gut vorstellen, „dass da einfach durch die musikalische Aktivität auch in Richtung der Selbstkontrolle, dass da eben Hirnareale angesprochen werden, die dann mit der musikalischen Aktivität so gut beschäftigt sind, dass der Anfall (...) keine Chance hat, sich auszubreiten“ (MT 6, 54f.). Sie erzählte von einem jungen Erwachsenen mit Epilepsie, der während dem Trommeln meist anfallsfrei war. Trommeln und Rhythmus war wohl auch eine wichtige Freizeitbeschäftigung für ihn (ebd.). Aus dem Vorgespräch mit ihr wurde deutlich, dass sie auch nach dem verhaltenstherapeutischen Konzept für Anfalls-Selbstkontrolle nach Heinen (2002, vgl. Abschnitt 4.2) vorgeht. Beide Expertinnen weisen aber darauf hin, dass sie die anfallsbeeinflussenden Wirkungen nicht als generell gültig ansehen. Musiktherapeutin 3 hingegen sagt: „Ich glaube, dass ich über die Musiktherapie an der Anfallssituation nicht viel machen kann. Es gibt natürlich Menschen, die Trigger haben, z. B. wenn sie sich stark freuen oder ärgern, vermehrt Anfälle bekommen. Das ist aber nicht bei jedem Menschen gleich und Musik kann Freude wecken und dadurch auch Anfälle, aber Musik kann auch schlechte Stim-

mungen heben und dann ist es auch wiederum förderlich“ (MT 3, 28).

Im Kontext der *Ausdrucksfunktionen von Musik* wird die Bedeutung des *nonverbalen Ausdrucks* von drei Expertinnen mehrmals beschrieben. Musiktherapeutin 3 spricht dabei vorwiegend die nonverbale Kommunikation als Medium zur Beziehungsgestaltung an (MT 3, 21f). Dies wird unten im Kontext der kommunikativen Funktionen ausgeführt. Insbesondere wird gesagt, dass die nonverbale Ausdrucksmöglichkeit für Menschen mit Epilepsie im Kontext mit dem Umgang und Ausdruck von Gefühlen und epileptischem Geschehen sehr bedeutsam ist:

„Da geht’s in der Musiktherapie ganz viel um so Emotionen (...) [eine Epilepsiepatientin hat] einfach eine wahnsinnige Wut auf die Erkrankung, die sie einfach immer wieder so stark zurückwirft, oder eben auch umgekehrt dann wir in der Musiktherapie eine nonverbale Möglichkeit geben, sich auch auszudrücken, das was sie verbal schwer ausdrücken kann“ (MT 6, 53).

„Also es gibt durchaus ja Patienten, die nicht in der Lage sind, zu beschreiben, was während eines Anfalls in ihnen vorgeht. Die empfinden das sehr deutlich und können das aber nicht in Worte fassen. Ich denke, einfach einen Ausdruck zu finden von inneren Bildern, von inneren Prozessen, von Gefühlen und Phantasien, die nicht benannt werden müssen, sondern die einfach durch einen Klang stellvertretend dargestellt werden, das ist oft ganz hilfreich, weil eben mit dieser Epilepsie oft einhergeht, dass das nicht zugänglich ist, rein kognitiv“ (MT 5, 47). „Das unsagbare Anfallsgeschehen (...) über eine kreative Möglichkeit ausdrücken zu können, erleichtert sehr oft. Einfach, sie anzuhören: Oh, es knirscht nur oder rattert oder tut in den Ohren weh, das macht es einfacher“ (MT 5, 51f).

Im erlebniszentrierten Sinne genießen viele Patienten auch einfach den explorativen *Ausdruck über Musik an sich* und erleben Freude dadurch (vgl. MT 3, 21).

Auch die *Vehikelfunktion* der Musik wurde benannt. Musiktherapeut 2 berichtete: „Ich bot ihr dann irgendwie diese Pippi-Langstrumpf-Melodie an und sie dann auf diese Melodie dann anfang zu texten. (...) (singt:) ‘Denk ich gerade nicht dran, kommt plötzlich so ein Anfall, so ein blöder Anfall, er lässt mich nicht mehr los. Hey, blöder Anfall, geh doch weg, hau doch endlich ab. Hey, blöder Anfall, geh doch endlich weg’. So im Grunde so dieses emanzipatorische Pippi-Langstrumpflied, was eine Unterstützung wurde für dieses Thema, sich gegen diese belastende Anfallsgeschichte da aufzulehnen. (...) das [Lied] ist ein Vehikel geworden. (...) Die Verbindung mit der Ich-Stärke von dieser persönlichen Unerschrockenheit von Pippi

Langstrumpf. Vor allem dieses Grinsen von Pippi Langstrumpf war plötzlich in ihrem Gesicht zu sehen“ (MT 2, 15f.).

Die *kommunikativen Funktionen der Musik* wurden in den Interviews alle angesprochen. Zu Erfahrungen von *Resonanz* wurde der Vorteil angesprochen, *nonverbal* und somit intensiver ankommend Resonanz auf musikalische Gefühlsäußerungen geben zu können (MT 3, 22).

Wichtig erscheint die Resonanz im Sinne von Rückmeldungen in Gruppen – wahrgenommen, ernst genommen und akzeptiert, im besten Fall gemocht zu werden, sei auf dem Hintergrund der sozialen Schwierigkeiten bei Epilepsie eine sehr bedeutende Erfahrung (vgl. auch MT 3, 24). Ein Beispiel berichtet von einem jungen Erwachsenen, der psychisch bedingte Schwierigkeiten hatte, sich adäquat über Worte auszudrücken. Durch die Musik konnte er sich so ausdrücken, dass die Mitpatienten ihn verstanden und entsprechend ermutigende, stärkende Resonanz gaben, die für seine Stabilisierung und Weiterentwicklung entscheidend waren (vgl. MT 3, 29).

Entscheidend ist die Resonanz der Instrumente auch für die (erneute) positive Körperwahrnehmung (vgl. MT 5, 49) sowie für das körperliche und taktile Spüren: „(...) die Kraft zu spüren auf dem Fell, in Schlag-Bewegungen rein zu gehen. Und darüber dann eben auch einfach die taktile Resonanz zu bekommen über die Hände und dann auch die klingende Resonanz zu bekommen über den lauten Klang der Trommel“ (MT 2, 14). Dies hängt auch eng zusammen mit dem Erleben von Selbstwirksamkeit. Die Funktion der Musik als Medium zur *Kontakt- und Beziehungsgestaltung* wurde häufig angesprochen und für die Arbeit mit Menschen mit Epilepsie als wesentlich angesehen. Über den nonverbalen Beziehungsaufbau zwischen Patientin und Therapeutin in der Einzeltherapie wurde berichtet (vgl. MT 3, 22) sowie vermehrt über die kommunikative Funktion der Musik in der Gruppe und als Stifterin von Gruppenerfahrungen. Letztere wurden als besonders wichtig erachtet, da Menschen mit Epilepsie sozial meist eher mehr oder weniger isoliert sind und solche Erfahrungen weniger in „üblichen“ sozialen Umfeldern erleben können (vgl. MT 5, 47). Berichtet wurde auch von einem Patienten mit neurologisch bedingten Sprachproblemen: „(...) einfach durch das Tun, durch das Musikmachen hat er schon mal vorweg eine Möglichkeit, sich wieder in die Gruppe zu integrieren. Und jetzt kann er sich mit der Gruppe auch wieder verbal austauschen und erlebt jetzt sehr viel Freude (...)“ (MT 3, 21).

Die *soziokulturelle Funktion* der Musik wird besonders von zwei Expertinnen angesprochen. Musiktherapeutin 1 berichtet von der zentralen Rolle, die mitgebrachte,

jugendkulturelle Musik für eine 15-jährige Epilepsie-Patientin hatte: „Sie war am Anfang sehr schwer dazu zu bewegen, da überhaupt mitzukommen [in die Musiktherapie], aber dann hat sie da irgendwie emotional wieder total andocken können (...) und hat dann auch immer so Wünsche gehabt, Musikwünsche, die auch so ein bisschen an ihr normales Leben angeknüpft haben, so diese Popsongs“ (MT 1, 6).

Musik als Medium zur sozialen Integration in die Gesellschaft scheint zentral zu sein. Auch wenn dies zunächst keine genuin therapeutische Funktion ist, scheint diese im Rahmen von kurzen musiktherapeutischen Prozessen in manchen Fällen sehr bedeutsam. „Sodass auch Leute, die noch nie Musik gemacht haben (...), das emotional sehr angenehm empfinden, selber Musik machen zu können (...) und die einfach so was für sich weiterentwickeln wollen entweder im kreativen Rahmen (...) oder sich eine Gruppe suchen, wo sie was tun können im Musikverein oder private Gruppen, Chor zum Beispiel. Und eine Patientin, die jetzt für sich entdeckt hat, während der ganzen diagnostischen Abklärung, dass Gitarre das richtige Instrument für sie ist“ (MT 3, 21). Die drei Patienten, von denen Musiktherapeutin 3 berichtete, waren alle drei junge Menschen, die bereits Vorerfahrungen mit Musik hatten (vgl. MT 3). Sie bestätigte den überwiegend positiven Bezug junger Menschen zu Musik:

„Die jungen Leute sind eigentlich die, die am häufigsten irgendwelche [musikalischen] Fertigkeiten aufweisen (...). Und dann [beschäftigen sie sich mit einem bestimmten Musikinstrument] eigentlich in der Regel intensiv. Und das sind eben meistens die jungen Leute, d. h. die meisten, die mir jetzt einfallen, sind schon Leute, die auch sich mit einem Instrument schon mal befasst haben“ (MT3, 30).

Dieses Thema bildet einen fließenden Übergang zur *Funktion der Musik als Ressource*. „Musik kann zur Ressource werden und wenn jemand das entdeckt für sich (...), dann wird schon ganz viel Energie freigesetzt (...). Die Patienten werden freudiger, sie sind leistungsfähiger, sie werden wieder konzentrierter. Auch sozial haben sie wieder mehr Lust, sich mit anderen auszutauschen“ (MT 3, 21). Hier wird Musik als Ressource im soziokulturellen Sinn angesprochen, klassischerweise ist hier die Integration in einen Chor oder eine Band gemeint oder das Erlernen eines Musikinstrumentes, um für sich damit eine persönliche Energiequelle zu haben, die Freude bereitet. Ebenfalls zentral wird das Entdecken von Ressourcen durch die Musik als Mittel zum Zweck im Sinne von Aufspüren kleinster Lichtblicke und positiver Erfahrungen sowie bzgl. des Spürens der eigenen Kraft, Freude und Energie angesehen (vgl. MT 2, 16; MT 5, 44ff.) und auch des eigenen Selbst: „(...) dass du sozusagen

nicht so verschwommen in deiner Existenz bist, sondern, dass du spürst, wie du auf dem Boden stehst. (...) Dass du praktisch selbstbestimmt und bewusst in deinem Leben stehen kannst. (...) So über Hilflosigkeit hinweg zu kommen. Kompetenzen wahrzunehmen. 'Ich kann was machen'" (MT 2, 16).

Das *Erleben von Selbstwirksamkeit* ist eng mit Resonanzerfahrung und dem Aufspüren von Ressourcen verbunden. In den Interviews werden implizit zahlreiche Aspekte beschrieben, durch die Selbstwirksamkeit erlebt werden kann: initiative Impulse in der Gruppe geben, sich selbst austesten und eigenes Verhalten in der Gruppe explorieren, Rückmeldungen durch die Gruppe bekommen (vgl. MT 3, 24), initiatives Gestalten der therapeutischen Beziehung, Körpererfahrung und Musik durch Trommeln, Stampfen. Musiktherapeut 2 benennt die musikalische Funktion explizit: „Und auch erschließen, dass ich die Trommel quasi, dass ich sie in der Hand habe. Wie dynamisch ich das anschlage oder wie laut oder leise ich jetzt spiele. Dass ich es bin, der die offen gestimmte Gitarre abdämpft und damit den Klang produziert und so weiter. (...) Das ist ein wichtiger Aspekt (...) Selbstkontrolle ausüben. Selbstwirksamkeit erleben. Gestaltungskraft erleben. Alles Dinge, die quasi die Kontraste bilden zu Gefühlen von Ohnmacht und Ausgeliefertsein. Sprich, ich kann etwas tun. (...) ich entdecke meinen Willen. Und setze den um“ (MT 2, 13).

Einige hier beschriebene Funktionen sind eng mit Therapiezielen verbunden.

