

Beziehungsaufbau mit minimally responsive patients – Musiktherapie in der Frührehabilitation mit Kindern

Einleitung

Jeder von uns empfindet es als selbstverständlich, sich äußern zu können – egal auf welcher Ebene – verbal, mimisch, gestisch. Doch was passiert, wenn all diese Ebenen plötzlich nicht mehr funktionstüchtig, ausgefallen bzw. nur noch minimal vorhanden sind?

Wie kann ich mich dann verständigen? Wie kann ich anderen mitteilen, wie es mir geht, wie ich mich fühle, was mich beschäftigt und was ich mir wünsche? Wie kann ich trotz des großen Mangels an Ausdrucksfähigkeit in Kontakt treten, eine Beziehung aufbauen und diese erleben? Diese Fragen nehmen in der musiktherapeutischen Arbeit mit minimally responsive Patienten, die durch ihre schweren Hirnläsionen den Verlust sämtlicher Kommunikationskanäle erlitten haben, einen zentralen Stellenwert ein.

In Hinblick darauf, dass „nicht selten nach Hirnläsionen Beziehungsstörungen bis hin zur Beziehungsverweigerung entstehen, bedarf es vor allem einer Therapieform, die an sozialer Interaktion, d.h. einer wachsenden Fähigkeit zur stabilen Beziehungsgestaltung, arbeitet“ (Jochims, 1992) – und genau an dieser Stelle sehe ich den Ansatzpunkt für die Musiktherapie.

Begriffsdefinition

Minimally responsive

“The term minimally responsive patient is not a diagnosis; it denotes a syndrome of severe cognitive and motoric limitation due to brain injury. It also includes persons functioning at a somewhat higher level than coma and vegetative state with voluntary movement and behaviour“ (O’Dell & Riggs, 1996, zitiert nach Berger, 2000).

Menschen im Wachkoma und auch im Koma verfügen über Wahrnehmungs- und Bewegungsprozesse, die jedoch auf einem niedrigen Niveau organisiert sind. Es kommt zu minimalen Äußerungen, minimalen Signalen des Patienten auf äußere Ereignisse, die als Beitrag zur sinnvollen Interaktion angesehen werden und die es als solche gilt zu verstehen. Es sind dies die Ressourcen des minimally responsive patient, zu denen vor allem vegetative Zeichen (Atmung, Puls, Herzschlag, Sauerstoffsättigung etc.), angedeutete Bewegungen und Lautieren zählen. Aber auch die Fähigkeit zur akustischen und taktilen Wahrnehmung sowie zur Gefühlswahrnehmung fallen in den Bereich der Ressourcen, die die Sprache des Patienten mitbestimmen und bilden.

Frührehabilitation

„Frührehabilitation ist integrierte, den Patienten frühzeitig und nahtlos begleitende interdisziplinäre Therapie mit wechselnden Schwerpunkten. [...] Frührehabilitative Maßnahmen sollen die Regenerationsfähigkeit und die verbliebene Plastizität des Gehirns intensiv nutzen um anschließend die weitere Rehabilitation fortzusetzen“ (Kuratorium ZNS, 1991, zitiert nach Berger, 2000).

Sämtliche gesetzte Maßnahmen in dieser Phase sollen dazu beitragen, die Entwicklung des Patienten zu fördern, was bedeutet, dass sich die jeweiligen Behandlungs- und Förderpläne am Patienten orientieren. Diese intensiven Fördermaßnahmen verlangen ein gut funktionierendes Team, das den Patienten in den Mittelpunkt seiner Arbeit stellt. Dieses Team muss lernen, das eigentliche Problem des Patienten zu erkennen und nicht nur seine einzelnen Defizite. „[Denn] Integration bedeutet die Wiederherstellung eines Ganzen, die Verbindung einer Vielfalt zu einer Einheit, den Prozeß, der ein selbständiges Nebeneinander zu einem übergeordneten Ganzen zusammenschließt“ (Lipp & Schlaegel, 1996).

