

Susanne Bauer

# Musiktherapie

WEGE DER PSYCHOTHERAPIE



# WEGE DER PSYCHOTHERAPIE

Susanne Bauer



# Musiktherapie

Ernst Reinhardt Verlag München

Prof. Dr. *Susanne Bauer* leitet den Masterstudiengang Musiktherapie an der Universität der Künste Berlin und ist in der Gruppen- und Einzelmusiktherapie der DRK Kliniken Berlin | Wiegmann Klinik für Psychogene Störungen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie tätig.

#### 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.

ISBN 978-3-497-02740-8 (Print)

ISBN 978-3-497-61030-3 (PDF-E-Book)

ISBN 978-3-497-61067-9 (EPUB)

© 2018 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk, einschließlich aller 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 für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in EU

Reihenkonzeption Umschlag: Oliver Linke, Hohenschäftlarn

Covermotiv: © istock.com / Picture Partners

Satz: Der Buchmacher, Arthur Lenner, Windach

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

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

# Inhalt

## 1

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>Einführung</b> . . . . . | 9 |
|-----------------------------|---|

## 2

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| <b>Geschichte</b> . . . . . | 12 |
|-----------------------------|----|

|                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.1 Krankheitsverständnis, seelische Störungen und die Behandlung mit Musik . . . . . | 12 |
| 2.2 Entstehungsgeschichte der Musiktherapie in Deutschland . . .                      | 20 |

## 3

|                                                                                               |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Theorie: Wissenschaftliche Grundlagen zum Zusammenspiel von Musik und Mensch</b> . . . . . | 27 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                           |    |
|-------------------------------------------|----|
| 3.1 Anthropologie . . . . .               | 28 |
| 3.2 Physik und Physiologie . . . . .      | 30 |
| 3.3 Neurowissenschaften . . . . .         | 32 |
| 3.4 Entwicklungspsychologie . . . . .     | 35 |
| 3.5 Tiefenpsychologie . . . . .           | 39 |
| 3.6 Musik- und Kunstpsychologie . . . . . | 40 |

## 4

|                                             |    |
|---------------------------------------------|----|
| <b>Der therapeutische Prozess</b> . . . . . | 46 |
|---------------------------------------------|----|

|                                                      |    |
|------------------------------------------------------|----|
| 4.1 Beziehungen im Leben – Beziehung leben . . . . . | 46 |
| 4.2 Die therapeutische Beziehung . . . . .           | 48 |

4.3 Die musiktherapeutische Beziehung . . . . . 49

4.4 Setting . . . . . 52

Setting im institutionellen Kontext 52 ■ Setting im ambulanten Kontext 56 ■ Aktive Musiktherapie – Musiktherapieraum 59 ■ Aktive Musiktherapie – Musiktherapieinstrumente 60 ■ Rezeptive Musiktherapie – Musiktherapieraum 60 ■ Ko-Therapie 61 ■ Behandlungsformate: Einzel- versus Gruppenmusiktherapie 64

4.5 Methoden . . . . . 81

Aktive Verfahren 82 ■ Rezeptive Verfahren 82 ■ Gemischte Verfahren 83

4.6 In Deutschland vertretene Musiktherapieverfahren . . . . . 83

Aktive Musiktherapie 83 ■ Rezeptive Musiktherapie 105 ■ Störungsspezifische Ansätze der Musiktherapie 111

**5**

**Evaluation . . . . . 117**

5.1 Erste Forschungsschritte während des Studiums . . . . . 120

5.2 Qualitative und quantitative Forschungsmethoden – Beispiele 121

Die qualitative Forschungsmethode: Die Bedeutung von Stimme und Stimmklang im psychotherapeutischen Prozess aus der Sicht der Patienten und Patientinnen 122 ■ Die quantitative Forschungsmethode: Schizophrene Patienten und musikalische Verständigung 123

**6**

**Zukünftige Entwicklungen . . . . . 126**

6.1 Anwendungsbereiche . . . . . 126

Musiktherapie an und in Musikschulen 126 ■ Musiktherapie an und in Schulen 129 ■ Musiktherapie mit Menschen mit Traumafolgestörungen 131 ■ Musiktherapie in der Palliativmedizin mit Kindern und Erwachsenen 136 ■ Musiktherapie in der Gerontopsychiatrie 141

6.2 Berufliche Situation . . . . . 146  
    Aus- und Weiterbildungen in Deutschland 146 ■ Berufliche Anerkennung 149 ■ Musiktherapeuten im Angestelltenverhältnis 152 ■ Selbstständig arbeitende Musiktherapeuten 154

