

utb.

Decker-Voigt | Oberegelsbacher  
Timmermann

# Lehrbuch Musiktherapie

3. Auflage

**Tonius Timmermann**  
**Hans-Helmut Decker-Voigt**  
**Dorothea Oberegelsbacher**  
**Lehrbuch Musiktherapie**

**Аннотация**

Das Lehrbuch stellt die theoretischen Grundlagen, Behandlungstechniken und klinischen Anwendungen der Musiktherapie umfassend dar. Der Aufbau des Werkes folgt der Entwicklung des Menschen – vom intrauterinen Klangraum angefangen bis zum letzten Lebensabschnitt – und der Rolle der Musik als Therapeutikum darin. Erläutert werden u. a. Setting, Wirkfaktoren, Indikationen und Instrumentarium. Die praktische Anwendung wird für verschiedene Alters- und Entwicklungsstufen mit je typischen Störungsbildern und Konflikten beschrieben und mit vielen Falldarstellungen illustriert. Ein Ausblick auf Forschungsfragen und Entwicklungstrends und ein Überblick über Ausbildung und Organisationen runden das Werk ab



utb 3068

Eine Arbeitsgemeinschaft der Verlage

Böhlau Verlag · Wien · Köln · Weimar

Verlag Barbara Budrich · Opladen · Toronto

facultas · Wien

Wilhelm Fink · Paderborn

Narr Francke Attempto Verlag · Tübingen

Haupt Verlag · Bern

Verlag Julius Klinkhardt · Bad Heilbrunn

Mohr Siebeck · Tübingen

Ernst Reinhardt Verlag · München

Ferdinand Schöningh · Paderborn

Eugen Ulmer Verlag · Stuttgart

UVK Verlag · München

Vandenhoeck & Ruprecht · Göttingen

Waxmann · Münster · New York

wbv Publikation · Bielefeld

Hans-Helmut Decker-Voigt

Dorothea Oberegelsbacher

Tonius Timmermann

Lehrbuch Musiktherapie

3., aktualisierte Auflage

Mit 8 Abbildungen und 4 Tabellen

Ernst Reinhardt Verlag München

Prof. Dr. Dr. h. c. mult. *Hans-Helmut Decker-Voigt*, 1990–

2010 Direktor des Instituts für Musiktherapie der Hochschule für Musik und Theater Hamburg, seitdem dort Senior-Professor in der Lehre und Forschung für Künstlerische Therapien, Gast- und Stiftungsprofessuren in USA, Japan, Ungarn, Estland, Russland, Gründungsherausgeber der Zt. „Musik und Gesundsein“, freier Schriftsteller. [www.decker-voigt-archiv.de](http://www.decker-voigt-archiv.de)

Von Hans-Helmut Decker-Voigt außerdem im Ernst Reinhardt Verlag lieferbar: „Schulen der Musiktherapie“ (ISBN 978-3-497-01574-0) und „Mit Musik ins Leben“ (ISBN 978-3-497-01928-1).

Dr. Mag. *Dorothea Oberegelsbacher* lehrt Musiktherapie an der Universität für Musik und darstellende Kunst, Wien, und Psychotherapie an der Sigmund Freud Privat-Universität, Wien. Niedergelassene Musiktherapeutin und Psychotherapeutin.

Prof. Dr. *Tonius Timmermann*, leitete die Berufsbegleitende Musiktherapieausbildung am Freien Musikzentrum München und den Masterstudiengang an der Universität Augsburg. Zahlreiche Veröffentlichungen. Freie Praxis in München und Wessobrunn. Nähere Informationen unter [www.timmermann-domain.de](http://www.timmermann-domain.de)

Bibliografische Information der Deutschen

Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der

Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

UTB-Band-Nr.: 3068

ISBN 978-3-8252-5295-3

© 2020 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in EU

Einbandgestaltung: Atelier Reichert, Stuttgart

Foto auf S. 51 von Ulrike Höhmann, Haslach

Satz: ew print & medien service gmbh, Würzburg

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München

Net: [www.reinhardt-verlag.de](http://www.reinhardt-verlag.de) E-Mail: [info@reinhardt-](mailto:info@reinhardt-verlag.de)

[verlag.de](http://www.reinhardt-verlag.de)

Inhalt

**Vorwort**

**Einleitung**

# IGrundlagen

## 1Definition

von Dorothea Oberegelsbacher

## 2Praxisfelder und Indikation

von Tonius Timmermann und Dorothea Oberegelsbacher

## 3Forschungsstand Musiktherapie

von Dorothea Oberegelsbacher und Tonius Timmermann

## 4Forschungsstand Musikmedizin und Musikpsychologie

oder: „Das Gehirn hört mehr als die Ohren“

von Hans-Helmut Decker-Voigt

## 5Das Instrumentarium: Streicheln und Ermorden –

Musikinstrumente: ihr Appell, ihre Symbolik

von Hans-Helmut Decker-Voigt

## 6Praxeologie

von Tonius Timmermann

## 7Improvisation

von Tonius Timmermann

## 8Rezeption

von Tonius Timmermann

## 9Das Wort in der Musiktherapie

von Tonius Timmermann

## 10Anthropologische und ethnologische Aspekte

von Tonius Timmermann

## 11Historische Aspekte

von Tonius Timmermann

## 12Die Musiktherapie der Gegenwart

von Dorothea Oberegelsbacher und Tonius Timmermann

13 Zusammenfassung

von Dorothea Oberegelsbacher, Tonius Timmermann und

Hans-Helmut Decker-Voigt

II Mensch und Musik: Lebenszyklen – Klinische Praxis –

Theoriemodelle

14 Der pränatale Raum oder: „An-Stoß und An-Spiel“

14.1 Normalverlauf und Störungsmöglichkeiten

14.1.1 Der ungestörte Schwangerschaftsverlauf unter  
Aspekten der Entwicklungspsychologie und der Rolle der Musik

von Hans-Helmut Decker-Voigt

14.1.2 Pränatale Prävention

von Dorothea Oberegelsbacher

14.2 Beispiele aus der klinischen Praxis – Musiktherapie mit  
belasteten Schwangeren

von Dorothea Oberegelsbacher

14.3 Theoriebildung

von Dorothea Oberegelsbacher

15 Der perinatale, postnatale und präverbale Raum (0–2):  
„Da, da, da“

15.1 Normalverlauf und Störungsmöglichkeiten

15.1.1 Normalverlauf unter Aspekten der  
Entwicklungspsychologie und der Rolle der Musik

von Hans-Helmut Decker-Voigt

15.1.2 Störungsmöglichkeiten

von Dorothea Oberegelsbacher

## 15.2 Beispiele aus der klinischen Praxis

### 15.2.1 Musiktherapie in der Neonatologie

von Dorothea Oberegelsbacher

### 15.2.2 Musiktherapie mit einem sog. „Schrei-Baby“

von Dorothea Oberegelsbacher

### 15.2.3 Musiktherapie mit einem autistischen Patienten

von Dorothea Oberegelsbacher

## 15.3 Theoriebildung

### 15.3.1 Die Sphäre des Traumatischen in der Musiktherapie

von Dorothea Oberegelsbacher

### 15.3.2 Narzissmus: Wer klingt am schönsten im ganzen

Land?“

von Hans-Helmut Decker-Voigt

### 15.3.3 Das Spezifische des Nonverbalen in den künstlerischen

Psychotherapien und die Rolle der Musiktherapie

von Tonius Timmermann

## 16 Kleinkindphase (2–6): „Alle meine Entchen“

### 16.1 Normalverlauf und Störungsmöglichkeiten

von Hans-Helmut Decker-Voigt

### 16.2 Ein Beispiel aus der klinischen Praxis – Musiktherapie

mit einem vierjährigen Mädchen nach dem Tod der Mutter

von Tonius Timmermann

## 16.3 Theoriebildung

### 16.3.1 Theorien zum Kleinkindalter von Kohut, Erikson,

Piaget und Winnicott: „Kindsein hat viele Theorieväter“

von Hans-Helmut Decker-Voigt

## 16.3.2 Entwicklungsretardierungen

von Dorothea Oberegelsbacher

## 17 Späte Kindheit (6–12)

### 17.1 Normalverlauf und Störungsmöglichkeiten

von Tonius Timmermann

### 17.2 Beispiele aus der klinischen Praxis

von Hans-Helmut Decker-Voigt

#### 17.2.1 Musiktherapie mit Trennungskindern

#### 17.2.2 Musiktherapie mit einem elfjährigen Jungen

#### 17.2.3 Musiktherapie bei einem sexuell missbrauchten

Mädchen

#### 17.2.4 Gruppenmusiktherapie mit kriegstraumatisierten

Kindern

*von Tonius Timmermann*

### 17.3 Theoriebildung

von Tonius Timmermann

## 18 Pubertät (12–16): „Weder Fisch noch Fleisch“

### 18.1 Normalverlauf und Störungsmöglichkeiten

von Hans-Helmut Decker-Voigt

### 18.2 Beispiele aus der klinischen Praxis

#### 18.2.1 Musiktherapie mit einem 14-jährigen magersüchtigen

Mädchen

*von Tonius Timmermann*

#### 18.2.2 Musiktherapie mit einem 16-jährigen

verhaltensauffälligen Jungen

*von Tonius Timmermann*

18.2.3 Musiktherapie mit einer 15-jährigen Patientin mit  
Schädel-Hirn-Trauma

*von Tonius Timmermann*

18.2.4 Gruppenmusiktherapie mit geistig behinderten  
Jugendlichen

*von Dorothea Oberegelsbacher*

18.3 Theoriebildung: „Vom Kindsein im Erwachsenwerden“

von Hans-Helmut Decker-Voigt

19 Adoleszenz (16–28)

19.1 Normalverlauf und Störungsmöglichkeiten

von Dorothea Oberegelsbacher

19.2 Beispiele aus der klinischen Praxis

19.2.1 Musiktherapie mit einer 26-jährigen bulimischen  
Patientin

*von Tonius Timmermann*

19.2.2 Gruppenmusiktherapie in der stationären  
Jugendpsychiatrie

*von Tonius Timmermann*

19.2.3 Musiktherapie mit einem schizophrenen Mann

von Dorothea Oberegelsbacher

19.3 Theoriebildung

von Dorothea Oberegelsbacher

20 Mittlere Lebensphase (28–60)

20.1 Normalverlauf und Störungsmöglichkeiten

von Tonius Timmermann

20.2 Beispiele aus der klinischen Praxis

20.2.1 Musiktherapie mit einer 29-jährigen bulimischen Patientin

von *Tonius Timmermann*

20.2.2 Musiktherapie mit einer forensischen Patientin

von *Tonius Timmermann*

20.2.3 Dora – Eine musiktherapeutische Aufstellungsarbeit

von *Tonius Timmermann*

20.2.4 Gruppenmusiktherapie in der stationären Behandlung von Alkoholkranken

von *Dorothea Oberegelsbacher*

20.2.5 Musiktherapie mit einer Dialysegruppe

von *Hans-Helmut Decker-Voigt*

20.3 Theoriebildung: Systemische Grundorientierung in der Erwachsenen-therapie und Aufstellungsarbeit

von *Tonius Timmermann*

21 Senium (60–75)

21.1 Normalverlauf und Störungsmöglichkeiten

von *Dorothea Oberegelsbacher*

21.2 Beispiele aus der klinischen Praxis

21.2.1 Ein Lebenslauf – musikalisch betrachtet

von *Tonius Timmermann*

21.2.2 Eine Fallvignette aus der Einzelmusiktherapie mit einer neurologisch erkrankten Patientin

von *Hans-Helmut Decker-Voigt*

21.3 Theoriebildung

von *Tonius Timmermann*

22 Letzter Lebensabschnitt (ab 75)

22.1 Normalverlauf und Störungsmöglichkeiten

von Tonius Timmermann

22.2 Ein Beispiel aus der klinischen Praxis – Musiktherapie in

einem Hospiz

von Tonius Timmermann

22.3 Theoriebildung

von Tonius Timmermann

III Berufsprofile – Ausblicke – Vernetzungen

23 Berufliche Identität

von Dorothea Oberegelsbacher

24 Musiktherapie – Psychotherapie – Ausblick auf die

Forschung

von Tonius Timmermann

25 Aspekte zu den Musiktherapie-Ausbildungen vor dem

Hintergrund der Entwicklungen im Rahmen der EU

von Hans-Helmut Decker-Voigt

**Schlussakkord:** „Lieber Herr Kohl ...“ – Friedrich Fröbel

im Jahre 1847 an den Komponisten Robert Kohl 306

**Literatur**

**Anhang: Adressen von Ausbildungstätten und**

**Organisationen**

**Sachregister**

[Vorwort](#)

Persönliches von drei Personen ... denn Sie könnten dem

Irrtum verfallen, ein „Lehrbuch“ versammele alles gegenwärtige

Wissen zu einem Fach, hier: zur Musiktherapie. Nicht einmal an Lexika oder Handbücher kann dieser Anspruch gestellt werden, obwohl der Anspruch „Lehrbuch“ die Denkrichtung hin zu einem Buch mit enzyklopädischem Wissensinhalt auslöst. Irrtümlicherweise. Lehrbücher zeigen auch immer nur Ausschnitte. Unser Anspruch ist am besten zu umreißen mit einem Zitat von Antoine de Saint-Exupéry:

„Vollkommenheit ist nicht erreicht,  
wenn nichts mehr hinzuzufügen ist,  
sondern wenn nichts mehr da ist,  
was man weglassen könnte.“

Gefunden wurde das obige Zitat von Saint-Exupéry auf der Speisekarte während eines Aeroflot-Fluges von Berlin nach Moskau, und „Speisekarte“ passt gut zum Anspruch dieses Lehrbuches: Auf unserer Speisekarte stehen die Lehrpositionen und Praxisforschungen von uns drei AutorInnen, die der Ausgang für die Entwicklung dieses Buches waren. Auch vor solcher Ausgangsposition gibt es meist einen Anfang: Zunächst wurde dieses Buch vom Ernst Reinhardt Verlag bei Hans-Helmut Decker-Voigt nach seinem allgemeinen Einführungsvortrag in Musiktherapie im Münchner Gasteig in Auftrag gegeben. Bald die Unmöglichkeit einsehend, ein Lehrbuch mit dem Anspruch i. S. des Antoine de Saint-Exupéry allein schreiben zu können, begann Decker-Voigt die Suche nach Mit-TrägerInnen dieses Projekts, und so entstand unser bemerkenswertes AutorInnen-Trio. Bemerkenswert, weil wir in

mehreren Jahren immer zusammenrückender Zusammenarbeit keinen einzigen wirklichen Streit hatten – und dies, obwohl unsere theoretischen und wissenschaftlichen Positionierungen nicht identisch sind. Im Blick auf Menschenbild und ethische Ziele trafen wir uns jedoch immer konsensual und in einer Schnittfläche aus folgenden inhaltlichen Positionen: Tiefenpsychologisch-phänomenologisch, besonders Individualpsychologie und Psychoanalyse, bei Dorothea Oberegelsbacher – tiefenpsychologisch orientiert, dabei humanistische und systemisch-phänomenologische Aspekte einbeziehend, bei Tonius Timmermann. Intermodal-ausdruckstherapeutisch vor dem Hintergrund humanistischer Psychologie und damit auch tiefenpsychologisch-phänomenologisch arbeitend: Hans-Helmut Decker-Voigt. Alle zusammen arbeiten wir am Brückenschlag zwischen qualitativen und quantitativen Erforschungsinstrumentarien zur Rolle der Musik im Menschsein zwischen Gesundheit und Krankheit.

Wir schauen mit Dankbarkeit auf das halbe Jahrzehnt unserer Zusammenarbeit als Trio zurück – immerhin die Zahl, die die normalerweise anstrengendste Gruppierung im menschlichen Miteinander bedeutet.

Insgesamt haben wir vier Jahre an diesem Buch gearbeitet, geschätzt hatten wir am Anfang – ein Jahr! Bei 360 Seiten – vom Verlag vorgegeben durch den Reihencharakter bei UTB – klang ein Jahr geradezu viel: „Nur“ 120 Seiten pro AutorIn ... Wir haben uns selten in unseren zusammengezählt 85

Jahren Berufs- und Publikationserfahrung derart gerirrt! Denn die verabredete Pflicht, die jeweiligen Themen der beiden anderen AutorInnen zu bearbeiten, zu redigieren i. S. eines teaminternen Fachlektorats, wurde zur Lust, und zwar zur zeitraubenden. Denn diese „kreuzmodale“ Bearbeitung und Begleitung der anderen löste wiederum lebhaftes tags- und nachtsüber geführte Gespräche aus. Wir gerieten zu einem Dauer-Symposium.

In diesem Zusammenhang muss unbedingt zur Lektüre unserer Danksagung motiviert werden. Denn unsere professionelle Lektorin im Verlag und unsere nächsten Menschen (Familie, KollegInnen, StudentInnen) wurden während der Dauerankündigung, wir befänden uns in der Fast-Schlussphase und das Buch erschiene in einem halben Jahr, auf eine für sie harte Geduldssprobe gestellt. Sie antworteten mit Sanftmut und Verständnis für diese Ablösungsprobleme von einem gemeinsamen geistigen Kind – gezeugt, getragen, geboren zu Dritt. Neben der Heimarbeit trafen wir uns zweimal jährlich wechselnd an unseren Wohnsitzen

- im bayerischen Wessobrunn,

- in Allenbostel/Lüneburger Ostheide und – als zugehöriges Gegenteil zum dörflichen Teil

- in der Metropole Wien.

Lachen Sie nicht: Die Orte und ihre Einbindung in unterschiedlichste Land- und Stadtschaft prägten auch dies Buch: Es ist gefüllt mit Einladungen zu Überblicken, zu Overviews, mit denen Bewohner von Flachlandschaften

leben. Es ist gefüllt mit Tiefengrabungen zu vielen unserer Spezifizierungen in der Musiktherapie, zu denen der Blick von Bergen in Täler einlädt. Und es ist gefüllt mit der Dichte von beidem, Überblicke und Spezialisierungen, die sich teilweise bedingen, teilweise widersprechen, nur erkennbar in der Dichte einer lange gewachsenen Metropole.

Tiefsinnigerweise arbeiteten Dorothea Oberegelsbacher und Tonius Timmermann lange in der Stadt Sigmund Freuds mit seinen Verzweigungen zu C. G. Jung, zu Skinner. Sie, später wir drei, arbeiteten in der Stadt, in der der erste Studiengang für Musiktherapie im deutschsprachigen Westeuropa an der damaligen Hochschule für Musik und Darstellende Kunst gegründet wurde; wir wanderten nach Hamburg, von wo aus die ersten Hochschulstudiengänge für Musiktherapie in der (damals westlichen) BRD gegründet wurden und trafen uns am meisten in der fast geografischen Mitte bei München, das im Freien Musikzentrum eine der führenden nicht staatlichen Ausbildungen in Musiktherapie anbietet und von dem wesentliche Impulse für neuere Studiengangsgründungen aus gingen (z. B. Augsburg).

Addiert verfügen wir drei über genau 85 Jahre musiktherapeutische und psychotherapeutische Berufserfahrung sowie pädagogische Erfahrung in der Ausbildung junger Menschen in diesem Beruf. Das machte uns angesichts des großen Netzwerks zu anderen KollegInnen und deren Institutionen auch mutig genug, verschiedene

Musiktherapieströmungen in dieses Buch zu integrieren – mindestens durch eindrucksvolle Fallbeispielvignetten, die nicht unbedingt unsere eigenen musiktherapeutischen Repertoires spiegeln müssen.

Wir stellten fest, dass wir langsam „weise“ zu werden im Begriff sind – „weise“ i. S. von den beiden Baltes, die 1990 Weisheit definierten als „Expertenwissen im Bereich grundlegender Lebensfragen“ und weiter ausführten, dass zur Weisheit gehören:

- viel Faktenwissen zu verschiedenen Lebensbereichen,
- reichhaltiges Handlungswissen,
- ein hohes Maß an Verständnis der unterschiedlichen (oft widersprüchlichen) Kontextgebundenheiten des Lebens,
- Wissen, dass jedes Urteil immer nur relativ zu persönlichen und kulturellen Wertsystemen gültig ist und
- die Erkenntnis, dass jede Analyse von Lebensproblemen zwangsläufig unvollständig bleibt (Baltes/Baltes 1990).

So viel zu unserer gewachsenen und wachsenden „Weisheit“, die wir denjenigen entgegensetzen wollen, die die Weisheit aus einem Pott löffelten, dessen Inhalt bekanntlich ebenso absolut richtig wie begrenzt ist. Der immerwährende rote Faden: Wir wollten ein Lehrbuch zur Musiktherapie schreiben,

- das wir gerne in unseren eigenen Jahren als StudentIn gehabt hätten,
- das wir als Musiktherapie-Lehrende unseren heutigen Studierenden als Arbeitsmittel an die Hand geben und

●welches KollegInnen unserer und mehr oder minder benachbarter Disziplin sowie

●allgemein Interessierte als Wissens-, Anregungs- und Motivationsquelle hoffentlich mit Gewinn nutzen können.

Mögen Sie, liebe Leserinnen und Leser, ruhig und nüchtern mit diesem Buch arbeiten, mögen Sie dieses und jenes gut finden und anderes zu einseitig – dann holen Sie sich andere Bücher zu Rate.

Gewidmet unseren Studierenden in Augsburg, Hamburg, Wien, Zürich, Tallinn, Budapest, Orenburg/Russland, München, Bozen, Assisi sowie jenen aus unseren freien Seminaren.

*Hans-Helmut Decker-Voigt,*

Hamburg/Allenbostel – Lüneburger Heide

*Dorothea Oberegelsbacher,* Wien

*Tonius Timmermann,* Wessobrunn, München

## Einleitung

### Hinweise zum Aufbau dieses Lehrbuchs

Wir gingen folgendermaßen an dieses Projekt: Weniger i. S. eines „Synkretismus der Musiktherapie“ („synkretismus“ griech. = Verschmelzung verschiedener Lehren und Kulte mit der Gefahr unkritischer Übernahme von Argumenten anderer). Vielmehr mit der Annäherung, das in diesem Lehrbuch versammelte Wissen eklektizistisch aufzubauen und zwar i. S. des ursprünglichen Ekletizismus (griech. = Denkweise, die neben den eigenen, auch die Argumente der Denkmodelle und Handlungsmodelle anderer einbezieht und den Leser auf die

Suche schickt, welche Richtung ihm oder ihr gegenwärtig am nächsten kommt). Es ist diejenige Denkweise, nach der wir auch unsere Studiengänge leiten: Das Lehrbuch folgt – entfernt – dem Aufbau einer Sonate (A-B-A’):

Teil I („Exposition“) beschäftigt sich mit den Grundlagen der Musiktherapie. Hier findet man Historisches, Definitorisches, Theoretisches, Praxeologisches ...

Teil II („Durchführung“) orientiert sich am Lebenskreis und wie Musiktherapie darin zu wirken vermag. Dieser Mittelteil nimmt den größten Lese- und Denkraum ein und folgt heutiger entwicklungspsychologischer Betrachtung menschlichen Lebens – bezogen auf seine ganze Lebensspanne – in unserem Kulturkreis. So folgen alle Aspekte zur Rolle und Bedeutung der Musik in der jeweiligen Lebensphase dem Dreierschritt:

- Normalverlauf und Störungsmöglichkeiten,
- Beispiele aus der Praxis,
- Theoriebildung (s. Inhaltsverzeichnis).

Teil III („Reprise und Coda“) greift das thematische Material des ersten und zweiten Teils in Form schlussfolgender Reflexionen auf: Berufliche Identität, Einordnung in den Rahmen der Psychotherapie, Ausblick auf Forschung und Ausbildung sowie Adressmaterial zu Organisationen.

Hinweise zur Benutzung

1) Lehrbücher sind nicht nur zum Durchlesen, sondern zum Nach- und Vorarbeiten und Beschäftigtsein mit Teilthemen. Deshalb verschaffen Sie sich zunächst einen Überblick durch die

Kenntnisnahme der Gliederung im Inhaltsverzeichnis.

2) Zur Vertiefung mit einem Teilthema finden Sie am Schluss eines jeden Kapitels Literaturempfehlungen, mit denen wir gute Erfahrungen beim Ausweiten, Vertiefen und Einbinden des Teilaspekts gemacht haben.

3) Wenn Sie zitieren, so bitten wir Sie, den Namen des jeweiligen Autors eines Kapitels zu nennen und nicht nur das Lehrbuch mit allen drei AutorInnen.