Falldarstellung

Im zweiten Jahr meiner Ausbildung zur Musiktherapeutin lernte ich Matthias kennen, einen damals 2-jährigen Jungen, der aufgrund eines Ertrinkungsunfalles eine zerebrale Hypoxie erlitten hat. Matthias befand sich zum Zeitpunkt des Kennenlernens in der Phase der Frührehabilitation, in der er als minimally responsive patient eingestuft wurde.

Meine erste Begegnung mit Matthias löste in mir sehr unterschiedliche Gefühle aus – einerseits lag ein reizender kleiner Junge mit großen Augen und langen Wimpern vor mir und ich war ganz entzückt – andererseits lag hier aber auch ein kleiner Junge mit einer Tetraspastik, der vermutlich nicht mehr sehen konnte, dessen einzige Lautäußerungen Schmatzlaute und leise Laute in Verbindung mit der Ausatmung waren und der bis zu seiner Shunt-Operation unter starken zerebralen Krampfanfällen litt – ich verspürte Traurigkeit und auch Mitleid.

Die nun folgende Therapiezeit von 20 Stunden erfolgte am Krankenbett von Matthias und gestaltet sich in drei Beziehungsphasen, die nun beschrieben werden.

Orientierungsphase

Die erste Therapiephase erstreckt sich von der ersten bis zur zehnten Stunde und ist vorerst geprägt durch die zerebralen Krampfanfälle von Matthias, welche sich in der therapeutischen Beziehung durch Unsicherheit und Hilflosigkeit bemerkbar machen. Matthias atmet schwer und ruckartig, sein Körper ist meist angespannt und verkrampft und auch ich merke immer wieder, wie sich meine Körperhaltung und meine Atmung verkrampfen. Ich stelle fest, dass Matthias den Klängen und sonstigen Geräuschen im Zimmer nicht folgt, nicht mit den Augen, nicht mit dem Kopf (den Ohren) – wie nimmt er wahr, was nimmt er wahr? Kann er die angebotenen Reize überhaupt aufnehmen, verarbeiten? Ich bekomme immer mehr das Gefühl, dass Matthias nicht weiß, was rund um ihn passiert, sodass Hilflosigkeit und Orientierungslosigkeit zu den vorrangigsten Gegenübertragungsgefühlen zählen. Mir erscheint es, als ob Matthias kein Vertrauen, kein Urvertrauen, mehr besitzt. Jegliche Berührung – ob akustisch, also psychisch, oder physisch – löst Angst aus.

Nach einiger Zeit wird ersichtlich, dass körperliche Veränderungen von Matthias, vor allem der Wechsel zwischen Anspannung und Entspannung, mit dem musikalischen Angebot korrelieren. Matthias reagiert nun also offensichtlich und sehr eindrücklich auf musikalische Veränderungen – er bemerkt, dass jemand da ist für ihn und etwas für ihn macht – ein erster Schritt der Annäherung.

Diese Annäherung wird unterbrochen, da bei Matthias eine Shunt-Operation vorgenommen wird, woraufhin er in den darauffolgenden Therapiestunden beinahe immer schläft und in den

kurzen Wachphasen sehr sediert wirkt (Medikamenteneinfluss). Nachdem einige Weckversuche fehlschlagen, lasse ich Matthias in den Stunden auch schlafen, vertraue darauf, dass er dennoch etwas wahrnimmt und betrachte den Schlaf als notwendig für Matthias. Musikalisch stütze und begleite ich ihn.

Hier endet die erste Phase der Therapie und es stellt sich die Frage nach den vorrangigen Themen, Zielen und die daraus abzuleitenden Interventionen dieser Zeit.

An oberster Stelle steht in dieser Phase die Orientierungslosigkeit des Patienten. Durch die schweren Hirnläsionen ist es dem Patienten nicht mehr möglich, Reize adäquat aufzunehmen und zu verarbeiten, wodurch Unsicherheit und Angst ausgelöst werden.