**7**

**Zusammenfassung** . . . . . 155

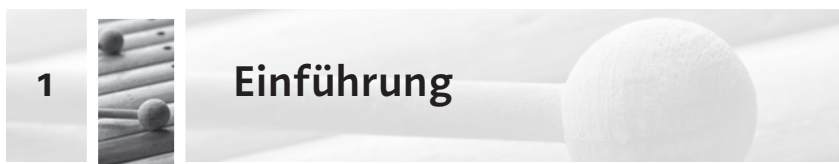
**Glossar** . . . . . 157

**Empfohlene Literatur** . . . . . 161

**Zitierte Literatur** . . . . . 164

**Register.** . . . . 173





## Einführung

Gleich am Anfang ein wichtiger Hinweis: Ich habe das Angebot der Redaktion, die sprachliche Form betreffend, dankend angenommen, beide Schreibformen, die männliche und die weibliche, abwechselnd zu verwenden. Gemeint sind immer beide Geschlechter und alle Genderidentitäten.

Die Musiktherapie ist eine Behandlungsmethode, bei der Musik, wie ihr Name sagt, eine fundamentale Rolle spielt. Das Wesen dieser Musik aber ist genauso vielseitig und vielschichtig wie der Mensch selbst. In der Musiktherapie ist der Musikbegriff weit gefasst, es geht nicht um die Musik, die wir im Radio hören oder die wir täglich konsumieren. Diese kann Bestandteil der Behandlung sein, wenn sie im Dienste des therapeutischen Prozesses steht und die Verwendung therapeutisch sinnvoll erscheint, z. B., um mit Jugendlichen Kontakt aufzunehmen, um mit alten Menschen Geschichtliches und „Musikgewordenes“ aufzugreifen oder um die persönliche Beziehung einer Person zur Musik zu verstehen. Gerade im therapeutischen Erstkontakt wird nach den Hör- und Musikgewohnheiten der Betroffenen gefragt, nach der Lieblingsmusik und solcher, die es nicht ist, die nicht in Frage kommt und unter „No-go“ verbucht ist. Bei Menschen, die nicht mehr ansprechbar sind und von Musiktherapeutinnen palliativ begleitet werden, spielen Hörgewohnheiten und Lieblingsmusiken ebenfalls eine wichtige Rolle, bekannte Lieder können gemeinsam mit Familienangehörigen gesungen oder instrumental begleitet werden.

Ansonsten wird in der Musiktherapie vor allem musiktherapeutisch „musiziert“. Die goldene Regel lautet: *Richtig und falsch gibt es nicht*. Das klingt sehr einfach und ist für uns Musiktherapeuten und Musiktherapeutinnen, vielleicht auch für Sie, liebe Leser und Leserinnen, ganz selbstverständlich und einleuchtend – ist es aber zunächst nicht unbedingt. Unsere Patientinnen haben damit ihre Schwierigkeiten, sie wünschen sich schöne Musik und sind selbstkritisch, wenn es nicht so klingt, wie sie es sich vorstellen. Wir laden sie ein, sich und ihre Klänge auszuprobieren, etwas Stimmiges zu finden und der Seele einen Spielraum zu geben. Wir betonen, dass Dissonanzen Teil des Lebens sind und sich auch zeigen dürfen, wenn man schon sein ganzes Leben lang so „nett“ und angepasst und scheinbar

harmonisch gelebt hat. Gleichzeitig lassen wir spüren, dass wir auf alles gefasst sind und uns „schräge Töne“ nichts ausmachen.

Manche Patienten denken, sie müssten etwas leisten und dürften die Musiktherapeutin nicht enttäuschen. Damit ist man dann gleich in einer wichtigen Szene angelangt, die es behutsam aufzulösen gilt: Leistungsdruck ist immer wieder ein Thema, insbesondere bei psychosomatischen Patienten. Wir erklären dann, dass die Seele sich so ausbreiten und ausdrücken darf, wie sie es möchte, dass alle Klänge zum Vorschein kommen und Musikinstrumente so benutzt werden dürfen, wie die Patientin es gerade braucht, auch mal auf den Kopf gestellt oder gestreichelt, statt geschlagen werden. Nur kaputt machen ist verboten. Davor müssen wir unsere Patienten übrigens genauso bewahren wie davor, zu dekompensieren oder *Flashbacks* zu erleben, wie es bei Menschen mit Traumfolgestörungen der Fall sein kann. Frühe Musik- und Klangerfahrungen sind im impliziten Gedächtnis verhaftet, sie können also jederzeit reaktiviert werden.