4) Der Adressteil mit Angaben zu Organisationen und Verbänden wurde im besten Wissen der Aktualität erstellt. Da sich aber Adressen am schnellsten ändern, stehen wir gerne für Auskünfte dann bereit, wenn Sie keinen sofortigen Kontakterfolg haben.

5) Wir stehen nicht nur bereit, sondern hoffen auf und danken für Feedbacks, für Anregungen aller Art – aus Ihrer Arbeit mit diesem Buch heraus!

## IGrundlagen

### 1Definition

#### von Dorothea Oberegelsbacher

„Was sich überhaupt sagen lässt, lässt sich klar sagen; und wovon man nicht reden kann, darüber muss man schweigen.“

*(Ludwig Wittgenstein)*

Musiktherapie ist die gezielte Verwendung des Mediums Musik oder seiner Elemente zu therapeutischen Zwecken. Sie ist immer in eine bewusst gestaltete therapeutische Beziehung

eingebunden und verwendet nicht sprachliche und sprachliche Kommunikation sowie psychologische Mittel und Techniken.

Musiktherapie wendet sich an Menschen mit Leidenszuständen, Verhaltensstörungen und Entwicklungsrückständen, um an der Wiederherstellung, Erhaltung oder Verbesserung von seelischer, geistiger und körperlicher Gesundheit mitzuwirken (Oberegelsbacher 2004). Ihre spezifische Möglichkeit ist, dass sie Menschen über einen präverbalen bzw. extraverbalen, emotionsbetonten Zugang erreicht, in allen Lebensaltern und Störungen einen Wiederanschluss an diesen Bereich findet und von dort aus ihr Wirken entfaltet.

präverbaler  
Zugang

Musiktherapie kann einzeln, in Gruppe sowie unter Einbeziehung von Angehörigen stattfinden. Im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen der Musik erlebende und sich durch Musik ausdrückende Mensch sowie die Resonanz, die er im Therapeuten und bei den anderen Beteiligten auslöst, mithin das Beziehungsgeschehen in all seinen Aspekten (Timmermann 2004a, 4).

Ausdruck und  
Resonanz

Die Resonanz umfasst die äußere und innere Wirklichkeit der Beziehung, also die Realbeziehung und auch die begleitend auftretenden Phantasien dazu. In der musiktherapeutischen

Situation wird der behandelte Patient/Klient in seinem Umgang mit Musik und seinen Reaktionen auf das musikalische Geschehen wahrgenommen. Besondere Berücksichtigung finden dabei die sich herausbildenden Erlebens-, Einstellungs- und Verhaltensmuster, unbewusste (Re-)Inszenierungen, aber auch psychovegetative und physiologische Reaktionen. Der Therapeut gestaltet die musikalischen Handlungen oft aktiv mit, beachtet dabei die Indikation und den Zeitpunkt im therapeutischen Prozess. Spielen, Reden und Zuhören wechseln einander ab.

### Beziehungs-gestaltung durch Musik

Die Angebote der Musiktherapie, *aktiv* – auf leicht spielbaren Instrumenten und mit der Stimme – oder *rezeptiv* – im vorbereiteten Hören gezielt angebotener Musik –, dienen folgenden Zielen:

#### Ziele der Musiktherapie

- Anbahnung von Kommunikation und Beziehung;
- Öffnung von psychovegetativen Kommunikationskanälen;
- Offenlegung und Veränderung sozialer Interaktionsmuster;
- Nachreifung krankheitswertiger früher Defizite;
- Probehandeln im Dienste von Problemlösung

(Oberegelsbacher 2004, 1555).

#### Weitere Ziele sind:

- klinische Diagnostik;
- kathartisches Freilegen verschütteter Emotionen und Traumata;

- Darstellung intrapsychischer Zustände und Konflikte;
- nonverbale Konfliktbearbeitung;
- Transformieren und Strukturieren von Desintegrationszuständen bei Zerfall der Persönlichkeit;
- Herstellung von Realitätsbezug über Symbolisierung;
- Anregung freier Assoziation; Bewusstmachung von krank machenden Einstellungen;
- Förderung der Erlebnis- und Genussfähigkeit.

Die Definition der Musiktherapie im Rahmen von Psychotherapie bedarf einer Abgrenzung zu entwicklungs- und persönlichkeitsfördernden Methoden (Fitzthum et al. 2000, 445); zu Psychotherapien oder Kunsttherapien, die fallweise Musik verwenden, sowie zur Musikmedizin (Oberegelsbacher/Rezzadore 2003, 98).

Als Pioniere einer psychotherapeutischen Musiktherapie in Europa können Edith Lecourt, Gertrud Loos, Mary Priestley, Alfred Schmözl, Christoph Schwabe und Harm Willms genannt werden. Viele ihrer Gedanken bereiteten eine Kultur, die dem heutigen „Mainstream“ der Musiktherapie zugrunde liegt.

### Pioniere

Die Kasseler Konferenz Musiktherapeutischer Vereinigungen in Deutschland hat zehn *Kasseler Thesen zur Musiktherapie* vorgestellt (1998, 232 f.): Musiktherapie gilt dort als Sammelbegriff für eine praxisorientierte Wissenschaft, die interdisziplinär und – in Abgrenzung zu pharmakologischer und physikalischer Therapie – psychotherapeutisch ist.

## Kasseler Thesen

Es wird von einem bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnis ausgegangen und von einem Methodensystem, das sich auf therapeutische, rehabilitative und präventive Aufgaben einstellen kann. Die Methoden sind abhängig von Theorie und Kontext, vor allem bei Indikation, Zielen, Praxeologie, Umgang mit Dynamik der Gruppe und Dyade. Es bedarf eines Settings und einer therapeutischen Beziehung, damit sich die Wirksamkeit der Therapie im Wahrnehmen, Erkennen und Handeln des Patienten entfalten kann. Niemals wirkt dabei nur ein Faktor.

Die gestaltete Musik mit ihren Tönen, Klängen und Geräuschen, mit Rhythmus, Melodie und Harmonie ist zeitstrukturierend. Sie artikuliert menschliches Erleben, hat die Funktion von Ausdruck, von Kommunikation und ist ein subjektiver Bedeutungsträger für verinnerlichte Erfahrungen. Musik wird als präsentatives Symbolsystem verstanden, aber auch unter semiotischen und ästhetischen Aspekten betrachtet.

Die musiktherapeutischen Methoden folgen tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutisch-lerntheoretischen, systemischen, anthroposophischen und ganzheitlich-humanistischen Theoriebildungen und Handlungskonzepten. Gefordert wird auch eine eigene musiktherapeutische Diagnostik, welche Krankheitsbild, Therapieprozess und musikalische Phänomene mit den körperlichen, seelischen und sozialen Vorgängen in Verbindung bringt.

Ein Versuch, die Definitionen verschiedenster Musiktherapien zu kommentieren, wurde im angloamerikanischen Raum von Kenneth Bruscia (1989) unternommen.



Bunt, L. (1998): Musiktherapie. Eine Einführung für psychosoziale und medizinische Berufe. Beltz, Weinheim/Basel

Decker-Voigt, H.-H. (1993): Aus der Seele gespielt. Eine Einführung in die Musiktherapie. Goldmann, München

Timmermann, T. (2004): Tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie. Bausteine für eine Lehre. Reichert, Wiesbaden

### 2Praxisfelder und Indikation

#### von Tonius Timmermann und Dorothea Oberegelsbacher

„Die Zukunft der Medizin als Heilkunst liegt in der Reaktivierung der Künste.“

*(James Hillman)*

Musiktherapie hat sich im Laufe der letzten fünf Jahrzehnte zunehmend in einer breiten Skala von Tätigkeitsbereichen etabliert, und zwar dort, wo Klienten oder Patienten zu finden sind, bei denen eine musiktherapeutische Behandlung indiziert ist. Dies ist der Fall, wo psychotherapeutische Behandlung bzw. psychohygienische Begleitung krankheits-, behinderungs-, störungs- oder krisenbedingter körperlich-seelisch-geistiger Zustände und Prozesse am wirkungsvollsten unter Einbezug des

Mediums Musik geschehen kann. Hier ein erster Überblick, der Altersstufen und klinische Bereiche unterscheidet:

### **Überblick Praxisfelder**

**Babys, Kinder, Jugendliche:** Neonatologie, „Schrei-Babys“, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychotherapie.

**Psychotherapie und Psychosomatik:** die klassischen Indikationen für psychotherapeutische Maßnahmen: neurotische und Essstörungen, Belastungs-, Persönlichkeits- und somatoforme Störungen.

**Psychiatrie:** große Bandbreite von Erkrankungen und Störungen: verschiedene psychotische Krankheitsbilder wie Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, affektive Störungen; Suchterkrankungen; zunehmend gerontopsychiatrische Patienten; zunehmend psychotherapeutische Stationen mit Borderline-Störungen.

**Menschen mit Behinderung:** geistige, körperliche und mehrfache Behinderung.

**Neurologische Rehabilitation:** z. B. Schädel-Hirn-Traumen, Komata, Aphasien.

**Innere Medizin:** emotionale Verarbeitung körperlicher Erkrankungen.

**Onkologie:** Coping, Akuthilfe bei der Krankheitsbewältigung, insbesondere bei schweren, lebensverändernden Krankheiten.

**Geriatric:** Betreuung und Behandlung alter Menschen.

**Palliativmedizin:** moribunde Patienten.

**Hospiz:** Begleitung beim Sterbeprozess.

Im Bereich *Kinder* und *Jugendliche* finden wir zunächst den Einsatz von Musiktherapie bei neugeborenen und frühgeborenen Kindern in der Neonatologie (Nöcker-Ribaupierre 2003a). In der Altersentwicklung danach anzusetzen ist die musiktherapeutische Arbeit mit sog. „*Schrei-Babys*“ (Lenz 2001). In der Folge sind alle Formen von Entwicklungs-, Verhaltens- und emotionalen Störungen, alle Krankheitsbilder der Kinder- und Jugendpsychiatrie relevant. Musiktherapie kann ambulant oder in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen durchgeführt werden. In der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen spielt die Arbeit mit Medien, wie z. B. Musik oder Malstiften, eine besondere Rolle, da spontanes unbewusstes Ausdrucksverhalten, die Gestaltung von Konflikten und die Suche nach Lösungen hier im Allgemeinen sinnvoller ist als das Reden über Konflikte (s. Füg 1991; Mahns 1997; Haffa-Schmidt et al. 1999; Büchele 2000; Aurora/Seidel 2002). Ein Schwerpunkt liegt auf Nachreifung, beispielsweise bei autistischen Kindern (Schumacher 1994; 2004).

Im Bereich *Psychotherapie* und *Psychosomatik* werden im Allgemeinen sprachfähige erwachsene Menschen behandelt, bei denen jedoch die Ursache ihrer Konflikte sehr häufig in frühen, vorsprachlichen Phasen der Persönlichkeitsentwicklung liegt – man spricht daher von frühen Störungen oder Grundstörungen.

Die präverbale Schichten der Persönlichkeit haben also wesentlichen Anteil an der psychischen Erkrankung oder Störung. Deswegen wird Musiktherapie angeboten, um Zugang zu diesen Schichten zu ermöglichen. Nonverbaler musikalischer Ausdruck und Kommunikation ist hierbei Mittel der Wahl, da sie eine erlebnishafte Analogie zu frühen lautmalerischen Dialogen mit der Mutter und das schwingungsmäßige Sicheinstellen i. S. von Sterns (1992) „tuning in“ auf Kommunikationspartner darstellen (s. z. B. Schmölz 1985; Loos 1986; 1996; Gathmann et al. 1990; Schmidt 1999; Kächele et al. 2003). Musiktherapeuten arbeiten in den entsprechenden Kliniken in einem Team aus Ärzten, Psychologen, verschiedensten Therapeuten, Schwestern und Pflägern.

### Psychotherapie, Psychosomatik

Aufgrund der großen Bandbreite von Erkrankungen und Störungen werden in der *Psychiatrie* Patienten auf den verschiedenen Stationen mit unterschiedlichen therapeutischen Konzepten behandelt, auf die der Musiktherapeut sich jeweils einstellen muss. Außer auf den explizit psychotherapeutischen Stationen ist Musiktherapie oft die einzige Form von Psychotherapie (also nicht medikamentöser Therapie), die diese Patienten erhalten. Insofern ist dieser Bereich für die Musiktherapie wichtig und zukunftssträchtig (Willms 1977; Strobel 1985; Baumgartner/Mahns 1986; Strobel/Huppmann 1991; Burghardt 1996; De Backer 1996; Metzner 1997; Storz 2003).

## Psychiatrie

Die Arbeit mit *geistig, körperlich und mehrfach behinderten Menschen* ist eines der ältesten musiktherapeutischen Betätigungsfelder, da diese im Allgemeinen sehr stark auf Musik ansprechen (Koffer-Ullrich 1971; Rett/Wesecky 1975). Gerade im Hinblick darauf, dass Musiktherapie an frühe Interaktion anknüpft, ist sie für die Arbeit in diesem Bereich besonders gut geeignet (Alvin 1988; Becker 2002; Oberegelsbacher 2001, Halmer-Stein 2001; Orff 1985; 1990; Schumacher 1994; Niedecken 2003).

## Behinderung

Seit etwa 20 Jahren wird Musiktherapie, und zwar in zunehmendem Maße, in der *Neurologischen Rehabilitation* eingesetzt. Die speziellen nonverbalen Qualitäten kommen gerade den Patienten zugute, bei denen aufgrund ihrer Hirnverletzung das Sprachzentrum gestört ist (Gadomski/Jochims 1986; Jochims 1990; 2005; Gustorff/Hannich 2000).

## Neurorehabilitation

Für die Bereiche *Onkologie, Palliation* und *Hospiz* wurde in den letzten Jahren zunehmend das sog. Coping in seiner Bedeutung für ein humanes Gesundheitssystem erkannt. Dabei handelt es sich um ein Angebot seelischer Begleitung bei schweren, lebensverändernden Krankheiten, wie z. B. Krebs (Steidel-Röder 1993; Bossinger/Griessmeier 1994; Verres 1999), und beim Sterbeprozess. Es geht um das Recht auf einen würdigen Tod daheim bei den Angehörigen oder in speziell

dafür eingerichteten Häusern, sog. Hospizen. In diesen arbeiten seit einigen Jahren zunehmend MusiktherapeutInnen, da sich künstlerische Medien hier oft besser eignen als klassische verbale Psychotherapie (Munro 1986; Dehm 1997; von Hodenberg 1999; Heinze 2003).

### Onkologie, Palliation, Hospiz

Ebenfalls ein eher neuerer Arbeitsbereich für die Musiktherapie ist die *Innere Medizin*. Auch hier geht es um die emotionale Verarbeitung körperlicher Erkrankungen. Dies soll den Heilungsprozess unterstützen, indem der Patient Kontakt zu seinen gesunden Anteilen (Ressourcen) findet und Blockaden gelöst werden, die dem im Wege stehen (Röhrborn 1992; Decker-Voigt/Escher 1994; Aldridge 1999).

### Innere Medizin

Moderne technologische Gesellschaften mit hoher medizinischer Kompetenz bei gleichzeitig geringer Zahl von Neugeburten sind überalternde Gesellschaften. Daher ist die Versorgung, Betreuung und Behandlung alter Menschen in Einrichtungen der *Geriatric* eine zentrale Zukunftsaufgabe. Unser Gesundheitssystem hat die ethische Aufgabe, für das Senium einen würdigen Rahmen anzubieten. Musiktherapie kann helfen, Momente von Lebendigkeit und Heiterkeit zu spenden, wo Ermüdung und Depressionen leicht das Leben quälend werden lassen (Bright 1984; Aldridge 2000; Themenheft der Musiktherapeutischen Umschau 1997/2, Nr. 18). Musiktherapie kann darauf eingehen, dass die Erinnerung

bei alten Menschen eine zentrale Rolle spielt. Musik und Lieder aus wichtigen Lebensphasen (Muthesius 2003), aber auch eine adäquate Aktivierung durch eigenes Musizieren und achtsame Bewegung wird angeboten. Neben der psychiatrischen Geriatrie geschieht dies in speziellen Institutionen wie Altenheimen oder geriatrischen Rehabilitationskliniken.

## Geriatrie

Das Grundrepertoire an musiktherapeutischen Vorgehensweisen (s. Kap. 6 Praxeologie) wird in den verschiedenen Bereichen in jeweils der Situation adäquater modifizierter Form angeboten. Auf bestimmte Angebote muss dabei dann auch verzichtet werden, ohne dass dabei auf die Musiktherapie überhaupt – i. S. einer Kontraindikation – verzichtet werden muss. Bei genauerer, differentialdiagnostischer, Betrachtung werden auch die Möglichkeiten und Grenzen der Musiktherapie im Vergleich zu anderen nicht sprachlichen, zu leiborientierten und zu anderen künstlerischen Therapien deutlich, z. B., wann es für den Patienten in seiner momentanen Verfassung sinnvoller sein kann, in Stille für sich ein Bild zu malen und dabei ein konstantes Objekt zu schaffen (s. Timmermann 2004a, 166 ff.)

## Indikation

Die Indikation zu Musiktherapie kann neben den dargestellten Praxisfeldern auch aus einer phänomenologischen Beschreibung von typischen Patienten der Musiktherapie sichtbar werden. Es sind dies:

●Menschen, mit denen sprachliche Kommunikation erschwert oder unmöglich ist, wie etwa Mutisten und Autisten, deren Verbalisierungsfähigkeit reduziert ist oder deren Störungen und Defizite aus der präverbalen Zeit stammen. Personen, die auch Bedarf an Nachreifung und Weckung von Ressourcen haben (Strobel 1990, 334 f.);

●Menschen, die einen erhöhten Bedarf an Ausdruck und Gehörtwerden haben; bei geringer Fähigkeit zu Triebaufschub und erhöhtem Bedarf an Katharsis und Regression; bei fehlender Symbolisierungsfähigkeit, Alexithymie; bei schwerster Ich-Desintegration; in existenziellen Extremsituationen (Oberegelsbacher 1998, 64);

●Menschen, die zu den benachteiligten psychosozialen Randgruppen unseres Gesundheitswesens zählen, weil sie wegen der oben beschriebenen Defizite von der Gesundheitspolitik als nicht therapiefähig eingestuft und damit von Therapie ausgeschlossen werden (Jochims 2001).

Auch die Frage der Kontraindikation von Musiktherapie stellt sich mit zunehmender Spezifität des Verfahrens. Allgemeine Kontraindikationen können sein: fehlende Motivation des Patienten; sehr hoher sekundärer Krankheitsgewinn oder Rentenwunsch; wenn Musiktherapie institutionell dauerhaft als Ersatz für mögliche reale Beziehungen dient oder aus Prestige Gründen angeboten wird. Musiktherapie ist beispielsweise nicht indiziert als Kompensationsangebot für strukturelle Mängel in der

Gesellschaft oder in ihren Institutionen, wie z. B. Behindertenwerkstätten (Oberegelsbacher 1990, 176). Oft werden auch bestimmte Personengruppen genannt, etwa akute Psychotiker, Berufsmusiker, suizidale Patienten, Suchtpatienten, die Musik wie eine Droge verwenden (Schroeder 2000, 289 f.). Bei vielen dieser Beispiele gilt, dass mit zunehmender Berufserfahrung die nötige Feinabstimmung und Dosierung des musiktherapeutischen Angebotes ein solches durchaus sinnvoll erscheinen lässt.

Kontraindikation  
allgemein

Damit kommt die differentielle Kontraindikation in den Blick. Diese gilt viel häufiger als eine umfassende und wird als ein selektiver, maßgeschneiderter Verzicht auf gewisse Angebote unter bestimmten Umständen verstanden.

Kontraindikation  
differentiell

B

In der Neurorehabilitation ist z. B. für einen Komapatienten im künstlichen Tiefschlaf Musiktherapie für jenen Zeitraum tabu, in dem er noch Sedativa erhält. Diese halten ihn in Ruhe, während Musik ihn gleichzeitig aktivieren würde. Das wäre eine gegensätzliche Botschaft (Gustorff/Hannich 2000).

In der stationären Psychotherapie ist für eine angespannte Borderline-Patientin eine abendliche letzte Therapiestunde, in der sie kathartisch frei trommelt, zu spät. Sie kann anschließend die Kontrolle über ihren Triebdurchbruch vielleicht nicht mehr wiedergewinnen und riskiert einen Zusammenbruch, selbstdestruktive Handlungen bis hin zum Suizidversuch (Oberegelsbacher 2003, 100). Die vorübergehende emotionale Destabilisierung durch Musiktherapie und Ergotherapie – beide sind nicht so reflexiv wie eine analytische Gesprächstherapie – wurde bei dieser Störung in der Psychotherapieforschung von Löffler-Stastka und Kollegen festgestellt (2003; 2006).

Im interkulturellen Vergleich kann es ebenfalls Kontraindikationen geben. Der Ausdruck von Emotionen, der in einer extravertierten Kultur problemlos zugelassen wird, kann in einer introvertierten mehr Vorbereitung benötigen. Denken wir an die verbale Aufarbeitung nach einer Musikrezeption durch sofortiges Reden über intime eigene Empfindungen. Eine europäische aufdeckende Fragetechnik ist für den asiatischen Kulturkreis ungeeignet, wenn sie nicht abgewandelt wird. Stattdessen kann das Beschreiben von Gemütsbewegungen oder deren instrumentaler Ausdruck über Metaphern, Farben und Naturbilder angebahnt werden, wofür die japanische Kultur eine große Neigung hat (Shiobara 2006).

kulturelle

Kontraindikation



Bradt, J., Dileo, C., Shim, M. (2013): Music Interventions For Preoperative Anxiety. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. Nr. CD006908. John Wiley & Sons, Ltd.

Evers-Grewe, B., Körber, A. (2012): Zum Stand der Leitlinienarbeit der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft (DMtG). In: Musiktherapeutische Umschau 4, 2012, Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 363 – 369

Frohne-Hagemann, I., Pleß-Adamczyk, H. (2005): Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter. Musiktherapeutische Diagnostik und Manual nach ICD-10. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen

Gold, C., Solli, H. P., Krüger, V., Lie, S. A. (2009): Dose–response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. In: Clinical Psychology Review 29, 193 – 2007

Gühne, U., Weinmann, S., Arnold, K., Ay, E.-S., Becker, T., Riedel-Heller, S. (2012): Künstlerische Therapien bei schweren psychischen Störungen. Sind sie wirksam? In: Der Nervenarzt 2012 / 83, 855–860

Hauck, M., Metzner, S., Rohlffs, F., Lorenz, J., Engel, A. K. (2013): The influence of music and music therapy on pain-induced neuronal oscillations

measured by magnetencephalography. PAIN (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2012.12.016>

Illner, J., Smetana, M. (Hrsg.) (2011): Wiener Schule der differenziellen klinischen Musiktherapie – Ein Update. Wiener Beiträge zur Musiktherapie, Bd. 9, Praesens, Wien, 47–109

Kraus, W. (Hrsg.) (1998): Die Heilkraft der Musik. C. H. Beck, München

Münzberg, Ch. (Hrsg.) (2010): Musiktherapie in der Psychosomatik. Reichert Verlag, Wiesbaden

Mössler, K., Chen, X., Heldal, T. O., Gold, C. (2011): Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. In: The Cochrane Library 2011, Issue 12.

Nöcker-Ribaupierre, M. (Hrsg.) (2009): Musiktherapie und Schmerz. Reichert Verlag, Wiesbaden

Rentmeister, U. (Hrsg.) (2006): Lärmende Stille im Kopf. Musiktherapie in der Psychiatrie. Reichert Verlag, Wiesbaden

Schmidt, H. U., Kächele, H. (2009): Musiktherapie in der Psychosomatik. Entwicklung und aktueller Stand. Zeitschrift Psychotherapeut 1/2009

Wigram, T., Nygaard Pedersen, I., Bonde L. (2002): A Comprehensive Guide to Music Therapy. Theory, Clinical Practice, Research and Training. Jessica Kingsley Publishers, London

Zhang, F., Liu, K., An, P., You, C., Teng, L., Liu, Q. (2012): Music therapy for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. In: The Cochrane Library

### 3Forschungsstand Musiktherapie

von Dorothea Oberegelsbacher und Tonius Timmermann

„Die Brille des Forschers steuert seinen Gegenstand, weswegen der Forscher erforscht werden muss.“

*(Wissenschaftstheorie nach Maturana)*

Wenn man an eine musiktherapeutische Wirkung denkt, scheint es zunächst immer um eine musikalische Wirkung zu gehen. Ist das wirklich so? Ist die Musik das Medikament in der Musiktherapie? Sind die Worte das Medikament in einer Gesprächstherapie? Oder was alles wirkt da in hoher Komplexität zusammen?