Die Fähigkeit der Reizverarbeitung spielt bereits im Säuglingsalter eine wichtige Rolle. So beschreibt Daniel Stern, dass der Säugling in der Selbstempfindungsphase des auftauchenden Selbst die Fähigkeit besitzt, Reize verknüpfen und integrieren zu können. Diese Fähigkeit, alle Reize sinnvoll zu verarbeiten, ist Voraussetzung dafür, um Selbstwahrnehmung als Basis für die Fähigkeit zur zwischenmenschlichen Beziehung entwickeln zu können (vgl. Stern, 2000).

Weiters hat sich Matthias' Welt durch den Unfall total verändert, wodurch ich glaube, dass das Urvertrauen von Matthias einen starken Einbruch erlitten hat. Auch Silke Jochims beschreibt in ihrer Arbeit mit schädel-hirnverletzten Menschen, dass der Aufbau eines neuen Urvertrauens ein zentrales Thema in der Therapie ist (vgl. Jochims, 1990). Das Urvertrauen, oder Grundvertrauen, wie es Hillarion Petzold nennt, als Quelle innerer Sicherheit, ist notwendig, um sich der Welt öffnen zu können (vgl. Petzold, 1987). In einer angsterfüllten, hilflosen, orientierungslosen Atmosphäre ist es nicht möglich, sich zu öffnen, zu lernen, sich zu entwickeln.

Davon ausgehend stehen in dieser Phase die Förderung der Reizverarbeitung, im weiteren Sinne die Entwicklung eines auftauchenden Selbst, und der Wiederaufbau des eingestürzten Urvertrauens im Vordergrund der Zielsetzungen. Die Methodik zielt darauf ab, Sicherheit und Orientierung zu vermitteln, Reize zu verknüpfen, eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen und Halt zu geben.

Wesentliche Interventionstechniken sind:

- Rituale: Begrüßungs- und Abschiedslied, um der Stunde einen Rahmen zu geben – den Rahmen für den geschützten Raum der Therapiestunde, in dem der Patient ausprobieren, sich entdecken und Vertrauen aufbauen kann.
- Strukturierung der Stunde: Phasen einführen – ich nenne sie Aktive Phasen und Ruhephasen – um Orientierung und Halt zu schaffen, um das Wiedererkennen zu ermöglichen.
- Kommentieren: die Geschehnisse im Raum und das eigene Tun kommentieren und ankündigen, um ein angstfreies Klima zu schaffen und für den Patienten die einströmenden Reize ein Stück weit zu ordnen, ihm Orientierung geben.
- Resonanz schaffen: „Der Therapeut versucht sich als Gefäß zur Verfügung zu stellen, in dem er das Kind in seinem augenblicklichen Zustand auffängt“ (Schumacher, 1994). „Wenn der Patient spürt, daß seine Gefühle akzeptiert und in dieser Weise „aufgefangen“ (held) werden, dann kann er später selbst spüren und „halten“ (contain)“ (Bion in Priestley, 1983). Dieses Auffangen oder auch Aufnehmen findet oft in Form eines Situationsliedes, einer Situationsmusik (instrumental) statt.

- „regressiv symbiotisches Beziehungsangebot“: Ist nach Jochims die Arbeit mit der Stimme, indem sie Kinder-, Wiegen-, Abend- und Weihnachtslieder singt. Ihrer Meinung nach vermittelt nichts so viel an Nähe und Geborgenheit, Wärme und Urvertrauen wie die eigene Stimme (vgl. Jochims, 1990).

Das musikalische Angebot in dieser Zeit ist vor allem stützend und begleitend, die Melodien bewegen sich in kleinen Tonumfängen, sind ruhig und fließend und wiederholen sich stets. Kurze einfache Melodien, die einen Bezug zum Tun des Patienten herstellen und sich zur Wiederholung eignen, stehen im Vordergrund.