Musiktherapie, so wie wir sie verstehen, und damit meine ich die Mehrheit der in Deutschland praktizierenden Kollegen und Kolleginnen, lebt davon, dass Patient und Patientin in Bewegung kommen, innerlich und äußerlich, indem sie spielen. Allein das ist eine wertvolle Erfahrung: wieder spielen zu dürfen, zum ersten Mal spielen zu dürfen oder endlich ohne Vorgaben spielen zu dürfen. Oftmals beobachten wir Hilflosigkeit und Scham sowie Angst vor dem eigenen Tun. Auch Spielen muss gelernt sein, beim Spielen entfernt sich der Mensch von der Ratio, lässt sich auf Neues und Unbekanntes ein, also bedeutet Spiel auch Wagnis und Risiko. Patientinnen können das Wagnis nicht immer gleich eingehen, wehren sich mit Banalitäten und Allgemeinplätzen gegen die Einladung, ein Instrument auszuprobieren. Wie viel Unterstützung und Halt jemand braucht, um sich darauf einzulassen, muss von Musiktherapeutinnen gut eingeschätzt werden, um den anderen weder zu über- noch zu unterfordern.

Bevor wir jemanden musiktherapeutisch behandeln, sollten wir etwas über seine oder ihre musikalische Biografie erfahren, uns danach erkundigen, welchen Stellenwert Musik im Leben gespielt hat und weiterhin spielt. Nicht selten sind Musikerfahrungen aus der Vergangenheit negativ belastet, gehen mit quasi traumatischen Erlebnissen in Musik- oder Instrumentalunterricht einher und werden in die Sitzungen mitgebracht. Niemand möchte ein zweites Mal bloßgestellt und vor der Gruppe lächerlich gemacht werden, hören, dass er oder sie keinen Rhythmus hat oder die Stimme schrecklich klingt.

Musiktherapeutinnen müssen ein Gespür dafür haben, ob und wann Musiktherapie kontraindiziert ist. Musik tut nicht immer gut, gemeinsames Spielen kann Menschen überfordern, Kinder und Erwachsene glei-

chernaßen, und Stress auslösen. Insbesondere bei Menschen, die keine Sprache zur Verfügung haben, um ihr Unwohlsein zu signalisieren, ist Vorsicht angesagt. Musiktherapeuten müssen dann ganz besonders auf Körpersignale wie Atemfrequenz und motorische Unruhe achten; die *Macht der Musik* ist niemals zu unterschätzen, weder im positiven noch im negativen Sinne des Wortes.

Das Buch soll einen Beitrag zum Verständnis über die verschiedenen Möglichkeiten der Anwendung von Musik leisten: über die Musik als Heil- und Hilfsmittel in der medizinischen und der „Seelenbehandlung“, in verschiedenen Epochen und unter verschiedenen historisch-gesellschaftlichen Bedingungen bis zum heutigen Modell der Musiktherapie als eigenständige Disziplin und Form der Psychotherapie. Gleichzeitig möchte ich einen Einblick verschaffen in die verschiedenen und vielseitigen Anwendungsmöglichkeiten der Musiktherapie und die unterschiedlichen Vorgehensweisen von Musiktherapeutinnen, je nach theoretischem Konzept. Mit Beispielen aus der eigenen Praxis sollen musiktherapeutische Denk- und Handlungsweisen aus Einzel- und Gruppentherapie verdeutlicht werden; die hier geschilderten Fälle haben in leicht abgeänderter Form so stattgefunden.

Ein besonderes Augenmerk soll auf die therapeutische Haltung und Fassung, auf die therapeutische Beziehung und die therapeutische Musik gelegt werden. An mehreren Stellen verwende ich den Ausdruck „Musik und alles, was dazu gehört“, da es immer um viel mehr geht als um die Musik als solche. Es geht um das musikalisch-menschliche Drumherum: um Beziehung und Affekt, Nähe und Distanz, Höhen und Tiefen, Harmonie und Dissonanz, Ausdruck und Eindruck, Momentanes und prozesshafte Entwicklung und vieles mehr.

Mir ist daran gelegen zu betonen, dass der Weg zur Musiktherapeutin ein langer ist und dass sich jede, die sich für den Beruf entscheidet, auf die Suche nach dem eigenen „musischen Selbst“ begeben wird. Wer aus der Musikpädagogik kommt, wird sich von seinen pädagogischen Erwartungen verabschieden müssen. Wer Musiker oder Musikerin ist, darf nicht mehr an die Bühne denken und an die Performance, wenn er oder sie dem Patienten gegenüber sitzt. Wer aus der Psychologie kommt, muss den Kopf ausschalten, ins Spüren kommen und das Schweigen aushalten lernen. All das braucht Zeit und Auseinandersetzung mit dem Selbst, im Beisein anderer wie Studienkolleginnen, Lehrenden, Supervisorinnen, Mentorinnen und Patientinnen. Jede Art der kurzfristigen und schnellen Aneignung des Musiktherapeutenberufes kann unmöglich zu einer adäquaten und qualitativ hochwertigen Musiktherapie führen und schadet nicht nur den Patientinnen, sondern auch dem Berufsbild.