Unbestritten ist zunächst einmal die Musik als Medium in der Musiktherapie – wie auch immer mit diesem Medium konkret gearbeitet wird (s. Kap. 6 Praxeologie). Auch gibt es in zeitgenössischen Richtungen der Musiktherapie Ansätze, die sich auf spezifische Wirkfaktoren musischer Elemente (z. B. bestimmter Intervalle, Skalen bei bestimmten Beschwerden) bzw. daraus resultierende methodische Systeme begründen, z. B. die Anthroposophische (s. Ruland 1981) und Altorientalische (Tucek 1997) Musiktherapie. Allerdings stehen noch immer kontrollierte Studien aus, die sich der psychischen Wirkung der verwendeten musikalischen Elemente systematisch annehmen. Somit bleiben die postulierten Wirkqualitäten bislang Arbeitshypothesen, die allerdings im jeweiligen Setting auch ohne Objektivierbarkeit durchaus wirksam sind.

Es mag an der Sehnsucht des Menschen nach schmerzfreien Heilungsprozessen liegen, jedenfalls nimmt die Suche nach universellen Wirkfaktoren in der langen Geschichte der musiktherapeutischen Literatur einen relativ breiten Raum ein (s. a. Kap. 16 und Timmermann 1983b). Immer wieder geht es dabei um Grundfragen an das Medium, mit dem therapeutisch umgegangen werden soll: Wie wirkt Musik bzw. ihre Elemente? Gibt es verlässliche Standards oder ist alles beliebig oder nur situationsabhängig?

Spezifischer  
Wirkfaktor  
Musik?

Die Mehrzahl der heutigen MusiktherapeutInnen stimmt darin überein, dass Verallgemeinerungen bezüglich der Musikwirkung in der alltäglichen Erfahrung nicht bzw. nur sehr begrenzt feststellbar sind. Gleichzeitig will auch moderne Musiktherapie nicht ohne funktionelles Wissen über Musikwirkung im Bereich der Stimulation oder Relaxation auskommen, also beispielsweise

keine  
generalisierte  
Wirkung

„ohne den beruhigenden Sechachteltakt eines Wiegenliedes, ohne ein Metrum in der Frequenz des Ruhepulses, ohne tranceinduzierendes Klanggeschehen, ohne sinnstiftende Melodieverläufe oder auch Textpassagen“ (Oberegelsbacher/

Timmermann 1999).

Hegi entwickelt in seinen Büchern (1986; 1998) fünf Wirkungskomponenten der Musiktherapie: Klang, Rhythmus, Melodie, Dynamik und Form (1998, 51 f.). Diese können in musiktherapeutischen Interventionen gezielt eingesetzt werden. Allerdings gilt auch hier, dass die Intention des Therapeuten bezüglich des musikspezifischen Effektes und die tatsächliche Wirkung beim Klienten von vielen weiteren Faktoren abhängen.

Der Beweis einer Objektivierbarkeit von Musikwirkung ist der Musikpsychologie und ihren wissenschaftlichen Methoden der empirischen Wirkungsforschung bisher nicht gelungen (Gembris 1996). Zu groß ist die Zahl von Variablen, so dass man die Wirkung einer Musik kaum trennen kann von der Wirkung der Umstände, unter denen sie gehört wird (persönliche Erlebnisse mit dieser Musik, Geschmacksfragen, momentane Stimmung, die Beziehung zum Versuchsleiter und den anderen Versuchspersonen, die Atmosphäre der Testsituation usw.). Gleichzeitig erhebt sich aber auch die Frage, inwieweit ein moderner Musiktherapeut überhaupt an einer messbaren Objektivierung von Musikwirkung interessiert ist, wenn es ihm eigentlich um die individuellen Erfahrungen des Klienten geht?

In der tiefenpsychologisch orientierten Musiktherapie geht es jedenfalls nicht um eine „pharmakologische“ oder „mechanistische“ Verwendung von Musik und ihren Elementen. Sie geht aus von der grundlegenden Bedeutung der therapeutischen Beziehung, die hier mit Hilfe der Musik als

wesentlichem Faktor mitgestaltet wird. Die Wirkungen der Musik selbst werden innerhalb des Gesamtwirkungsgeschehens unter zwei grundsätzlichen Aspekten betrachtet: dem sich aktuell Ereignenden und diesem biografischen Hintergrund. Die entstehende Beziehungs- und Musikwirklichkeit wird weder als zufällig noch als beliebig betrachtet. Die Musik ist sinnvoll eingebettet in diesen Gesamtzusammenhang der Situation. Insofern ist sie nichts, was von außen hineingetragen wird. Sie repräsentiert die Gebundenheit an das Gegebene und Gewordene ebenso wie den Spiel-Raum im jeweiligen Schicksal. Sie folgt den Gesetzmäßigkeiten der Musik und den Freiheiten der Intuition.

„keine

Musikpharmakologie“

Die Musiktherapeutin lernt im Rahmen ihrer Ausbildung einerseits den Umgang mit der Musik als künstlerischem Medium, andererseits den Umgang mit seelischen Prozessen, mit ihrer Wahrnehmung, mit Gegenübertragungsphänomenen usw. Die geschulte Intuition führt dann beides zusammen.

Im musiktherapeutischen Beziehungsgeschehen kommen Struktur und Dynamik des Unbewussten in Verbindung mit der persönlichen Geschichte des Klienten zum Ausdruck und können leidstiftende Elemente wandeln. Dies bildet den Hintergrund für das Erleben von Musik, für frei improvisierten, musikalischen Ausdruck und musikalische Interaktion. Von besonderer Bedeutung für die Musiktherapie sind außerdem

entwicklungspsychologische Erkenntnisse, insbesondere die Ergebnisse der Säuglingsforschung bezüglich der frühen, präverbalen Interaktion (Stern 1992).

Im therapeutischen Setting konnte dieses Beziehungsgeschehen als zentraler Heilfaktor nachgewiesen werden. Das zentrale Ergebnis der Psychotherapieforschung ist: *Nicht die Methode, die angewendet wird, ist das eigentlich Bedeutsame, sondern die Qualität der therapeutischen Beziehung* (Czogalik 1988). Das gilt dann natürlich sowohl für verbale Psychotherapie als auch für die Therapien, die mit künstlerischen Medien arbeiten. Im Besonderen ist es allerdings entscheidend für die Wirkung, ob Medium und Methode nicht nur der Persönlichkeit des Therapeuten, sondern auch der des Patienten und seiner Problematik entsprechen, also einer speziellen Indikation gemäß gewählt werden.

Heilfaktor

Beziehung

Nach dieser allgemeinen Einleitung möchten wir im Folgenden einen Überblick über den Stand der Forschung in der Musiktherapie geben. Hier zunächst ein Überblick über die wichtigsten Zentren für musiktherapeutische Forschung im deutschsprachigen Raum:

● Universität Ulm: Aufbau eines musiktherapeutischen Forschungsfeldes seit 1987; von 1988 bis 2008 jährliche, d. h. 1. bis 20. „ulmer werkstatt für musiktherapeutische grundlagenforschung“ (ab 2009 an der Universität Augsburg, s.

u.).

●Heidelberg: Deutsches Zentrum für musiktherapeutische Forschung seit 1995; <http://www.dzm.fh-heidelberg.de/deutsch/index.htm> (31.1.12).

●Deutsches Institut für angewandte Therapieforschung (DIAT e. V.) Heidelberg, [http://www.musiktherapie.de/typo3/sysextrtehtmlarea/htmlarea/plugins/TYPO3Browsers/img/external\\_link\\_new\\_window.gif](http://www.musiktherapie.de/typo3/sysextrtehtmlarea/htmlarea/plugins/TYPO3Browsers/img/external_link_new_window.gif), (31.1.12), [www.fh-heidelberg.de](http://www.fh-heidelberg.de).

●Universität Witten-Herdecke: Institut für Musiktherapie, Lehrstuhl für qualitative Forschung. <http://www.musictherapyworld.de>

●Hochschule für Musik und Theater Hamburg: Institut für Musiktherapie. Promotion zum Dr. mus. [www.rrz.uni-hamburg.de](http://www.rrz.uni-hamburg.de)

●Forschungsstelle Musik und Gesundheit an der Philosophisch-Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Augsburg. Seit 2009 jährliche „werkstatt für musiktherapeutische forschung augsburg“ Promotion zum Dr. phil. Erstellen einer kompletten deutschsprachigen Dissertationsliste [http://www.musiktherapie.de/typo3/sysextrtehtmlarea/htmlarea/plugins/TYPO3Browsers/img/external\\_link\\_new\\_window.gif](http://www.musiktherapie.de/typo3/sysextrtehtmlarea/htmlarea/plugins/TYPO3Browsers/img/external_link_new_window.gif), [www.philso.uni-augsburg.de](http://www.philso.uni-augsburg.de), 31.1.12

In Norwegen befasst sich die Forschergruppe rund um Christian Gold (Grieg Academy Music Therapy Research

Center, Uni Research, Bergen, Norwegen) mit der Erforschung musiktherapeutischer Wirkweisen (Effektforschung) und Wirkmechanismen (Process-Outcome Forschung). „Wie wirkt Musiktherapie?“ und „Was wirkt in der Musiktherapie?“ sind die zentralen Themen, die überwiegend im Bereich psychischer Erkrankungen erforscht werden.

Als nächstes blicken wir auf ihren situativen Kontext. Die Forschungslandschaft der Musiktherapie ist derzeit in ihren Untersuchungsgegenständen und Methoden sehr heterogen. Die Vielfalt rührt daher, dass

heterogene

Forschungsland-schaft

1. unterschiedliche *musiktherapeutische Identitäten* existieren;

2. verschiedene *Klienten, Patienten und Indikationen* zu finden

sind;

3. musiktherapeutisches Geschehen an sich einen hohen *Grad an Komplexität* hat;

4. mehrere wissenschaftliche *Forschungstraditionen* bestehen;

5. viele abgestufte *Forschungsebenen* existieren;

6. unterschiedliche *Zielrichtungen* möglich sind.

Treffen nun diese sechs Dimensionen aufeinander, so gibt es zwischen ihnen nahezu unendliche Kombinationen, aus denen eine mögliche Fragestellung entsteht. Die Fragestellung wird zu einer Untersuchung, einer Studie oder einem Projekt führen. Alle können ihr Gutes haben und Ausdruck von Sehnsucht nach mehr Klarheit sein.

**Dimension „musiktherapeutische Identität“:** Die unterschiedlichen Identitäten reichen von Musiktherapie als mehr künstlerischem Verfahren hin zu einem mehr medizinischen oder psychologischen. Dementsprechend wird die Forschung auf bestimmte Paradigmen (griech. = Beispiele) zurückgreifen und somit tendenziell eher ausgehen von:

a) *Kunst*, ihrem kreativen Prozess, ihren Wirkfaktoren, den Gestaltungsmitteln und -formen, Instrumenten, dem gestaltenden Subjekt, dem Kunstprodukt usw.,

b) der *Heilkunde*, ihren Spezialgebieten, ihren angewandten Heilmitteln, dem Medikamentenmodell, ihren funktionellen Organsystemen, den Orten der Heilung, wie z. B. ambulant oder stationär, usw.,

c) der *Psychologie*, ihren Spezialgebieten wie etwa den Bereich der Kognition, der Lernprozesse, vor allem aber der Interaktion und Beziehung, der Emotion, der Kommunikation; des Weiteren die zugehörigen Konstrukte und Messinstrumente (Fragebogen und Tests), mehr oder weniger operationalisierte (d. h. planmäßige) Behandlungssysteme.

**Dimension „Klientel“:** Die verschiedenen Klienten und Indikationen haben einen Einfluss darauf, welche Beobachtungsschemata und Manuale Einsatz finden. Die in den letzten 20 Jahren zur Pflicht gewordene „Erforschung der Forscher und ihrer Beziehung zu den Forschungsobjekten“ hat als Hintergrund das Phänomen, dass die Sichtweise des Forschenden sein Objekt wesentlich mit steuert und

damit das Forschungsergebnis. Von Forschern und ihren Sichtweisen hängt auch ab, ob eher entwicklungstherapeutische Stufenmodelle herangezogen werden, z. B. von Daniel Stern oder Jean Piaget, wenn es um Nachreifung geht; ob eher persönlichkeits-theoretische Modelle gewählt werden, z. B. Charakter- oder Emotionspsychologie, wenn es um Veränderung der Persönlichkeit geht; ob eher psychosoziale Konzepte verwendet werden, z. B. jenes der Vulnerabilität (lat. = Verletzlichkeit), wenn es um Rehabilitation geht usw.

**Dimension „musiktherapeutische Komplexität“:** Die Komplexität des musiktherapeutischen Geschehens wurde bereits eingangs aufgezeigt. Wiederholend sei gesagt, dass die Wirkung der Musik, der Einfluss der therapeutischen Beziehung, der Aspekt des aktiven Handelns und das Verhältnis von Verbalsprache und Musiksprache usw. zu bedenken sind. Alles wirkt ineinander und kommt in der therapeutischen Situation nicht isoliert vor. Forschung wird in ihrem Design versuchen, die Mischungsverhältnisse so zu variieren, dass einzelne Wirkgrößen isoliert hervortreten können.

**Dimension „Forschungstradition“:** Die Forschungstraditionen schließlich sind in unserer abendländisch-mitteleuropäischen Kultur seit jeher zwei (s. a. Kap. 4). Sie stehen gleichberechtigt nebeneinander, obwohl dies einige Forschungs- und Lehrstätten ablehnen.

●Die *idiografische Tradition* (griech. „idios“ = eigen; „graphein“ = schreiben; d. h. eigenhändig) will das Einzelne

in seiner geschichtlich bestimmten Gestalt erforschen. Sie steht den Geisteswissenschaften und dem Menschenbild der Romantik nahe. Erkenntnis entsteht durch Konzentration auf das Individuum, das Subjekt (Innenschau). Die Methodik ist, durch Erzählen und Beschreiben Sinn zu finden.. Die Entsprechung in der Analogie (d. h. Ähnlichkeit) ist ein vollgültiger (ana)logischer Weg der Erkenntnis. Zugehörige Begriffe sind z. B. Narrativ, Heuristik, Einzelfallforschung.

●Die *nomothetische Tradition* (griech. „nomos“ = Zahl, Gesetz; „thesis“ = Lehrsatz) geht von der Erkenntnis allgemeiner Gesetze aus und steht den Naturwissenschaften und dem Menschenbild der Aufklärung nahe. Erkenntnis entsteht durch Hinwendung zum Objekt und zur großen Zahl. Die Methodik ist Zählen, Zergliedern, Messen und Verallgemeinern. Die Kausalität von Ursache-Wirkung ist logischer Weg der Erkenntnis.

Musiktherapieforschung hat heute Anteil an beiden Paradigmen, oft auch innerhalb eines Forschungsvorhabens, und benötigt beide für ihre Weiterentwicklung. Sie lehnt sich im Wesentlichen an die Psychotherapieforschung an.

**Dimension „Forschungsebene“:** Ergänzend zu den Forschungstraditionen wollen auch Forschungsebenen unterschieden werden. *Drei hierarchische Ebenen der Musiktherapieforschung* unterscheidet bereits 1985 der Niederländer Frans Schalkwijk (zit. n. Oberegelsbacher 1985):

a) *Die allgemeine Musiktherapie:* Dazu zählen

Grundlagenforschung, einzelne Parameter betreffend, Abgrenzungsbemühungen zu verwandten Therapieformen, Erwartungen an die Musiktherapie, Befragungen von Therapeuten, Inhaltsanalysen von Stellenangeboten usw.

b) *Die Entwicklung von Methoden:* Diese sei in der Psychiatrie am weitesten, in der Geistigbehindertenarbeit am wenigsten entwickelt. Viele Praktiker halten ihre Methoden kaum fest und arbeiten nach impliziten Theorien. Durch systematische Befragung, Beobachtung durch Einwegspiegel oder Fallbeschreibungen durch die Forscherin kann die Methode erforscht werden.

c) *Die Prüfung von Methoden:* Diese sei in den USA am weitesten fortgeschritten, wobei dort derzeit noch ein vorwiegend lerntheoretischer Hintergrund bestehe. Die Ergebnisforschung („Ist eine Therapie wirksam?“) erfolgt mit psychologischen Messmethoden. Oft ist in dieser Phase der Musiktherapeut gewissermaßen sozial ausgeschaltet. Häufig würden vielen Wissenschaftlern geeignete Messinstrumente und das Wissen um die zentralen Vorgänge in der Musiktherapie fehlen. Ergebnisforschung werde oft zu früh angepeilt, lange bevor eine formulierte Methode vorliege.

„Für Musiktherapieforschung muß als eine erste und notwendige Bedingung die Beteiligung von ausgebildeten MusiktherapeutInnen an den sensiblen Stellen des Forschungsvorganges, v. a. im Planungsstadium, aber auch bei der Durchführung der Therapie und bei der Interpretation

gefordert werden.“ (Oberegelsbacher 1993, 86)

**Dimension „Forschungsziel“:** Die Zielrichtung einer Forschung hat mit der „causa finalis“ (der „Zielursache“, dem letzten „Zweck“) zu tun. Will ich mikroskopisch fein in die Musiktherapie hineinsehen, z. B. durch Mikroanalysen in einer Prozessforschung, oder mit Weitwinkel auf sie blicken, z. B. durch Makro- oder Metaanalysen? Auch die Beweggründe sind hier maßgeblich. Forschung sieht je anders aus, wenn dadurch Finanzierung, ein akademischer Grad, soziale oder berufliche Veränderung, Qualitätsabsicherung oder eine Weiterentwicklung der Disziplin erreicht werden soll. Die Unterschiedlichkeit von Forschungsarbeiten ausgebildeter MusiktherapeutInnen soll an der folgenden kurzen Auswahl von Beispielen deutlich werden.

Eine Einteilung in *Stadien der Musiktherapieforschung* nimmt Horst Kächele (2001) in

Anlehnung an die Psychotherapieforschung vor:

- *Stadium 0:* Klinische Fallstudien
- *Stadium I:* Deskriptive Studien
- *Stadium II:* Experimentelle Analog-Studien
- *Stadium III:* Kontrollierte Studien
- *Stadium IV:* Anwendungs-Beobachtungs- Studien
- *Stadium V:* Patientenorientierte Studien

Kächele hält fest, dass erst IV und V über die Nützlichkeit entscheiden, dass jedoch derzeit ausschließlich strenge, limitierte, kontrolliert saubere Bedingungen (III) finanziert

werden würden.

## B

Die Analyse einer Einzelmusiktherapie mit einem lernbehinderten, verhaltensauffälligen Mädchen präsentiert J. Wimmer-Illner (2000). Diese kombinierte Prozess-Erfolgsstudie wählt ein einzelfallmethodisches Design und Zeitreihenanalysen, die inferenzstatistisch, also quantitativ ausgewertet werden. Zum Einsatz gelangten Teile eines Fragebogens (Marburger Verhaltensliste, MVL), den die Mutter zweimal wöchentlich ausfüllte – insgesamt 50-mal. Auch Videomitschnitte wurden von Experten beurteilt. Die Durchführung der Musiktherapie führte zu einer signifikanten Abnahme unangepasster sozialer Verhaltensweisen. Ebenfalls signifikant waren Korrelationen, die zeigen, dass die Patientin das Medium Musik vor allem kathartisch und kreativ nützen kann und dass die emotionale Übereinstimmung zwischen Patientin und Therapeutin für den Therapieerfolg wichtig sind.

Prozess/Outcome, Einzelfall

## B

Aus der mehrjährigen Einzeltherapie mit dem schwer

entwicklungsretardierten autistischen Buben Max entwickelt Karin Schumacher (1998) mittels Videoanalyse auf der Grundlage der Entwicklungstheorie nach Jean Piaget und Daniel Stern ein siebenstufiges System zur Einschätzung von Beziehungsqualitäten (EBQ). Diese reichen von totaler Kontaktlosigkeit (Modus 1) bis gemeinsamer Begegnung im Spiel (Modus 6). Somit liegt ein sehr praxisrelevantes musiktherapeutisch-diagnostisches Instrument zur Feststellung von Veränderungen bei sehr frühen Kommunikationsstörungen vor.

Prozess, Entwicklungs-diagnostikum



In einer kontrollierten quasi-experimentellen Vorher-nachher-Studie (n = 136) wurde von Ch. Gold (2003) die Effektivität von ambulanter Einzelmusiktherapie mit untersucht. Kinder und Jugendliche (n = 75) mit emotionalen Störungen, Störungen von Anpassung, Verhalten, Entwicklung oder Essverhalten wurden während einer Musiktherapie (durchschnittlich 23 Stunden) bzw. während einer Wartezeit untersucht. Symptome, Kompetenzen und Lebensqualität wurden mittels der Child Behaviour Checklist (CBCL) und dem Fragebogen zur Lebensqualität (KINDL) vor und nach der Therapie gemessen. Die Effekte der Musiktherapie

waren abhängig vom Vorhandensein komorbider somatischer Störungen sowie von der Verwendung typischer versus atypischer Medien und Aktivitäten innerhalb der Musiktherapie. Die Ergebnisse deuten an, dass Musiktherapie effektiver bei Klienten ohne Komorbidität ist und effektiver, wo auf den Einbezug anderer Medien und Aktivitäten verzichtet wird zugunsten einer Fokussierung auf musiktherapeutische Techniken wie Improvisation und verbale Reflexion.

Prä-Post/Outcome, Gruppenvergleich

## B

Dieses Beispiel ist der Ausbildungsforschung zuzurechnen. Dorothea Oberegelsbacher (2002) führte eine katamnestische Befragung an 80 Musiktherapiestudenten durch, die berufsbegleitend eine psychodynamische musiktherapeutische Selbsterfahrungsgruppe von 24 Einheiten besucht hatten. Mit Hilfe eines Fragebogens zur Erfassung der Wirkfaktoren von Musiktherapie (WIMU; Danner/Oberegelsbacher 2001) durch Faktorenanalyse wurde untersucht, was von der Musiktherapie in Erinnerung bleibt. Es zeigte sich u. a., dass von den spezifisch musiktherapeutischen Wirkfaktoren vor allem musiktherapeutisches Durcharbeiten von Problemen, Ausdruck, Darstellung und Kommunikation mittels Musik sowie die Wirkung der Musik tragend sind. An unspezifischen

Wirkfaktoren waren die wertschätzende Haltung der Therapeutin, die Wichtigkeit der Gruppe an sich und sich dort mit anderen vergleichen zu können am wichtigsten. Es gab Unterschiede bei den Vorqualifikationen der Befragten: Erzieher und Lehrer haben gegenüber Musikern größere Schwierigkeiten, Gruppe an sich als hilfreich zu erleben. Mit Vorsicht könnte gesagt werden, dass für sie prozessorientierte psychodynamische Gruppenaktivitäten mehr Unsicherheiten und Abwehr auslösen.

Deskriptiv-Katamnestik, Ausbildungs-forschung

B

Die folgenden Beispiele, dankenswerterweise skizziert von Karin Mössler, zeigen Forschungsergebnisse der bereits erwähnten Gruppe um Christian Gold in Norwegen. Im Rahmen von Cochrane Reviews wurden in den letzten Jahren die Wirkweise von Musiktherapie bei Autismus, Depression und Schizophrenie erforscht. Ergebnisse dieser systematischen Übersichtsarbeiten zeigten, dass Musiktherapie zu signifikanten Verbesserungen sozialer Fähigkeiten bei autistischen Kindern führt (Gold et al. 2006) und depressive Symptomatik signifikant zu reduzieren vermag (Maratos et al. 2008). Letzteres Ergebnis konnte auch innerhalb einer aktuellen Studie gezeigt werden, die zusätzlich zu einer signifikanten Reduktion von depressiver

Symptomatik auch eine Verringerung der Angstsymptomatik demonstrierte (Erkkilä et al. 2011).