Beziehung zu sich

Die nun folgende Therapiephase „Beziehung zu sich“ umfasst die elfte bis fünfzehnte Stunde. Sie schließt an die Ergebnisse der ersten Phase an, d.h. wenn der Patient Vertrauen in seine „neue“ Welt, in seine Umgebung, in die Therapie gefasst hat, wenn er sich orientieren kann und die ihm angebotenen Reize ein Stück weit für sich ordnen kann, wird es dem Patienten möglich sein, erstmal seine Wahrnehmung auf sich selbst zu richten.

In dieser Zeit erlebe ich Matthias nach seiner längeren „Schlafphase“ der ersten Therapieperiode überraschend aktiv und lebendig. Es scheint ihm besser zu gehen, seine zerebralen Krampfanfälle haben nachgelassen, seine Atmung wird ruhiger und tiefer. Auffallend ist vor allem seine gesteigerte Wachsamkeit, Aufmerksamkeit und Konzentration. Seine Augen sind weit geöffnet und bewegen sich hin und her, was ich als ein Zeichen für Interesse verstehe. Auch wird eine innere Spannung zwischen Matthias und mir spürbar. Hin und wieder schläft Matthias ein, vor allem wenn ich auf der Leier spiele, jedoch kehrt er nach einiger Zeit wieder zurück, sodass ich seine Schlafphasen als Rückzug ansehe, die jedoch keinen Rückschritt in der Beziehung bedeuten. Es ist deutlich weniger Angst vorhanden, meine strukturierten und wiederholten Angebote werden Matthias immer vertrauter und er beginnt darauf mittels minimaler Bewegungen und Schmatzlauten zu reagieren.

Durch das angstfreie Klima lässt sich Matthias nun immer mehr auch körperlich berühren und Körperarbeit wird möglich. Er folgt mit Spannung den Berührungen, er taucht in die Beziehung ein. Diese Intensivierung erfordert es auch, dass ich Matthias mit mehr Angeboten konfrontiere, sodass ich neue Instrumente in die Therapie einbaue, deren Klänge er aufmerksam verfolgt.

Thematisch steht in dieser Phase der verbesserte Gesundheitszustand von Matthias im Vordergrund, der ein gesteigertes Reizangebot erfordert. Wichtigster Punkt ist hier die Körperarbeit.

Körperkontakt ist für die menschliche Entwicklung von großer Bedeutung. Das Gefühl der Identität entsteht aus dem Gefühl des Kontaktes zum Körper. Um zu wissen, wer er ist, muss dem Menschen auch gegenwärtig bewusst sein, was er empfindet. Stern beschreibt, dass der Säugling in der Selbstempfindungsphase des Kern-Selbst über ein integriertes Empfinden seiner selbst als Körperliches Wesen, das vom anderen getrennt ist, verfügt. Er erlebt sich als gegenüber dem Anderen und in Gemeinschaft mit dem Anderen (vgl. Stern, 2000).

Bin ich also in der Lage mich selbst wahrzunehmen, gelingt es mir auch meine Wahrnehmung auf ein Gegenüber zu richten, bzw. dieses Gegenüber auch als von mir getrennt zu erleben. Da nun bei minimally responsive patients die Körperwahrnehmung, ihre Selbstwahrnehmung

aufgrund der schweren Hirnläsionen schwer beeinträchtigt ist, gilt es, gezielt eine diesbezügliche Wahrnehmungsentwicklung, die Entwicklung ihres Kern-Selbst, zu unterstützen.

Folgende Methodik ist wesentlich:

- Körperlieder: besingen von Körperteilen mit einhergehender Berührung des Körperteils, um die Wahrnehmung und das Erleben im Sinne von „das gehört zu mir, hier sind meine Grenzen“ oder „ich bin der, der diese Finger bewegen kann“ zu ermöglichen, um zu entspannen, um Halt zu vermitteln.
- Fingerspiele: entsprechen den Zielen der Körperlieder.
- Vibration: bietet eine zusätzliche taktile Wahrnehmung und geht dabei schon etwas unter die Haut. So lege ich beispielsweise die Leier an einen Körperteil, während ich darauf spiele.
- Imitation: Es geht um die Erfahrung „höre, das machst du, das bist du“, damit der Patient eine Beziehung zu sich und zu seinem Tun herstellen kann, z. B. Imitation von Lautäußerungen (vgl. Schumacher, 2000).
- Echo-Gegenübertragung: Mary Priestley beschreibt sie als reaktive Form der Gegenübertragung. Sie ist das Phänomen mit dem der Musiktherapeut arbeitet, wenn er die verborgenen Gefühle des Patienten zum musikalischen Ausdruck bringt. Dies führt zum Erlebnis des Patienten „ich höre, was ich spüre“ (vgl. Priestley, 1983).
- Polster und Lagerung: Hier geht es darum, dem Patienten durch den Einsatz von Polstern und durch eine angenehme Liegeposition zu einer generell besseren Körperwahrnehmung zu verhelfen (vgl. Fröhlich, 1991).

Interventionen haben in dieser Phase zum Ziel, Bezug zu sich, Bezug zu seinem eigenen Körper, zu seinem eigenen Tun und eigenen Ausdruck herzustellen. Wichtig ist, dass die Körperarbeit erst dann möglich ist, wenn der Patient Vertrauen gefasst hat und ein angstfreies Klima besteht.

Beziehung zum Anderen

Die Zeit von der sechzehnten bis zur letzten, der zwanzigsten Stunde, ist durch ein starkes Vertrauen zwischen Matthias und mir gekennzeichnet. Matthias reagiert durch gesteigerte motorische Aktivitäten und durch Schmatzen auf meine Angebote und initiiert von sich aus Kontakt. Ich habe den Eindruck, dass er meine Angebote differenzierter wahrnimmt, feinfühler und anspruchsvoller geworden ist.

Matthias kennt nun meine Angebote, weiß wie und womit ich auf seine Äußerungen eingehe und umgekehrt. Er konnte soviel Vertrauen aufbauen, dass er von sich aus in Kontakt tritt und diesen Kontakt auch mitgestaltet, wodurch wir uns auf die Ebene von gelebter Interaktion hinbewegen. Gleichzeitig darf ich in dieser Zeit nicht darauf vergessen, dass das Ende der Therapie naht und somit muss auch der Abschied vorbereitet werden, was ab der 18. Stunde passiert.

In dieser Phase wird deutlich ersichtlich, dass Matthias ein inneres Bild von mir gewonnen hat. Er erkennt mich von Stunde zu Stunde wieder und zeigt dies z. B. durch eine affektive Reaktion (Lächeln) bei der Begrüßung.

Stern beschreibt mit der Selbstempfindungsphase des Subjektiven Selbst jene Entwicklungsphase, in der der Säugling entdeckt, dass er ein Seelenleben besitzt und dies auch auf andere

zutritt. Er bemerkt, dass die innerlichen subjektiven Erfahrungen, der Inhalt von Gefühlen und Gedanken mit anderen geteilt werden können. Und diese Erfahrung macht auch ein minimally responsive patient innerhalb dieser dritten Phase. Matthias konnte eine Beziehung zu mir aufbauen und ist nun in der Lage interaktiv diese Beziehung zu erleben und mitzugestalten. Kennzeichnend dafür sind die Fähigkeiten zur:

- Interattentionalität: Aufmerksamkeit und Konzentration sind auf ein gemeinsames Objekt gerichtet.
- Interintentionalität: bezeichnet das gegenseitige Verständnis für Absichten und Motive.
- Interaffektivität: ist die Fähigkeit affektive Zustände gemeinsam zu erleben, auf der Basis sozialer Rückversicherung und Affektabstimmung.