## 2.1 Krankheitsverständnis, seelische Störungen und die Behandlung mit Musik

Die Behandlung seelischer Störungen hängt vom Krankheitsverständnis und vom Krankheitserklärungsmodell einer Gesellschaft ab, vom geschichtlichen, gesellschaftlichen, kulturellen und religiösen Kontext sowie von wissenschaftlichen Erkenntnissen. Krankheitserklärungsmodelle sind vielschichtig und variabel, sodass die Antworten auf Fragen wie „Wo liegt die Ursache der Erkrankung?“, „Welche Art von Medikamenten – allopathisch oder homöopathisch – wird verabreicht und für wie lange?“, „Sind sportliche und künstlerische Betätigungen zweckmäßig?“, „Welchen Stellenwert hat die Beziehung zwischen Arzt und Patient?“, „Welche Rolle spielt die Familie in der Behandlung?“ und viele mehr, dem medizinischen „Zeitgeist“ unterliegen. Selbiges gilt für die Anwendung von Musik in der Behandlung seelischer Störungen. Auch hier liegen kultur- und epochenbedingte unterschiedliche Verstehens- und Behandlungsmodelle sowie Musikbegriffe vor.

### **Krankheit als Ausdruck von Besessenheit: die magische Kraft der Musik.**

Nach dem naturalistischen Erklärungsmodell der Naturvölker entstehen Krankheiten körperlicher und seelischer Art dann, wenn Menschen den Fluch böser Geister und überirdischer Kräfte auf sich gezogen haben. Weil sie sich einzelnen Mitgliedern oder der Gemeinschaft gegenüber schlecht verhalten haben, sind beseelte Wesen in ihre Körper eingedrungen, treiben dort ihr Unheil und haben die Seele des schuldhaft Gewordenen besessen. Einzig die Medizinmänner können Kranke und Besessene von ihrem Leid befreien, indem sie die Dämonen vertreiben. Dafür müssen sie in geheimnisvollen schamanischen Zeremonien durch den Körper des Besessenen hindurch mit den Dämonen in Kontakt treten. Mit eigens dafür bestimmten Rhythmen und Melodien, mit Trommeln, Rasseln, Glöckchen, Tanz und Sprechgesängen, die nur der Schamane kennt, kommuniziert er mal auf freundliche, mal auf bedrohliche Weise. Familienangehörige und Stam-

mesmitglieder beteiligen sich am Ritual, das solange dauert, bis das Böse besiegt und aus dem Körper vertrieben ist. Der Kranke liefert sich dem Heilungsritual aus, indem er die Kraft der Trommeln und der Gesänge in seinen Körper eindringen lässt. Reumütig und ängstlich lässt er oder sie mit sich geschehen, in der Hoffnung auf Heilung und Wiedereingliederung in die Gemeinschaft. Heilungszeremonien können sich über mehrere Tage und Nächte hinziehen, sie sind emotionsgeladen und verausgabend, führen zu Bewusstseinsveränderungen und Ekstase. Heiler werden als machtvolle Wesen und als einschüchternd erlebt. Statt unter den Stammesmitgliedern leben sie im Abseits, haben bizarre Eigenschaften oder ein besonderes Aussehen. Den Auftrag zum Heilen erhalten sie auf magische Weise, in Träumen oder nach überirdischen Erfahrungen (Möller 1974, 56f.).

**Krankheit als Ausdruck seelisch-körperlichen Ungleichgewichts: die ordnende Kraft der Musik.** In der Antike, so auch im alten Griechenland, war das Denken durch die Annahme von Gesetzmäßigkeiten und die „Vorstellung eines geordneten Kosmos“ geprägt (Möller 1974, 64). Zahlen spielten eine besonders wichtige Rolle, Proportionen und Verhältnisse bestimmten demnach das kosmische und das menschliche Leben, die Entstehung und Behandlung von Krankheiten ebenso wie die Musik. Pythagoras hatte die Gesetzmäßigkeiten der Musik am Monochord entdeckt. Durch systematische Saitenteilungen wurden die Intervalle und die Naturtonleitern entdeckt. Musik wurde als Ausdruck und „Symbol der Weltgesetzlichkeit“ verstanden, als ein Zusammenspiel von Zahl und Harmonie, statt als unheimliche Macht (Möller 1974, 69). Krankheiten lagen Disharmonien zugrunde, sie konnten Ausdruck einer Störung des Gleichgewichts der Körpersäfte sein, die durch fehlenden Schlaf ebenso wie durch falsche Ernährung entstanden sein konnten. Daher wurde der Prävention von Krankheiten Sorge getragen mit Sport und Ernährung, aber auch mit Musik. Apollo war der Gott der Medizin und der Musik und Ärzte waren nicht nur Gelehrte der Medizin, sondern auch der Musik, der Philosophie und der Mathematik. Sie behandelten ihre Patienten und Patientinnen mit medizinischen und musikalischen Mitteln und „verabreichten“ neben Medikamenten auch ausgewählte Melodien und Rhythmen, die sie auf Harfe, Flöte oder Trommel vorspielten, um Seele und Körper ins Gleichgewicht zu bringen. Musik konnte die Menschen aktivieren und die Körpersäfte neu verteilen und wieder ins Gleichgewicht bringen, sie konnte aber auch verworrene Gedanken ordnen, starre Ideen auflockern oder die Seele beruhigen. Musik wurde psychohygienisch oder als Therapeutikum bei Kindern und Erwachsenen eingesetzt und je nach Alter und Schweregrad einer Störung unterschiedlich dosiert.