6.2.4 Therapieaufträge und Ziele

Zu den Therapieaufträgen und -zielen wurde explizit nachgefragt. Dazu kamen sehr vielfältige Antworten. Die Individualität und Unterschiedlichkeit der Ziele wurde auch deutlich benannt: „Oh, das ist ganz unterschiedlich“ (MT 5, 47); „Also auch sehr verschieden, jeweils auf die Kinder bezogen, also je nachdem auch, wofür sie in die Klinik kamen (...)“ (MT 1, 8); „Da sind die Patienten individuell und da schaue ich einfach, was ist der Zugang zu dem und daraus entziffern sich wirklich die Ziele (...)“ (MT 4, 35).

Musiktherapeutin 3 nennt zunächst auch „die offiziellen Ziele“, die in ihrer Epilepsieklinik im Katalog für die Ziele der Musiktherapie aufgezählt sind. Dies „sind oftmals Stabilisierung, Wahrnehmungsförderung, Entwicklung der Kommunikation, Ressourcen fördern und stärken, Selbstbewusstsein stärken, Solidarität in der Gruppe schaffen oder erleben. Fantasie und Kreativität überhaupt entdecken, entwickeln, fördern. Oftmals auch soziale Kompetenzen üben, erleben, ausweiten, verändern,

spielerisch umgehen“ (MT 3, 28). Dem fügt sie Ziele hinzu, die sie selbst als wichtig erachtet: „den Leistungsdruck einfach mal beiseite lassen und aus sich heraus sich selber spüren und gucken, was da kommt und sich das zutrauen. Und dann natürlich ist ein Thema Grenzen. Wo sind meine Grenzen und wo sind die Grenzen des anderen“ (ebd.).

Die Schwerpunkte der oben beschriebenen Funktionen der Musik sind ebenfalls zielweisend. So können die Aktivierung, die Entspannung, die Musiktherapie als Raum für nonverbalen, kreativen und emotionalen Ausdruck (bestätigt auch noch einmal durch MT 6, 56) wie auch die anderen beschriebenen Funktionen als Ziele angesehen werden. Im Gegensatz zu den wesentlichen Erfahrungen von Halt und Struktur wird auch als Ziel benannt: „(...) dieses Laut-sein-Dürfen, Wild-sein-Dürfen, unstrukturiert, chaotisch“ (vgl. MT 5, 48). Wie zentral die Entdeckung und Stärkung von Ressourcen ist, wurde bereits beschrieben. Musiktherapeut 2 bekräftigt dies in Bezug auf Schwere und Leid durch die Krankheitsbelastung: „(...) wenn man sozusagen etwas erleidet, was auch belastet. Wo man Kräfte dagegen mobilisieren kann. (...) In der Therapie geht es eigentlich darum, diese noch vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen aufzuspüren und zu bestätigen“ (MT 2, 16).

Musiktherapeut 2 erachtet spezifisch für die Therapie mit Epilepsiepatienten als zentral, den Klienten bei der Auflehnung und gleichzeitig bei der Integration der belastenden Krankheit zu unterstützen mit dem Ziel einer positiven Definition: „Ich bin ein Mensch und gut, Epilepsie habe ich auch, aber ich bin vor allen Dingen ein Mensch der eine Lebensmöglichkeit zur Entfaltung bringt“ (ebd., 16f.). Im Kontext des ebenso bedeutsamen Erlebens von Selbstwirksamkeit (vgl. Kategorie 3) als Ziel wird als wichtig angesehen, „An die eigene Vitalität ran zu kommen in der Therapie, die eigene Lebenslebendigkeit und Lebenskraft zu erschließen“ (MT 2, 13).

Die Themen Kontakt- und Beziehungsgestaltung und Gemeinschaftserleben durch Musik werden hier nochmals teils ausführlich angesprochen (vgl. MT 2, 12; MT 3, 23f.). Das erneute Üben und die Förderung sozialer Kompetenzen, die die Patienten vielleicht im Laufe der Krankheit verloren haben, wird als wichtig angesehen, um Sicherheit im sozialen Leben zu bekommen und integriert in der Gesellschaft leben zu können (MT 3, 23). In Gruppen sei es für Menschen mit Epilepsie „ganz besonders toll, zu sehen, da sind viele, denen geht es ganz ähnlich, wir können aber gemeinsam trotzdem ganz viel machen und sei es in irgendeiner Improvisation einen gemeinsamen Rhythmus zu finden und das ist für manche ja schon ein Highlight,

weil sie sonst immer rausfallen und nichts Gemeinsames finden“ (MT 5, 47). Weiter wird als zentrale Erfahrung benannt: „Den gleichen Nenner haben und sich verbunden fühlen. Die Verbundenheit zu spüren über die Musik, auch einfach emotional miteinander zu gehen“ (MT 3, 24). Diese Gruppen-, Gemeinschafts- und Beziehungserfahrungen werden somit in Bezug auf die sozialen Negativerfahrungen als zentral erachtet.

Bestimmte allgemeine Ziele der Musiktherapie werden für Menschen mit Epilepsie besonders wichtig erachtet aufgrund der spezifischen sozialen Schwierigkeiten dieser Klientel aufgrund der Anfälle sowie auch jahrelanger sozialer Integrationsschwierigkeiten bei anfallsfreien Patienten, z. B. durch das Einhalten nötiger Compliance. Menschen mit Epilepsie sollen in der Therapie spürend erfahren können, dass sie nicht nur aus Krankheit bestehen, sondern auch gesunde Anteile und Fähigkeiten haben, dass sie diese leben und weiter entwickeln können und somit auch wieder mehr Selbstbewusstsein erlangen (vgl. MT 3, 23). „(...) es geht ganz besonders darum, Dinge an sich zu erleben, die positiv sind, die man kann und in der Musik kann jeder irgendetwas“ (MT 5, 47). Wichtig sei es zudem, „dass sie Teile von Ihrem Leid erzählen (...) und das verarbeiten können (...). Und dass sie es lernen, in der Kommunikation noch andere Wege zu gehen“ (MT 3, 27).

Es werden spezifischere Ziele genannt, die sich vermehrt auf die Anfallssymptomatik beziehen. So wird der bereits unter Funktionen berichtete adäquate Umgang mit Spannung und Entspannung als wichtig angesehen (vgl. MT 2, 12 u. vgl. Zitat in Kategorie 3). Auch gehe es darum, zu erkunden, wie der Zwischenraum dieser beiden Pole von Anspannung und Entspannung aktiv gestaltet werden kann, wofür auch wieder Musik als Ressource zur Verfügung stehe (vgl. MT 6, 56). Ebenfalls als Ziel wird das Finden eines auch schon oben erwähnten individuell passenden Ausdrucks des schwer beschreiblichen Anfallsgeschehens genannt (vgl. MT 5, 47). Ferner wird das Ziel der Anfallskontrolle angesprochen: „Bei dem einen Herrn war der konkrete Therapieauftrag, wie kann ich Musik und Klänge für mich als Anfallsabwehr nutzen“ (MT 6, 56).

Für einen längeren Therapieprozess konnte sich Musiktherapeutin 3 auch das Ziel vorstellen, dass die Patienten sich aus ihren durch die Krankheitsumstände entstandenen Einschränkungen innerlich ein Stück weit befreien, indem sie zunächst in der Musik auch freier spielen und vom strukturierten Spiel etwas ablassen (MT 3, 27).

Aus Sicht der Expertin 7 ist ein wichtiges Anliegen: „(...) so diese Möglichkeit, mal

Raum zu schaffen für die Emotionen, wie sie eben sind“ (vgl. Interview 7, 65), da die vielen, durch die Krankheitsumstände bedingten Emotionen gar nicht alle ins Bewusstsein vordringen können und häufig ein adäquater Umgang damit fehlt.

Auf die Frage, ob eher die Krankheitsfolgen oder die Krankheit an sich durch die Therapie aufgegriffen oder „behandelt“ werden, werden vorwiegend die Krankheitsfolgen als vordergründig angesehen:

„In der Regel gehe ich nicht an die Grunderkrankung dran, sondern ich arbeite immer mit dem Sekundärproblem, das sich zeigt“ (MT 4, 35).

Wenn es um Musiktherapie geht, ist „so das erste Thema Krankheitsverarbeitung, Krankheitsbewältigung, worum es geht oder eben auch psychosoziale Probleme, die die Menschen einfach aufgrund dieser Erkrankung haben“ (MT 6, 53).

„Aber ich find jetzt die Bewältigung der Folgen genau so wichtig, wie die Bekämpfung der Krankheit an sich. Also es geht natürlich auch darum: Was tut man, damit die Anfälle weniger häufig kommen oder weniger intensiv sind. So eine Vor- und Nachsorge“ (MT 1, 9).

Musiktherapie „(...) tut (...) dem Menschen gut, weil er dann was anderes erlebt, als nur seine Krankheit. Also, ich glaube, es sind mehr so die Faktoren, die drum herum sind [Krankheitsverarbeitung, Soziales Umfeld] als die Epilepsie selber“ (MT 3, 28). Vielleicht banal klingend, aber zentral: „Mein oberstes Ziel ist immer, dass jemand Spaß hat. Wenn das erreicht ist, dann, finde ich, ist das meiste getan“ (MT 5, 51).

6.2.5 Arbeitsweisen und Methoden

„(...) [M]ethodisch unterscheidet sich die Arbeit jetzt mit Menschen mit einer Epilepsie nicht von anderen, sondern eher von der Themensetzung“ (MT 6, 55). So deutlich benennt es zwar lediglich eine Expertin. Jedoch könnte dies zutreffend sein, da sich in der Methodik eine Vielfältigkeit zeigt, die auch allgemein in der Musiktherapie anzutreffen ist. An anderer Stelle wird benannt: „(...) es braucht (...) ein breites Spektrum und auch ein breites Angebot, um diesen spezifischen Themen [bei Epilepsie] auch einen Raum zu geben“ (MT 6, 56).

Dennoch wurden das übungszentrierte und strukturierte Vorgehen sowie die Methode des Liedtextens vermehrt angesprochen. Die Ziele von Halt und Selbstwirksamkeit erleben und Ressourcen entdecken strebt Musiktherapeut 2 vorwiegend über übungszentrierte Arbeit mit Körper, Musik und Bewegung, dabei insbesondere mit Trommeln und Perkussionsinstrumenten an. Für das Erlernen von Verhaltensmög-

lichkeiten gibt er auch konkrete Anleitungen für das Trommelspiel und körperlicher Haltungen (vgl. MT 2, 14f.). Mit den Zielen des Vertrauensaufbaus in der Gruppe und des Haltgebens arbeitet Musiktherapeutin 3 vermehrt übungszentriert, besonders durch rhythmisches Musikspiel. Sie arbeitet auch in Anfangssituationen und wenn Patienten unsicher scheinen oder es wollen, vermehrt mit rhythmischen Vorgaben und zeigt grundlegende Spielweisen mit Instrumenten (vgl. MT 3, 25).

Bei beiden Expertenaussagen spielen rhythmische Elemente eine große Rolle. Übungszentriertes und strukturiertes Vorgehen klingt auch im Einbinden strukturierender Momente (vgl. MT 5, 50) sowie im Sinne des strukturierten Anleitens der Therapiesitzung an (vgl. MT 1, 5).

Auffällig häufig wurde das freie Texten von Liedern als Ausdruck und Kommunikationsmittel angesprochen. Hier geht darum, dass Patienten spontan ihre Gedanken und Befindlichkeiten verbal in einer vorgegebenen oder frei erfundenen Melodie formulieren, meist instrumental und durch die Therapeutin begleitet (vgl. MT 2, 15; MT 5, 44f.; MT 6, 53). In einem Fall unterhielten sich Therapeutin und Patient explizit verbal über Gesang (vgl. MT 5, 44f.). Musiktherapeut 4 textete selbst spontan, besang die Situation eines Patienten, spiegelte sie und vermittelte dadurch Akzeptanz (vgl. MT 4, 33).

Von zwei Experten wird die körperorientierte Arbeit in der Therapie mit Menschen mit Epilepsie aufgegriffen. „Ich glaube, in der Therapie mit Epilepsie-Patienten arbeite ich einfach viel mehr körperorientiert“ (MT 5, 48). Letztere berichtete auch mehrmals davon, dass sie das Malen in die Therapie einbeziehe (ebd., 42, 48).