### Effektforschung, Process-Outcome-Forschung

Musiktherapie bei Erwachsenen mit Schizophrenie und schizoformen Störungen bewirkt eine signifikante Verbesserung des allgemeinen Zustandsbildes, der Negativsymptomatik sowie des sozialen Funktionsniveaus. Die qualifizierte Anwendung von musiktherapeutischer Methodik sowie die Anzahl von besuchten Therapieeinheiten scheinen dabei wesentliche Faktoren zu sein, die den Effekt beeinflussen. So wurden signifikante Effekte erst ab einer Stundenanzahl von 20 Einheiten gefunden (Mössler et al. 2011). Dieses Ergebnis stimmt mit jenen Resultaten überein, die Gold et al. (2009) in einer Dosis-Wirkung-Studie fanden. Diese Übersichtsarbeit zeigte, dass mittlere Effekte von Musiktherapie auf das allgemeine Zustandsbild, die Negativsymptomatik und das soziale Funktionsniveau erst ab einer Frequenz von 16 bis 24 besuchten Therapieeinheiten auftreten. Spezifische Wirkfaktoren scheinen in der Musiktherapie eine wesentliche Rolle zu spielen (Danner/Oberegelsbacher, 2001) und Forschung konzentriert sich neuerdings auf die Anwendung musiktherapeutischer Techniken als Outcome-Prädiktoren (Mössler et al. 2011). Gold et al. (2007) fanden in diesem Zusammenhang bereits, dass die Verwendung musiktherapiespezifischer Techniken (z. B. freie Improvisation) zu besseren Ergebnissen in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen führt, als die Verwendung nicht-spezifischer

Techniken (z. B. freies Spiel).

Am Ende dieses Kapitels soll nun ein ausführlicheres Beispiel zeigen, wie ein musiktherapeutisches Forschungsdesign aussehen kann. Dieses Projekt wurde im Rahmen einer der frühen musiktherapeutischen Dissertationen durchgeführt (Timmermann 1999a). Es orientiert sich an bewährten und anerkannten Methoden aus der Psychotherapieforschung.

## B

Die aktive Musiktherapie geht von der Hypothese aus, dass in musikalischem Ausdruck und Interaktionsverhalten Persönlichkeit und Probleme eines Patienten erkennbar und bearbeitbar werden können. Um diese Hypothese zu prüfen, wurde danach gefragt, ob externe Beobachter in der Tat aufgrund von videografierten Ausschnitten aus einer Musiktherapie in der Lage sind, Aussagen über den Patienten zu machen, und inwiefern sich dabei Experten und Laien unterscheiden. Eine zehnstündige einzelmusiktherapeutische Intervention wurde auf Video mitgeschnitten. Der Patient litt unter einer narzisstisch-schizoiden Persönlichkeitsstörung verbunden mit einer Fesselsymptomatik. Die bisherigen Therapien waren geprägt durch eine kontrollierende Beziehungsregulation, die sich auch in der Musiktherapie wiederholte. Indem der Patient die musikalische Beziehung abbrach, sobald der Therapeut etwas

lauter, schneller oder sonstwie dynamischer spielte, erzeugte er in diesem sukzessiv das Gefühl, „gefesselt“ zu sein, und reinszenierte damit seine eigene Kindheitssituation.

### Prozess, Methodenforschung

Der Therapeut verfasste nach jeder Sitzung ein „Affektives Spontan-Protokoll“, später ein ausführliches Protokoll anhand der Videoaufzeichnung sowie Protokolle von den Konsultationen mit einer Kollegin. Aus dem gesamten Videomaterial wurden zunächst alle musikalischen Dialoge herausgeschnitten und codiert. Sodann wählten drei Musiktherapeuten zunächst unabhängig voneinander intuitiv Szenen aus, die sie für klinisch relevant hielten, d. h. die Pathologie des Patienten spiegelten oder Veränderungsprozesse zeigten. Gemeinsam einigten sie sich schließlich auf acht Szenen (Länge jeweils ca. 2 Minuten). Diese Szenen wurden dann 20 Musiktherapeuten, zehn Psychotherapeuten und 20 Laien vorgespielt, die zunächst nach jeder Szene standardisierte und freie Fragen zum Patienten und Therapeuten beantworten sollten. Nach Beobachtung aller Szenen sollten sie noch einmal frei Patient und Therapeut beurteilen.

Die Auswertung der standardisierten Fragen erfolgte durch eine zweifaktorielle Varianzanalyse. Die freien Äußerungen wurden als Inhaltsanalyse, qualitativ, heuristisch und in Form von Kategorien ausgewertet. Die Hypothesen über den Patienten aufgrund der hinlänglich bekannten Pathologie („Hypothesen-Kategorien“) wurden verglichen mit den „Rater-Kategorien“,

die sich aus den freien Äußerungen bilden ließen. Der Patient und seine Problematik wurde von den Ratern insgesamt überzeugend erkannt und beschrieben, obwohl sie außer den zusammen etwa 16 Minuten musikalischen Dialogen mit dem Musiktherapeuten keinerlei Informationen über ihn erhielten. Auch die inneren Konflikte des Therapeuten angesichts des Patienten spiegeln sich in den Ergebnissen. Die drei Gruppen urteilen sehr übereinstimmend; der Signifikanz-Test weist keine signifikanten Unterschiede auf. Sie differieren jedoch tendenziell dahingehend, dass die Psychotherapeuten am stärksten die Pathologie des Patienten wahrnehmen, während die Laien diesen am positivsten beurteilen. Die Musiktherapeuten liegen zwischen den beiden Gruppen: Sie sehen mehr Pathologisches als die Laien und mehr Gesundes als die Psychotherapeuten.

Diese Forschungsarbeit zeigt anhand eines praktischen Beispiels, dass und wie im musikalischen Ausdrucks- und Interaktionsverhalten die Persönlichkeit und die pathologischen Strukturen eines Patienten erkennbar und bearbeitbar werden. Sie hat damit einerseits Relevanz für den Nachweis dessen, was in der Musiktherapie geschieht, und zeigt den musiktherapeutisch Arbeitenden bzw. Studierenden, wie dies genau geschieht.



Argstetter, H., Hillecke, T., Bradt, J., Dileo, C. (2007): Der Stand der Wirksamkeitsforschung – Ein systematisches Review musiktherapeutischer Meta-Analysen. In: Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin 28 (1), 39–61

Gold, C. (2009): Systematische Übersichtsarbeit und Meta-Analyse. In: Musiktherapeutische Umschau 30 (1), 65–68

Kächele, H. (2003): Qualitätssicherung in der ambulanten Musiktherapie – noch einmal ... Musiktherapeutische Umschau 24, 5–9

Mössler, K., Fuchs, K., Heldal, T. O., Karterud, I. M., Kenner, J., Næsheim, S., Gold, C. (2011): The clinical application and relevance of resource-oriented principles in music therapy with psychiatric clients. Accepted for publication British Journal of Music Therapy

Petersen, P. (Hrsg.) (2003): Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Grundlagen – Projekte – Vorschläge. Mayer, Berlin

Smeijsters, H., Rogers, P. (1993): European Music Therapy Research Register. Vol I: Werkgroep Onderzoek Muziektherapie NVKT

Smeijsters, H., Rogers, P., Kortegaard, H.-M., Lehtonen, K., Scanlon, P. (1995): European Music Therapy Research Register. Vol II: Stichting Muziektherapie, Castricum

Wosch, T., Wigram, T (2007): Microanalysis in Music Therapy: Methods, Techniques and Applications für Clinicians, Reserchers, Educators an Students. Jessica Kingsley Publishers,

London/Philadelphia

## 4Forschungsstand Musikmedizin und Musikpsychologie oder: „Das Gehirn hört mehr als die Ohren“

von Hans-Helmut Decker-Voigt

Daran erkenn ich den gelehrten Herrn,  
Was ihr nicht tastet, steht euch meilenfern,  
Was ihr nicht fasst, das fehlt euch ganz und gar,  
Was ihr nicht rechnet, glaubt ihr, sei nicht wahr,  
Was ihr nicht wägt, hat für euch kein Gewicht,  
Was ihr nicht münzt, das, meint ihr, gelte nicht.

*(Johann Wolfgang von Goethes Mephisto, Urfaust, 1. Akt;  
dieses Kapitel beschreibt Gelehrsamkeit, die nicht so orthodox-  
dogmatisch denkt und handelt ...)*

Musikmedizin und Musikpsychologie sind zwei der Musiktherapie zugehörige Entitäten innerhalb jenes Zeitkontinuums frühesten Einsatzes von Musik in Heilungsritualen bis zur Gegenwart, in der sich Musiktherapie als Gesundheitswissenschaft profiliert – vor dem Hintergrund der „überlebenswichtigen Rolle, die Musik durch die Entwicklungsgeschichte des Menschen, in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft hindurch spielt“ (Spintge 2000, 406).

### **Definitionen Musikmedizin:**

Eine kurze: Musikmedizin ist die Einbeziehung von Musik in die schulmedizinische Behandlungskonzeption.

Eine umfassende: „Musikmedizin ist [...] die präventive, therapeutische und rehabilitative Anwendung musikalischer

Reize im Gesundheitswesen, mit der Absicht, übliche medizinische Verfahren zu komplementieren, wobei die spezifische, drohende oder tatsächlich gegebene Gesundheitsstörung und deren medizinische Behandlung individuell berücksichtigt wird.“ (Spintge 2001, 8)

### **Definition Musikpsychologie:**

„Musikpsychologie ist die Wissenschaft der Wahrnehmung von Musik, der Herstellung und Reproduktion von Musik und der Wirkungen von Musik.“ (Bruhn 1996, 241)

Musikpsychologie und Musikmedizin (Spintge nutzt die Schreibweise „MusikMedizin“) sind mit musiktherapeutischer Praxis und Forschung interdependent verbunden, d. h. sie arbeiten in einem Verhältnis wechselseitiger Bedingung und Abhängigkeit voneinander. So wie jede denkbare musiktherapeutische Fragestellung (aktuell-spezifisches Beispiel: Musiktherapeutische Begleitung von sexuell missbrauchten Kindern unter Einbeziehung von Aspekten der Psychotraumatologie) im heutigen Forschungsstand ein interdisziplinäres Arbeiten erfordert, reflektieren auch Musikmedizin und Musikpsychologie als „Nahverwandte“ der Musiktherapie ihre Forschungsthemen durch deren Einbettung in ein Netzwerk benachbarter Disziplinen.

Spintge sieht die wissenschaftliche Evaluierung von Musikmedizin „insbesondere mittels medizinischer, musiktherapeutischer, physiologischer, psychologischer und

mathematisch-physikalischer Forschung“ (2000, 396). Damit definiert er auch namens der Ärzte, die Musik in die schulmedizinische Behandlung integrieren, als Teil eines komplexen Wissensnetzwerkes über die Grenzen der Schulmedizin hinaus. Der Zusammenschluss musikmedizinisch arbeitender Ärzte ist die weltweit arbeitende Forschungsgemeinschaft der „International Society for Music in Medicine“ – ISMM.

internationale  
Musikmedizin

Interdisziplinäre Fachkomplexe im Wissensnetzwerk

Netzwerkdenken gilt bei jeder spezifisch musikmedizinischen Fragestellung. Ein spezifisches Beispiel: Einfluss musikalischer Rezeption auf das Schmerzempfinden des chronischen Schmerzpatienten. Eine solche Fragestellung wird musikmedizinisch nur im o. g. interdisziplinären Netzwerk bearbeitet werden können.

Netzwerke und  
Interdisziplinarität

Dasselbe in der Musikpsychologie. Diese wird von Bruhn und Kollegen (1993) als Teilbereich der Systematischen Musikwissenschaft gesehen, jedoch auch in Interdependenz zu folgenden Fächern gesetzt: Sozial- und Kulturpsychologie, Wirtschafts- und Medienwissenschaften, Entwicklungs- und Persönlichkeitspsychologie, Pädagogik, Medizin und Psychotherapie, Psychoakustik und Neuropsychologie sowie

Psychophysik. Jeder musikpsychologischen Fragestellung wird sich also ebenfalls nur von dem o. g. Netzwerk interdisziplinärer Perspektiven aus genähert werden können. Ein solch spezifisches Beispiel: Wie ist der Einfluss der Musikberieselung im Supermarkt auf das Konsumverhalten des Kunden?

Apropos „Verwandtschaften“ unter den Fächern, in die Musiktherapie eingebunden ist: Wie in der menschlichen Genealogie trennen sich auch früher näher Verwandte durch die Ausformung eigener Profile im Zeitablauf der Generationsfolge von Fächern. So war Musiktherapie noch in den 70ern des 20. Jh. von der Musikpsychologin Helga de la Motte definiert worden als „Angewandte Musikpsychologie“ – zeitgleich also zu den häufigsten Definitionen durch Mediziner, wie z. B. Harm Willms. Diese sahen die Musiktherapie als Heilhilfsmaßnahme, als „Adjuvans“ der Schulmedizin, was sie medizingeschichtlich in den letzten 200 Jahren auch war.

### Forschungsmethodische Unterschiede

So weit die Gemeinsamkeiten. Die Abgrenzungen zueinander und zur Musiktherapie beginnen in der Forschungsmethodik und ihrer Instrumente. Die bis heute wirkenden Unterscheidungen begründeten sich im neuen Wissenschaftsverständnis im Zuge des Aufklärungszeitalters mit seinem Höhepunkt in der zweiten Hälfte des 18. Jh. Die bis dahin ganzheitlichere Sicht auf den Patienten (die psychologische, soziale u. a. Perspektiven einbeziehende Sicht des Medicus) wurde jetzt mehr und mehr geprägt vom naturwissenschaftlichen Kausaldenken und

-forschen im Blick auf Ursache und (Aus-)Wirkung im Krankheitsgeschehen. (Kausalitätsprinzip vereinfacht: Wenn die und die Symptome beim Patienten zutreffen – dann verdichtet sich diese oder jene Diagnose und erfordert diese oder jene Behandlung ...). Medizin wurde von dem amerikanischen Psychoanalytiker und Arzt James Hillman in den 1970er Jahren bis zu Ralph Spintge (2000) als in einer ständigen Reduzierung begriffen: Von der früheren Heilkunst über die Heilkunde bis zur heutigen angewandten Naturwissenschaft und Hochtechnologie. Die heutige Forschungsmethodik im naturwissenschaftlich-(musik)medizinischen Bereich basiert auf

naturwissen-schaftliche

Position

- der Objektivität des therapeutischen Experiments,
- der Reproduzierbarkeit des therapeutischen Erfolgs,
- den Erkenntnisfortschritten über therapeutische Erfolge durch Vergleichsgruppen.

Die Beobachtung des musikmedizinischen Forschungsgegenstandes, die Trias „Mensch (Patient) – Musikwirkung-Krankheitsentwicklung – Krankheitserleben“, wird mit erheblichem mathematisch-statistischem Aufwand begleitet und ausgewertet. Sie bezieht sich letztlich immer auch, wenn nicht zentral, auf die Auswirkung der Musik auf die Soma, auf die Körperantworten des Patienten. Sekundär, aber interdependent wird dabei auch mit der inzwischen ebenfalls in der Musikmedizin als streng individuell gesehen

akzeptierten Steuerfunktion der Psyche und des emotionalen Haushaltes auf eben diese Körperantworten. Wegen der Notwendigkeit der Vergleichsgruppenarbeit (Randomisierung), die die Datenmengen nochmals potenziert, werden diese Forschungsmethoden als *quantitative Verfahren* bezeichnet.

## Musikwirkung

### auf Körper

Zweifach ist dagegen der Zugang zum Menschen in der musikpsychologischen Forschung, wenn es zentral um das Verstehen seiner seelischen Prozesse geht, wenn es um die Beobachtung seiner Gesundheit/Krankheit, um sein Musikerleben und dessen Einfluss auf Prävention, Therapie und Rehabilitation geht: Zum einen sind dann *qualitative*, hermeneutische Methoden angesagt, weil Diagnose und Indikation nicht immer vor der Entscheidung zur Forschungsperspektive stehen (wie in der Musikmedizin). Sie werden oft erst *während* des therapeutischen Prozesses deutlich. Vergleich und Kontrolle sind außerhalb des naturwissenschaftlichen Kausaldenkens in der psychologisierenden „qualitativen Forschung“ auch möglich, aber jeweils innerhalb der individuell verlaufenden Therapieprozesse. Zum anderen erfordert eine musikpsychologische Fragestellung nach der Häufigkeit des Musikhörens in bestimmten Patientengruppen bzw. überhaupt soziologisch erfassten Gruppensystemen wiederum quantitativ gestützte Auswertung empirischer

Methoden (wie in der Musikmedizin). Insgesamt arbeitet Musikpsychologie der musiktherapeutischen und musikmedizinischen Behandlungsbereiche zu, sie behandelt und begleitet und untersucht Patienten nicht selbst.

Musikwirkung  
auf Erleben

In der westeuropäischen Szene künstlerischer Therapien und damit der Musiktherapie, auch wenn sie in musikmedizinische und musikpsychologische Zusammenhänge eingebunden ist, gilt,

Musikwirkung im  
therapeutischen Prozess

● dass jeder Therapieverlauf nur mit sich selbst vergleichbar ist,

● dass statt Reproduzierbarkeit die „dialogische Erinnerung“ besteht (gestützt durch Supervision, Intervision usw.),

● dass nicht der therapeutische Erfolg i. S. der Symptombeseitigung der Forschungsgegenstand ist, sondern der therapeutische Prozess, dessen Erfolgsbeurteilung in wissenschaftlichen Beschreibungsverfahren tiefenpsychologisch-psychoanalytisch-morphologischer Art stattfindet (Petersen 1990).

quantitativ vs.  
qualitativ

Die Unterscheidung in die später *quantitativ* genannte Forschung der Naturwissenschaften (einschl. Medizin) versus der qualitativen Forschung der psychologisierenden Fächer (von

der frühen Psychoanalyse bis zur heutigen Musiktherapie) begann die Wissenschaftswelt in naturwissenschaftliche, geisteswissenschaftliche und (seit Mitte des 20. Jh.) sozialwissenschaftliche Bereiche zu differenzieren, teilweise schmerzhaft zu trennen und zu spalten durch die jeweiligen Ansprüche und Durchsetzungen vermeintlich „wahrer Wissenschaft“.

Des Wissenschaftsphilosophen Gadamers Erkenntnis, dass es keinen wirklich sicheren Zusammenhang zwischen Forschungsmethode und der „Wahrheit von Erkenntnissen“ gibt (1965), hat sich auch dadurch weich etabliert, dass die quantitativen Forschungsansätze (der Naturwissenschaften, hier: Musikmedizin) und die qualitativen Methoden (der Psychologie, hier: Musikpsychologie) heute einander nicht mehr einander widersprechend gegenüberstehen, sondern in gemeinsamen Forschungsthemen einander ergänzen. Beispiel Musikpsychologie:

„Die Frage nach der Häufigkeit des Musikhörens in bestimmten gesellschaftlichen Gruppen [eine musikpsychologische Frage, Anm. d. Verf.] erfordert die Anwendung quantifizierender Verfahren und statistischer Auswertungsmethoden, während die Frage nach den Gründen für diese Hörgewohnheiten mit diesen Verfahren wiederum nicht zu ermitteln ist.“ (Tüpker 1996, 103)

Solche u. ä. komplexen Fragestellungen der Forschung werden in der Musikpsychologie ebenso inzwischen mit sowohl

quantitativen als auch qualitativen Methoden angegangen wie entsprechende wichtige Fragestellungen der Forschung in der Musikmedizin und Musiktherapie.

### Aktuelle Situation

David Aldridge stellt in einem Symposium über Grundlagenforschung fest: „Vor mindestens 10 Jahren haben forschende Musiktherapeuten weltweit den Unsinn einer solchen Trennung [von qualitativen und quantitativen Verfahren, Anm. d. Verf.] bereits erkannt“ (2005, 151). Er betont zwar die Notwendigkeit quantitativ klinischer Studien in der Musiktherapie (mit Forschungsinstrumenten der Schulmedizin und der klinischen Psychologie, Anm. des Verf.), um den Forderungen der evidenzorientierten Medizin und damit im Gesundheitswesen zu genügen, bedauert gleichzeitig aber die Vernachlässigung qualitativer Forschung.

quantitativ

*und* qualitativ

Der heutige Forschungsstand der Musiktherapie-Nachbarn Musikmedizin und Musikpsychologie stellt sich aktuell wie folgt dar: Musikpsychologieforschung, per se der Erforschung der Musikwahrnehmung verpflichtet, hat mit ihrer bisher überwiegenden Methodik empirisch ausgerichteter Wirkungsforschung keine Objektivierbarkeit erreicht.

Anders die Musikmedizin. Sie erreichte mit Computertomografie, Kernspintomografie und vor allem der Magnetresonanztomografie und anderen bildgebenden

Verfahren Quantensprünge in ihrer Forschung und arbeitet – neben den musikmedizinischen Zielen der kausalitätsorientierten Musikmedizin – der Musiktherapieforschung zu. Herausragend erscheint in der musikmedizinischen Forschung das „missing-link-concept“ (Spintge 2000) der Rhythmizität als Brücke zwischen Musik einerseits und Physiologie und Medizin andererseits. Dahinter stand die (erfolgreiche) Suche der Musikmedizin nach biologischen Zeitstrukturen im menschlichen Organismus. Sie entsprechen musikalischen Zeitstrukturen, welche wiederum als Resonanzadresse fungieren.

„missing-link-concept“

Rhythmizität



„Rhythmizität ist dabei definiert als strukturierte Koordination zweier oder mehrerer verschiedener Rhythmen über die Zeit innerhalb eines dynamischen Systems, wobei interaktive Phänomene wie Synchronisation, Kopplung, Verstärkung und Extinktion auftreten.“ (Spintge 2000)

Beispiele für Anwendungsfelder in Forschung und Therapie sind u. a.: Blutdruckpatienten (Hyper und Hypo), Patienten in der kardiologischen Rehabilitation, chronische

Schmerzpatienten. Seit Koepchens Forschung ist bekannt, dass alle zentralnervösen Neuronennetze nach diesem Prinzip arbeiten (1992). Über eben dieses Phänomen der Rhythmizität zentralnervöser Steuerungsprozesse wurde die Wirkung musikalischer Reize als Stress- und Schmerzreduktion erklärbar. Eine zentral wichtige Synopse aus der heutigen Musikmedizinforschung ist in [Tabelle 4.1](#) zu sehen.

**Tab. 4.1:** Musikalische Reize als Stress- und Schmerzreduktion (nach Spintge 2001, 389)

Reagierendes System	Reaktion
Herz-Kreislauf	Senkung der Herzfrequenz Senkung des arteriellen Blutdrucks antiarrhythmische Wirkung
Atmung	Senkung des Atemminutenvolumens Senkung des Sauerstoffverbrauches Synchronisation/Harmonisierung des Rhythmus
Innere Sekretion und Stoffwechsel	verminderte Freisetzung von: Katecholamine ACTH Cortisol Prolaktin $\beta$ -Endorphin Senkung des Grundumsatzes Herstellen der Schlafbereitschaft
Äußere Sekretion und Ausscheidung	verminderte Schweißsekretion
Rezeption Perzeption	angehobene Schmerzschwelle erhöhte Schmerzempfindungstoleranz
Psychomotorik	verminderte motorische Unruhe verminderter Muskeltonus Lösen muskulärer Verkrampfungen
Medikamenteneinsparung	50% bis 100% Einsparung Prämedikation
Behandlungsdauer	Stationäre Verweildauer verringert (Frühgeborenen-Inkubator: 3 Tage; geriatr. Katarakt-Chirurgie: 1 Tag)

Interdisziplinär unzufällig und Musikmedizin mit Musiktherapie forschungsmäßig verschränkt sind die Korrespondenzen zwischen der Rhythmizitätserforschung in der Musikmedizin und der Entdeckung der Vitalitätsaffekte und der aus ihr folgenden Affekt Abstimmung (durch z. B. Musik) durch die Analytische Entwicklungspsychologie von

Daniel Stern bzw. deren Bedeutung für die Wirkungsforschung in der Musiktherapie durch die Abhängigkeit vom musikalischen Parameter Dynamik (Stern 1992). Musikmedizin und Entwicklungspsychologie geben hier eine neue, technologieunterstützte Sichtweise von der Interdependenz zwischen Rhythmus und Dynamik und deren Bedeutung für die seelischen und körperlichen Antworten des Menschen auf Musik.