Platon und Aristoteles entwickelten zwei unterschiedliche Ideen in Bezug auf die heilende Kraft von Musik. Platon, der zweihundert Jahre nach Pythagoras lebte, vertrat die Ansicht, dass man nach dem sogenannten *Iso-Prinzip* vorgehen sollte. Der Musiker-Arzt sollte sich auf den Affekt des Patienten einstellen, diesen musikalisch spiegeln und verstärken. Ein erregter Patient wurde mit schneller und stimulierender Musik bespielt, ein apathischer mit langsamen und ruhigen Klängen. Nach emotionaler Sättigung und Katharsis würde sich der gegenteilige Affekt einstellen und das verlorene Gleichgewicht wiederhergestellt. Nach Platon waren „jede musikalische Äußerungen [...] Nachahmung seelischer Grundstimmungen“, andererseits beeinflusse Musik den Menschen (Möller 1974, 82). Platon lehnte bestimmte Modi, Rhythmen und Instrumente ab, bewertet einige als positiv, andere als negativ.

Aristoteles, der Schüler Platons war, nahm keine Wertung innerhalb der Musik vor, er hielt jede Art der Musik für berechtigt und schlug eine zweckgemäße Anwendung vor (Möller 1974, 87). Aristoteles vertrat die Ansicht, dass seelische Zustände und Affekte mit gegenteiliger, *antagonistischer* Musik behandelt werden müssten. Bei erregten Zuständen wurden beruhigende Rhythmen und Melodien vorgespielt, bei trauriger und lethargischer Stimmung sollten stimulierende Klänge den Patienten aufmuntern. Auch Sokrates und Äskulap verschrieben nach Aristoteles weiterhin Musik, wobei Sokrates so weit ging, dass er an eine „vergiftende Wirkung“ bestimmter Harmonien glaubte. Musik hatte keine magischen Eigenschaften, sie konnte, ganz im Gegenteil, rational erklärt, gelehrt und erlernt werden. Auch musste und durfte der Kranke nach diesem Behandlungsmodell nicht selbst musizieren, sondern wurde vom Musiker-Arzt bespielt. Der Arzt war um den Patienten und seine Gesundheit bemüht und bezeugte sein Interesse durch empathischen Kontakt (Alvin 1983).

**Krankheit als Strafe Gottes: die spirituelle Kraft der Musik.** Im Mittelalter existierte die sogenannte Sündenstrafentheorie, was bedeutete, dass Krankheit als Strafe Gottes verstanden wurde. Eine Person erkrankte, weil sie gesündigt, Unerlaubtes gedacht oder getan und damit wider den Willen Gottes gehandelt hatte. Kinder seien Opfer der Sünden ihrer Eltern. (Auch heute noch erklären sich streng gläubige Menschen die Entstehung von Krankheiten auf ähnliche Weise). Laut unseren christlichen Vorfahren setze Genesung Buße, Reue und Gebet voraus. Musik spielte dabei eine wichtige, aber ganz andere Rolle als im vorigen Erklärungsmodell. Sie wurde in Form von religiösen Gesängen verwendet, denen man eine heilende Wirkung zusprach. Die Gesänge verstärkten den Effekt der Gebete und hatten eine beschwichtigende Wirkung auf die höheren, stra-

fenden Mächte. Musik sollte aber auch die erregten Gemütszustände des Menschen harmonisieren und dessen religiöse Gefühle und „geordneten religiösen Beziehungen“ wiederherstellen (Möller 1974, S. 120). Priester waren es, die die passenden Hymnen kannten und diese der Gemeinde beibrachten. Sie vermittelten zwischen Gemeinde und Gott oder zwischen Gemeindemitgliedern und Heiligen. Im gemeinsamen Singen während der Gottesdienste schöpften die Einzelnen neue Kraft und erfuhren Zusammenhalt. Von den Heiligen wusste man, dass sie Lieblingsinstrumente und Lieblingsgesänge hatten. Wollte man sie anbeten und anflehen, sollte man diese kennen. Ein besonders schönes Spiel auf einem auserwählten Instrument stand für Ehrerbietung und Selbstdemütigung und kam der Heilung zugute. Betroffene konnten also den Kontakt zur strafenden „Höheren Gewalt“ in einer Art emotional-spirituellen (therapeutischen) Beziehung, die von Demut, Unterwerfung, Hochachtung und Respekt geprägt war, selbst herstellen. Im Unterschied zu den vorigen Erklärungsmodellen kann der Erkrankte durch das Singen von heilsamen Hymnen oder Spielen auf Instrumenten selbst eine aktive Rolle ergreifen.