Im Kontext der Arbeit mit jungen Menschen wurden zwei Einzelaspekte genannt: Das Mitbringen, gemeinsame Anhören und Nachspielen der favorisierten Musik einer Patientin, wodurch sie indirekt ihre Themen einbringen und an ihre Lebenswelt anknüpfen konnte (vgl. MT 1 und Kategorie 3) sowie die Bedeutung des Aushaltens von Widerstand und Sprachlosigkeit: „Ich habe dann lange, also eine halbe Stunde, auch dort mit gesessen und geschwiegen und gar nichts gemacht“ (MT 5, 41). Die jugendliche Epilepsiepatientin, mit der letztere Situation zustande kam, verbrachte zwei Sitzungen in wortloser Zurückgezogenheit. Sie kam jedoch immer wieder zur Musiktherapie und es entstand ein lebendiger Therapieprozess (vgl. MT 5, 41ff.).

Und auch für Musiktherapie mit jungen Menschen mit Epilepsie gilt: „(...) ganz viel läuft einfach auch über die klassische musiktherapeutische Methode der Improvisation“ (MT 6, 53). Auch Instrumente wurden vielfältig angesprochen, jedoch zweimal

der Gong (vgl. MT 4, 34; MT 5, 44) und vermehrt die Trommeln und Perkussionsinstrumente (vgl. MT 2; MT 3; MT 5, 50). Die scheinbar bedeutsame Anziehungskraft des Gongs beobachtete auch ich selbst (vgl. auch MT 4, 34). Die Idee von Musiktherapeut 4 dazu war, dass der runde Gong eine Ganzheit darstellt, die herbeigesehnt wird von Menschen, die in ihrem Zeit- und Körpererleben aufgrund der Epilepsie keine Ganzheit erfahren (ebd.).

6.2.6 Besonderheit der Musiktherapie mit Menschen mit Epilepsie

Auf die Nachfrage, was an der Musiktherapie mit Menschen mit Epilepsie anders oder besonders sei oder ob es überhaupt einen Unterschied gäbe, kamen unterschiedliche Aspekte zur Sprache. Zwei Experten sehen keine herausragenden Besonderheiten in der Musiktherapie mit Menschen mit Epilepsie (vgl. MT 4, 35), außer, dass sich die Themensetzung aufgrund der Symptome unterscheidet (vgl. MT 6, 55). Musiktherapeutin 3 sieht die Besonderheit darin, dass die Musik strukturierter als mit anderen Zielgruppen ist und auch nicht so kreativ, wie in einer Psychiatrie, weil die Patienten „oftmals einfach sich eingeschränkt fühlen und wenig soziale Kompetenzen geübt haben und sich das auch in der Musik widerspiegelt“ (MT 3, 26). Auch der Aufbau von Vertrauen in der Gruppe dauere länger und sei manchmal mühsam (ebd.).

Musiktherapeutin 5 betont nochmals das ressourcenorientierte und körperorientierte Arbeiten sowie zwei weitere Aspekte: Sie habe beobachtet, dass junge Menschen mit Epilepsie sich zu Beginn der Therapien häufig auf ganz engem Raum im Therapiezimmer aufhielten. Als Grund sieht sie an, dass sich Epilepsiepatienten häufig sehr eingeschränkt fühlen, sich sozial zurückziehen und sich dieses Lebensgefühl auch körperlich auswirkt in der Nutzung eines nur kleinen Teils des ihnen zustehenden Therapieraumes (vgl. MT 5, 48). Dieser Aspekt kann mit dem in Abschnitt 2.5.3 aufgeführten Aspekt der Einengung verknüpft werden, wobei die Einengung dort ja vermehrt bzgl. affektiven Erlebens gemeint ist und vielleicht als Schutz angewandt wird. Nach Musiktherapeutin 5 ist die Enge eher Ausdruck eines von äußeren Umständen entstehenden Gefühls – oder ebenfalls ein Schutzmechanismus.

Die zweite Beobachtung von ihr ist folgende: „Es gibt aber Patienten, wo man merkt, dass die in der Musik auch immer wieder Brüche haben, was ich als Übertragung sehe. Dass sie spielen und wenn ich so ein Gefühl habe, es ist gerade harmonisch oder es stimmt mit mir überein, dann wird es irgendwie beiseite gelegt und dann

kommt ein anderes Instrument, was erst mal das Ganze verändert. (...) dann kommt ein Schnitt und es passiert etwas völlig anderes“ (MT 5, 50). Die Abbrüche im Musikspiel werden als Übertragung der erlebten anfallsbedingten Zeit-Risse interpretiert. Mit Blick auf das Anfallserleben und die Tendenzen zur Abspaltung (vgl. Abschnitt 2.5.4) erscheint diese Sichtweise schlüssig.

6.2.7 Spezifika bei jungen Menschen mit Epilepsie

Hierzu wurde sowohl zu den Aspekten der Epilepsie als Erkrankung als auch nach den altersspezifischen Besonderheiten gefragt. Das vielfältige Material der Interviews zur Erkrankung der Epilepsie allgemein deckt sich fast ausnahmslos mit den Spezifika der Klientel aus der Literatur (vgl. Kapitel 2). Daher werden hier nur noch wenige ausgewählte Aspekte herausgegriffen. Zu den Spezifika junger Menschen werden einige relevante Aspekte berichtet.

Zu folgender Aussage aus der Literatur zu Musiktherapie mit anfallskranken Menschen wurde in den Interviews nachgefragt: „Menschen mit Epilepsie sind in ihrer gesamten Identität betroffen“ (Sasse 2001, 238). Bei Ihnen wird häufig das Gefühl der eigenen Wertlosigkeit sowie die Angst vor Unvorhersehbarem beobachtet (vgl. Sasse, 238, 240). Fünf der Befragten bestätigten diese Ansicht und kamen auf verschiedene damit zusammenhängende Details zu sprechen (vgl. MT 1, 8; MT 2, 17; MT 3, 25; MT 5, 49f.; MT 6, 56). Musiktherapeut 4 hingegen antwortete: „So pauschal sehe ich das nicht. Ich kenne Menschen, die haben Epilepsie, da habe ich das Gefühl, die haben ein unheimliches Vertrauen in das Leben. (...) trotz ihrer Epilepsie und es gibt andere, die einfach dadurch doch sehr verängstigt sind. (...) Es gibt aber auch Menschen, wo ich erlebt habe, nach dem Anfall geht es denen total gut. Ich denke, irgendwie ist der Anfall auch ein Stück weit Lebensqualität“ (MT 2, 39). Der Umgang von Menschen mit ihrer Epilepsie sei sehr individuell und sie seien nicht in ihrer gesamten Identität betroffen. Wenn man als Therapeut davon ausgehe, das Gegenüber sei in der gesamten Identität betroffen, würde der Blick für den gesunden Wesenskern verengt (vgl. MT 2, 40). Die aus dieser kritischen Sicht resultierende ressourcenorientierte Haltung wird im Rahmen dieser Arbeit als ein wertvoller Beitrag gesehen. Ob epileptische Anfälle jedoch tatsächlich Lebensqualität darstellen können, sei in Frage gestellt³⁵. Ferner könne man letztendlich „(...) nicht sagen: Der

³⁵ Möglicherweise können sie unter dem Blickwinkel auf psychosomatische Symptome, der diese als Ich-Leistungen und nicht als Defizit betrachtet, als Ressource gesehen werden. Diese Gedanken können hier jedoch nicht weiter ausgeführt werden.

Mensch mit Epilepsie ist so und so“ (MT 2, 11).

Musiktherapeutin 5 nennt im Kontext der Literatúraussage nach Sasse (2001) die anfallsbedingten „Filmrisse“ im Zeiterleben und die dadurch sehr große Bedrohlichkeit, die ein Leben mit aktiver Epilepsie haben kann sowie die Schwerbeschreiblichkeit des Anfallsgeschehens (vgl. MT 5, 49f.). Musiktherapeutin 6 spricht an, dass die epileptische Krankheit mit viel Scham besetzt sei aufgrund des unkontrollierbaren Anfall-Gebärdens, besonders für Menschen, denen man die Erkrankung zunächst nicht ansieht. Im beruflichen Bereich wiederum hätten manche fast mehr Probleme durch die nicht seltenen kognitiven Einschränkungen bei Epilepsie (vgl. MT 6, 55).

Spezifisch bzgl. junger Menschen werden folgende zentrale Aspekte angesprochen:

- Das Erleben des Kontrollverlusts durch die epileptischen Anfälle ist insbesondere für Kinder sehr beängstigend (vgl. MT 1, 8). Daraus kann die Bestätigung für die Angst vor Unvorhersehbarem und eine grundlegende Verunsicherung bei jungen Menschen mit aktiver Epilepsie resultieren.
- Die Notwendigkeit, dass therapeutische Hilfen bei Kindern und Jugendlichen möglichst früh einsetzen sollten, damit soziale Ausgrenzung und Gefühle von Hilflosigkeit und Wertlosigkeit gar nicht erst gelernt werden, sondern so früh als möglich Ressourcen und Kompetenzen genutzt werden können (vgl. MT 2, 17).
- Die Beobachtung, dass viele der jüngeren Epilepsiepatienten sozial eher unreif sind und viel Zeit und Struktur zum Nachreifen im Sinne des Nachholens von Entwicklungsschritten benötigen (vgl. MT 3, 29).
- Die Beobachtung, dass es für junge Menschen sehr herausfordernd ist, mit der Epilepsie beruflich Fuß zu fassen, abzuwägen, wo es möglich ist, seine Epilepsie zu „outen“ sowie Partnerschaft und Sexualität zu leben (vgl. MT 6, 56).
- Das Herausgerissen-Sein aus den gesamten sozialen Lebensbezügen, wenn die Epilepsie im jungen Erwachsenenalter erstmals auftritt (vgl. MT 1, 6).

Bzgl. der Gesamtsituation junger Menschen mit Epilepsie wird davon ausgegangen, dass junge Menschen mit Epilepsie fast immer überbehütet sind, ihnen von den Erziehungspersonen wenig zugetraut wird und sie dadurch meist sehr wenig Selbstbewusstsein haben. „Ich glaube, je fitter die Patienten kognitiv sind, desto schwieriger ist das oft im Alltag. Also gerade bei Jugendlichen, wo es viel darum geht, Freiheiten kennenzulernen und sich selber auszuprobieren (...), das ist bei denen genau das Gegenteil. Je heftiger die Anfälle, desto mehr Verbote und Einschränkungen und das führt ganz oft in ein soziales Aus“ (MT 5, 47). Die Jugendlichen benötigten einer-

seits aufgrund der Erkrankung viel Halt, könnten sich deshalb aber auch nicht loslösen, woraus ein starker innerer Konflikt resultiere (ebd.). „Es gibt so das Bedürfnis [bei den jungen Menschen mit Epilepsie], sich anzulehnen und geschützt zu werden. Die Epilepsie macht Angst, da würde man gern ins Elternhaus zurückschlüpfen und dann gibt es so autonomere Anteile, die dann sagen: ‘Aber ich möchte doch unbedingt eine Ausbildung, ich möchte nicht als Behinderte irgendwo wohnen und irgendwas nur zusammenschrauben’. Also diese Weltbilder dann zur Passung zu bringen, also diese Selbstbilder, das ist extrem schwierig (...)“ (Interview 7, 61). Hier wird der bereits beschriebene (vgl. Abschnitt 3.2) Konflikt des Entgegenstehens der Krankheitsumstände bzgl. der altersadäquaten Entwicklungsbedürfnisse benannt. Jugendliche mit Epilepsie fänden sich zudem häufig körperlich unattraktiv (vgl. MT 5, 50), was besonders in dieser Lebensphase zu großer Verunsicherung führen kann.

6.2.8 Spezifische Stärken und Eigenschaften der Musiktherapie für die Arbeit mit jungen Menschen mit Epilepsie

Welchen spezifischen Beitrag kann nun besonders die Musiktherapie für die Begleitung und Therapie junger Menschen mit Epilepsie anbieten? Folgende Vorteile, Stärken und Eigenschaften wurden von den Experten dazu genannt.

Als eine wichtige Eigenschaft der Musiktherapie wird die Möglichkeit genannt, wohltuende und schöne Dinge, Freude und Spaß, sich aktiv handelnd und somit eigene gesunde Selbstanteile erleben zu können im Gegensatz zum Krankheitserleben der Epilepsie (vgl. MT 1, 8; MT 3, 23; MT 5, 51f.). Musiktherapeutin 1 stellt fest, dass Musik nicht mit Medizinischem verbunden ist und dadurch Chancen birgt, Dinge zu erreichen, die woanders schwierig sind, z. B. Bewegungen, die in der Physiotherapie nicht geschafft wurden (vgl. MT 1, 9). „So diese Aktivität, so die – Heilung klingt jetzt bisschen hochgegriffen. Und das ist halt die Chance von der Musik. Da muss man auch nichts erklären oder das braucht keine Übersetzung, sondern das passiert eben einfach in der Aktion selber“ (ebd.).