### Rhythmizität und Affekt-abstimmung

Ein aktuell stark zunehmender Anteil in der Musikmedizinforschung kommt von den Neurowissenschaften. Deren derzeitige und zu erwartenden Ergebnisse werden nicht nur das „missing-link-concept“ erweitern, sondern bedeuten auch Erklärungsmöglichkeiten der Wirkungsforschung in der Musiktherapie mit ihrer ununterbrochensten Forschungsfragestellung: Warum und wie wirkt Musik im Begleitungsprozess von Patienten? Die Möglichkeiten, via Forschung den emotionalen Schaltplan im Menschen zu organisieren und therapeutisch nutzbar zu halten, besitzen seit Einarbeitung neurowissenschaftlicher Ergebnisse nicht mehr allein die Übertragungs- und Erinnerungstechniken der Psychoanalyse oder neue Psychotherapien als Gesundheitswissenschaft, die sich immer auch aus den Wurzeln schamanistischer Heilungsrituale nähren.

Beitrag der

## Neurowissenschaften

Denn Erinnerungen, reinszenierte Bilder aus der Vergangenheit und Imaginationen (allesamt auch besonders evozierbar durch Musik als ältere Kommunikationsform als die Sprache) sind ebenso laut aktueller neurowissenschaftlicher Forschung (Arbeit mit der Positronen-Emissions-Tomografie, PET) begabt und geeignet, Schaltstellen des Gehirns zu beeinflussen, zu modifizieren – wie die Ereignisse in der äußeren Realität. Oder kurz gefasst: Simulierte Realität tangiert, beeinflusst und steuert unser Gehirn in denselben Regionen wie die nicht simulierte Realität (Baer 2005; Kunz 2001).

### bildgebendes

### Verfahren PET

### Ausblick

Jetzige kurz- sowie mittelfristig geplante Forschung von Musikmedizin und Musikpsychologie wird sich an folgenden Gegenwartsforderungen orientieren: Das künftige, finanzierbare Gesundheitswesen wird zunehmend mehr auf Gesundheitssupportiven, auf gesundheitsunterstützenden und -verstärkenden Methoden in Therapie und Medizin aufgebaut sein, mit gleichzeitig sich reduzierenden Systemen für die stationären Behandlungsformen des erkrankten Menschen. Dabei wird den künstlerischen Therapien und aufgrund deren voranschreitender qualitativer und klinischer Forschung zunehmend mehr die Rolle zuwachsen, die James Hillman bereits vor über einem Jahrzehnt formulierte zugunsten der

Einbeziehung von Kunst (im Kontext meint Hillman alle Künste): „... die Kunst formt die Verrücktheit [Krankheit; Anm. d. Verf.], statt sie zu unterdrücken“ (Hillman/ Ventura 1993, 188).

Zukunftsforderung

Prävention

Das Jahrzehnt dazwischen ergab eben denjenigen Forschungsschub für die Musiktherapie, eingebunden in Medizin und Psychologie, der sie nicht nur im Hochschulbereich das erkennbare Profil einer Gesundheitswissenschaft schärfen ließ. Durch unsere gewachsene qualitative und zunehmend nun auch klinische Forschung unter Evidenz-Aspekten jedes Gesundheitsberufs haben Musiktherapieforschungen in Verbindung mit Musikmedizin und -psychologie die Aufmerksamkeit erregt von: Neurowissenschaften, Entwicklungspsychologie, Neuropsychoimmunologie und – nicht zuletzt – von Verwaltungsdirektionen der Kliniken und Krankenhäuser. Diese entdeckten mit Recht in der interdisziplinär angelegten Musiktherapie eine ebenso erfolgreiche wie vor allem vergleichsweise günstige Therapieform.

Gesundheitswissen-schaft „Musik-therapie“

Weitergedacht für die gemeinsamen Forschungsrichtungen von Musikmedizin und Musikpsychologie in Bezug auf Musiktherapie: Indem der Patient sein Symptom künstlerisch gestaltet (die Krebspatientin ihr Karzinom malt,

der Herzinfarktpatient die Wiederholungsangst musikalisch improvisiert), gestaltet er die Symptome und deren ätiologischen Hintergrund aktiv um. Er stellt den Ausgleich dar für eine Patientenrolle, die der Klinikalltag eher als passiv, als rezeptiv, den Patienten als Behandlungsobjekt sieht, nicht als MitbehandlerIn – wie es die künstlerischen Therapien per se tun.

Die Zukunft der Forschung hängt nicht von der Zukunft der Hochschulen als ihren dafür tradierten Orten ab, sondern von der Synergie zwischen Hochschule, Berufspolitik und Praxisort. „Was wir brauchen [für die Forschung; Anm. d. Verf.], ist eine starke politische Lobby, und dies verlangt Einigkeit unter den Berufsvertretern.“ (Aldridge 2005, 151) Diese Position nehmen aktuell auch die meisten berufspolitischen Gruppierungen in der Musikmedizin (ISMM) und in der Musiktherapie einschließlich der meisten Studien- und Ausbildungsleitungen ein. Die Position der Musikpsychologie dazu ist noch nicht formuliert.

### Forschungs-synergien

Am effektivsten sind bereits diejenigen Forschungen (etwa im Bereich des bis dato noch einzigen Promotionsstudienganges für Musiktherapie in Hamburg), bei denen der Doktorand die Forschungsarbeitsrichtung und deren Forschungsdesign seiner Arbeit mit einem interessierten Arbeitgeber aus dem Gesundheitswesen abspricht, der zunehmend mehr – neben privaten Stiftungen – eine Mitfinanzierung übernimmt. Fragen der Handlungsforschung und der zugehörigen Forschungsethik orientieren sich dabei an den vorhandenen Ethik-Codes im

deutschsprachigen und den „codes of ethics“ im internationalen Bereich der Berufsverbände im jeweiligen Gesundheitswesen. In mittelfristiger Planung wird dies weniger ein nationales sein – wie überwiegend noch das gegenwärtige –, sondern ein europäisches.

Finanzierung  
aus Drittmitteln



Schmidt, H. U., Stegemann, T., Spitzer, C. (Hrsg.) (2019): Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen. Elsevier, Amsterdam

Spintge, R. (2001): Aspekte zum Fach MusikMedizin. In: Decker-Voigt, H.-H. (Hrsg.): Schulen der Musiktherapie, Ernst Reinhardt, München, 387–407

Spintge, R. (2009): Musikmedizinische Forschung heute und morgen. In: Decker-Voigt, H.-H., Weymann, E. (Hrsg.): Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen, 303 ff.

Spintge, R. (2019): MusikMedizin. In: Decker-Voigt, H.-H., Weymann, E. (Hrsg.): Lexikon Musiktherapie. 3. Aufl. Hogrefe, Göttingen (in Vorbereitung)

[5Das Instrumentarium:Streicheln und Ermorden – Musikinstrumente: ihr Appell, ihre Symbolik von Hans-Helmut Decker-Voigt](#)

„Wer dauernd auf die Pauke haut, geht eines Tages flöten“

(Trenkle 2004)

Längst bevor ein Patient ein Instrument spielt, spielt es in ihm. Und es spielt gleich mehrere Rollen. Die Entscheidung, nach einem ersten *Umschauen* im Musiktherapieraum ein erstes *Umhören* folgen zu lassen – meist ausgelöst durch die Einladung des Musiktherapeuten, zu explorieren, auszuprobieren, was einen vielleicht neugierig macht ... und dieses Umhören in die Entscheidung für ein Instrument münden zu lassen oder gar keines zu nehmen, ist gänzlich unzufällig.

### Wirkungsfunktionen

Der Mensch steht dem Musikinstrument und dessen folgenden Wirkungsfunktionen gegenüber:

●Es wirkt auf ihn durch das Profil des Instrumentenkörpers, seine Form: vertraut, neu, fremd, befremdend, anziehend.

●Es wirkt durch die Noch-nicht-Hörbarkeit, die sich schon nähert: vertraut, neu, befremdend, anziehend.

●Es wirkt durch das Material, aus dem es ist: glatt, rissig, künstlich, natürlich.

●Es wirkt durch die Einladung zum Spiel (den Bogen über Saiten eines Streichinstruments zu streichen, die Tasten eines Klaviers oder Akkordeons zu drücken, eine Rassel zu schütteln).

Die Anziehung des Menschen hin zu einem Instrument oder seine Abwehr dagegen (in der Therapie sprechen wir dann von Widerstand) liegt größtenteils in der Assoziation (lat. = Hinzugesellung) innerer Bilder, Erinnerungen, Bedürfnisse, die beim Annähern oder auch nur Betrachten eines

Musikinstrumenten ausgelöst werden.

assoziativer

Gehalt

Mary Priestley sah in ihrer noch traditionelleren tiefenpsychologischen Sicht Musikinstrumente als Auslöser für Bedürfnisse im Menschen, die den Entwicklungsphasen früher Sexualität folgten. Sie verband Schlaginstrumente mit der analen Phase, Blasinstrumente mit der oralen und Streichinstrumente mit der genitalen (Priestley 1983). Diese Psycho-Logik, die bei zu einseitig vereinfachenden Psychoanalyse-„Freaks“ zu Kausalitäten führte – Schlägelspiel = Phallusspiel oder Streichinstrumentenspiel = Streichelspiel –, wurde durch die „Appellspektrumsanalyse“ ausgeweitet. Sie baute auf der Theorie der Kreativtherapie von Maks Kliphuis auf. Diese ging von einer in jedem Individuum angelegten „Bedürfnishierarchie“ aus, die von den das Individuum umgebenden Materialien mit ihren unterschiedlichen „Appellen“ an eben diese Bedürfnishierarchie rührt und diesen anzieht, abstößt, immer aber „appelliert“ (Kliphuis 1973). Kliphuis unterscheidet bei den materialen Appellen folgende Bedürfnisreaktionen:

Instrumenten-symbolik der

Tiefenpsychologie

Appellwert und

Bedürfnishierarchie

1. sensopathisch-libidinöse Bedürfnisse (taktil-haptische Kontaktwünsche),

2.dimensionale Bedürfnisse (Gestaltung von Raum, Form und Zeit, also Allmacht, Endlosigkeit oder sich durch das Material abgrenzen, schützen)

3.thematisch-inhaltliche Bedürfnisse (symbolische Besetztheit des Materials in seiner Form, Farbe, Größe, Struktur).

Wil Waardenburg bezog in dem Kontext von Kliphuis erstmals die Appellspektrumsanalyse auf die Spielweise, den Klang, die vielschichtigen Symbolwertigkeiten von Musikinstrumenten (1973). In der phänomenologisch orientierten Musiktherapie wird mit der Appellspektrumsanalyse bis heute in immer weiter modifizierteren Formen gearbeitet.

## B

Eine Fallvignette (nach Ulrike Höhmann 1996): Eine Diabetes-Patientin, die ihr Kind durch eine Fehlgeburt verloren hatte, ging während des ersten Therapie-Settings spontan auf die große Pauke zu, nahm auch die Schlägel zur Hand – war aber nicht imstande, zu spielen. Im Nachbearbeitungsgespräch wurde deutlich, dass die Pauke an sie „appellierte“ – durch die Assoziation an die Form ihres Bauchs während der Schwangerschaft. Hingegen die mögliche, vermutete Lautstärke der Pauke appellierte, erinnerte die bis dahin verdrängte Wut über den Tod ihres Kindes. Die Intensität und Dimension der

Verdrängung wurde schließlich deutlich durch die Unfähigkeit, das Spiel aufzunehmen.

subjektive  
Bedeutung

Hömann führt Waardenburgs Ansatz weiter und sieht in der ersten Phase einer Musiktherapie, der Erforschung des vorhandenen Instrumentariums durch den Patienten (die Exploration) bereits den Beginn einer „Überwindung der Problemfixierung“, ein weiteres Beispiel für die Symbolträchtigkeit der Spiel- und Umgehensweise mit dem Instrument. Beispielhaft am Instrumentenkörper des Balafons (afrikanisches Xylophon) nähert sich Hömann dem Musikinstrument in Analogie zum menschlichen Körper tiefenpsychologisch-phänomenologisch an und differenziert das Instrument.

### **Anthropomorphismus – Beispiel Balafon**

● Die selbstklingenden Materialien (Idiophone) i. S. von Tonquelle, der klanggebende Teil, das männliche Element (beim Beispiel Xylophon/Balafon die Klangstäbe).

● Die Resonanzkörper, der Bauch, die klangempfangende Form, der mitschwingende Teil, das offene, weibliche Element (beim Beispiel Balafon die 1–2 Resonanzkörper unter dem Klangstab, die im Zusammenwirken mit dem klanggebenden Element der Idiophone zur „Befruchtung“ führen, dem schwingenden Ton). Durch die im Resonanzkörper in Bewegung gesetzte Luft schwingen auch die Membranen mit, die als feine

Häutchen über die in die Resonanzkörper gebohrten Löcher gespannt sind. Neben dem Ton des Holzstabklangs entsteht so eine zweite Klangebene. „Das Instrument atmet.“

●Der Aufbau, das Skelett, das ordnende haltgebende Element eines Instruments.

●Die Skulptur eines Instruments (seine möglichen Verzierungen, seine Seele, das von ihm versinnbildlichte Element) (nach Höhmann 1994).



**Abb.:** Die Musiktherapeutin Ulrike Höhmann am Balafon  
Psychoanalytisch übersetzt lösen Musikinstrumente  
Annäherungs-, Einverleibungswünsche und damit symbiotische  
Bedürfnisse aus oder aber Abwehr bzw. Widerstand.  
Die dahinter stehende Diskussion um die Symbolik von

Musikinstrumenten und ihrer Klangsprache ist mit der Arbeit der Psychoanalytikerin Susanne Langer weiterstrukturiert worden. Langer (1984) zeigt die elementar unterschiedlichen Formen der Symbolorganisation des Menschen auf und differenziert in „diskursive Symbolik“ des sprachlichen Ausdrucks des Menschen. Die Form dieses Ausdrucks beschreibt äußere Realitäten, und zwar immer und ausschließlich im zeitlichen Nacheinander. Anders Musik als Ergebnis gespielter Instrumente und gesungener Stimme.

Die phänomenologische Musiktherapie, mit ihrer Voraussetzung besonderer Symbolkraft der Musik und der Klangwerkzeuge, die diese erzeugt, arbeitet seit Langer mit dem Begriff der „Präsentativen Symbolebene der Musik“. Musik ist keine Sprache wie die verbale Sprache, sondern repräsentiert seelische Gegebenheiten in der jeweiligen Situation der Begegnung mit ihr – und zwar zeitgleich, synchron. Langer nutzt zur Unterscheidung der beiden Symbolrepräsentanzen das Bild vom betrachteten Bild von Kleidungsstücken, die auf einer Wäscheleine aufgehängt sind, und zwar ebenso nach- und nebeneinander, wie Menschen sich ihre Ideen sprachlich mitteilen – dabei werden sie übereinandergetragen. Oder das Kunstbild des Malers, das sich auch aus verschiedenen Elementen zusammensetzt, die das Motiv als Ganzes zeigen – aber es wirkt synchron, auf einmal und in diesem Moment (Langer 1984).

Alfred Lorenzer sieht in seiner Fortsetzung der Arbeit

Langers alle nicht in Sprache fassbaren präsentativen Symbolebenen (wie auch Musikgestaltung, Tanz, Malen) als sinnlich-symbolische Kommunikation, die nicht weniger wichtig ist als die diskursive Symbolik der Sprache (Lorenzer 1970a/b).

sinnlich-symbolische

Kommunikation

Was nun in die „Appellwirkung“ des Musikinstruments und der gesungenen, vokal spielenden Stimme buchstäblich mit hineinspielt, ist die Funktion der Instrumente, an die protosymbolische Zeit der vorsprachlichen Kommunikation anzuschließen. Die psychoanalytische Sicht: In dieser präverbale Zeit (ca. bis Ende des 2. Lebensjahres) sieht Lorenzer die elementaren Vorformen der Musik (call-response-dialogues) als Einigungsvorgänge in der frühen Mutter-Kind-Dyade, eben die, in der sich Protosymbole bilden. Während des Spracherwerbs wird ein Teil dieser Protosymbolismen übernommen in das Repertoire des Menschen zu sinnlich-symbolischer Kommunikation in einer präsentativen Symbolsprache (Musik, Tanz, Kunst). Ein anderer Teil wird in das Unbewusste geschoben. Insgesamt sieht die phänomenologische Musiktherapie Musik in diesem Sinne als präsentative Symbolsprache in der sinnlich-symbolischen Kommunikation – zusammen mit Tanz, Bewegung, Malerei.

Protosymbolik

„Präsentative Symbole artikulieren Situationen, sie formulieren Erlebnisse, die nicht oder noch nicht beim Namen

genannt werden können bzw. dürfen.“ (Mahns 2004, 88)

Was Musikinstrumenten dabei als Werkzeuge für die sinnlich-symbolische Kommunikation zu therapeutischer Prominenz in der Psychodynamik des Patienten verhilft, ist die Erfahrung des Menschen: Musikalisch werden wir uns (im Gegensatz zur diskursiven Symbolik der Sprache) zeitgleich ausdrücken können, aufeinander einstimmen, abstimmen, Affektabstimmung erleben können und zur Interaktivität als zeitgleiches Erleben ein und derselben Gefühlsspitze gelangen. Natürlich ereignet sich Musik als Produkt ihrer Instrumente auch in der Zeit und mit der Zeit, wie die Sprache. Aber sie erlaubt spontanen, synchronen emotionalen Austausch.

Gleichzeitigkeit

Zu einzelnen Instrumentengruppen

Instrumenten-ausstattung

Zur idealen Instrumentenbestückung eines Musiktherapieraumes empfahl eine der Urgroßmütter der Musiktherapie, Mary Priestley, bereits, was sich überall zugunsten der beim Anblick (Appell) der Instrumente *potenziellen Ausdruckschancen* des Patienten bewährte: Von jeder Instrumentengattung möglichst zwei Instrumente (für PatientIn und TherapeutIn), also:

- Stabspielinstrumente,
- Fellinstrumente,
- Perkussion,
- Saiten-,

●Blas- und

●Tasteninstrumente.

Während der letzten 35 Jahre vollzog sich aufgrund des Appells an vermutete, erinnerte Leistungsanforderungen in Kindergarten und Schule eine langsame Ablösung traditioneller Konzertinstrumente unseres Kulturkreises (einschl. Orff-Instrumenten).

„Über die Begegnung mit den außereuropäischen entwickelte sich das Interesse an so genannten ‚archaischen‘ Musikinstrumenten. So wurde das Monochord vom Demonstrationsobjekt für die pythagoräischen Obertöne zum wohlklingenden Musikinstrument meist mit mehreren gleichgestimmten Saiten entwickelt. Der Einsatz in der rezeptiven Musiktherapie wie auch in der musiktherapeutischen Improvisation ist weit verbreitet.“ (Bruhn 2005)

archaisches

Monochord

In derselben Arbeit verweist Bruhn auch auf Instrumente, die speziell für die Musiktherapiepraxis entwickelt wurden. Zunehmend sind dies Varianten des Monochords als Klangstühle und -liegen, Tischtrommeln für Gruppen, Gongs, Geräuschinstrumente wie Rainmaker und andere zahlreiche Varianten der „archaischen“ Instrumente als appellfähig ohne Leistungsanforderung, dafür mit starker präsentativer Symbolkraft.

Neuerfindungen

Musikethnologisch enger gebundene Instrumente, wie z. B. Didgeridoo, Djembe u. v. a., haben das klassische Orff-Instrumentarium zurückgedrängt. Dieses hatte aufgrund der Nähe der frühen Musiktherapie zur Musikpädagogik und Musik in der Heil- und Sonderpädagogik im deutschsprachigen Bereich der 50er Jahre des 20. Jh. noch Vorrang.

Ethno vs. Orff

Sonderstellung

Klavier

Das Klavier nimmt in der Diskussion und Praxis der Musiktherapie eine Sonderrolle ein. Sein breites Appellspektrum („Lehrerinstrument“, Instrument der Grandiosität und Virtuosität, Entmutigungsinstrument usw.) wird sowohl als ein Instrument unter vielen, als primus inter pares, in den meisten Gruppenmusiktherapien eingesetzt, aber auch in Einzelmusiktherapien für dialogische Improvisationen angeboten (z. B.: vierhändige Improvisation mit geschlossenen Augen auf vorgegebenen schwarzen Tasten = pentatonischen Leitern = harmonische Vertrautheit oder freie Improvisation im ganzen Tonraum als symbolisches Handeln für „Wege suchen im Dunkel des Nichtberechenbaren“ = Krankheit). In der Nordoff-Robbins-Musiktherapie ist das Klavier als Instrument des Therapeuten von zentraler Bedeutung für die künstlerisch-musikalische Begleitungsmöglichkeit des Patientenausdrucks.

elektronische

Instrumente

In speziellen Musiktherapie-Praxisfeldern finden sich elektronische Musikinstrumente (Keyboard, Synthesizer) und Equipment: therapeutische Arbeit in der Altersspanne zwischen jüngeren Jugendlichen und Adoleszenten; in der Arbeit mit Patienten der Neurologischen Rehabilitation, in Spezialpflegeeinrichtungen hirnerkrankter Patienten, deren minimierter Ausdrucksbereich dadurch verstärkt und hör- und nutzbar wird für Inter-aktionsbahnungen, die nur so zu manchmal wieder möglichen Begegnungserfahrungen interaffektiver Intensität führen.



Bruhn, H. (2005): Musik und Therapie. In: Oerter, R., Stoffer, Th. H. (Hrsg.): Spezielle Musikpsychologie. Hogrefe, Göttingen.

Decker-Voigt, H.-H., Brust., K. v. (2016): Die Instrumente der Musik und die Basale Stimulation. In: „... das berührt mich tief“..., Musiktherapie und Basale Stimulation/Basale Bildung Reichert, Wiesbaden, 47 ff.

Dosch, J., Timmermann, T. (2005): Das Buch vom Monochord. Zeitpunkt Musik. Reichert, Wiesbaden

Höhmann, U. (2009): Appelle und Appellwirkung von Musikinstrumenten. In: Decker-Voigt, H.-H., Weymann, E. (Hrsg.): Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen, 42 ff.

Krekeler, K., Merckling-Mihok, E. (2018): Schwerpunktthema „Digitale Instrumente in der Musiktherapie“.

## 6Praxeologie

### von Tonius Timmermann

„Verrichte zuerst das Notwendige, sodann das Mögliche, schließlich gelingt Dir das Unmögliche.“

*(Franziskus von Assisi)*

Musiktherapie hat sich in ihrer Geschichte prinzipiell parallel zur Psychotherapie entwickelt und geht nur selten als ein spezifisches Verfahren oder eine bestimmte Methode aus der Psychotherapie hervor. Während die Psychotherapie in der Medizin, speziell der Psychiatrie wurzelt, finden wir am Beginn der Musiktherapie eher kulturtherapeutische Ansätze musikalisch-künstlerischer und pädagogischer Art. In der Begegnung dieser beiden Entwicklungen kombiniert die Musiktherapie diese Ansätze mit Vorgehensweisen aus dem breiten Spektrum der Psychotherapie auf der Basis des aktuellen medizinischen und psychologischen Wissensstandes sowie spezifischer Forschung. Sie ist integriert in ein wissenschaftlich orientiertes Gesundheitssystem.

eklektisches

Vorgehen

Musiktherapie lässt sich als im positiven Sinne eklektisch charakterisieren: Sie prüft Theorie- und Handlungsmodelle, die sich aus einer Kombination musischer und psychotherapeutischer Elemente ergeben, sorgfältig darauf, wie sie sich in der therapeutischen Praxis bewähren. Eklektisches

Vorgehen bedeutet, dass umsichtig und konsequent aus dem musiktherapeutischen Repertoire die Mittel und Wege gewählt werden, die aufgrund der spezifischen Indikation des Klienten erforderlich und im Einklang mit der Konzeption der jeweiligen Institution sind. Dabei muss im Einzelfall sehr darauf geachtet werden, dass sich die Methodik nicht an die Widerstände des Klienten anpasst und der Therapeut immer dann die Strategie ändert, wenn es schwierig wird: das wäre Synkretismus.

differentielle

Musiktherapie

Die Musiktherapie sorgt bei aller Anwendung verschiedenartiger Techniken gleichzeitig für eine einheitliche Grundlegung. Deswegen könnte man sie nach von Quekelberghe (1979) auch als „differentiell“ bezeichnen, in dem Sinne, dass sie dem Unterschied zwischen Störungen, Klienten, Therapeuten, Techniken, Therapiezielen etc. Rechnung trägt (Oberegelsbacher 1999, 48).

psychotherapeutische Techniken

Musiktherapeutisch Tätige beobachten und prüfen, welche psychotherapeutischen Theorien und Techniken sich auf welche Weise mit musiktherapeutischem Handeln verbinden lassen, wie mit dem Medium Musik eigenständige Vorgehensweisen im großen psychotherapeutischen Kontext entstehen und wie wir darüber hinaus durch musiktherapeutische Praxis und Forschung die Psychotherapie insgesamt bereichern können.

situationsgerechte

## Modifizierungen

Musiktherapie verstehen wir als ein psychotherapeutisches Verfahren, dem ein auf das Medium Musik bezogenes reichhaltiges methodisches Repertoire zur Verfügung steht. Aus diesem schöpft sie situationsadäquat und modifiziert es und erforscht und entwickelt dessen besondere Wirkungen weiter. Sie verfügt über spezifische Wirkelemente und Möglichkeiten, bio-psycho-soziale Probleme aufzudecken und zu bearbeiten.