**Krankheit auf der Grundlage des biopsychosozialen Erklärungsmodells: die beziehungsstiftende Kraft der Musik.** Nach dem Erklärungsmodell der biopsychosozialen Medizin werden Krankheit und Gesundheit heute unter der Prämisse selbstregulierender, gleichzeitig verlaufender psychophysiologischer Prozesse im Organismus verstanden. Neben den biologischen, spielen psychologische und soziale Gegebenheiten sowie deren gegenseitige Auswirkungen aufeinander eine entscheidende Rolle im Entstehungs- und Aufrechterhaltungsprozess von Krankheit und Gesundheit. Verfügt ein Mensch über ein ausreichend gut funktionierendes biologisches und psychisches Selbstregulierungssystem und ist er von einem „guten“ und begünstigenden sozialen Umfeld umgeben, kann er Krankheit bereits im Vorfeld abwenden, bzw. auf die Wiederherstellung des gesunden Zustands mehr und besser Einfluss nehmen, als wenn dies nicht der Fall ist. Bei fehlender biopsychosozialer Selbstregulierung ist die Person zur Wiederherstellung des Gleichgewichtes stärker auf die Hilfe von Dritten angewiesen.

Nach dem gleichen Grundverständnis müssen für Diagnose und Behandlung die Zusammenhänge zwischen Symptom, psychischer Befindlichkeit und sozialem Umfeld in der Vergangenheit und heute erkannt und verstanden werden. Einseitige lineare Ursache-Effekt-Herleitungen müssen zugunsten eines ganzheitlichen Verständnisses verlassen werden. Physiologische, psychologische und lebensweltbezogene Bereiche werden gleichwertig erfasst und therapeutische Maßnahmen entsprechend der primär krankmachenden Anteile eingeleitet. Die Patientin soll außer-

dem erfahren und verstehen, dass sie sich am Gesundungsprozess aktiv beteiligen kann. Neue Sichtweisen und Perspektiven helfen ihr dabei, sich zunehmend weniger ausgeliefert zu fühlen und die selbstschädigende Position zugunsten einer selbstwirksamen zu verlassen. Therapeuten und Therapeutinnen, die ihre Patienten beraten und den Therapieprozess intensiv begleiten, begünstigen mit ihrer offenen und vertrauensfördernden Haltung die *Compliance* (Strauß et al. 1991).

Der heilende Einsatz von Musik und Musiktherapie auf der Grundlage eines biopsychosozialen Grundverständnisses von Krankheitsentstehung und -behandlung wird von Möller (1974, 160) folgendermaßen zusammengefasst:

„Gemäß der Vorstellung einer multifaktoriellen Ätiologie psychischer Krankheiten, die neben somatischen auch psychologische und soziologische Faktoren akzeptiert, betrachtet man dabei die Musik im Sinne der Tiefenpsychologie als Aktivator des Unbewussten, im Sinne der Psychosomatik als vegetatives Umstimmungsmittel und im Sinne der Sozialpsychologie als nicht-verbales Kommunikationsmittel mit gemeinschaftsfördernder Potenz“.

Während Möller sich auf die unterschiedlichen Funktionen der Musik bezieht, möchte ich das Augenmerk einerseits auf die Rolle des Patienten und dessen aktive Beteiligung am Heilungsprozess und Selbstwirksamkeit richten, andererseits auf die (gute) Beziehung zwischen Patient und Behandler – Musiktherapeut oder Musiktherapeutin. Nicht von Subjekt und Objekt ist mehr die Rede, sondern von zwei (gleichwertigen) Subjekten mit unterschiedlichen Rollen, Kenntnissen und Anliegen, wenngleich in einer asymmetrischen Beziehung. Eine *gute therapeutische Beziehung* ist an bestimmte Bedingungen geknüpft, an eine bewusst gestaltete Haltung des Therapeuten und den motivationalen Einsatz von Patient und Patientin.

Zur professionellen Haltung aller Therapeutinnen gehört das Entgegenbringen von Respekt, Wertschätzung und Vertrauen, ein authentisches Interesse an der Person und deren ganz individueller Krankheitsgeschichte, an ihrem Leid und subjektiven Krankheitserleben.