Die häufig beobachtete entkrampfende und körperlich entspannende Wirkung der Musik wird deutlich als Vorteil für die Musiktherapie mit epilepsiekranken jungen Menschen gesehen (vgl. MT 1, 9; MT 2, 12; MT 5, 52). Dies wurde auch bereits in der Ausführung im Rahmen der Funktionen der Musik deutlich (vgl. Kategorie 3), ebenso wie insbesondere auch die Möglichkeit zum nonverbalen Ausdruck. Letztere Eigenschaft wird von den befragten Experten für die Musiktherapie mit Epilepsiepa-

tienten besonders geschätzt: innere Bilder, Emotionen und insbesondere das schwer beschreibliche Anfallsgeschehen kreativ und nonverbal in verschiedensten Facetten über die Musik ausdrücken zu können (vgl. Kategorie 3 und MT 5, 51f.).

Auf der Basis einer tragenden therapeutischen Beziehung wird auch „eine Vielfalt der Ausdrucksmöglichkeiten über Musik“ (MT 4, 37) als Vorteil für adäquaten Ausdruck und gelingende Kommunikation angesehen. Mit Blick auf den besonderen Bezug junger Menschen zur Musik wird Musiktherapie als Therapieform für diese Zielgruppe als entscheidend vorteilhaft angesehen (vgl. MT 3, 30).

6.2.9 Setting und Rahmenbedingungen

Zu den Setting- und Rahmenbedingungen wurde nachgefragt, welche Dauer des Therapieprozesses und welche Stundenfrequenz die Experten für ideal halten würden, wenn sie dies unabhängig von den die Therapiedauer häufig einschränkenden institutionellen Vorgaben entscheiden könnten. Ausnahmslos alle gaben eine deutlich längere Therapiedauer an, als in den Epilepsiekliniken tatsächlich möglich ist. Zwei gaben mehrere Monate an (vgl. MT 1; MT 3) und drei gaben mindestens ein Jahr und länger an (vgl. MT 2; MT 4; MT 5). Drei Experten hielten eine Stundenfrequenz von zwei (vgl. MT 2; MT 3; MT 5) und eine von drei (vgl. MT 1) Sitzungen pro Woche für sinnvoll. Ein Experte erachtet eine Stundenfrequenz von einer Sitzung pro Woche als sinnvoll, allerdings innerhalb einer Langzeittherapie von 60 bis 80 Stunden (vgl. MT 4)³⁶. Die Dauer einer Sitzung liegt laut der Befragung bei einer Einzeltherapie zwischen 20 und 50 Minuten, bei Gruppentherapie bei 45 bis 60 Minuten.

Musiktherapeutin 6 benennt dazu: „Also, ich glaub, das kommt immer sehr auf die Zielsetzung dessen an, was möchte jemand eben auch über die Musiktherapie erreichen. Ich find´s immer gut, gerade zu Beginn eines musiktherapeutischen Prozess die Frequenz eher enger zu gestalten, also ideal jetzt im ambulanten Bereich würde ich zu Beginn sagen, dass es wöchentlich stattfindet und dass man dann eben die Abstände auch viel größer gestalten kann“ (MT 6, 57).

Als Begründung für eine Langzeittherapie führt Musiktherapeut 4 an: „Ich nutze gerne das Bild, man begegnet sich, man lernt gemeinsame Vokabeln und das ist eine Phase von der Therapie und es ist eine andere Phase, dann mit den Vokabeln umzugehen, damit zu sprechen, damit sich das wirklich auch gut im Gehirn verankert. Dazu braucht es auch schon eine Zeit und wenn man so ein Level erreicht, ist das ok,

³⁶ Die genauen Ergebnisse sind im Anhangband (58) einsehbar.

man hat gemeinsam neue Sachen erarbeitet und Formen der Beziehung und neue Formen des Ausdrucks und dann ist so dieses erst mal da als Handlungsstrategie und damit eine Zeit lang einfach weiterzuarbeiten, damit das einfach so eine Alltagssprache wird. Dann ist irgendwann der Punkt gekommen (...), da hat es sich gefestigt (...). Dann kann man beruhigt sagen, ok, jetzt hört die Therapie auf“ (MT 4, 37).

Implizit ging aus den Interviews hervor, dass alle Experten in eigenen Musiktherapieräumen arbeiteten. Außer bei Musiktherapeutin 1 klingt einmal an, dass sie auch Musiktherapie am Bett eines Kindes durchführte (vgl. MT 1, 7).

Bzgl. der Instrumente klingt einerseits die Schwerpunktsetzung auf Trommeln und Perkussionsinstrumente an und andererseits werden verschiedenste andere Instrumente genannt. Demnach sollte eine möglichst große Auswahl an Instrumenten vorhanden sein.

Zur Frage der Gruppen- oder Einzeltherapie klingt vermehrt die Gruppentherapie an. Musiktherapeutin 3 spricht in ihrer Antwort zur Frage auf die Therapiedauer fast ausschließlich von Gruppentherapie (26f.). Aus der oben aufgeführten großen Bedeutung von Gruppenerfahrungen und der Therapiegruppe als geschützter Raum für Probehandeln und positive soziale Erfahrungen ist abzuleiten, dass Gruppentherapie eine wesentliche Form für Menschen mit Epilepsie ist. Doch kommt es auf die Ziele an, welche Form gewählt wird. Je nach Indikation können beide Formen wesentlich sein. Einzeltherapie kann ebenso wesentlich sein bei grundlegender Verunsicherung oder des Befundes, dass ein Patient für die Gruppe psychisch oder körperlich zu schwach oder aus anderen Gründen nicht für die Gruppentherapie geeignet ist oder aber als Ergänzung zur Gruppentherapie.

Musiktherapeutin 1 spricht die interdisziplinäre Vernetzung mit Ärzten und anderen Therapeuten als wichtigen Faktor für die Effektivität der musiktherapeutischen Arbeit an (vgl. MT 1, 10).

Sollte eine Musiktherapie für Menschen mit Epilepsie ambulant oder stationär verortet sein? Hierzu wurde nicht nachgefragt. Es ergibt sich ein Sowohl-als-auch, wenn man folgende Kriterien betrachtet: Ambulant kann die Musiktherapie in der notwendigen Länge und Stundenfrequenz durchgeführt werden und ist nicht an institutionelle Einschränkungen gebunden. Allerdings besteht hier auch nicht automatisch eine Vernetzung zu anderen Therapeuten, die Kosten müssen von den Patienten selbst getragen werden und in der Klinik werden mehr und vielleicht auch solche Menschen erreicht, die nie von selbst auf Musiktherapie zurückgegriffen hätten. Vermut-

lich nehmen vermehrt nur die Patienten ambulante Musiktherapie in Anspruch, die sie über die Klinik kennengelernt haben. Dann wäre die Klinik wiederum ein Ort für das Bewerben von ambulanter Musiktherapie. In den Praktika fiel mir auf, dass doch einige Patienten, eher jüngere und Kinder, großes Interesse an einer ambulanten längerfristigen Musiktherapie hatten.

6.2.10 Grenzen der Musiktherapie in der Arbeit mit Menschen mit Epilepsie

Wie bereits angesprochen, kann eine Grenze der Musiktherapie sein, dass Musik anfallsauslösend wirkt (vgl. MT 1, 4). Demnach muss die spezifische Wirkung der Musik auf den jeweiligen jungen Menschen vorsichtig exploriert werden. Wenn sie zu den anfallsauslösenden Faktoren zählt oder wenn Musiktherapie emotional so anregend ist, dass Anfälle ausgelöst werden und in der Therapie kein förderlicher Umgang mit diesen Wirkungen gefunden werden kann, muss die Musiktherapie abgebrochen werden. Andersherum darf die Musik nicht als „Wundermittel“ zur Verringerung der Anfallsfrequenz gesehen werden. Ihre Grenzen in diese Richtung müssen beachtet werden, denn Musiktherapeutin 3 geht davon aus, „dass ich über die Musiktherapie an der Anfallssituation nicht viel machen kann“ (MT 3, 28).

7. Bausteine zu einer Indikation Musiktherapie mit jungen Menschen mit Epilepsie

7.1 Einleitung

In den vorstehenden Ausführungen wurden Ansätze und Elemente einer Musiktherapie mit jungen Menschen mit Epilepsie gesammelt und erkundet, wie sie in der bereits bestehenden Arbeit mit dieser Klientel praktiziert werden. Einige wurden auch daraus sozusagen „by the way“ entwickelt. In Auseinandersetzung mit diesen Elementen wurden konzeptionelle Überlegungen angestellt. Im Folgenden werden die relevant erscheinenden Bausteine aus allen in dieser Arbeit entwickelten Elemente und betrachteten Quellen (Literatur und empirische Befragung) zusammengetragen. Dies lässt sich dann einerseits als eine Art Spiegel bestehender Praxis betrachten und andererseits als eine Art Handlungsgrundlage für die Musiktherapie mit jungen Menschen mit Epilepsie. Die Darstellung gliedert sich in folgende Themenbereiche:

1. *Grundsätze*
2. *Voraussetzungen für eine Indikation Musiktherapie bei Menschen mit Epilepsie*
3. *Symptome, die sich zeigen: Probleme, psychische Konflikte und Schwierigkeiten junger Menschen mit Epilepsie*
4. *Ziele und Anliegen der Musiktherapie*
5. *Wichtige Funktionen der Musik*
6. *Methodisches Vorgehen und Arbeitsweisen*
7. *Setting und Rahmen*
8. *Spezifischer Beitrag bzw. Stärken und Eigenschaften der Musiktherapie für die Begleitung und Behandlung junger Menschen mit Epilepsie*
9. *Grenzen und Kontraindikationen*

Im Folgenden wird teilweise auf Stellen in dieser Arbeit verwiesen, an denen die genannten Aspekte hergeleitet und ausgeführt wurden. Dabei steht für „Interview-Auswertung“ ein „IA“ sowie die Nr. der Auswertungskategorie. Vorab stehen jedoch noch Anmerkungen zum Therapieansatz.

Wie in der Einleitung zu dieser Arbeit erläutert (vgl. Kapitel 1), wurde die Recherche zu den vorliegenden konzeptionellen Überlegungen vom Studienkontext und meiner persönlichen Tendenz (tiefenpsychologisch, humanistisch) beeinflusst sowie die Möglichkeit einer eklektischen Ausrichtung in Betracht gezogen. Psychodynamische

Aspekte fließen stark mit ein, obgleich sie in der Literatur zu Epilepsie eher weniger erwähnt wurden. In den Interviews klingen Elemente verschiedener Ansätze an. Die psychische Dynamik aufgrund der Verknüpfung epilepsiespezifischer Aspekte mit psychosozialen und sozialen Faktoren kann vielfach als psychodynamisch angesehen und auf diesem Hintergrund aus meiner Sicht auch adäquater verstanden und begleitet werden. Ebenso wichtig erscheinen jedoch verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen im Hinblick auf die Anfallskontrolle sowie funktionale Aspekte.

Die Vielfältigkeit psychischer Symptome bei Epilepsie scheint für die eklektische Offenheit zu sprechen. Die therapeutische Haltung ist tiefenpsychologisch orientiert. Die Eklektik schlägt sich eher in den Methoden und Arbeitsweisen nieder. Verhaltenstherapeutische Maßnahmen sowie funktionale Übungen können auch auf dem Hintergrund einer tiefenpsychologisch orientierten therapeutischen Beziehung und Haltung adäquat zum Tragen kommen.

7.2 Bausteine für ein Konzept bzw. eine Indikation Musiktherapie mit Menschen mit Epilepsie

7.2.1 Grundsätze

Die Heterogenität der Zielgruppe, die Vielfältigkeit der epileptischen Symptome sowie die der Ziele und Methoden gehen deutlich aus der Literatur sowie aus den Experteninterviews hervor. Ferner wurde deutlich, dass die Epilepsie mit ihren Begleitsymptomen bei jedem jungen Menschen sehr individuell ausgeprägt sein kann. Daher ist der Grundsatz der Individualität hier um so bedeutsamer. Im Mittelpunkt der musiktherapeutischen Behandlung stehen stets die *Bedürfnisse* und das *subjektive Erleben des jungen Menschen mit Epilepsie*. Die Therapieziele und -methoden richten sich ganzheitlich nach seiner Person und nach seinem individuellen Lebenskontext aus.