## Verortung von Musiktherapie

Den Begriff „Praxeologie“ kann man nur klären, wenn man die Begriffsvielfalt (und -verwirrung) in der Psychotherapie überhaupt betrachtet. Musiktherapie als Sammelbegriff lässt sich eben verschiedenen theoretischen und praktischen Ebenen zuordnen (s. a. Fitzthum 1997, 212 f.; 2001, 38 f.).

Es gibt im Rahmen der musiktherapeutischen Tätigkeit Menschen, die sich eindeutig einer bestimmten *Grundorientierung*, einem Verfahren und einem oder mehreren dazu passenden Methoden zuordnen. Allerdings sind Musiktherapeuten heute im Hinblick auf eine solche Bindung immer weniger ausschließlich und zunehmend integrativ bzw. eklektisch, vor allem mit zunehmender Berufserfahrung.

## Grundorientierung

Was die Grundorientierung anbetrifft, bietet die historische Entwicklung der Psychotherapie eine gute Orientierung. Sie beginnt mit der Entdeckung des Unbewussten und den

sich daraus entwickelnden tiefenpsychologischen Schulen und *Verfahren*. Deren gemeinsamer Nenner ist die Erfahrung, dass der Mensch entscheidend durch die – vor allem frühen – Beziehungen zu Mutter und Vater sowie deren Verarbeitung geprägt ist. Die dabei sich bildenden Grundmuster wirken positiv oder negativ im späteren Lebensverlauf weiter.

### **Theoretische und praktische Ebenen der Musiktherapie**

*Grundorientierungen:* tiefenpsychologisch, humanistisch, behavioral, systemisch

*Verfahren:* z. B. Psychoanalyse, Gestalt, Psychodrama

*Methoden:* spezifizieren entsprechend dem Verfahren, also z. B. analytische Gruppentherapie, analytische Musiktherapie)

*Techniken:* Halten, Stützen, Nähren usw.

### *Praxeologie*

Aus diesem ersten und grundlegenden tiefenpsychologischen Ansatz gehen die humanistischen Verfahren hervor, welche den Spiel-Raum der klassischen psychoanalytischen Behandlungstechnik – Liegen und Aussprechen, was einfällt – erweitern. Das aktive, leiborientierte und ausdrucksbezogene Handeln des Klienten wird als positives Element entwickelt. Die sich durch solche Angebote im Hier und Jetzt abbildenden alten Muster werden durch eben diese spezifischen Vorgehensweisen auch bearbeitet. Dies ist für die therapeutische Arbeit mit kreativen Medien, und mithin für die Musiktherapie, von besonderer Bedeutung.

Die lerntheoretischen oder behavioralen Ansätze der Verhaltenstherapie sind auch eher am Hier und Jetzt orientiert und wollen negative Konditionierungen durch Übung wandeln. Allerdings entsteht auch bei einem Verhaltenstraining eine therapeutische Beziehung mit all ihren Aspekten, selbst wenn diese hier nicht näher berücksichtigt werden. Gleichzeitig kann Üben ebenfalls auf tiefenpsychologischem Hintergrund basieren.

Das systemische Denken in der Psychotherapie ergänzt den dyadischen Ansatz der Tiefenpsychologie um den erweiterten Blick auf die ganze Familie als System. Systemische Therapien arbeiten mit verschiedenen Ansätzen und Vorgehensweisen (Näheres dazu s. Kap. 20.3.2).

Methode

Musiktherapie

Derzeit lässt sich Musiktherapie nach unserem Verständnis charakterisieren als eine Methode, deren Theoriebildung in Richtung auf die Etablierung als Verfahren geht. Die Praxis einer therapeutischen Arbeit mit musischen Elementen – mit Musikrezeption, Improvisation, Körperwahrnehmung, Atem- und Stimmarbeit, Bewegung usw. – ist in Einklang zu bringen mit den seit über 100 Jahren immer umfassender und differenzierter erforschten und beschriebenen Gesetzmäßigkeiten der Psyche, mit der Dynamik des Unbewussten und seinen intra- und interpersonellen Manifestationen.

Tabelle 6.1 zeigt rezeptive und aktive Möglichkeiten, aus

denen sich das große Repertoire an musiktherapeutischen Vorgehensweisen speist. Der Behandlungsplan, aber auch der konkrete Augenblick, bestimmt die Entscheidung, was in welcher Form angeboten wird. Die Tabelle gibt einen kurzen Überblick über die Grundformen (nach Timmermann 2004, 95). Diese Vorgehensweisen bzw. Gruppen von Vorgehensweisen sind z. T. miteinander kombinierbar, z. B. mit leiborientierten und anderen künstlerisch-therapeutischen Vorgehensweisen (Ausdruckstherapie, Medientherapie, Integrative Therapie). Dies wird im weiteren Verlauf dieses Lehrbuchs anhand der praktischen Beispiele noch deutlicher werden.

Arten von  
Therapiemusik

**Tab. 6.1:** Musiktherapeutische Vorgehensweisen (nach Timmermann 2004a, 95)

Einzel	Gruppe
Musikspiel für den Klienten (Life, Tonträger)	Musikspiel für die Gruppe (Life, Tonträger)
Lieder singen für den/mit dem Klienten	Lieder singen für die/mit der Gruppe
Frei improvisierter Dialog	Freie Gruppen-Improvisation
Themenorientierter Dialog	Themenorientierte Improvisation
Regelspiel	Regelspiel
Rollenspiel	Rollenspiel
Systemische Aufstellung mit Instrumenten	Systemische Aufstellungen mit Stellvertretern und Instrumenten

Bei **rezeptiven Vorgehensweisen** wird den Klienten traditionell Musik „life“ vom Therapeuten vorgespielt, wobei dieser in seltenen Fällen vielleicht einmal Stücke aus der Literatur wählt, in geeigneten Situationen ein Lied für den Klienten singt, meist aber für ihn mit Instrumenten und/oder Stimme Musik erfindet. In der modernen Musiktherapie können Musikstücke auch von Schallplatte bzw. anderen Tonträgern erklingen. In beiden Fällen wird im Allgemeinen anschließend über das Erlebte gesprochen, oder der Klient verbalisiert sein Erleben direkt während des Hörens. In den letzten 20 Jahren wird zunehmend das Spielen und Singen für den Klienten

bzw. die Gruppe, das „Für-Spiel“ im Unterschied zum „Vor-Spiel“, vorgezogen. Dies ist eine gute Möglichkeit, etwas für den Klienten zu tun, für ihn zu spielen – i. S. einer Zuwendung oder auch Wunscherfüllung. Er erfährt hierbei, dass er von einer Bezugsperson etwas bekommt ohne Bedingungen und Gegenleistung. Dadurch wird an eine entwicklungspsychologisch sehr frühe Kindheitserfahrung angeknüpft.

rezeptives Angebot

„Für-Spiel“

Es wurde bereits dargelegt, dass es nicht um mechanistische, quasi „medikamentöse“ Musikwirkungen geht, sondern dass der Beziehungsaspekt eine herausragende Rolle spielt. So wird die Therapeutin den Klienten mit der dargebotenen Musik eher versuchen dort abzuholen, wo er sich stimmungsmäßig gerade befindet, anstatt zu versuchen, ihn voreilig „umzustimmen“.

Selbstverständlich gibt es musikalische Strukturen, die an sich eher aktivieren (ergotrope), und solche, die eher beruhigen (trophotrope). Ein Klient allerdings, der gar nicht beruhigt werden will, kann durch eine beruhigende Musik noch erregter werden, als er bereits ist – und sich gleichzeitig unverstanden und mit seinem Eigenen nicht beachtet fühlen.

ergotrope und

trophotrope

Musikstruktur

Relevant für die Therapie ist ferner die biografische Ebene, wenn sie durch die Zuordnung von Musik in bestimmte

Lebensphasen und bewegende Ereignisse angesprochen wird. Andererseits wird durch Musik auch ein Erleben phantasierter innerer Gestaltungen, Tagträume usw. ausgelöst. Die biografischen Assoziationen haben nichts mit dem Charakter einer Musik zu tun, sondern damit, in welchen Lebensmomenten sie für den Hörenden eine Bedeutung hat. Dagegen können die ausgelösten inneren Bilder durchaus im Zusammenhang mit den musikalischen Inhalten stehen.

### biografische Assoziationen

Das Spielen für den Klienten kann auf einem selbst gewählten, evtl. situationsadäquaten Instrument geschehen. Die Improvisation bietet hierbei die beste Möglichkeit, das Atmosphärische und das atmosphärisch Notwendige zu erspüren, musikalisch auszudrücken und auf den Klienten zu reagieren (Beziehung!).

Beim „Für-Spiel“ sollte der Therapeut auf jedem Instrument seines Instrumentariums und vor allem auch mit der Stimme für den Patienten spielen bzw. singen können. Dabei ist sichere Einfachheit überzeugend. Entscheidend ist, dass hier nichts schwankt, so dass der Patient sich getragen und geschützt fühlen kann. In jedem Fall ist in unserer von Musikbeschallung überschwemmten Zeit eine Einstimmung wesentlich, die der Musikdarbietung vorausgeht und den Klienten durch einen Moment von Stille, durch die Fokussierung der Wahrnehmung auf seine seelische Befindlichkeit, auf Körper, Atem und Klang

des Augenblicks auf das Hören vorbereitet.

Einstimmung

Bei **aktiven Vorgehensweisen** wird im Allgemeinen improvisiert. Im offenen Setting bietet man dem Klienten einen Frei-Raum an mit instrumentalem, stimmlichem und körperlichem Ausdruck, ohne dass irgendwelche Voraussetzungen musikalischer oder sonstiger Art erwartet werden. Die Musiktherapeutin begleitet ihn bei diesem improvisierten Ausdruck in einer Haltung offener, sich einfühlender Antwortbereitschaft, einem der Situation gemäßen Mitspiel: Agieren und Mitagieren sind hier positive Qualitäten des therapeutischen Settings (Abs 1989).

aktives Angebot

„Ausdruck“

Bei Menschen mit einer schwachen Ich-Struktur muss man Anhaltspunkte und klare Orientierungen setzen. Therapeutisch begründete Vorgaben, Themen und Spielregeln für die Improvisationen dienen als Übungsangebote auf der Beziehungsebene. Sie ermöglichen experimentelles Handeln in problematischen Bereichen oder das Aufgefangenwerden in einer persönlichen Krise. Themen wie „Porträt meiner Mutter“, „Mein Kinderzimmer“ usw. können zur Exploration eingesetzt werden. Sie vermitteln atmosphärische Eindrücke aus der Kindheit des Klienten, ermöglichen differenzielle musiktherapeutische Diagnostik und lösen gleichzeitig psychodynamische Prozesse aus.

## Improvisationen

Die vorgestellten rezeptiven und aktiven Vorgehensweisen sind sich methodisch ergänzende Elemente der musiktherapeutischen Arbeit. Die Situation des jeweiligen Klienten bzw. in der Gruppe entscheidet, ob Musikhören oder Musikmachen angeboten wird. Ändert sich die Situation, können sich auch Vorgehensweisen ändern. Gezielte Angebote aus dem musiktherapeutischen Repertoire aktiver und rezeptiver Musiktherapie helfen ihm, neue Erfahrungs- und Verhaltensmöglichkeiten durch Probehandeln aufzubauen (s. Timmermann 1998).

## Probehandeln

Die spezifischen aktiven und rezeptiven Vorgehensweisen der musiktherapeutischen Praxis finden ihr Pendant in den allgemeinen psychotherapeutischen Techniken.

### musiktherapeu-tische Techniken

*Musiktherapeutische Techniken* wie Halten, Nähren, Stützen usw. (Storz 2000) sind weder abhängig vom spezifischen therapeutischen Kontext noch vom Therapeutischen überhaupt. Sie lassen sich durchaus z. B. in präventive, psychohygienische Zusammenhänge übertragen. Dies ist ein weiterer wichtiger Schritt in Richtung auf eine Verständigung mit anderen psychotherapeutischen Verfahren und Methoden. Hierzu gibt es Ansätze bei Priestley (1982; 1983), Oberegelsbacher (1997b, 42 ff.), Storz (2000, 444 f.) und Fitzthum (2001, 38 f.), die im Folgenden systematisiert (nach Timmermann 2004a, 95 ff.)

werden.

## **Psychotherapeutische Techniken**

- Halten/Holding/Containing
- Stützen
- Nähren
- Spiegeln
- Konfrontieren/Provozieren
- Durcharbeiten
- Verbalisieren/Deuten/Nonverbales Verdeutlichen

Wie konkretisiert sich dies nun in der Musiktherapie?

**Halten/Holding/Containing:** Diese Qualität meint ein entwicklungspsychologisch frühes Gefühl sicheren Gehaltenseins, das vor der Angst bewahrt, zu fallen oder zu zerfallen. Es kann im Klienten entstehen, wenn es gelingt, ein Setting zu schaffen, in dem er sich hingibt, sich ganz und gar einhüllen lässt in eine verlässliche klanglich-rhythmische Gestalt, wenn er sich getragen weiß vom Spiel des Therapeuten bzw. der von diesem angeleiteten Gruppe.

Dies kann mit sehr einfachen musikalischen Mitteln geschehen, und zwar sowohl im Rahmen von aktiven als auch von rezeptiven Vorgehensweisen. Spielt der Therapeut für den Klienten, ist es wesentlich, dass die Musik von einer inneren Sicherheit des Spielenden zeugt, also klar und verlässlich erklingt: ein Rhythmus, der ruhig einfach sein kann, aber an dem nichts „wackelt“ – ein voll fließendes Klangkontinuum, eine mit dem Herzen gesummte Melodie aus sich wiederholenden

Motiven ...

Bei aktiven Vorgehensweisen nutzt die Musiktherapie die tragende Wirkung der Musik im Dialog oder im Gruppenklang. Der Therapeut ist ein verlässlicher Spielpartner, der mit seiner Musik spürbare Präsenz und aufmerksame Zuwendung signalisiert. Fundierende Basslinien und Rhythmen oder auch repetitive melodische Muster geben dem Spiel des Klienten einen sicheren Rahmen, innerhalb dessen der Klient zu seinem eigenen Spiel finden kann. Auch eine improvisierende Gruppe als haltende, tragende, wiegende „gute Mutter“ kann diese Qualität im Klienten ermöglichen.

**Stützen:** Diese Qualität bezieht sich auf den entwicklungspsychologisch folgenden Schritt. Der Mensch ist schon dabei, eigene Schritte ins Leben zu gehen, er braucht aber noch eine stützende Begleitung, wie ein Kind, das noch nicht alleine gehen kann. Hier sind eher aktive Vorgehensweisen gefragt, die ähnlich sind wie beim Holding. Fundierende Rhythmen und Basslinien bieten Schutz, aber auch bestätigende Antworten auf musikalische Äußerungen und ermutigen, auf dem eigenen Weg voranzuschreiten. In der Gruppe kann sich der Klient z. B. „Helfer“ wählen, andere Gruppenteilnehmer, die er um sich herum sammelt. Sie stützen ihn musikalisch, damit er nicht allein damit ist, ein schwieriges Gefühl auszudrücken. Dies knüpft an das Setting traditioneller Heilungsrituale an (s. a. Kap. 10, Anthropologie), in denen die stützende Begleitung der Gemeinschaft eine wesentliche Rolle spielt.

Verschiedenste Spielregeln und rituelle Inszenierungen können stützende Funktion haben. Sie konkretisieren sich an der jeweiligen Situation.

**Nähren:** Diese psychotherapeutische Technik wendet sich an das seelisch nach Beziehung hungernde innere Kind. Auch diese Technik kann musikalisch rezeptiv oder aktiv angewendet werden. Das Spezifische an der Musiktherapie ist, dass die Therapeutin direkt etwas für den Klienten tun kann. Sie kann (rezeptiv) für ihn spielen und singen, ihn mit „satten“, lebendigen Klängen „symbolisch füttern“ (Rudolf 1996, 19). In der aktiven Begegnung schwingt sich die Therapeutin auf ihn ein i. S. eines „tuning in“ des Säuglingsforschers Daniel Stern (1992). Dieser frühe, präverbale Mutter-Kind-Dialog über lautmalerisches Kommunizieren an den Wurzeln der Persönlichkeit ist lebenswichtige „seelische Nahrung“. Wenn bei frühen Persönlichkeitsstörungen Nachreifungsprozesse erforderlich sind, ist dies eine wichtige Indikation für eine musiktherapeutische Behandlung.

**Spiegeln:** Diese Technik dient der Stärkung des Klienten dadurch, dass er sich emotional wahrgenommen und dieser Beachtung wert fühlt. Gerade bei narzisstischen Störungen ist das Spiegelbild – dem Mythos entsprechend – von hervorragender Bedeutung. In der Einzeltherapie kann man rezeptiv z. B. für den Klienten eine Musik spielen, in der er seine eigene Stimmung wiederfindet, oder aktiv die musikalischen Äußerungen des Klienten so wiederholen, dass dieser seinen

eigenen Gefühlsausdruck in ihnen wiedererkennt. Ein an diese Thematik anknüpfendes Angebot in Gruppen ist die Solo-Tutti-Improvisation, bei der ein Klient spielt, wie er sich gerade fühlt, und die Gruppe hört ihm dabei aufmerksam zu. Dann lauscht er selbst (wenn möglich mit geschlossenen Augen), während die Gruppe mit einem musikalischen Feedback antwortet.

**Konfrontieren/Provozieren:** Diese Technik bezieht sich auf die Qualität der Auseinandersetzung: mit problematischen Persönlichkeitsanteilen, entsprechenden Schwierigkeiten in Beziehungen, aggressiven Gefühlen usw. Für den Therapeuten ist neben einfühlsamem, unterstützendem Begleiten manchmal auch ein konfrontatives bis provokatives Vorgehen der Situation angemessen. Der Therapeut nimmt hier seine Gegenübertragungsgefühle ernst und macht sich in gewisser Weise zum Anwalt der verleugneten Teile des Klienten, indem er diese in sich spürt und ausdrückt.

Dabei darf er einerseits nicht die erforderliche therapeutische Abstinenz und den nötigen Überblick über die Situation aufgeben. Andererseits kann nur durch gefühlsmäßige Beteiligung im gemeinsamen Spiel der eigentliche emotionale Zustand aufgedeckt und bearbeitet werden. Auch dies ist wiederum ein Spezifikum der Musiktherapie, denn derartige Provokationen erlaubt wohl am ehesten die Spielebene, wo sich solche Grenzgänge eben „spielerisch“ gestalten können. In der Musik kann dies beispielsweise geschehen, indem der Therapeut den Klienten „stört“: bei Vermeidungsstrategien wie

„harmonisierendem Geklimper“, musikalischen Stereotypen usw.

**Durcharbeiten:** Spezifisch musiktherapeutisch ist, dass klassische Behandlungstechniken in der beschriebenen musikalisch modifizierten Form auftreten. Dabei werden auch intellektuell retardierte Personen mit sprachlichen Beeinträchtigungen sowie Patienten mit strukturellen Ich-Störungen psychotherapeutisch behandelbar. Dagegen setzt die Technik des Durcharbeitens in der Psychoanalyse ein intaktes Ich sowie Einsichtsfähigkeit voraus (Oberegelsbacher 1997b, 48 f.).

Musiktherapie ermöglicht ein „Üben ohne zu üben“ (Schmölz 1985; 1988; o. J.), indem „gespielt“ wird. Es geht nicht um Programme, in denen verändertes Erleben und Verhalten trainiert wird, sondern die Angebote werden sorgfältig und einfühlsam auf den individuellen Prozess des Klienten abgestimmt. Man könnte von einem „tiefenpsychologischen Üben“ sprechen, bei dem Wandlungsprozesse im geschützten Rahmen probierend vollzogen werden können. An anderer Stelle (Timmermann 1994, 151 ff.) wurde der musiktherapeutische Prozess in vier Phasen beschrieben, die zeitlich natürlich nicht streng getrennt werden können, sondern sich durchmischen: Erleben – Erkennen – Üben – Wandeln. Die Veränderung in Richtung mehr seelische Gesundheit wird in der therapeutischen Situation selbst durch experimentelles Handeln gestärkt, in der musikalischen Interaktion also, die

lebendig vorbereitet auf das Handeln im alltäglichen Leben. Ein solcher Prozess vollzieht sich im Rahmen von mehreren, manchmal vielen Stunden, in denen sich die Dinge wiederholen und allmählich verändern dürfen.

**Verbalisieren/Deuten/Musikalisches Verdeutlichen:** In der Musiktherapie kann verbal, nonverbal sowie im Wechsel von beidem aufgearbeitet werden. Nonverbal steht hier das gesamte Repertoire rezeptiver und aktiver Vorgehensweisen zur Verfügung. Auf der Gesprächsebene kann man die Choreografie des nonverbalen Dialoges beschreiben und mit dem alltäglichen Beziehungsgeschehen vergleichen. Außerdem kann man weitere musikalische Aktionen vereinbaren. Die Bearbeitung von Konflikten kann auch in der Musik selbst stattfinden. Die entsprechenden Gefühle auszudrücken muss oft mühsam wiedererlernt und d. h. eben auch „tiefenpsychologisch geübt“ werden.

In verbalen Formen von Psychotherapie steht bei der Bearbeitung der auftauchenden Problematik das Wort, die Sprache im Vordergrund, während gleichzeitig im Hintergrund andere Kräfte intensiv mitwirken. Diese haben einerseits zu tun mit dem Atmosphärischen, mit Stimmung, Schwingung, Resonanz, Rhythmen usw. sowie mit den Botschaften jenseits des semantischen Gehaltes von gesprochenen Worten, den sog. paralinguistischen oder außersprachlichen Elementen des Sprechens: Stimmklang, Tonhöhe, Lautstärke, Sprachrhythmen sowie Gestik, Mimik, Körperhaltungen, -bewegungen, -

reaktionen (s. Nitschke 1984; Timmermann 2004a). Auch die präverbale Bedeutung des Rhythmus von Sprechen und Schweigen im therapeutischen Gespräch wurde bereits untersucht (Kächele et al. 1973). Dazu kommen eine Fülle von Faktoren, die in der gesamten Haltung des Therapeuten wurzeln und im Bündnis mit dem Klienten eine heilsame Beziehung begründen können.

Diese Beispiele sollen verdeutlichen, wie psychotherapeutische Techniken in einer die Grundorientierungen, Verfahren und Methoden überschreitenden bzw. übergreifenden Weise und bezogen auf das spezifische Medium Musik in der therapeutischen Situation zur Wirkung gebracht werden können.

Die Praxeologie zeigt, dass musiktherapeutisches Handeln gleichermaßen von Wissen und Intuition getragen ist und auf beiden Ebenen vom Musiktherapeuten umfassende Fähigkeiten verlangt.

Wissen und  
Intuition



Timmermann, T. (1998): Rezeptive und aktive Musiktherapie in der Praxis. In: Kraus, W. (Hrsg.): Die Heilkraft der Musik. C. H. Beck, München, 50–66

Timmermann, T. (2004): Tiefenpsychologisch orientierte

Musiktherapie. Bausteine für eine Lehre. Reichert, Wiesbaden

## 7Improvisation

### von Tonius Timmermann

„Die Improvisation schöpft aus dieser Stille, dieser Ruhe, in der das Unaussprechliche dargeboten wird, um es im nächsten Augenblick wieder in die Stille zu entlassen.“

*(Christopher Dell)*

Die ursprüngliche, spontane und „naive“ Begegnung mit der Musik hat immer experimentellen Charakter. Sie ist ein Wechselspiel aus Tonerzeugung und Lauschen auf das, was dabei erklingt. Musizieren ist ursprünglich immer improvisiert. Der Mensch experimentiert mit seiner Stimme oder Materialien, die Töne hervorbringen. Er entwickelt Instrumente, zunächst eintönige, dann mehrtönige, die er, seinem harmonikalen Instinkt folgend, auf ganzzahlige Intervalle zurechtstimmt. Er entdeckt Tonfolgen, die ihn berühren, die ihm etwas sagen, Melodien, die er schließlich wiederholt, die sich durch diese Wiederholbarkeit als Lieder, als Musikstücke manifestieren und Musikkultur bilden.