Im Falle einer musiktherapeutischen Behandlung beinhaltet die Haltung von Musiktherapeuten ein zusätzliches und spezifisches Interesse an der musikalischen Vergangenheit. Viele Menschen, dazu gehören auch unsere Patienten, haben in der Vergangenheit schlechte Erfahrungen mit Musik gemacht, mit Musiklehrerinnen im Schul- oder Instrumentalunterricht, beim Chorsingen oder auch beim Musizieren in der Familie oder mit Freunden. Schlechte Musikerfahrungen sind an Situationen und Menschen

gebunden und können von beschämenden Vorspiel- oder Vorsingsituationen in der Schule, frustrierendem stundenlangem Üben-statt-mit-Freunden-Spielen in der Kindheit, Konkurrenzgefühlen unter Geschwistern bis hin zu traumatischen Erlebnissen, wie Missbrauchssituationen im Einzelunterricht, gehen. Solche und ähnliche Erfahrungen können Angst, Wut und Beschämung hervorgerufen haben, die bis in die Gegenwart andauern und die bisweilen Mitverursacher von Körpersymptomen, Selbstwertproblematiken und psychischen Erkrankungen sind. Im musiktherapeutischen Erstkontakt und Setting können die gleichen belastenden Gefühle beim Betreten des Musiktherapieraums, beim Anblick der Musikinstrumente oder im musikalisch-verbalen Kontakt zum Musiktherapeuten reaktiviert werden. Unwohlsein stellt sich ein, Erinnerungen tauchen auf und Assoziationen und negative Übertragungsgefühle behindern einen guten Einstieg. Dem ist sowohl bei der Indikation und der Frage danach, ob eine musiktherapeutische Behandlung überhaupt infrage kommt, Rechnung zu tragen, als auch bei der Wahl der Methode, ob aktiv oder rezeptiv, und bei der Auswahl von Instrumenten und der Verwendung der Stimme. Musiktherapeutinnen müssen (sich) fragen, ob es traumatisch besetzte Instrumente oder negative Erfahrungen mit Musikstücken, mit der eigenen (der Patientin) oder einer fremden weiblichen oder männlichen Stimme im Umkreis der Patientin gibt.

Eine Patientin, die als Kind von ihrem Flötenlehrer sexuell missbraucht worden war und seitdem alles, was mit Flöten, klassischer Musik und Partituren in Verbindung stand, mied, wollte ihre eigentlich gute Beziehung zur Musik wiederherstellen. Nachdem sie feststellte, dass sie keine Flöten im Musiktherapieraum aushalten konnte, weil diese das Trauma reaktivierten – sie begann, von um sie herum kreisenden Flöten zu träumen, die sie verwirrten und sie gefangen hielten – wurden die Flöten aus dem Sichtfeld entfernt. Flötenmusik und flötenähnliche Klänge durften nicht erklingen. Der Zugang zum positiven Erleben von Musik konnte sich dann in einer intensiven einzeltherapeutischen Behandlung entwickeln. Das Klavier spielte eine besonders wichtige Rolle, mit ihm konnte sie sich zunehmend identifizieren und ihre Ängste kompensieren und zusammen mit der Therapeutin ohne Noten darauf spielen. Später nahm sie Klavierunterricht, die Annäherung an die Flöte aber geschah sehr langsam und bedurfte einer vertrauensvollen langjährigen therapeutischen Beziehung und traumatherapeutischen Behandlung.

Musiktherapeuten bekunden ihr Interesse am Gegenüber des Weiteren dadurch, dass sie sich danach erkundigen, welchen Stellenwert Musik im

Leben der Person spielt und wie stark Musik zur Selbstregulierung und Selbstbehandlung im Alltag verwendet wird. Dabei müssen sie in einer wertefreien Haltung jeder Art von Musik gegenüber Offenheit zeigen, statt vom eigenen Musikgeschmack auszugehen. Viele Menschen benutzen Musik zur Steuerung von Spannungsprozessen, zum Spannungsabbau und -aufbau, beruhigen oder motivieren sich beim Anhören bestimmter Melodien oder Rhythmen und haben *Playlists* für Gemütszustände. Musik tröstet und stimuliert, hilft zur Überwindung von Lebenskrisen und ist identitätsstiftend (Tüpkert 2006, 341). Jede Musik ist dafür geeignet. Häufig wird Musik in Momenten der Selbstregulierung im Alleingang gehört oder gespielt. In öffentlichen Verkehrsmitteln dienen heute Kopfhörer der Abschirmung und Abgrenzung, um andere nicht wahrnehmen zu müssen und um soziale Ängste zu kompensieren.