Die *therapeutische Beziehung* als lebendiges, unvorhersehbares wechselseitiges Beziehungsgeschehen ist zentrales Wirkinstrument in der Musiktherapie mit jungen Menschen mit Epilepsie. Für den Ansatz dieser Arbeit werden zudem die psychotherapeutischen Konzepte der Übertragung, Gegenübertragung, des Containing und der korrigierenden emotionalen Erfahrung zugrunde gelegt. Durch die therapeutische Beziehung kann Halt und Nachnahrung erfahren werden. Auf der Grundlage der psychodynamischen Sichtweise werden Abwehrmechanismen entsprechend sensibel wahrgenommen, analysiert und in angebrachter Weise für die Therapie genutzt. Für

die *therapeutische Haltung* sind das genaue Hinschauen und Analysieren bei gleichzeitiger Offenheit und Unvoreingenommenheit gegenüber dem jungen Menschen, seinen Symptomen und insbesondere seinen Ressourcen von entscheidender Bedeutung. Auf dem Hintergrund dieser unvoreingenommenen Haltung können für junge Menschen mit Epilepsie wesentliche korrigierende emotionale Erfahrungen im Sinne einer Destigmatisierung ermöglicht werden (vgl. Abschnitt 4.2 u. 5.1.2; IA Nr. 2).

Grundlegend ist die deutliche *Ressourcenorientierung* im Hinblick auf das Entdecken von Fähigkeiten sowie ebenso bzgl. des Ansetzens an und Herauslockens von kleinsten Potentialen und stärkenden Erfahrungen (vgl. Abschnitt 4.2 u. 5.3.4; IA Nr. 2, 3). Bei Bedarf ist für das Zurechtkommen im Alltag sowie für Anfallsselbstkontrolle auch *verhaltenstherapeutisches Vorgehen* indiziert. Ferner erscheint bei Bedarf und Kompetenz des Musiktherapeuten auch das Einbeziehen körperlich-funktionaler Aspekte sinnvoll. Sie können auch auf die Gesamtsituation stärkend wirken und durch mehr körperliche Funktionstüchtigkeit die Selbstständigkeit fördern.

7.2.2 Voraussetzungen

Voraussetzungen für eine Indikation Musiktherapie bei Menschen mit Epilepsie sind:

- Die „Passung“ bzgl. der therapeutischen Beziehung zwischen Therapeut und Klient sollte gegeben sein (vgl. Abschnitt 1.4 u. 5.1) sowie
- eine Offenheit des Klienten gegenüber dem Medium Musik (vgl. Abschnitt 1.4).
- Wenn Musik(therapie) anfallsauslösend beim Klienten wirkt, muss mit dieser Wirkung adäquat umzugehen sein, sodass sie für den Klienten unschädlich ist bzw. er bestenfalls vom Umgang damit profitieren kann. Ist dies nicht möglich, ist die Musiktherapie kontraindiziert (vgl. IA Nr. 1, 3);
- verantwortungsvoller Einsatz der Wirkungen des Mediums Musik von therapeutischer Seite (vgl. Abschnitt 5.2.2).

7.2.3 Symptome und psychische Konflikte junger Menschen mit Epilepsie

Trotz einer großen individuellen Ausprägung können für junge Menschen mit Epilepsie spezifische Schwierigkeiten und Konflikte benannt werden, die vermehrt auftreten. Dabei handelt es sich hauptsächlich um psychoreaktive Störungen und Krankheitsfolgen bei Epilepsie sowie um ausgewählte Aspekte epilepsiespezifischer und um komorbider psychischer Störungen. Sie werden im Folgenden benannt:

- Das spezifische Symptomerleben über die Reaktionen und den Spiegel der Umwelt. Daraus resultiert ein Selbstbild, von dem der Betroffene einen entscheidenden

den Anteil nicht wahrnehmen kann; einen Anteil, der zudem meist negative emotionale Auswirkungen auf die soziale Umwelt hat (vgl. Abschnitt 2.4, IA Nr. 3, MT 5). Daraus resultieren wiederum:

- Betroffensein der Identität bzw. tiefgreifende Verunsicherung des psychischen und körperlichen Selbst, Gefühle von Ohnmacht, Hilflosigkeit und Kontrollverlust (vgl. Abschnitt 5.2.4; IA Nr. 7);
- Angst vor Unvorhersehbarem, Bedürfnis nach Struktur und Sicherheit (vgl. Abschnitt 5.2.4; IA Nr. 3, 7);
- Ausgrenzung und sozialer Rückzug, begründet durch das spezifische Symptomerleben, die Verunsicherung und Angst der Betroffenen vor Unverständnis und Ausgrenzung, durch die Angst der Umwelt vor dem Anfallsgeschehen, durch die Stigmatisierung der Krankheit in der Gesellschaft (vgl. Abschnitt 2.4);
- die Not der Unsagbarkeit des intersubjektiv kaum teilbaren Anfallsgeschehens – sie kann daher Folgen wie bei einer posttraumatischen Belastungsstörung nach sich ziehen und Angst vor Anfällen erheblich begünstigen (vgl. Abschnitt 2.5.4);
- schnell wechselnde Diskrepanz zwischen Gesundsein und Kranksein durch das plötzliche und dann aber intensive Auftreten der Anfälle;
- starke Konflikte aufgrund des kontroversen Entgegenstehens der Compliance-Interessen und dem Bedürfnis nach Halt (aufgrund der belastenden Umstände) einerseits zu den Entwicklungsaufgaben junger Menschen und ihrem Streben nach Ablösung von der Familie andererseits (vgl. Abschnitt 3.2; IA Nr. 7);
- hohe soziale Abhängigkeit von der Familie, soziale Unreife und Unselbstständigkeit; häufig die Selbstständigkeitsentwicklung erschwerende Überfürsorglichkeit der Familie (vgl. Abschnitt 2.3.6 u. 3.2; IA Nr. 7), woraus geringes Selbstbewusstsein resultiert;
- Abspaltung von Selbstanteilen und Erfahrungen aufgrund der anfallsbedingten Bewusstseinslücken, traumatischer Erlebnisse sowie der nötigen Krankheitsabwehr (vgl. Abschnitt 2.5.4 u. 4.2);
- epilepsietypische psychische Störungen, wie die paroxysmale Angst, psychiatrische Symptome bei plötzlicher Anfallsfreiheit und Alternativpsychosen (vgl. Abschnitt 2.3.2);
- Angst- und depressive Störungen, dissoziative Anfälle als häufigste sowie weitere komorbide psychische Störungen (vgl. Abschnitt 2.3.2).

Bei Menschen mit aktiver Epilepsie treten alle Faktoren, die mit bewusstseinsfernem

Anfallsgeschehen verknüpft sind, vermehrt und verstärkt auf. Anfallsfreie Epilepsiepatienten können jedoch ebenso unter sozialer Ausgrenzung, Abhängigkeit und massiven Einschränkungen durch Compliance-Verhalten leiden, zumal die psychosozialen Probleme oft bedeutsamer sind, als die Anfälle selbst (vgl. auch Abschnitt 2.4).

7.2.4 Ziele und Anliegen der Musiktherapie mit jungen Menschen mit Epilepsie

Grundsätzliche psychosoziale und psychotherapeutische Ziele für die Musiktherapie junger Menschen mit Epilepsie sind:

- Verbesserung der Lebensqualität (vgl. Abschnitt 5.2.3);
- Verringerung von Abhängigkeit und Förderung der Selbstständigkeit – aufgrund der hohen sozialen Abhängigkeit bei jungen Menschen mit Epilepsie ist dies besonders wichtig (vgl. Abschnitt 4.2; IA Nr. 7);
- Verarbeitung des Krankheitserlebens und der Krankheitsfolgen (vgl. Abschnitt 5.2.3; IA Nr. 4);
- Stabilisierung sowie Förderung von psychischen, körperlichen und psychosozialen Ressourcen (vgl. Abschnitt 5.2.3IA Nr. 4);
- Ermöglichen von positiven Erfahrungen, des Erlebens von Spaß und Freude mit dem Ziel, Vitalität und Energie anzuregen und freizusetzen (vgl. IA Nr. 4);
- Stärkung und Erhaltung des Selbstbewusstseins (vgl. Abschnitt 5.2.3), dadurch
- Motivation zur Compliance, die wiederum körperliche Gesundheit und somit mehr Selbstständigkeit (vgl. Abschnitt 5.2.3) fördert sowie Loslösung für junge Menschen ermöglicht;
- Kennenlernen und positives Erleben eigener Grenzen als stärkende Erfahrung (vgl. Abschnitt 4.2; IA Nr. 4);
- Üben sozialer Kompetenzen, Wiedererlernen oder Erweitern sozialer Kommunikations- und Umgangsmöglichkeiten (vgl. IA Nr. 4);

Einzelne konkretere Ziele können insbesondere sein:

- Förderung des nonverbalen Ausdrucks als Möglichkeit für adäquaten Umgang für oft unbewusste, verdrängte Gefühle (vgl. IA Nr. 4, 8);
- Entwicklung angemessener Ausdrucks- und Umgangsweisen bzgl. des intersubjektiv kaum teilbaren Anfallsgeschehens – insbesondere durch nonverbalen musikalischen Ausdruck und Ausgleich von Spannungszuständen (vgl. Abschnitt 5.2.4; IA Nr. 3, 4);
- Fördern und Ermöglichen von Gruppen-, Beziehungs- und Gemeinschaftserfah-

- rungen sowie Resonanzerfahrungen in diesem Kontext (vgl. IA Nr. 3, 4);
- das Erleben von Selbstwirksamkeit;
 - Korrigierende Erfahrungen im Sinne einer Destigmatisierung (vgl. Abschnitt 4.2);
 - Aufbau eines neuen positiven Selbstbildes neben dem durch Krankheit defizitär gewordenen (vgl. Abschnitt 5.2.4; IA Nr. 4);
 - die (Re-) Integration defizitär erlebter Selbstanteile sowie das Fördern von Selbstkongruenz und Selbstakzeptanz (vgl. Abschnitt 4.2 u. 5.2.3; IA Nr. 4);
 - Umgang mit epilepsiespezifischen psychischen Symptomen wie mit psychischen Symptomen bei plötzlicher Anfallsfreiheit; hier könnte darum gehen, Ressourcen und Alternativen zu erkunden – insbesondere im Musikspiel, wenn z. B. das gewohnte oder auch favorisierte Instrument einmal bewusst beiseite gelegt wird oder der Patient sich auf eine neuartige Spielweise oder Melodie einlässt;
 - u. U. das direkte Ziel, anfallsreduzierende Strategien zu erarbeiten (vgl. IA Nr. 4).

7.2.5 Funktionen der Musik in der Therapie

Um angemessen auf die Bedürfnisse und Symptome junger Menschen mit Epilepsie eingehen zu können, sind möglichst vielfältige Funktionen der Musik gefragt. Folgende scheinen jedoch besonders bedeutsam:

- Die halt- und strukturgebenden Funktionen der Musik haben aufgrund der tiefgreifenden Verunsicherung und dem ausgeprägten Bedürfnis nach Sicherheit und Kontrolle eine besondere Bedeutung (vgl. IA Nr. 3). Hier kann zudem Nachreifung geschehen.
- Die Integratorfunktion aufgrund der Abspaltung defizitärer und während der Anfälle nicht wahrnehmbarer Selbstanteile, um diese zusammenführen zu helfen (vgl. Abschnitt 2.5.4 u. 4.2; IA Nr. 3);
- die entspannende und entkrampfende Wirkung der Musik (auch musikimmanente Behandlungseffekte), insbesondere mit Blick auf das bei Epilepsie vorhandene Krampfpotential sowie die Angstsymptome (vgl. Abschnitt 5.2.3; IA 3, 8);
- die nonverbale Ausdrucksfunktion der Musik (vgl. Abschnitt 5.1.1; IA Nr. 3, 8);
- Musik als Ressource und Ressourcenheberin;
- Musik als Möglichkeit, Selbstwirksamkeit zu erleben – diese Funktion spielt im Kontext der Gefühle Ohnmacht, Hilflosigkeit und Kontrollverlust sowie bzgl. der hohen sozialen Abhängigkeit eine große Rolle (vgl. IA Nr. 3);
- die kommunikativen Funktionen der Musik für Beziehungs- und Kontaktaufbau

und -gestaltung (vgl. IA Nr. 3, 4, 8);

- die soziokulturelle Funktion insbesondere aufgrund der beschriebenen besonderen Bedeutung der Musik für junge Menschen (vgl. Abschnitt 5.1.4; IA Nr. 3).
- Funktionen wie Spiegeln, Auffangen und Verstärken eigener Gefühle sind in der Adoleszenz wesentlich sowie die Definition der eigenen Werte und der Lebenswelt über Musik. Auf der Suche nach Identität können junge Menschen Konturen ihres Selbst durch Musik deutlicher erkennen und explorieren – durch Spiegeln und Resonanz werden Ausformungen und Grenzen des Selbst spürbar (ebd.).
- Musik kann in der Therapie eine entscheidende Brücke zu Lebenswelt und Lebensthemen junger Menschen sein (ebd.).