In den meisten Musikkulturen der Erde hat sich dabei das Element des Improvisatorischen auch innerhalb mehr oder weniger komplexer Formbildung erhalten, nur in der klassischen europäischen Musikentwicklung hat es sich eher zurückentwickelt. Allerdings kam es im Laufe des 20. Jh. auch zu kulturübergreifenden musikalischen Entwicklungen und neuen

Freiheiten. In der Musik der schwarzen Amerikaner und der davon stark beeinflussten Rock- und Popmusik seit den 60er und 70er Jahren sowie in Teilen der Avantgarde, der Neuen Musik wurde das Improvisatorische wieder ein wesentliches Element in der modernen Musikentwicklung.

## Musikkultur

Wesentliche Impulse für die Wiederentdeckung des Improvisatorischen kamen auch aus den Reformbewegungen (Fitzthum 2003) und der sich in diesem Zusammenhang entwickelnden Rhythmik und künstlerischen Reformpädagogik. Heinrich Jacoby (1980; 1984), ein Musikpädagoge, der mit Alfred Adler, einem Psychotherapeuten der ersten Stunde, befreundet war, bietet einen guten Ansatz für die Verwendung von improvisierter Musik in der Musiktherapie, indem er die Künste mit der Muttersprache vergleicht: Grundsätzlich kann sich jeder darin äußern, nicht nur Dichter und Schriftsteller. Improvisation ist musikalische „Sprache“ bevor Musik immer mit Kunst oder Unterhaltung verknüpft ist. Improvisation kann Kunst oder Unterhaltung sein, zunächst aber ist sie Experiment. Sie findet ihre Form gemäß dem jeweiligen musikalischen Inhalt.

## Reformbewegung

In der Musiktherapie kennen wir freie und strukturierte Improvisationen. Strukturen können sein: musikalische Vorgaben (z. B. „schwarze Pentatonik“ am Klavier) oder Vorgaben wie Themen, Spielregeln, Rollenspiele. Inhalte freier Improvisationen entstehen aus dem Hier und Jetzt der

improvisierenden Person mit ihrer ganzen bio-psycho-sozialen Geschichte. Sie sind von außen nur durch das Potenzial an innerer Freiheit und seelischer Kraft des Therapeuten begrenzt, also beispielweise durch seine eigenen Ängste bezüglich der Wirklichkeiten, die ans Licht treten können, oder eben seiner Fähigkeit, dem standzuhalten und Halt, Sicherheit und Schutz anzubieten. Anders ausgedrückt: Das Innere des Klienten kann in dem Maße in einer Improvisation zum Ausdruck kommen und kommuniziert werden, wie er sich im therapeutischen Setting (Beziehung!) sicher, gehalten und geschützt fühlt. Ob eine freie oder eine in welcher Weise und in welchem Maß auch immer strukturierte Improvisation angeboten wird, entscheidet der Therapeut aufgrund der Indikation und dem jeweiligen Prozessmoment.

freie und  
strukturierte  
Improvisation

Ist eine Person in einer bio-psycho-sozialen Krise, drückt sich diese – auf die jeweils mögliche Weise – in Inhalten und Formen der improvisierten Musik aus. Für die geschulte Musiktherapeutin bieten diese musikalischen Äußerungen Anlass zu Reaktion und Mitgestaltung der Interaktion im Partner- und Gruppenspiel der aktiven Musiktherapie. Wenn möglich, wird dieser Prozess auch immer wieder verbal bearbeitet, wenn nicht, erfolgt die Bearbeitung im Musikalischen, begleitet von Gestik, Mimik und anderer

Körperkommunikation.

Hörbarkeit  
der Krise

Im Rahmen aktiver Vorgehensweisen, aber auch, wenn er in rezeptiven Vorgehensweisen für den Klienten improvisiert, gestaltet der Therapeut die Musik aufgrund seiner professionellen Entwicklung. Dabei schwingt auch im spielenden Musiktherapeuten dessen bio-psycho-soziale Geschichte mit, die er jedoch im Rahmen einer Lehrmusiktherapie studiert hat, an der er arbeitet und die er deswegen nicht mit der des Klienten vermischt. Im Zweifelsfall nimmt er Supervision. Die behandlungsbezogene therapeutische Gestaltung der improvisierten Musik erfolgt gemäß dem Sinn der jeweiligen Intervention bzw. Technik, die hier angewendet werden soll. Die konkrete Musik ist – bei allem Wissen und Können – weitgehend intuitiv gestaltet, basiert auf Flexibilität und Elastizität, erfasst eher eine Stimmung, als dass sie sich direkt an vorgegebenen Formen orientiert. (Unter Forschungsgesichtspunkten ist es allerdings sehr interessant, welche Formen intuitiv gestaltet werden.)

Persönlichkeit  
des Therapeuten

Improvisation ist in der Musiktherapie das am häufigsten angebotene Mittel zur gemeinsamen Gestaltung des zentralen psychotherapeutischen Wirkfaktors, nämlich der Beziehung. Die therapeutischen Möglichkeiten improvisierter Musik liegen in

der Mitgestaltung der Begegnung zwischen Musiktherapeutin und Klient durch aktive und rezeptive Vorgehensweisen.

## Gestaltung von Beziehung

Grenzen sind gegeben, wo der Klient aufgrund bio-psycho-sozialer Gegebenheiten (wie z. B. schwerem körperlichen Leiden oder dramatischer Angstzustände) nicht in der Lage ist, sich mit Instrumenten oder Stimme auszudrücken und in Beziehung zu gehen, und wo er auch durch das Anhören einer vom Therapeuten improvisierten Musik überfordert ist. Grenzen finden ansonsten alle Vorgehensweisen im adäquaten Maß und der Stille vorher und nachher.

## Grenzen

Das lateinische Wort „improvisus“ bedeutet „unvorhersehbar, unerwartet“. Dieser Wortsinn weist auf Möglichkeiten wie Überraschung und plötzlichen Richtungswechsel. Dies wird in der aktiven Musiktherapie gerade dann genutzt, wenn die improvisierte musikalische Begegnung als psychosoziales Übungsfeld genutzt wird. Der Prozess eines improvisierten musikalischen Ablaufs und Beziehungsgeschehens macht Veränderung und Wandlung akustisch deutlich wahrnehmbar und ist ein Spezifikum der Musiktherapie.

## Möglichkeiten

Abschließend sei hierzu Weymann (2004, 38) zitiert, der in seiner psychologischen Untersuchung zur **musikalischen Improvisation** zu folgender Definition gelangt:

## Definition

### Improvisation

„Eine musikalische Improvisation ist ein vielschichtiger, spontaner und impulsiver Prozess der Erfindung und gleichzeitigen formenden Realisierung von Musik. Das Improvisieren ist eine Handlung, die im Moment ihres Vollzuges teilweise unvorhersehbar bzw. unerwartet ist. Sie entwickelt sich im Spannungsfeld von subjektiven Ausdruckswünschen und gegebenem idiomatischen Hintergrund, von musikalischem Material und gegenwärtiger (Beziehungs-)Situation.“



Decker-Voigt, H.-H. (1975): Musik als Lebenshilfe. Eres, Lilienthal/Bremen

Dell, Ch. (2002): Prinzip Improvisation. Verlag der Buchhandlungen, Köln

Hegi, F. (1986): Improvisation und Musiktherapie. Junfermann, Paderborn

Timmermann, T. (1994): Die Musik des Menschen. Gesundheit und Entfaltung durch eine menschnahe Kultur. Piper, München

Weymann, E. (2004): Zwischentöne. Psychologische Untersuchungen zur musikalischen Improvisation. Psychosozial Verlag, Gießen

Wigram, T. (2004): Improvisation. Methods and Techniques

for Music Therapy Clinicians, Educators and Students. Jessica Kingsley, London/New York

## 8Rezeption

### von Tonius Timmermann

„Wo sind wir, wenn wir Musik hören?“

*(Peter Sloterdijk)*

Wir sprechen von aktiver Musiktherapie, wenn die Klienten und Patienten selbst musizieren. Es wäre also zu erwarten, dass man das Hören von Musik im therapeutischen Kontext als „passive“ Musiktherapie bezeichnet. Dem ist aber nicht so. Es wäre auch unpassend, da Musikhören alles andere als ein passiver Vorgang ist. Unsere Beteiligung beim Hören, beim Rezipieren, d. h. Aufnehmen, Empfangen von Musik, was wir „hineinhören“, was es an inneren Prozessen zum Arbeiten bringt, das ist in der Summe alles andere als rein passiver Genuss. Diese Eigenbeteiligung ist es ja auch, die die Rezeptionsforschung so hochkomplex macht, wenn sie die Objektivierung von Wirkung im Bereich der Musik im Blickpunkt hat (s. Kap. 3).

Wer sich auf einem Blatt Papier eine der eigenen Biografie entsprechende Lebensalterskala aufzeichnet und dann sammelt, was er/sie zu welcher Zeit in seinem Leben für Musik gehört und wie diese mit welchen schicksalhaften Prozessen und Ereignissen verbunden ist, wird vielleicht besser verstehen, warum welche Musik ihn/sie beim Hören in welche Zustände zu versetzen vermag (s. a. Muthesius 1997 und Kap. 21.2).

Musik und

## Biografie

Hinzu kommt, dass das Hören unsere früheste intrauterine Sinneswahrnehmung ist und an der Basis der Persönlichkeit existenziell, vertraut, bedrohlich, beeindruckend usw. erlebt wird. Daher können auch tiefe, frühe Schichten der menschlichen Persönlichkeit beim Hören in therapeutischen Kontexten aktiviert werden. Decker-Voigt spricht in Anlehnung an Spitz von einer „Musik der Außenwelt“ (1993, 118 ff.). Auch im frühen Dialog konstatiert er, dass alle Signale und Reize im Hin und Her zwischen Mutter und Kind identisch sind mit den Elementen dieser Musik. Kommunikative Signale sind Rhythmus, Tempo, Dauer, Tonhöhe, Klangfarbe, Resonanz, Schall, ferner Gleichgewicht, Spannung, Körperhaltung, Temperatur, Vibration, Haut- und Körperkontakt. Die Kommunikationssignale werden zu einem Empfindungssystem gelenkt, das Spitz als „coenästhetische Organisation“ bezeichnet: eine angeborene Rezeptionsfähigkeit gegenüber affektiven Vorgängen.

frühestes Hören

im Leben

Diese frühe Rezeptionsfähigkeit muss unterschieden werden von der späteren rezeptiven Wahrnehmung, die Bewusstsein voraussetzt, einen Lernprozess, bei dem sich durch wiederholtes Hören und Wiedererkennen die Wahrnehmung mehr und mehr ausdifferenziert und Formen und Gesetzmäßigkeiten verstanden werden. Die Bedrohlichkeit diffuser Geräuschwelten weicht dem

Genuss, der auch mehr und mehr verfeinert werden kann.

Immer wieder geschieht es in musiktherapeutischen Prozessen, dass ein Patient bei einem bestimmten Klang, sei es im Rahmen einer Gruppenimprovisation oder wenn er vom Therapeuten zur Rezeption angeboten wurde, bis ins Mark getroffen wird. Dieser Klang tut mit ihm etwas (oder er mit diesem Klang), das in diesem Moment stärker ist als der Bewältigungsschutz, der um eine seelische Verletzung herum konstellierte wurde. Man kann dies als ein gewisses Gefahrenmoment der Musiktherapie auffassen, bei professionellem Umgang damit stellen solche Erfahrungen jedoch eine große Chance dar. Menschen können mit bisher nicht zugänglichen Teilen des Unbewussten in Kontakt kommen, kommunizieren und sich in heilsame therapeutische Prozesse einlassen. Diese Möglichkeit zur Tiefenwirkung machen sich die Methoden rezeptiver Musiktherapie mehr oder weniger zunutze, indem sie sehr bewusst Musik und/oder ihre Elemente (Klänge, Rhythmen, musikalische Strukturen) auswählen und darbieten.

Gefahrenmoment

„Verletzlichkeit“

Im Gegensatz zu der Vielfalt, die Frohne-Hagemann (2004) heute darstellen kann, war rezeptive Musiktherapie im Europa der 70er Jahre des 20. Jh. weitgehend von aktiven Vorgehensweisen mit musikalisch freier Improvisation abgelöst, obwohl sie in den 40er, 50er und 60er Jahren eine zentrale Rolle gespielt hatte. Daher war es damals eher

eine Ausnahmeerscheinung, dass ich begann, mich für einen rezeptiven Einsatz des Monochords in der Musiktherapie zu interessieren, nachdem ich dieses Instrument bei Rudolf Haase im Fach „Harmonikale Grundlagenforschung“ kennengelernt hatte (Timmermann 1981; 1983a, b; 1989b). Die Wirkung monotonaler Klangfarben, Intervalle, Skalen und Rhythmen erschien mir damals als faszinierendes und zukunftssträchtiges Forschungsgebiet. In der Tat erlebte das rezeptive Element in der Musiktherapie im Laufe der folgenden Jahre eine Art Renaissance, die allerdings auch ihren ganz eigenen Charakter hatte. Zum Monochord kamen andere monotone Klänge von Gongs, Klangschalen, Trommeln, Rasseln usw. dazu (s. Strobel/ Timmermann 1991). Die Rolle archaischer Instrumente bei der Rezeption in der Musiktherapie wurde evident (Hess 2002). Im Jahre 1993 erschienen zwei Sonderhefte der Musiktherapeutischen Umschau (Nr. 14, Heft 3 und 4) zum Thema „Neue Wege der Rezeptiven Musiktherapie“.

Renaissance des

Rezeptiven, Monotonalität

In einer Umfrage unter Studierenden der Musiktherapie zu Beginn der 90er Jahre kam Oerter (1993, 340) zu dem Ergebnis, dass trotz der Verschiedenheit der Ausbildungen überall von aktiver Musiktherapie ausgegangen wird. Gezielter Unterricht fand nur in einem Fall statt, ansonsten am Rande oder überhaupt nicht. In Wien wurde es 1992 als Lehrfach, Vorlesung mit Übung, eingeführt (Timmermann 2004b).

## Primat des Aktiven

Für die Ausbildung von MusiktherapeutInnen heute scheint es mir dabei sehr bedeutsam, welche Ansprüche instrumentales Spiel *für* den Patienten an die Therapeutenhaltung stellt. Diese Vorgehensweise, die ich mittlerweile als „Für-Spiel“ – im Unterschied zum „Vor-Spiel“ – bezeichne, ist eine musiktherapeutische Verwirklichung psychotherapeutischer Techniken wie „Holding“ und „Nähren“ (s. Kap. 6). Bei diesen geht es darum, an den frühen Wurzeln der Persönlichkeit elementare Versorgung wie Halten, Tragen, Wiegen usw. im therapeutischen Setting zu vermitteln. Die Resonanz des Patienten ist direkt zu spüren, etwa an Reaktionen im Körper, in der Atembewegung, in seinen Tränen, seinem Strahlen, oder sie wird anschließend im aufarbeitenden Gespräch deutlich.

## Rezeption des „Für-Spiels“

Dieses „Für-Spiel“ umfasst nicht nur die Arbeit mit monotonalen Klängen, sondern darüber hinaus auch ein improvisiertes Musizieren und Singen der Therapeutin für den Patienten, bei dem sowohl das Instrument als auch die Art und Weise des Spiels von der Therapeutin durch Einfühlung in die Situation gewählt und entwickelt werden. Dies ist immer auch ein sehr persönlicher Vorgang, bei dem die Therapeutin sich auf eine momentane, subjektive Gestaltung einlässt. Der wesentliche Unterschied zum Interpretieren eines komponierten Stückes

oder zum Spielen eines Musikstückes durch einen technischen Tonträger liegt auf der Hand. Es bietet der Therapeutin weniger Schutz und mutet mehr unmittelbare Offenbarung zu. Die therapeutische Abstinenz ergibt sich insbesondere daraus, dass die Therapeutin nicht um ihrer selbst willen spielt, sondern im Dienste des Patienten.

### Singen

In den integrierten Ausbildungskonzepten, die sich keiner Schule oder speziellen Methode allein verpflichtet fühlen, werden rezeptive und aktive Vorgehensweisen im Allgemeinen als sich methodisch ergänzende Elemente der musiktherapeutischen Arbeit betrachtet (s. Timmermann 1998). Die Situation des jeweiligen Patienten entscheidet in der Einzeltherapie, ob Musikhören oder Musikmachen angeboten wird. Ändert sich seine Situation, können sich auch Vorgehensweisen ändern. Bei Patienten mit einer tendenziell schwachen Ich-Struktur kann man mehr methodische Stringenz vereinbaren. Ansonsten ermöglicht die moderne tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie methodische Flexibilität, was der Musiktherapie mit ihrem großen Repertoire an möglichen Angeboten entgegenkommt. Im offenen Raum als Spiel-Raum inszeniert sich im Laufe der Zeit, was aus dem Patienten in der Begegnung mit dem therapeutischen Du entsteht. Der konkrete Prozessmoment bestimmt die Entscheidung, *mit* dem Patienten zu spielen oder für ihn. Gezielte Angebote aus dem musiktherapeutischen Repertoire aktiver

und rezeptiver Musiktherapie helfen ihm, neue Erfahrungs- und Verhaltensmöglichkeiten durch experimentelles Erleben und Handeln zu vertiefen. Was für die Einzelmusiktherapie gilt, lässt sich in der Gruppensituation auf den Gruppenprozess anwenden bzw. auf die Einzelarbeit in und mit der Gruppe.

## Musikhören und Musikmachen

Daneben gibt es spezifische Methoden rezeptiver Musiktherapie, die bei Frohne-Hagemann (2004) ausführlich dargestellt sind und im Folgenden nur im Überblick genannt seien:

### Methoden rezeptiver Musiktherapie

- GIM (Guided Imagery and Music) nach Helen Bonny,
- RMT (Regulative Musiktherapie) nach Christoph Schwabe,
- MTE (Musiktherapeutische Tiefenentspannung) nach Hans-Helmut Decker-Voigt,
- ETmnG (Entspannungstraining nach musiktherapeutischen Gesichtspunkten) nach Volker Bolay,
- Anthroposophische Hörtherapie nach Anny von Lange,
- RAM (Rezeptive Altorientalische Musiktherapie) nach Gerhard Tucek.

Zum Schluss noch einige allgemeine Gedanken zu der Frage, in welchen Bereichen speziell rezeptive Musiktherapie zur Anwendung kommt oder kommen könnte bzw. sollte. Zum Teil

ergibt sich dies inhaltlich bereits aus Kapitel 6 „Praxeologie“. Frank-Bleckwedel (1996) hat einiges dazu zusammengestellt, das im Folgenden überblickshaft dargestellt sein soll:

Indikation

rezeptiver

Musiktherapie

- Innere Medizin (s. Decker-Voigt/Escher 1994)
- Sterbebegleitung (Munro 1986)
- Neonatologie (Nöcker-Ribaupierre 2003a)
- Geriatrie (Muthesius 1997)
- Suchterkrankungen (Kapteina 2004)
- Frühstörungen/Persönlichkeitsstörungen

Für eine zukünftige Entwicklung wäre es wünschenswert, dass rezeptive Elemente in die musiktherapeutischen Ausbildungen integriert wären. Dadurch können ihre diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten eingeschätzt und situationsadäquat angewendet werden. Das Erlernen spezieller Methoden sollte dem Fort- und Weiterbildungsbereich überlassen sein.



Frohne-Hagemann, I. (2004): *Rezeptive Musiktherapie. Theorie und Praxis*. Reichert, Wiesbaden  
[9Das Wort in der Musiktherapie](#)  
[von Tonius Timmermann](#)

„Sie konnte so zuhören, dass ratlose und unentschlossene Leute auf einmal ganz genau wussten, was sie wollten. Oder dass Schüchterne sich plötzlich frei und mutig fühlten. Oder dass Unglückliche und

Bedrückte zuversichtlich und froh wurden. Und wenn jemand meinte, sein Leben sei ganz verfehlt und bedeutungslos und er selbst nur

irgendeiner unter Millionen, einer, auf den es überhaupt nicht ankommt und der ebenso schnell ersetzt werden kann wie ein kaputter Topf – und er ging hin und erzählte das alles der kleinen Momo, dann wurde ihm, noch während er redete, auf geheimnisvolle Weise klar, dass er sich gründlich irrte, dass es ihn, genau so wie er war, unter allen Menschen nur ein einziges Mal gab, und dass er deshalb auf seine besondere Weise für die Welt wichtig war. So konnte Momo zuhören!“

*(aus „Momo“ von Michael Ende)*

Seinserfahrung ist zunächst einmal nicht an Sprache gebunden. Sprache drückt das aus, was auch jenseits von ihr existiert. Das Wort als Zeichen weist auf etwas hin, was über das Zeichen hinausgeht. Das Bezeichnen, Benennen eines Phänomens bewirkt, dass es weniger mächtig und unheimlich wird. Das ist Sprach-Magie: Sie bannt Gefahr.

Wissenschaftlich ist Sprache ein semiotisches System (Semiotik ist die Lehre von den Zeichen), für den Menschen

und seine Entwicklung sicher das Wichtigste. Der Mensch verfügt über die Möglichkeit, Seinserfahrung mit Hilfe von Worten zu bezeichnen (Zeichen), zu beschreiben und zu kommunizieren. Akustische Semiotik umfasst neben der Musik die gesprochene Sprache incl. der *paralinguistischen* (nicht semantischen) *Faktoren*. Dies sind:

Sprache als  
semiotisches  
System

●Stimmklang

●Tonhöhe

●Lautstärke

●Sprachrhythmen

●Gestik

●Mimik

●Körperhaltungen, -bewegungen, -äußerungen

paralinguistische

Faktoren

In Form bestimmter paralinguistischer Faktoren hat *Sprache* also auch *musikalische Anteile*, hat Rhythmen, Melodien, Pausen – und *Wirkkraft* allein aufgrund dieses nicht kognitiven Wahrnehmens, den prä- und transverbalen Ebenen von Sprache als Ganzes. Diese Aspekte sind von großer Bedeutung für die Therapie und sollten während einer Therapeutenausbildung bewusst gemacht und geübt werden. Hier eröffnet sich ein interessantes Forschungsgebiet für die Musiktherapie.

## musikalische Anteile von Sprache

Das Repräsentationssystem der Sprache entspricht anderen wie Denken, Sehen, Bewegung, Musik usw., da es dem gleichen Nervensystem entstammt und die gleichen Strukturprinzipien wirken. Die von den Linguisten identifizierten formalen Prinzipien der Sprache bieten einen expliziten Ansatz zum Verständnis jedes Systems menschlicher Gestaltung. Hier geht es um Sprache.

Der amerikanische Linguist Whorf (1964) bezeichnet Musik als eine spezielle Form der Sprache, da sie gleicher Abstammung wie die Wortsprache sei und den gleichen, im universellen Sinne grundlegenden Strukturschemata entspringe. Man könnte auch sagen: Musik und andere Formen der Künste sind Ausdruck einer universellen oder archetypischen Struktur von Systemen, die in symbolisierter Form Mitteilung und Austausch ermöglichen. Dann kann man die verschiedenen künstlerischen Ausdrucksformen als „nichtlinguistisches Sprechen“ auffassen. Sie können sich auf seelische Schichten beziehen, die jenseits des semantischen Gehaltes von Sprache liegen. Die sprachlichen oder verbalen Anteile in der Musiktherapie sind von mehr oder weniger Bedeutung für den einzelnen Patienten, je nachdem

### Musiksprache

● wie sprachfähig er ist (allgemein intellektuell, krankheits-/behinderungsbedingt),

●wie bedeutsam Sprache für die Behandlung ist (z. B. frühe Störung).