Hier angelangt, befinden wir uns mitten in lebendiger Beziehungsgestaltung. Der Patient wird aktiv, initiativ und gestaltet die Beziehung interaktiv mit. „[Interventionen haben nun] nicht mehr den tragenden, stützenden und spiegelnden Charakter, sondern zielen auf Interaktion, auf die Fähigkeit, Geben und Nehmen zu können, ab“ (Schumacher, 2000). Der Ausdruck des Patienten bekommt einen kommunikativen und bewussten Mitteilungscharakter. Sich als ein anderer, ein Gegenüber, als eigene Person hör-, sicht- und spürbar zu machen und dadurch Interaktion zu ermöglichen, ist das Ziel dieser Phase (vgl. Schumacher, 2000).

Methodik und Interventionen dieser Phase sind:

- Iso-Prinzip nach Rolando Benenzon (1983): Das Iso-Prinzip ist Ausgangspunkt meines therapeutischen Tuns, also auch wenn es um die Entstehung von Interaktion geht. Ich be-gebe mich auf die Ebene des Patienten, was bedeutet, dass ich seine Tagesverfassung er-kunde (ist er erschöpft, müde, aufmerksam, lebendig,...), die Atmosphäre im Kranken-zimmer wahrnehme (sind Zimmerkollegen da, die z. B. eine schwere Atmung haben, oder abgesaugt werden müssen - ist es dadurch unruhig, laut,...) und im Sinne der Gegenüber-tragung den emotionalen Raum wahrzunehmen versuche (gesteigerter Atemrhythmus – ist Angst oder Unruhe spürbar?). Aufgrund dieser Eindrücke und in der Abstimmung auf den Patienten (vgl. Affektabstimmung) entsteht die Musik, die ich ihm anbiete (z. B. Singen im Atemrhythmus als erste Annäherung). Wichtig ist, Spielangebote zu finden, die in ih-rer Form einfach, klar und wiederholbar sind, um eine musikalische Basis aufzubauen, die Vertrauen schafft.
- Reaktionen wahrnehmen, erkennen und darauf reagieren als Interventionsform, um eine Verbindung zum Tun des Patienten herzustellen und Aufmerksamkeit zu erregen, ihn neugierig zu machen. Entwickelt sich so eine Spielform, die anregend genug ist, wird sie auch vom Patienten zur Wiederholung gewünscht.
- Affektabstimmung: Bekannt aus der Mutter-Kind-Interaktion, mit dem Ziel „eine Verbin-dung seelischer Zustände herzustellen und der Gemeinsamkeit des inneren Erlebens Aus-druck zu verleihen“ (Schumacher, 2000).
- Gestaltung der Spielform: Damit die Beziehung lebendig bleibt, muss sie gestaltet wer-den. Folglich ist es wichtig, gefundene Spielformen immer wieder auszudifferenzieren, zu erweitern, um die Interaktion fortzugestalten und dem Patienten eine Weiterentwicklung zu ermöglichen.

Schlussbetrachtung

Der Mensch braucht Beziehung.

Martin Buber formulierte zu Beginn des letzten Jahrhunderts eine fundamentale Weisheit: „Der Mensch wird am Du zum Ich“ (Buber, 1984).

„Das was mich als Person ausmacht, entfaltet sich dadurch, daß ich immer mit anderen in Beziehung trete. [...] Um ich selbst sein zu können, bin ich existentiell auf ein Gegenüber angewiesen, das seinerseits bereit ist, sich auf mich einzulassen [...]“ (Staemmler, 1993).

Der Mensch braucht also Kontakt, Beziehung und Begegnung, um sich zu entwickeln, um zu wachsen.

In der Musiktherapie sehe ich nun eine Begegnungsform, die dem Patienten die Möglichkeit, die Chance bietet, in Kontakt zu treten. Ich als Musiktherapeutin biete dem Patienten eine Beziehung an und gleichzeitig gehe ich davon aus, dass der Patient die Fähigkeit besitzt, eine Beziehung einzugehen. Diese kontakterwartende Haltung bezeichnet Karin Schumacher (1994) als positive Hypothese, vergleichend dazu findet sich bei Petzold (1987) der Begriff der unterstellten Intersubjektivität. Der Therapeut handelt aus dem Wissen heraus, dass mit dem jeweiligen Patienten eine Beziehung möglich ist, auch wenn dies noch so entfernt erscheint. Der Therapeut vertraut auf das prinzipielle Können des Patienten und ermöglicht es ihm damit, sich leichter zu öffnen.