7.2.6 Methodisches Vorgehen und Arbeitsweisen

Ausgehend von einer unvoreingenommenen therapeutischen Haltung muss auch die musiktherapeutische Methodik alle Möglichkeiten uneingeschränkt bereithalten. Ferner scheint sich die Musiktherapie mit jungen Menschen mit Epilepsie vorwiegend durch die Themensetzung zu unterscheiden. Zentrale musiktherapeutische Methode ist daher auch hier die musikalische Improvisation (vgl. IA Nr. 5). Mit Blick auf spezifische Symptome kristallisierten sich dennoch bedeutsame Arbeitsweisen heraus:

- vermehrtes übungszentriertes und strukturiertes Arbeiten mit Musik als Antwort auf die Bedürfnisse nach Sicherheit, Halt und Struktur sowie um Erfahrungen der Eigenkontrolle und Selbstbestimmung zu ermöglichen. Hier sind rhythmische Elemente und Perkussionsinstrumente besonders relevant (vgl. IA Nr. 3, 5, 7);
- erlebniszentriertes Arbeiten im Hinblick auf das Erkunden von Ressourcen und Verhaltensweisen sowie bzgl. des Erlebens von Spaß, Freude und Selbstwirksamkeit. Konfliktzentriertes Arbeiten kann auch vorkommen, jedoch ist hier auch der Respekt vor manchmal nötiger Abwehr zu beachten und damit verbunden der Einsatz nach bereits eher längerer Therapiedauer (vgl. Abschnitt 5.1.5; IA Nr. 5);
- das Einbeziehen, das gemeinsame Anhören und ggf. Nachspielen von lebensweltbezogener Lieblingsmusik junger Menschen. In diesem Kontext könnte auch bisher nicht angesprochenes produktorientiertes Arbeiten hilfreich sein.
- Körperarbeit im Kontext der Integration des Körper- und psychischen Selbst;
- das freie Liedtexten als Kommunikationshilfe, Ausdruck von Gefühlen und als Vehikel – wurde in den Interviews mehrmals angesprochen (vgl. IA Nr. 5);

7.2.7 Setting und Rahmen

Die befragten Experten geben bzgl. der Therapiedauer ein eindeutiges Votum: Für den Aufbau einer therapeutischen Beziehung, das Wirken-können der musiktherapeutischen Funktionen sowie für das adäquate Erreichen einer Vielzahl der oben genannten Ziele sollten mindestens ein halbes bis zwei Jahre Zeit sein. So benötigen die adäquate Entfaltung des schwer beschreiblichen Anfallsgeschehens, die Arbeit der damit verbundenen Abwehrmechanismen sowie korrigierende Erfahrungen längere Therapieprozesse (vgl. Abschnitt 4.2). Die Stundenfrequenz könnte im Durchschnitt bei zweimal pro Woche liegen, sollte jedoch individuell abgestimmt werden. Aufgrund der spezifischen Probleme im sozialen Kontext bei Epilepsie und der großen Bedeutung von Gruppenerfahrungen ist Gruppentherapie eine wesentliche Form. Je nach Symptomlage - etwa bei zu labiler Verfassung oder ausgeprägtem Entwicklungsrückstand - und Ziel, zur Stärkung, Stabilisierung oder auch zur tieferen Konfliktbearbeitung ist jedoch auch Einzeltherapie beim Klienten indiziert. Ein separater Musiktherapieraum mit Ausstattung grundlegender Instrumente ist wesentlich. Für die Musiktherapie mit jungen Menschen mit Epilepsie scheinen besonders Perkussionsinstrumente, Trommeln, Klavier als Melodieinstrument und Gitarre wichtig. In der Klinik kann bei Bedarf auch eine Musiktherapie am Bett des Patienten indiziert sein. Grundsätzlich wird jedoch für eine hier beschriebene Musiktherapie eher die ambulante Arbeit angenommen, um die nötige Therapiedauer zu ermöglichen. Dazu müsste die Frage der Finanzierung gut geklärt werden. Darauf kann hier nicht eingegangen werden, da dies den Rahmen überschreiten würde. Von Vorteil wäre außerdem eine gute Vernetzung mit den Epilepsiekliniken. Dadurch könnte interdisziplinäre Austausch für mehr Effektivität ermöglicht und auf das ambulante musiktherapeutische Angebot aufmerksam gemacht werden.

7.2.8 Besonderheiten und spezifischer Beitrag bzw. Stärken der Musiktherapie für die Begleitung und Behandlung junger Menschen mit Epilepsie

Im Zusammenhang mit der Epilepsie scheinen vermehrt schwer verbal zu bearbeitende, intersubjektiv nicht teilbare Geschehnisse vorzukommen. Dies ist zum einen das Anfallsgeschehen direkt. Zum anderen spielt die Tatsache eine wichtige Rolle, dass Verdrängungsmechanismen hier insbesondere auch Schutzfunktionen übernehmen, die je nach Situation und Zeitpunkt in der Therapie auch so belassen werden sollten. Dadurch könnten jedoch vermehrt unbewusste Dynamiken entstehen. Um

diese zu erkunden und angemessene Umgangs- und Ausdrucksweisen zu finden, erscheint die Musik optimal geeignet, da sie Emotionen direkt erreichen kann. Der Klient hat den Raum und die Zeit, die er braucht, bis er Mechanismen verändern und Gefühle bewusst werden lassen kann. Bis dahin können die Gefühle dennoch Zuwendung, Akzeptanz und eine Ausdrucksmöglichkeit über das musikalische Geschehen erfahren. Dies kann Spannungsabbau, Ausgeglichenheit sowie Selbstbewusstsein ermöglichen. Integrationsprozesse können auch lediglich emotional über den halb- oder unbewussten Ausdruck der Musik erfolgen. Auch bzgl. des komorbiden Auftretens dissoziativer und epileptischer Anfälle ist dies relevant. Beiden unterschiedlichen Symptomen gleichzeitig kann in der Musiktherapie Rechnung getragen werden. Die Musiktherapie arbeitet mit dem Medium, das für junge Menschen besonders bedeutsam ist. Musik kann den spezifischen Bedürfnissen dieser Entwicklungsphasen Rechnung tragen. Sie kann wesentliche Ressource sein, Gefühle spiegeln und auffangen und ist für das Gemeinschaftserleben bedeutsam. Musik hat einen besonderen Lebensweltbezug für junge Menschen und bietet vielfältige Gestaltungsmöglichkeiten. Aufgrund dessen kann diese Therapieform Vorzüge für die Arbeit mit jungen Menschen haben und besondere Chancen bergen (vgl. Abschnitt 5.1.4).

Aktives Musikspiel fördert ferner Motorik, Kommunikation und Interaktion gleichermaßen und verbindet Sinnesmodalitäten mit Kognition, Aufmerksamkeit sowie Planung und Durchführung von Handlungen miteinander. U. a. sind dadurch in der Musiktherapie manchmal Bewegungen möglich, die in der Physiotherapie nicht erreicht wurden. Neben dem Nutzen der Musik als Mittel zum Zweck können immer auch musikimmanente Wirkungen eingesetzt werden bzw. gleichzeitig wirken, wie z. B. die entspannende Wirkung. Diese komplexen Eigenschaften von Musik lassen die Musiktherapie für die Arbeit mit epilepsiekranken Menschen sehr wertvoll werden (vgl. Abschnitt 5.2.3; IA Nr. 7). Im Hinblick auf die bei Menschen mit Epilepsie manchmal eingeschränkten Funktionen ist Musiktherapie besonders indiziert, weil sie unabhängig von neurologischen und kognitiven Funktionen nonverbale Beziehungsaufnahme und Begegnungen in einem krankheitsfreien Bereich ermöglichen und auch emotionaler Veränderung Rechnung tragen kann (vgl. Abschnitt 5.2.3).

In der Musiktherapie können sich ferner epilepsiespezifische psychische Veränderungen zeigen, Raum bekommen und es kann sensibel darauf eingegangen werden. Auf dem Hintergrund einer unvoreingenommenen Haltung erscheint Musiktherapie somit auch für korrigierende emotionale Erfahrungen ideal geeignet.

7.2.9 Grenzen und Kontraindikationen

Bzgl. Grenzen der Musiktherapie bei Epilepsie ist zu beachten, dass durch Musiktherapie nicht generell die Häufigkeit epileptischer Anfälle reduziert werden kann. Dies ist sehr individuell und der Wirkungsbereich der Musik auf neuronale Bereiche noch wenig erforscht. Ferner kann Musik(therapie) anfallsauslösend wirken, sowohl rein emotional als auch über akustische Reize direkt. Hier ist Vorsicht geboten. Somit können Kontraindikationen für Musiktherapie sein:

- Epilepsien, bei denen durch akustische Reize oder bestimmte Klänge und Musik Anfälle ausgelöst werden können;
- wenn sich die emotionale Erregung des Klienten durch die Musiktherapie kontraproduktiv, d. h. dauerhaft anfallstriggernd, auf die Epilepsie auswirkt;
- wenn Klienten dauerhaft und intrinsisch nicht für Musiktherapie motiviert sind;
- wenn die „Passung“ zwischen Klient und Therapeut nicht gegeben ist;
- für psychodynamisch-konfliktzentriertes Arbeiten: wenn das Aufweichen der Abwehr/ „der Fassade“ existentiell bedrohlich wäre (vgl. Sasse 2001, 243).

7.3 Eine kritische Anmerkung

Ein kritischer Blick auf die vorangegangenen konzeptionellen Überlegungen wirft die Frage auf, ob die Musiktherapie mit Menschen mit Epilepsie tatsächlich Spezifika aufweist, die sie von einer Therapie allgemein bei chronischen Erkrankungen und Behinderungen unterscheidet. Die Experten vertreten verschiedene Standpunkte. Eine Aussage war, dass sich die Musiktherapie bei Epilepsie nicht von anderem Arbeiten unterscheidet, eine nächste, dass sich die Themensetzung, jedoch nicht die Methodik unterscheidet. Implizit war auch die Auffassung herauszuhören, dass sehr wohl Spezifika vorhanden sind (z. B. bei MT 3). Die Vielfältigkeit der gesamten Interviewergebnisse könnte auch als Spiegelung der mehrmals genannten Heterogenität der Zielgruppe gewertet werden. Dies wirft erneut die Frage nach bestimmten Spezifika auf. Einige Ziele, wie das der Lebensqualität, sind zwar deckungsgleich mit denen einer Musiktherapie mit allgemein neurologisch Erkrankten und sicherlich gibt es Schnittmengen in der Arbeitsweise. Dennoch lassen sich bei Epilepsie spezifische psychische Dynamiken aufgrund des besonderen Symptomerlebens ausmachen, worauf auch entsprechend musiktherapeutisch einzugehen ist. Musiktherapie bei Epilepsie hat m. E. stellenweise deutlich spezifische Merkmale. Inwiefern diese tatsächlich praxisrelevant sind, müsste nun in der Praxis genauer exploriert werden.