Den Patientinnen sollte vermittelt werden, dass es in der Musiktherapie darum geht, Musik gemeinsam zu erleben. Im Gegensatz zur Selbstregulierung geht es in der Behandlung immer um Gemeinsames und Geteiltes, um das Verstehen von Affekten in der Zweier- oder Gruppensituation. Musiktherapeuten spielen mit ihren Patienten zusammen oder hören ein Stück gemeinsam an. Es findet weder eine „Bespielung“ durch die Therapeutin statt, noch sollte die Patientin in einen regressiven Zustand des musikalischen Rückzugs geraten. Ihre Rolle ist „aktiv spielend“ oder „aktiv hörend“, dazu gehört die Auswahl des zu spielenden Instrumentes ebenso wie die der gemeinsam zu hörenden Musik. Patientinnen probieren sich auf den Instrumenten aus, finden Töne und Klänge, die gefallen, und solche, die es nicht tun, und lassen erste Melodien und Rhythmen entstehen. Manches entgleitet und entsteht wie von alleine, anderes wird bewusst gesteuert und in den gemeinsamen Spielraum gesetzt. Intentionales Spielen und bewusstes Gestalten ist ebenso wichtig wie intuitives Spielen-lassen. Patientinnen versuchen sich im Umgang mit den Instrumenten, wissen um deren Eigenschaften und lernen, die Verantwortung dafür zu übernehmen, was sie mit dem Instrument machen werden: ob sie darauf laut oder leise, schnell oder langsam spielen werden oder ob sie es zart oder hart behandeln wollen. Patientinnen lernen, sich klanglich in Beziehung zu setzen und darüber zu bestimmen, wie viel Nähe (z. B. durch gegenseitiges Imitieren) und wie viel Abgrenzung (z. B. durch Aufhören oder Rhythmuswechsel) sie brauchen, um den eigenen Bedürfnissen, und nicht denen anderer, gerecht zu werden. Wenn jemand ein Musikstück in die Sitzung mitbringt, um es gemeinsam mit der Therapeutin oder den Mitpatientinnen im Einzel- oder Gruppensetting anzuhören, hat er oder sie auch darüber die Entscheidung selbst getroffen. Patienten und Patientinnen lernen, die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und so damit umzugehen und zu

handeln, dass es nicht selbst- oder fremdschädigend, nicht krankmachend, sondern gesundheitsbringend ist.

Musiktherapie ist nicht für jeden Menschen zu jedem Zeitpunkt seines Lebens *die* Methode der Wahl. Eine professionelle Indikationsstellung für Musiktherapie ist nur dann möglich, wenn beim Musiktherapeuten genügend Kenntnisse zu den organischen, den musikalisch-emotionalen und den sozio-kulturell-religiösen Hintergründen und individuellen Vorerfahrungen mit Musik vorliegen. Diese können durch eine musiktherapeutische Anamnese in Erfahrung gebracht werden. Die Fragen gehen von den frühen und mittleren Lebenserfahrungen mit Klängen, Geräuschen, Stimme und Musik – in Verbindung mit Personen, Situationen und Beziehungen – bis hin zu Fragen nach den aktuellen Musikgewohnheiten, Vorlieben und Abneigungen. Ebenso wichtig sind die Vorerfahrungen in und mit Musiktherapie, ob sie gut oder schlecht waren, aktiv oder rezeptiv, im Einzel- oder im Gruppensetting. Durch Fragen zur Musikerfahrung kommen oftmals bereits in der ersten Sitzung aufschlussreiche biografische Informationen zum Vorschein.

Eine sehr beeindruckende Szene schilderte eine Patientin, die über ihre Mutter sprach, die sich zum Klavierspielen einschloss und sie als kleines Mädchen vor der Tür sitzen ließ, trotz bitten und betteln. Als sie sich einige Jahre später selbst das Klavierspielen beibrachte, habe sich die Mutter in keinster Weise dafür interessiert, was die Patientin sehr traurig gemacht und dazu geführt habe, dass sie zuerst immer wieder spielte, wenn die Mutter in der Nähe war, danach aber nie wieder. Die Patientin erzählte diese Erinnerung unter Tränen, nachdem die Musiktherapeutin ihr – ohne Vorkenntnisse über ihre Geschichte – Musik auf dem Xylophon vorgespielt hatte. Die Patientin selbst wollte in der ersten Sitzung weder etwas ausprobieren noch anfassen. Das Zuhören gelang, brachte aber die traumatisch besetzte Erinnerung und die musikbezogene Beziehungsepisode unmittelbar ins Gedächtnis. Damit hatte die Musiktherapeutin bereits während der ersten Begegnung einen reichen Schatz an Informationen erhalten, der von da an für die weitere Behandlung, einschließlich dem Beziehungsgeschehen, zur Verfügung stand.