Somit sehe ich in der Musiktherapie vor allem eine Begegnungsform, die den Patienten als Menschen meint und nicht seine Funktionen und Defizite in den Vordergrund stellt. Der Patient kann bleiben wie und wer er ist, und sich dennoch mit der Umwelt verbinden (vgl. Gustorff & Hannich, 2000).

Dies bedeutet abschließend, dass der musiktherapeutische Ansatz, den ich hier vertrete, die methodischen Vorgehensweisen und Richtungen der Ressourcenorientierung, der Prozessorientierung und der Arbeit im Hier und Jetzt in den Vordergrund stellt.

Durch die Musiktherapie wird es möglich eine therapeutische Beziehung aufzubauen, innerhalb der sich der Patient ausdrücken und einfach sein kann, auch wenn er keine Worte besitzt.

Literatur

- Benenzon, Rolando (1983). *Einführung in die Musiktherapie: Mit einem Vorwort von Gertrud Orff*. München: Kösel.
- Berger, Ernst (2000). Die SDKHT in der neurologischen Rehabilitation: Ein Paradigmenwechsel und die Schwierigkeit der Etablierung von Kooperation und Kompetenztransfer. In Peter Rödler, Ernst Berger & Wolfgang Jantzen (Hrsg.), *Es gibt keinen Rest! - Basale Pädagogik für Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen* (S. 127-138). Berlin: Luchterhand.
- Buber, Martin (1984). *Das Dialogische Prinzip* (5. Aufl.). Heidelberg: Lambert Schneider.
- Fröhlich, Andreas (1991). *Basale Stimulation*. Düsseldorf: verlag selbstbestimmtes leben.
- Gustorff, Dagmar & Hannich, Hans-Joachim (2000). *Jenseits des Wortes: Musiktherapie mit komatösen Patienten auf der Intensivstation*. Bern: Hans Huber.
- Jochims, Silke (1990). Singend miteinander verbunden sein...: Die Stimme im Zentrum der Therapie bei neurologischen Erkrankungen in der Frühphase. *Musiktherapeutische Umschau*, 11, 127-131.
- Jochims, Silke (1992). Emotionale Krankheitsverarbeitungsprozesse in der Frühphase erworbener zerebraler Läsionen. *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie*, 3, 129-13.
- Jochims, Silke (1994). Kontaktaufnahme im Frühstadium schwerer Schädel-Hirn-Traumen: Klang als Brücke zum verstummten Menschen. *Krankengymnastik (KG)*, 46(10), 1316-1323.

Beziehungsaufbau mit minimally responsive patients

- Lipp, Berthold & Schlaegel, Wolfgang (1996). „*Wege von Anfang an*“: *Frührehabilitation schwerst hirngeschädigter Patienten*. Villingen-Schwenningen: Neckar.
- Petzold, Hillarion (Hrsg.) (1987). *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung*. Paderborn: Junfermann.
- Priestley, Mary (1983). *Analytische Musiktherapie: Vorlesungen am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Schumacher, Karin (1994). *Musiktherapie mit autistischen Kindern: Musik-, Bewegungs- und Sprachspiele zur Integration gestörter Sinneswahrnehmung*. Stuttgart: Fischer.
- Schumacher, Karin (2000). *Musiktherapie und Säuglingsforschung: Zusammenspiel. Einschätzung der Beziehungsqualität am Beispiel instrumentalen Ausdrucks eines autistischen Kindes* (2. Aufl.). Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Staemmler, Frank (1993). *Therapeutische Beziehung und Diagnose: Gestalttherapeutische Antworten*. München: J. Pfeiffer.
- Stern, Daniel (2000). *Die Lebenserfahrung des Säuglings* (7. Aufl.). Stuttgart: Klett Cotta.