8. Schlussbetrachtung

Diese Masterarbeit explorierte die Frage nach der Indikation für Musiktherapie mit jungen Menschen mit Epilepsie. Dabei wurden bestehende Elemente aus Literatur und Praxis zusammenzutragen und im Hinblick auf konzeptionelle Überlegungen betrachtet und verknüpft. Zunächst wurden mögliche somatische, psychosoziale und psychische Symptome und Aspekte erkundet. Dabei zeigte sich eine große Vielfältigkeit sowie eine enge Verbindung von körperlichen, neurologischen, psychischen und sozialen Faktoren. Allein die neuronalen epileptischen Syndrome können in sehr verschiedenen Ausformungen auftreten. Epilepsie als Hauptkrankheit kann vielfältige Begleitsymptome aufweisen. Depressive und Angsterkrankungen sind häufige psychische komorbide Störungen, wie auch psychogene, dissoziative Anfälle. Letztere erschweren die Differentialdiagnose erheblich. Die epilepsiespezifischen psychischen Störungen sind in einem separaten System klassifiziert, da sie bisher in den gängigen Klassifikationen psychischer Krankheiten nicht berücksichtigt wurden. Hierzu zählen u. a. mit den Anfällen verbundene Angstsymptome. Im Rahmen psychosozialer Faktoren wurden die noch immer vorherrschende Stigmatisierung der Krankheit deutlich sowie die damit verbundenen ausgeprägten sozialen Probleme junger Menschen mit Epilepsie. Das spezifische Symptomerleben über die Reaktionen der Umwelt sowie die Schwerbeschreiblichkeit des epileptischen Anfallsgeschehens zählen zu den Hauptproblemen bei aktiver Epilepsie. Sie begünstigen sozialen Rückzug sowie die Abwehrmechanismen der Abspaltung und Verdrängung entsprechender Gefühle. Die Unvorhersehbarkeit epileptischer Anfälle sowie die meist hohe soziale Abhängigkeit junger Betroffener verursacht Gefühle von Hilflosigkeit und Kontrollverlust. Daraus resultiert auch eine tiefgreifende Verunsicherung der Identität und es besteht ein verstärktes Bedürfnis nach Sicherheit und Struktur. Insbesondere bei jungen Menschen führen diese Tatsachen zu starken Konflikten: Die Bedürfnisse nach Halt aufgrund der belastenden Umstände sowie Compliance-Interessen einerseits und das Streben nach Selbstständigkeit und altersspezifische Entwicklungsbedürfnisse andererseits stehen sich kontrovers gegenüber.

Erstes Ziel der Epilepsie-Behandlung ist die Anfallsfreiheit. Dazu wird vorwiegend medikamentös behandelt. Weitere Behandlungsziele sind die Unterstützung mit Blick auf den Umgang mit der Krankheit, die soziale und berufliche Eingliederung sowie die psychische Stabilisierung und Krankheitsverarbeitung. In Bezug auf psychische und psychosoziale Symptome werden psychotherapeutische Verfahren, da-

runter auch künstlerische und Musiktherapie, eingesetzt. Zur Anfallskontrolle werden vermehrt verhaltenstherapeutische Verfahren postuliert, es existieren jedoch auch psychodynamisch orientierte Ansätze.

Die Musiktherapie arbeitet im Rahmen einer lebendigen therapeutischen Beziehung als wesentlichem Wirkfaktor mit vielfältigen Methoden und musikalischen Funktionen. Dadurch kann sie auf verschiedenste individuelle und symptomatische Bedürfnisse und Notwendigkeiten eingehen. Musik kann direkten Zugang zur Emotionalität und nonverbalen Ausdruck ermöglichen sowie Sinnesmodalitäten mit Kognition verbinden und die körperliche und psychische Ebene gleichzeitig fördern. Dies erscheint für die Therapie bei Epilepsie optimal, da bei dieser körperliche, neurologische und psychische Faktoren besonders deutlich miteinander verknüpft sind. Die Musiktherapie mit anfallskranken Menschen wurde jedoch lediglich in einem Fachartikel beschrieben. Die Wirkung von Musik auf neuronale Bereiche ist trotz einiger Studien noch wenig erforscht, daher therapeutisch noch wenig gezielt nutzbar und mit Vorsicht einzusetzen. Die Befragung von Experten, die musiktherapeutisch mit Menschen mit Epilepsie arbeiten, hat reichhaltiges Material ergeben. Ziele und Methoden einer Musiktherapie mit jungen Menschen mit Epilepsie werden auf dem Hintergrund einer unvoreingenommenen therapeutischen Haltung eingesetzt, können sehr individuell sein und daher der Individualität der Symptome im Kontext mit Epilepsie Rechnung tragen. Hervorzuheben ist die Möglichkeit zu nonverbalem Ausdruck. Er kann hier Ausdrucksraum, Akzeptanz und in der Folge Integration von unsagbaren, vielleicht verdrängten Gefühlen sowie von abgespaltenen Selbstanteilen ermöglichen. Ferner kann Musiktherapie insbesondere für Gruppen- und Beziehungserfahrungen geschützter Raum für Probehandeln und positive sowie Resonanz Erfahrungen sein. Musik als Ressource spielt eine große Rolle. Musik kann den spezifischen Bedürfnissen junger Menschen Rechnung tragen, da diese sich mit ihrem Selbst darin wiederfinden und Halt erleben können. Ferner hat Musik eine besondere Bedeutung für das Gemeinschaftserleben und den Lebensweltbezug junger Menschen. Aufgrund dessen kann Musiktherapie besondere Chancen für junge Menschen bergen. Ziele der Musiktherapie mit jungen Menschen mit Epilepsie sind die Verbesserung ihrer Lebensqualität, die Förderung von sozialer Selbstständigkeit, die Stärkung des Selbstbewusstseins, das Verarbeiten der Krankheit und ihrer spezifischen Symptome, das Entwickeln adäquater Umgangsweisen damit, die Förderung sozialer Kompetenzen und von Integration sowie das Erleben von Freude. Zu beachten ist die mögliche

anfallsauslösende Wirkung der Musik. Für eine effektive Musiktherapie sollte die Therapiedauer bzgl. der meisten Ziele mindestens ein halbes bis ein Jahr sein. Dies scheint in den meisten Epilepsiezentren aus verschiedenen Gründen (z. B. Ökonomisierung) nicht realisierbar. Da jedoch Musiktherapie entscheidend Wertvolles zur Therapie und Rehabilitation junger Menschen mit Epilepsie beizutragen hat, wäre eine intensivere Vernetzung der Epilepsiekliniken mit ambulanten Musiktherapieangeboten wünschenswert und anzustreben sowie realisierbare individuelle Lösungen der Finanzierung zu entwickeln. Musiktherapie könnte von den Klinikteams gezielt weiterempfohlen werden, so wie es ansatzweise an meiner Praktikumsstelle bereits praktiziert wurde – und junge Menschen mit Epilepsie könnten von Musiktherapie nachhaltig profitieren.

9. Quellen und Literatur

- Baumann, Monika (2011): Musiktherapie in der Neurologischen Rehabilitation. In: Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft. Webadresse: <http://www.musiktherapie.de/index.php?id=72>. Zugriff: 22.03.13.
- Baumann, Monika; Hinkelmann, Anna; Jochheim, Maret; Mainka, Stefan; Straub, Silja; Unterharscheidt, Mia (2008): Indikationskatalog Musiktherapie in der Neurologischen Rehabilitation. Hrsg.: Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft. Beiträge zur Musiktherapie, 455. 2. Auflage.
- Bauer, Jürgen (2002): Epilepsie – Nützliches zur Behandlung und Beratung. Darmstadt: Steinkopff.
- Bild der Wissenschaft (2001): Hirnforschung: Mozart im Einsatz gegen Epilepsie. Artikel von Marion Herzog. Webadresse: <http://www.wissenschaft.de/sixcms/detail.php?id=154480>. Zugriff: 30.03.13.
- Bohnsack, Ralf; Marotzki, Winfried; Meuser, Michael (2003): Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. Ein Wörterbuch. Opladen: Leske+Budrich.
- Bruhn, Herbert (2004): Musikpsychologische Grundlagen. In: Hartogh, Theo; Wickel, Hans Hermann (Hrsg.): Handbuch Musik in der Sozialen Arbeit. Weinheim: Juventa.
- Diebold, Gilbert (2001): Epilepsie, eine Krankheit als Zuflucht. Gießen: Psychosozialverlag.
- Decker-Voigt, Hans-Helmut; Weymann, Eckhard (2009): Lexikon Musiktherapie. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Deuter, Martin (2013): Materialien zur Psychosomatik. Skript zum Seminar im Masterstudiengang Musiktherapie, Fachhochschule Frankfurt a. M., WS 2012/13.
- Deutsche Gesellschaft für Epileptologie e. V. (2010): Epilepsie leben – Epilepsie verstehen. Erfahrungen von Betroffenen – praktische Informationen – medizinisches Wissen. Ein Film von Katzorke, Mechthild; Schöwerling, Volker; Prof. Dr. Bettina Schmitz; Prof Dr. Bernhard Steinhoff.
- Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (2013): Musiktherapie – Definition. Webadresse: <http://www.musiktherapie.de/index.php?id=18>. Zugriff: 22.03.13.
- Diakonie Kork (2012): Diagnostik und Therapie. Webadresse: <http://www.diakoniekork.de/de/diagnostik-behandlung/Wir-ueber-uns/Diagnose-herapie/diagnostik.php>. Zugriff: 04.01.13.
- Diehl, Lothar Walter (1992): Epidemiologie psychischer Störungen. In: Möller, Arnulf; Fröscher, Walter (Hrsg.): Psychische Störungen bei Epilepsie. Stuttgart: Thieme.
- Epilepsiezentrum Bethel (2013): Junge Erwachsene mit Epilepsie. Krankenhaus Mara. Webadresse: <http://www.mara.de/epilepsie-zentrum/klinische-abteilungen/junge-erwachsene-mit-epilepsie.html>. Zugriff: 22.02.13.

- Erikson, Erik H. (1973): Identität und Lebenszyklus. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Ermann, Michael (2004): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage. 4., überarbeitete u. erw. Auflage: Stuttgart: Verlag W. Kohl.
- Ermann, Michael (2002): Gegenübertragung – countertransference – contre-transfert. In: Mertens, Wolfgang; Waldvogel, Bruno (Hrsg.): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fachlexikon der sozialen Arbeit (1997). Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.), 7. völlig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Baden-Baden: Nomos.
- Frank, Reiner (Hrsg.) (2005): Rehabilitation von Jugendlichen mit neuropsychiatrischen Erkrankungen. Freiburg i. Br.: Lambertus-Verlag. 175-190.
- Frank, Reiner (2005): Einführung. In: Frank, Reiner (Hrsg.): Rehabilitation von Jugendlichen mit neuropsychiatrischen Erkrankungen. Freiburg i. Br.: Lambertus-Verlag. 175-190.
- Frank, Reiner; Specht, Ulrich (2005): Rehabilitative Aspekte von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Epilepsien. In: Frank, Reiner (Hrsg.): Rehabilitation von Jugendlichen mit neuropsychiatrischen Erkrankungen. Freiburg i. Br.: Lambertus-Verlag. 175-190.
- Freud, Anna (2010/1975): Das Ich und die Abwehrmechanismen. 21. Auflage. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Frohne-Hagemann, Isabelle (2009): Indikation. In: Decker-Voigt, Hans-Helmut; Weymann, Eckhard (Hrsg.): Lexikon Musiktherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Frohne-Hagemann, Isabelle; Pleß-Adamczyk, Heino (2005): Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter. Musiktherapeutische Diagnostik und Manual nach ICD-10. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Frohne-Hagemann, Isabelle (2001): Fenster zur Musiktherapie. Musik-therapie-theorie 1976-2001. Zeitpunkt Musik. Wiesbaden: Reichert Verlag.
- Fröscher, Walter (Hrsg.) (1989): Aspekte der Epilepsie-Therapie (S. 11-21). Wien: Ueberreuter Wissenschaft.
- Garz, Detlef; Kraimer, Klaus (Hrsg.) (1991): Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Gehle, Petra (2003): Jugendliche mit Epilepsie. Stiftung Michael. Seelze-Velber: Kallmeyer.
- Grundemann, Diana (2011): Epilepsie und Musiktherapie: Musiktherapie als Antwort auf die psychosozialen Bedürfnisse von Menschen mit Epilepsie. Unveröffentlichte Studienarbeit des Instituts für Musiktherapie Berlin. Sozialpädagogische und sozialtherapeutische Musikarbeit/ Musiktherapie.
- Hartogh, Theo; Wickel, Hans Hermann (Hrsg.) (2004): Handbuch Musik in der Sozialen Arbeit. Weinheim: Juventa.