Es ist auch bedeutsam, auf welcher Ebene der Patient symbolisiert, ob sich sein Unbewusstes über gestalterische Prozesse ausdrückt oder ob er diese Impulse bewusst in Sprache formulieren kann. Dabei ist übrigens umstritten, dass Symbolisierungsfähigkeit von der Sprachfähigkeit abhängt. Die Fähigkeit, Wesentliches akustisch, visuell oder haptisch-gestisch-mimisch zu symbolisieren, sollte man nicht geringer achten.

### Fähigkeit zu Symbolisierung

Für die Musiktherapeutin ist wichtig, dass Musik eine Sprache ist, in der Ausdruck und Kommunikation auf bestimmten Ebenen sehr gut möglich ist. So erreicht sie auch Menschen, die noch nicht oder überhaupt nicht Sprache erworben haben oder die Sprachverlust erlitten durch Krankheit oder Alter. Zum Handwerk des Musiktherapeuten gehört, dass er mit Sprache im therapeutischen Kontext umgehen kann. Dazu muss er grundsätzlich zwei Formen des Umgangs mit Sprache üben:

### Aufgaben der Sprache

1. Die Anleitung zu aktiven und rezeptiven Angeboten.
2. Das therapeutische Gespräch.

In der rezeptiven Musiktherapie geht es darum, Angebote zu Körperposition, zu Körper- und Atemwahrnehmung, zum

Hören zu machen. In der aktiven Musiktherapie wird zum Improvisieren eingeladen, werden Spielregeln angeboten usw. Diese Angebote auf eine Art und Weise zu formulieren und vom Stimmklang her zu gestalten, dass der Patient sich eingeladen fühlt, dass er Vertrauen entwickelt und sich einlässt auf das Geschehen und Erleben, ist die Kunst der sprachlichen Vorbereitung in der Musiktherapie.

### Anleitung, Einführung

Das andere ist die Gesprächsführung nach den Angeboten, bei Erstbegegnung, Abschied usw. Hier kann die Musiktherapie aus einem Fundus schöpfen, den PsychotherapeutInnen, die vorwiegend mit Sprache arbeiten, im Laufe vieler Jahrzehnte gesammelt haben. Das therapeutische Gespräch erfüllt zunächst drei Funktionen:

### therapeutisches Gespräch

- Informationssammlung, spez. Anamnese,
- Exploration der Persönlichkeit des Klienten,
- Mittel zur Persönlichkeitsänderung.

In der Gesprächstherapie nach Rogers (s. Weber 2006) werden indirekte Fragen bevorzugt wie: „Ich frage mich, wie Sie das gefühlsmäßig erleben?“ „Ich halte es für wichtig herauszufinden, was Ihr Herz (Körper) dazu sagt?“ „Ich nehme an, dass hinter oder unter Ihrer Aussage ein bestimmtes Gefühl steht?“ Andererseits definiert diese Richtung einen Katalog von sog. Lastern in der Gesprächsführung wie Dirigieren,

Debattieren, Dogmatisieren, Diagnostizieren usw.

Man spricht aber auch vom „Hören mit dem dritten Ohr“, wenn der Therapeut über die verbale Mitteilung hinaus auf das hört, was der Klient noch von sich mitteilt, also wenn er in seine Wahrnehmung die paralinguistischen Faktoren einbezieht. Momos „Zuhören“, eingangs zitiert, bedeutet in der Therapeutenrolle: „ganz Ohr sein“. Dies geschieht nicht nur mit den Ohren, sondern auch durch Sehen und Fühlen. Ich möchte möglichst viel wahrnehmen, z. B. auch die Angst, die während einer Pause entsteht, oder die Hemmung, etwas Peinliches auszusprechen. Diese besondere Zuwendung erleben viele Patienten als heilsam. Es wird ein Raum geschaffen, in dem der Patient sich erleben, ausdrücken und austauschen kann.

## Sprache in den Musiktherapien

Wie wird Sprache in der Musiktherapie nun von den verschiedenen Richtungen und Schulen gesehen. Ulrike Mönter (2002) befasste sich mit dieser Frage und kam zu folgenden Ergebnissen:

● *Anthroposophische Musiktherapie*: Hier gilt die Musik selbst als das Heilmittel. Daher wird das Gespräch kaum erwähnt. Es werden erklärende, strukturierende und konkret beratende musikalische Handlungsanweisungen gegeben. Deren spezifische Wirkungen werden anschließend besprochen. Mit anderen Worten: Es geht im Gespräch weniger um den Beziehungsaspekt als vielmehr um Informationsaustausch,

Mitteilung, Aufforderung und Handlungsanweisung.

Übermittlung

von Information

● *Nordoff/Robbins*: Diese Therapieform geht davon aus, dass Musik keiner Übersetzung bedarf, da sie ihren Sinn unmittelbar offenbart und als Phänomen zu ihrer eigenen Erklärung wird. Daher wird rein musikalisch, ohne verbale Aufarbeitung des musikalischen Prozesses gearbeitet. Wenn gesprochen wird, dann in Form einer sachlichen Auseinandersetzung über die Musik bzw. als Handlungsanweisungen, Bestätigungen und Beschreibungen der Musik.

sachliche Musikbeschreibung

● *Regulative Musiktherapie (Schwabe)*: Das Gespräch hat hier die Funktion der immer gezielter werdenden Anregung zur Wahrnehmung und Wahrnehmungsdifferenzierung, ohne dass diese interpretiert oder in Richtung Ursachenzusammenhang hinterfragt werden. Das Gespräch beinhaltet: konkrete Handlungsanweisung, deren anschließende Beschreibung, Fokussierung auf die Wahrnehmung im Hier und Jetzt.

Differenzierung

von Wahrnehmung

● *Integrative Musiktherapie*: Das Gespräch ist geprägt von der Gestalttherapie. Es hat vor allem die Funktion, das Erlebte zu benennen, u. a. um nicht von Gefühlen überflutet zu werden und um die Fähigkeit zu erwerben, sich auch außerhalb der Therapie verbal angemessen verständigen zu können. Die

Gesprächsinhalte beziehen sich besonders auf das Erleben im Hier und Jetzt. Erst soll das Gefühl und dann Erkenntnis oder Einsicht zum Thema gemacht werden. Beziehung und Kontakt sind wesentlicher Aspekt der verbalen Kommunikation, Übertragung und Deutung finden sich vereinzelt. Viele Gestaltübungen setzen längere Handlungsanweisungen voraus.

Benennen von  
Erleben und  
Beziehung

● *Tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie*: Diese musiktherapeutische Schule, zu der auch die psychoanalytisch orientierten Formen gehören, ist am weitesten verbreitet (ca. 80%). Der Beziehungsaspekt steht klar im Vordergrund. Die Beziehung wird aus gegebenen Gründen über das Medium Musik gestaltet. Dieses Medium soll einen erlebnisorientierten Zugang zum Unbewussten ermöglichen. Sprache soll nicht nur die musikalischen Phänomene beschreiben, sondern vor allem das dabei Erlebte in Worte fassen. Dann kann es in Beziehung gesetzt werden zur Lebensgeschichte und aktuellen Lebenssituation. Daraus ergeben sich nunmehr naheliegende musiktherapeutische Angebote, die den Prozess weiterführen können. In der tiefenpsychologisch orientierten Musiktherapie spielen zwei Faktoren eine wichtige Rolle:

Benennung von  
hier und jetzt, dort und damals  
–phänomenologisches Beschreiben von Wahrnehmung und

–Deutung der sich inszenierenden Phänomene.

Beschreibung

von inszenierten

Phänomenen

Die phänomenologische Haltung bedeutet, dass man geschehen lässt, was sich inszenieren möchte, und das Geschehene an sich wirken lässt. Die verbale Beschreibung bedeutet: Man lässt den Patienten beschreiben, was er wahrnimmt, und beschreibt als Therapeutin, was man wahrnimmt. Dieser Vorgang hebt das Geschehnis ins Bewusstsein des Patienten und auch die Unterschiede in der Wahrnehmung.

Deutung von

inszenierten

Phänomenen

Noch einmal ein anderer Schritt, der wohlüberlegt sein will, ist die Deutung des Geschehens, der Inszenierung – vor dem Hintergrund dessen, was man bereits über den Patienten weiß. Der Therapeut als von außen auf die Person des Patienten schauender und abstinenter Partner im Prozess kann leichter als der Patient selbst die leidstiftenden repetitiven Muster im Erleben und Verhalten erkennen. Als professioneller teilnehmender Beobachter im Prozess versteht er die oft komplexen und komplizierten unbewussten Symbolisierungen des Patienten leichter als dieser selbst. Natürlich ist es besser, wenn der Patient seinen Ausdruck und seine Gestaltungen selbst

erkennt und versteht, aber vorsichtige Deutungen als Hinweise und Wegweiser sind auch wiederum besser als ein verhüllendes Schweigen.

Ein positives Schweigen dagegen ist von großem therapeutischen Wert. Es kann im Gespräch der Zeitraum sein für das innerliche Sicheinstimmen auf das Reden oder für das Nachwirkenlassen des Gesagten. Es kann aber auch problematisch sein (Angst, Ärger, Abwehr). Schweigen gehört zum Reden. Es begrenzt das Reden. Auch im Gespräch entstehende Pausen gehören dazu, sind Bestandteile des Gesprächs, die es formen und strukturieren. Stille ist die „große Grenze“ am Anfang und Schluss.

positives  
Schweigen



Mönter, U. (2002): Das Gespräch in der Musiktherapie. Musiktherapeutische Umschau 23 (1), 5–21

Smetana, M. (2005): Stille in der Musiktherapie. In: Smetana, M., Heinze, S., Mössler, K. (Hrsg.): Stille, Sterben, Erwachen. Musiktherapie im Grenzbereich menschlicher Existenz. Wiener Beiträge zur Musiktherapie, Bd. 7 Edition Praesens, Wien, 9–111

Weber, W. (2019): Wege zum helfenden Gespräch. 15. Aufl. Ernst Reinhardt, München

## 10 Anthropologische und ethnologische Aspekte von Tonius Timmermann

„[...] daß Musik als Bestandteil menschlicher Selbstverwirklichung zu funktionieren vermag, daß sie nicht als luxuriöses Ornament der

Gesellschaft entbehrlich sei, sondern im Gegenteil als Katalysator

sozialer Vorgänge, als Medium der Sensibilisierung und Sozialisierung

in einer gesellschaftspolitischen Aufgabe zu wirken vermag [...]

daß Musik primär Gebrauchsgegenstand des Menschen ist.“

*(Suppan 1984, 7)*

Der Mensch macht Musik, so weit wir seine Geschichte zurückverfolgen können. Alle Völker auf der Erde haben Musikkulturen entwickelt, so verschiedenartig sie auch sein mögen. Miteinander Singen und Musizieren ist die wichtigste gemeinschaftsbildende Kraft einer Kultur. Lieder und Tänze tradieren Geschichte, Geschichten und den gesamten Wissensstand in spielerischer und einprägsamer Weise. Musikanthropologen kommen übereinstimmend zu dem Schluss, dass Musik für die menschliche Gesellschaft nicht schmückendes Beiwerk oder luxuriöser Zeitvertreib ist (Blacking 1973, 54), sondern unentbehrlicher Bestandteil.

Ursprung:

Ausdruck und

## Kontakt

Die verschiedenen Theorien, wie Musik entstanden sein soll (Revesz 1941; s. a. Rösing 1998, 75 f.), stellen z. T. Nebenaspekte wie das Nachahmen von Tierlauten, die Lallmelodien der Kinder oder rhythmische Bewegungen ins Zentrum eines Anfangs. Aus musiktherapeutischer Sicht scheint dagegen die Ausdrucks- und Kontakttheorie von Bedeutung. Die Ausdruckstheorie betont das Bedürfnis, emotionale und affektive Spannungen in Lautäußerungen zu entladen. Dies lässt sich gut ergänzen durch die Kontakttheorie, die sich auf das Kommunikations- und Verständigungsbedürfnis des Menschen beruft. Wenn man davon ausgeht, dass ein Gefühlsausdruck auch kommuniziert werden soll, ist es wahrscheinlich, dass ein Spielen mit Tönen als angenommener Ursprung allen musikalischen Tuns wesentlich deshalb betrieben wurde, weil es eben beides ermöglicht: *Ausdruck und Kommunikation*.

Dies führt uns zu einem wesentlichen Grundgedanken: *Musik dient traditionell der Seelsorge bzw. psychosozialen Hygiene (Prävention)* und findet von daher auch Eingang in die Heilungsrituale der traditionellen Kulturen. Indem der Mensch erschütternde Lebensereignisse wie den Tod eines nahestehenden Mitmenschen oder das Abgewiesenwerden in der Liebe in den klassischen Formen der Toten- und Liebesklage ausdrücken kann, gestaltet er sein Leid und verarbeitet es dadurch. Indem er aber auch Freude und Lebenslust in der Musik lebendig und kraft-voll zum Ausdruck bringt und dies in

und mit seiner sozialen Gruppe kommuniziert, erlebt er seine individuelle Existenz in der Zugehörigkeit zu einer ihn tragenden und schützenden Gemeinschaft.

## Heilungs- und Übergangsrituale

Solche Erfahrungen sind heute noch von Bedeutung und wo sie fehlen, droht eine Gesellschaft zu zerfallen. Wenn heute immer weniger Eltern und Lehrer mit den Kindern singen, ist dies eine bedenkliche Entwicklung, der unbedingt etwas entgegengesetzt werden muss. Die moderne Musiktherapie knüpft bewusst an diese Erfahrungsebene an und setzt sie gezielt ein, um emotionales und soziales Gleichgewicht wiederherzustellen. Ausgehend von Suppan (1984) soll der folgende Überblick (nach Timmermann 2004, 19) verdeutlichen, in welchen Lebensbereichen des Menschen Musik früher und heute konkret eine Rolle spielt:

### Zusammenhalt der Gesellschaft

1. *Mythologie und Religion*: in Liedern und Tänzen tradierte Mythen, Rituale, Zeremonien, Kult, Gottesdienst, Ekstase, Trance, Meditation.

### Gestaltung menschlicher Lebensbereiche

2. *Krankenheilung*: Rituale, Bewusstseinsveränderung, therapeutische Trance, Musiktherapie.

3. *Arbeit und Versorgung*: Arbeitslieder, Energetisierung durch Rhythmus und Gesang, Singen für die Pflanzen, Steigerung von Arbeitsleistung und Konsum.

4. *Pädagogik und Politik*: Lieder zur Enkulturation und Sozialisation (vor allem bei schriftlosen Völkern), politische Lieder und Musikwerke, Nationalhymnen, politische Zeremonien, Militärmusik.

5. *Alltägliches Leben*: Wiegenlied, Erotik, Kampf, Jagd, Spiel, soziales Leben und Gruppenidentität.

Wir sehen hier, dass Musik allen Menschen in verschiedenen Funktionen zur Verfügung steht, bevor sie eine Kunstgattung wird, zu der nur noch ein entsprechend gebildeter bzw. ausgebildeter Mensch Zugang findet. In der Religion ist dies bis heute noch der Fall, da die Kirche für die meisten Menschen wohl noch der letzte Ort ist, wo sie mit anderen zusammen singen. Bei der Arbeit wird Musik noch häufig rezipiert (meist über das Radio), aber, wie gesagt, das aktive Miteinandersingen wird selten. Damit droht ein wesentliches Element unserer Kultur zu sterben – Musiktherapie wird schon fast zu einer Art Kulturtherapie, in der diese existenziellen Ausdrucks- und Kommunikationsformen als psychosoziale Hygiene und in der Heilbehandlung am Leben erhalten werden. Wir werden gleich sehen, dass dies möglicherweise auch für andere Aspekte von Kunst und Kultur gilt.

Gehen wir noch einmal zurück in die traditionelle Gesellschaft und machen wir uns klar, dass der Mensch während

etwa 99% seiner bisherigen Geschichte als nomadisierender Jäger und Sammler in kleinen Gruppen durch eine oftmals bedrohliche Welt zog, in der Zugehörigkeit und Gemeinschaftsgefühl überlebensnotwendig waren. Die wohl erste aus der Gruppe herausragende männliche oder weibliche Figur in dieser Phase ist die des *Schamanen*. Dieser ist Priester, Künstler und Heiler in Personalunion, vereinigt also die Bereiche Religion, Kunst und Heilung in sich und inszeniert sie im Ritual. Elemente, die dort zur Wirkung kommen, sind: Tanz, Schauspiel, Kultobjekte wie Fetische, Masken, Gewänder, spezielle kultische Musikinstrumente, die Musik, die damit gemacht wird, und die Gesänge, die dazugehörigen Mythen, Gedichte und Geschichten (Näheres in Timmermann 1994, 48 ff.). Durch Steigerung aller Sinne wird die Aufmerksamkeit fokussiert, ein Leerwerden vom Alltagsbewusstsein ermöglicht und damit ein Offenwerden für ein anderes Bewusstsein, eine „religio“, ein Sich-wieder-Verbinden mit dem innersten Wesen. In dieser Schicht sind die Wurzeln sowohl von Kunst als auch von Heil-Kunst, von Psychotherapie als Kunst bzw. künstlerischer Psychotherapie zu finden.

Religion, Kunst, Heilung

Dabei lassen sich vier Ebenen unterscheiden, die in Schamanismus bzw. Kunst auftreten und deren Elemente heute psychotherapeutische Verwendung finden (Timmermann 2004, 21):

Ebenen des

## Schamanismus

*1.Aktion:* Dramaturgie und Gestaltung von Ritualen, Berührung, Tanz, Schauspiel, Pantomime, Aktionskunst, Happenings, Film ... – körper- und bewegungsorientierte Verfahren, Tanztherapie, Psychodrama, Ritual Movement, Spieltherapie ...

*2.Objekt:* Kultobjekte wie Fetische, Masken, Gewänder, Schmuck, Totempfähle, kultische Musikinstrumente wie Schwirrholtz, Rassel, Trommel ..., Kunsthandwerk, Malerei, Plastik ... – Kunst-, Gestaltungs-, Maltherapie ...

*3.Musik:* Schamanengesänge, Heilmusik mit spezifischen Rhythmen, Klängen und Liedern, Volksmusik, Kunstmusik, Popmusik ... – aktive und rezeptive Vorgehensweisen der Musiktherapie, Musik in der Bewegungs- und Tanztherapie, z. T. im Katathymen Bilderleben nach Leuner, der Holotropen Therapie nach Grof, dem Malen zur Musik ...

*4.Sprache:* Mythen, Liedtexte, Geschichten, Gedichte, Romane ... – verbale Verfahren bzw. verbale Anteile in primär nonverbalen Methoden, Poesie- und Bibliothherapie, Geschichten in der Therapie ...

Alle modernen therapeutischen Verfahren, Methoden und Vorgehensweisen lassen sich also zurückführen auf diese Wurzeln der Kultur im Schamanismus. So nähern sich heute die Bereiche Religion als Seelsorge, Kunst und Heilung also wieder einander an (Näheres hierzu in Timmermann 1999b).

Auch die moderne Psychotherapie kennt ihre Rituale, in

der Musiktherapie finden diese selbstverständlich mit Musik statt. Das Lateinische „cultura“ heißt so viel wie Pflege von Körper, Seele und Geist, worin das Streben nach einem Erhalt der Gesundheit auf allen Ebenen enthalten ist – vom Ackerbau bis zum Spiel. Ursprünglich kommt das Ritual aus dem Spiel und der Improvisation. Es entsteht intuitiv aus dem Inneren oder Unbewussten, taucht auf und wird dann manifest. Sein Beginn ist ein ungeordneter Impuls, der sich nach bestimmten Gesetzmäßigkeiten ordnet. Solche gefundenen Ordnungen werden zu Wiederholungsmustern, da in ihnen wesentliche Erfahrungen gemacht werden. So werden Rituale zu

Ritual als

„gefundene  
Ordnung“

„Verdichtungen von Abläufen, die sich im Sinne einer komprimierten, kollektiven und symbolischen Handlung wiederholen [...] Sie stellen damit eine machtvolle nichtverbale Sprachform dar.“ (von Schlippe/Schweitzer 1996, 191)

In der Musik finden wir dieses Phänomen, indem starke emotionale Impulse aufsteigen, die sich zunächst in spontanen Lautäußerungen akustisch manifestieren und sich dann mehr und mehr formen und strukturieren.

polynesischer  
Totenklang

# B

Die Totenklage einer Frau aus Polynesien beispielsweise begann damit, dass eine Frau an der Bahre eines nahen Verwandten weinte, woraus schließlich ein improvisierter Klagegesang wurde.

„Ihre Stimme wird immer wieder von Schluchzern geschüttelt, aber sie singt immer weiter. Der Schmerz überwältigt sie nicht, da sie ihm eine Form geben kann, zum Beispiel über den Rhythmus. Der Atem ist die Phrasierung und die Trauer ihrer Seele der Inhalt des Liedes. Andere Frauen stimmen ein, auch sie sehr ergriffen, dann endet das Schluchzen allmählich, der Gesang wird ruhiger und klingt aus.“ (zit. n. Engert-Timmermann 1992, 6)

# B

Die Klage ist anthropologisches Grundbedürfnis, das sich nicht nur in ethnischen Kulturen ihren Weg bahnt. Auch in einer musiktherapeutischen Gruppe erlebte ich, wie eine Frau in einer Sitzung von einem tiefen Schmerz erfasst wurde und sehr heftig weinen musste. Schließlich bat sie die anderen Gruppenmitglieder, mit ihr zu „jammern“, und ließ das Weinen

in lauten, langen Tönen zu, ähnlich wie Kinder es manchmal tun. Andere Gruppenmitglieder stimmten allmählich ein, und aus dem Jammern wurde nach und nach eine Stimmimprovisation, die schließlich ruhig und heiter ausklang.

„gemeinsames  
Jammern“ in der  
Musiktherapie

Diese lebendige Interaktion zwischen dem Einzelnen und der Gruppe ist improvisiert. Sie entsteht spontan, und dennoch sind die entstehenden musikalischen Formen nicht beliebig – sie bilden sich nach uralten inneren Gesetzmäßigkeiten. Auch die äußere Regelhaftigkeit des lebendigen Rituals entspricht dem inneren Gesetz. Es muss immer wieder neu belebt und lebendig erfahren werden, damit es wirkt. Im Prinzip ist es nicht an Kulturen gebunden, sondern an die Wirklichkeit des Menschen überhaupt.

Bei der Beschreibung der psychotherapeutischen Technik des Stützens (s. Kap. 6) wird darauf hingewiesen, dass die Rekrutierung von „Helfern“ aus der Gruppe an alte rituelle Traditionen anknüpft.

B

Eine hierzu passende musiktherapeutische Gruppenszene war, dass eine Frau für ihr abgetriebenes Kind eine Musik

improvisieren wollte und es nicht alleine schaffte. Als sie darum bat, stimmte die ganze Gruppe mit Instrumenten und Stimme ein und stärkte sie so, dass sie es dann doch tun konnte. Dies erleichterte sie sehr.

„Musik für Ungeborenes“

Durch die Beschäftigung mit anthropologischen und ethnologischen Phänomenen gelangt man somit zu bio-psycho-sozialen Grundkonstanten, die in der modernen Psychotherapie berücksichtigt werden und damit in spezifischer Weise auch in der Musiktherapie.

Orff'sches Instrumentarium

Carl Orff entwickelte sein Orff'sches Instrumentarium aus ethnischen Instrumenten, die er an die europäische Musiktradition (vor allem bezüglich der Stimmung) anpasste. Die Arbeit mit original ethnischen Instrumenten und ihren besonderen Möglichkeiten und Wirkungsweisen wurde in den 80ern des 20. Jh. entwickelt und immer weiter spezifiziert (s. Strobel/Timmermann 1991; Strobel 1999; Hess 2002). Die Altorientalische Musiktherapie beruft sich explizit auf eine ethnische Tradition (Tucek 1997).

Ansonsten gibt es keinen direkten methodischen Weg vom schamanischen Heilritual zur modernen Musiktherapie, sondern verschiedene geistige und praktische Wurzeln. Hier finden wir hinter uns und um uns herum eine ganze Reihe von Vorgängern, die auch motiviert waren, Menschen zu heilen und dabei in irgendeiner Form Musik als Medium einzusetzen.



Suppan, W. (1984): Der musizierende Mensch. Eine Anthropologie der Musik. Schott, Mainz

Timmermann, T. (1994): Die Musik des Menschen. Gesundheit und Entfaltung durch eine menschnahe Kultur. Piper, München

# Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.