- Heinen, Gerd; Schmid-Schönbein, Christiane (2002). Epileptische Anfälle selbst kontrollieren: Ein verhaltensmedizinischer Ansatz zur Selbstkontrolle epileptischer Anfälle. *Neurol Rehabil* 2002; 8 (4): 187-194.
- Henningsen, Peter; Gündel, Harald; Ceballos-Baumann, Andreas (2006.): *Neuro-Psychosomatik. Grundlagen und Klinik neurologischer Psychosomatik*. Stuttgart: Schattauer.
- Herold, Reinhard; Weiß, Heinz (2002): Übertragung – transference – transfert. In: Mertens, Wolfgang; Waldvogel, Bruno (Hrsg.): *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hill, Burkhard (2004): Musik in der Jugendarbeit. In: Hartogh, Theo; Wickel, Hans Hermann (Hrsg.): *Handbuch Musik in der Sozialen Arbeit*. Weinheim: Juventa
- Hoffmann, Sven Olaf; Hochapfel, Gerd; Heuft, Gereon; Eckhardt-Henn, Annegret (Hrsg.) (2009): *Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin. Mit einer Einführung in die Psychodiagnostik und Psychotherapie*. 8., vollst. überarb. u. erw. Auflage: Stuttgart, New York; Schattauer.
- ICD-10-GM 2012. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10.Revision – German Modifikation. Version 2012 – Stand 23.September 2011. Hrsg.: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bearbeitet von Dr. med. Bernd Graubner.
- ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (2005). Hrsg.: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) World Health Organization Genf. Webadresse: [Http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf](http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf). Download am 24.01.13.
- Jansen-Osmann, Petra (2006): Der Mozart-Effekt – eine wissenschaftliche Legende? Oder: Der Einfluss von Musik auf die kognitive Leistungsfähigkeit. Sonderdruck aus: *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie*, 17 (1), 1-10. Göttingen: Hogrefe.
- Jochims, Silke (Hrsg.) (2005): *Musiktherapie in der Neurorehabilitation*. Bad Honnef: Hippocampus-Verlag.
- Jochims, Silke (2005a): Einführung in ein sehr komplexes Thema. In: Jochims, Silke (Hrsg.): *Musiktherapie in der Neurorehabilitation*. Bad Honnef: Hippocampus-Verlag.
- Jochims, Silke (2005b): Behandlungsziel: Lebensqualität. Der Patient und seine Bedürfnisse im Mittelpunkt. In: Jochims, Silke (Hrsg.): *Musiktherapie in der Neurorehabilitation*. Bad Honnef: Hippocampus-Verlag.
- Kassebrock, Friedrich; Schmattosch, Renate; Schwager, Hans J.; zur Weihen, Albrecht (2004): *Pädagogischer Ratgeber bei Epilepsie mit beruflichen Perspektiven*. Schriften über Epilepsie, Band 2; Hamburg: Stiftung Michael.
- König, Berthold (1987): Psychodynamik der Epilepsie. Verifikation psychodynamischer Konstellationen bei Epilepsiekranken anhand einer empirischen Untersuchung ihrer Selbstsicht, Affektivität und Bewältigungsstrategie. *Psychopathologie*

- und Humanwissenschaften. Hrsg.: Peters, Uwe Henrik. Frankfurt: Lang.
- Krishnamoorthy, Ennapadam; Trimble, Michael; Blumer, Dietrich (2003): Klassifikation neuropsychiatrischer Störungen bei Epilepsien. Ein Vorschlag der „Sub-Commission on classification of the ILAE-Commission on epilepsy and psychobiology“. Übersetzt v. Martin Schöndienst. Zeitschrift für Epileptologie, 16 (1), 62-66
- Lazar, Ross A. (2002): Container – Contained – contenant-contenu. In: Mertens, Wolfgang; Waldvogel, Bruno (Hrsg.): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer.
- Leonhardt, Annette; Wember Franz B. (2003): Grundfragen der Sonderpädagogik: Bildung – Erziehung – Behinderung; ein Handbuch. Weinheim: Beltz Verlag.
- Leyendecker, Christoph; Thiele, Annett (2003): Symptomatik, Ätiologie und Diagnostik bei Beeinträchtigungen der Motorik und der körperlichen Entwicklung. In: Leonhardt, Annette; Wember Franz B. (Hrsg.): Grundfragen der Sonderpädagogik: Bildung – Erziehung – Behinderung; ein Handbuch. Weinheim: Beltz Verlag.
- Lin, Lung-Chung; Lee, Wie-Te; Wu, Hui-Chuan; Tsai, Chin-Lin; Wie, Rey-Chang; Jong, Yuh-Jyh; Yang, Rei-Cheng (2012): Mozart K.545 mimics Mozart k.448 in reducing epileptiform discharges in epileptic children. Evidence-Based Complementary And Alternative Medicine: Ecam, Volume 2012, Article ID: 607517, Hindawi Publishing Corporation.
- Lutz Hochreutener, Sandra (2009): Spiel – Musik – Therapie. Methoden der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe. Band 1 der Reihe: Praxis der Musiktherapie. Hrsg.: Decker-Voigt, Hans-Helmut; Schmidt, Hans-Ulrich; Timmermann, Tonius.
- Maguire, Melissa Jane (2012): Music and epilepsy: A critical review. Epilepsia; Volume 53, Issue 6, Pages 947-961. Summary. Webadresse: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1528-1167.2012.03523.x/abstract;jsessionid=03DDF016EA3BBF136E99F1A5D133F615.d03t02>. Zugriff: 30.03.13.
- Marotzki, Winfried (2003): Leitfadeninterview. In: Bohnsack, Ralf; Marotzki, Winfried; Meuser, Michael (Hrsg.), Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. Ein Wörterbuch. Opladen: Leske+Budrich.
- Matthes, Ansgar; Schneble, Hansjörg (1999): Epilepsien. Diagnostik und Therapie für Klinik und Praxis. 6., neubearb. Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Mayer, Hans (2011): Neuropsychologie der Epilepsien. Göttingen: Hogrefe.
- Mayer, Hans (1996): Epilepsie: Theoretische und praktische Aspekte eines Syndroms aus psychologischer Perspektive. In: Michels, Hans Peter (Hrsg.): Chronisch kranke Kinder und Jugendliche (S. 229-249). Tübingen: dgvt.
- Mentzos, Stavros (2010): Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen. 4., überarbeitete Auflage: Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mertens, Wolfgang; Waldvogel, Bruno (2002): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. 2., durchges. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2003a): Experteninterview. In: Bohnsack, Ralf; Marotzki, Winfried; Meuser, Michael (Hrsg.), Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. Ein Wörterbuch. Opladen: Leske+Budrich.
- Meuser, Michael (2003b): Inhaltsanalyse. Leitfadeninterview. In: Bohnsack, Ralf; Marotzki, Winfried; Meuser, Michael (Hrsg.), Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. Ein Wörterbuch. Opladen: Leske+Budrich.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (1991): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, Detlef; Kraimer, Klaus (Hrsg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Michels, Hans Peter (1996): Chronisch kranke Kinder und Jugendliche (S. 229-249). Tübingen: dgvt.
- Milch, Wolfgang (2002): Korrigierende emotionale Erfahrung – corrective emotional experience – expérience émotionnelle corigeante. In: Mertens, Wolfgang; Waldvogel, Bruno (Hrsg.): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer.
- Möller, Arnulf; Fröscher, Walter (Hrsg.) (1992): Psychische Störungen bei Epilepsie. Stuttgart: Thieme.
- Mombour, Werner (1992a): Klassifikation psychischer Störungen. In: Möller, Arnulf; Fröscher, Walter (Hrsg.): Psychische Störungen bei Epilepsie. Stuttgart: Thieme.
- Mombour, Werner (1992b): Aggressivität. In: Möller, Arnulf; Fröscher, Walter (Hrsg.): Psychische Störungen bei Epilepsie. Stuttgart: Thieme.
- Nissen, Gerhardt (1993): Anfallskrankheiten aus interdisziplinärer Sicht. Bern: Huber.
- Peters, Uwe H. (1993): Zur Psychopathologie der Epilepsie. In: Nissen, Gerhardt (Hrsg.): Anfallskrankheiten aus interdisziplinärer Sicht (S.133-139). Bern: Huber.
- Rockstroh, Brigitte; Elbert, Thomas (1989): Einsatzmöglichkeit klinisch-psychologischer Verfahren in der Behandlung von Epilepsien. In: Fröscher, Walter (Hrsg.) Aspekte der Epilepsie-Therapie (S. 11-21). Wien: Ueberreuter Wissenschaft.
- Sasse, Anke (2001): Integrative Musiktherapie mit anfallskranken Menschen. Musiktherapeutische Umschau, Band 22, 237-246.
- Sälke-Kellermann, Ritva A. (2009): Epilepsie bei Schulkindern. Schriften über Epilepsie, Band IV, Stiftung Michael: Hamburg.
- Schmitz, Bettina; Schöndienst, Martin (2006): Anfälle: Epilepsie und Dissoziation. Die Psychosomatik epileptischer und nicht-epileptischer Anfälle. In: Henningsen, Peter; Gündel, Harald; Ceballos-Baumann, Andreas (2006): Neuro-Psychosomatik. Grundlagen und Klinik neurologischer Psychosomatik. Stuttgart: Schattauer.
- Schmitz, Bettina; Trimble, Michael (2005): Psychiatrische Epileptologie: Psychiatrie für Epileptologen – Epileptologie für Psychiater; 1. Auflage. Stuttgart: Thieme.

- Schöndienst, Martin (2003): Vorbemerkung des Übersetzers. In: Krishnamoorthy, Ennapadam; Trimble, Michael; Blumer, Dietrich (2003): Klassifikation neuropsychiatrischer Störungen bei Epilepsien. Ein Vorschlag der „Sub-Commission on classification of the ILAE-Commission on epilepsy and psychobiology“. Übersetzt v. Martin Schöndienst. Zeitschrift für Epileptologie, Band 16 (1), Steinkopff. 62-66
- Schöndienst, Martin (2004): Vom Konstrukt der epileptischen Wesensänderung zu einer differenzierenden Erfassung der speziellen Psychopathologie und Psychodynamik bei Epilepsien. In: Vorträge. Zeitschrift für Epileptologie, Band 17 (2). Steinkopff. 155-156.
- Schulze-Bonhage, Andreas (2008): Dissoziative Anfälle. Semiologische Charakteristika – Differentialdiagnose. Lehrfilm. Hrsg.: Prof. Dr. A. Schulze-Bonhage, ärztl. Leiter des Epilepsiezentrums des Universitätsklinikums Freiburg. Freiburg: Streck Medien GmbH.
- Scicluna, Paula (2005): Sensorische Orchestration – Gelungene Organisation. In: Jochims, Silke (Hrsg.): Musiktherapie in der Neurorehabilitation. Bad Honnef: Hippocampus-Verlag.
- Sidler, Nikolaus (2002): Lebenslauf und private soziale Lebensformen. Soziologie-Vorlesung im Wintersemester 2002/03, Katholische Fachhochschule Freiburg.
- Stern, Daniel N. (2003): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stiftung Juliusspital Würzburg (2013): Epilepsieberatung. Epilepsien. Webadresse: <http://www.juliusspital.de/html/Epilepsie.htm>. Zugriff: 25.01.13
- Strian, Friedrich (1992): Pathogenese psychischer Störungen – die paroxysmale Angst. In: Möller, Arnulf; Fröscher, Walter (Hrsg.) (1992): Psychische Störungen bei Epilepsie. Stuttgart: Thieme.
- Vogel, Johanna (2012a): Praktikumsbericht 3. Praktikum in der Musiktherapie des Epilepsiezentrums der Diakonie Kork. Unveröffentlichte Studienarbeit an der Fachhochschule Frankfurt a. M..
- Vogel, Johanna (2012b): Experteninterview und Gruppendiskussion. Unveröffentlichte Studienarbeit der Fachhochschule Frankfurt a. M..
- Vogel, Johanna (2011a): Die Psychodynamik somatoformer autonomer Funktionsstörungen. Unveröffentlichte Studienarbeit an der Fachhochschule Frankfurt a. M..
- Vogel, Johanna (2011b): Spielregeln und Vorgehensweisen in der Kindermusiktherapie. In: Kulig, Julia; Schreinert, Sigrun; Vogel, Johanna: Spielregeln und Spielvorgaben in der Musiktherapie. Unveröffentlichte Studienarbeit.
- Wahrig Fremdwörterlexikon (2001), Hrsg.: Wahrig-Burfeind, Renate und Mitarbeiter. Gütersloh, Bertelsmann
- Weymann, Eckhard (2004): Zwischentöne. Psychologische Untersuchungen zur musikalischen Improvisation. Gießen: Imago, Psychosozial-Verlag
- Wickel, Hans Hermann (1998): Musikpädagogik in der sozialen Arbeit. Eine Einführung. Münster, Waxmann (Musik als Medium; Band 2)

Wolf, Peter; et al. (2003): Praxisbuch Epilepsien: Diagnostik – Behandlung – Rehabilitation. Stuttgart: Kohlhammer.

10. Anhangband – ausschließlich den Prüfern zugänglich

Im Anhangband sind die Transskripte der durchgeführten Experteninterviews MT 1 bis MT 6 sowie Interview 7 enthalten. Durch die Anonymisierung werden nicht nur die Interviewpartner selbst, sondern auch die Patienten geschützt, aus deren Therapieprozessen in den Interviews berichtet wurde.

11. Erklärung der Verfasserin

Hiermit versichere ich, dass ich die Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Gundelfingen im Breisgau, den 12. April 2013

Johanna Vogel