

Hören Musiktherapeuten¹ anders?

Do music therapists hear differently?

Thomas Stegemann, Wien

Ausgehend von einer Darstellung der neurobiologischen Grundlagen des auditorischen Systems werden zwei Thesen formuliert: Erstens, dass Musiktherapeuten anders hören als Psychotherapeuten, die keine musikalische Ausbildung haben. Diese These wird abgeleitet von Studien, die neuroanatomische und neurophysiologische Unterschiede zwischen Musikern und Nicht-Musikern belegen konnten. Zweitens wird die These vertreten, dass Musiktherapeuten auch anders als Musiker hören, da der Fokus ihrer Aufmerksamkeit auf anderen Aspekten des musikalischen Geschehens liegt. Als Schlussfolgerung hieraus wird anhand eines hypothetischen Modells diskutiert, inwieweit Musiktherapeuten über spezifische auditive Fähigkeiten verfügen, die sie von anderen Berufsgruppen unterscheiden. Abschließend werden Implikationen für die musiktherapeutische Forschung, Lehre und Praxis behandelt.

Based on an outline of the neurobiological foundations of the auditory system, two theses are presented: firstly, it is proposed that the way music therapists hear, is different from the way psychotherapists without musical training hear. This thesis is derived from scientific studies, which could show neuroanatomical and neurophysiological differences between musicians and non-musicians. Secondly, it is suggested that, in addition, music therapists hear in a different way to musicians because they focus on different aspects of the music they are listening to. As a conclusion it will be discussed whether music therapists have specific auditory skills, distinguishing them from other professions. Finally, implications for research, training, and treatment in music therapy will be considered.

Einleitung

Wenn wir uns mit dem „Hören (des Therapeuten)“ in der Musiktherapie beschäftigen, so geht es zumeist um das „Was“: Was haben wir schon im Vorfeld über den Patienten gehört? Was erzählt uns der Patient? Was lässt uns aufhorchen? Was bringt der Patient uns musikalisch zu Gehör? etc. In der Musiktherapie ist aber

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit und der inhaltlichen Eindeutigkeit habe ich mich in diesem Text durchgängig für die männliche Form entschieden, wenn beide Geschlechter gemeint sind.

nicht nur das „Was“, sondern auch das „Wie“ von Bedeutung – daher scheint es angezeigt, nicht nur zu fragen: „Was hört der Musiktherapeut?“, sondern auch „Wie hört der Musiktherapeut?“ und „wie unterscheidet sich das Hören eines Musiktherapeuten vom Hören eines Nicht-Musiktherapeuten (i.e. eines Psychotherapeuten, der nicht mit Musik arbeitet) oder auch von dem eines Musikers?“ Das Ohr ist das empfindlichste Sinnesorgan des Menschen und das wichtigste Diagnostikinstrument eines Musiktherapeuten. Was aber wissen wir über dieses Sinnesorgan, über die Vorgänge jenseits des Gehörgangs? Und warum könnte dies von Bedeutung für die musiktherapeutische Praxis sein? Peter Petersen (2009a) betont, dass eine Theorie der Sinneswahrnehmung zum „Fundament musiktherapeutischen Selbstverständnisses“ (S. 457) gehöre, weil sie den erkenntnistheoretischen und wissenschaftstheoretischen Rahmen definiert, von dem theoriebezogene Argumente abgeleitet werden müssen.

Dieser Beitrag erhebt weder den Anspruch eine neue „musiktherapeutische“ Wahrnehmungstheorie zu entwickeln, noch die Anatomie und Physiologie des auditorischen Systems umfassend abzuhandeln. Mein Anliegen ist es vielmehr, aktuelle neurowissenschaftliche Erkenntnisse in einen Kontext zu stellen, der Ansätze aufzeigt, wie sich Grundlagenwissen für das Verständnis musiktherapeutischer Praxis nutzen lässt.

In Abwandlung des bekannten Goethe-Zitats (1896/1999), welches sich im Original auf das Sehsystem bezieht, ließe sich formulieren: „Was man weiß, *hört* man erst“. Als Einstieg in die Thematik und als Grundlage der weiteren Ausführungen sollen daher zunächst Aufbau und Funktion des auditorischen Systems dargestellt werden. Für diesen Abschnitt wurden Textpassagen aus einem anderen Buchkapitel aktualisiert (Stegemann 2011).

Musikwahrnehmung aus neurobiologischer Sicht

Neurobiologisch handelt es sich beim Musikhören um eine rasche Abfolge von Serien-Parallel-Wandlungen, die hierarchisch gegliedert von niedrigeren Analyseebenen zu höheren ablaufen (Bottom-Up-Analyse). Sie dienen der akustischen Analyse, der Verknüpfung mit dem auditorischen Gedächtnis, der auditorischen Gestaltbildung sowie der Verarbeitung musikalischer Syntax und Semantik (Kolesch/Schröger 2008). Diese höchst komplexen Vorgänge sollen im Folgenden kurz skizziert werden, was eine Vereinfachung der Prozesse unumgänglich macht:

Über das äußere Ohr (Ohrmuschel und Gehörgang), welches wie ein Trichter wirkt, erreichen die Schallwellen das Trommelfell als Grenze zum Mittelohr. Dahinter liegt die mit Luft gefüllte Paukenhöhle mit den Gehörknöchelchen (Hammer, Amboss und Steigbügel). Das Trommelfell und die Gehörknöchelchen bilden die Verbindung zum Innenohr. Sie fungieren dabei nicht nur als Schallbrücke, sondern vermindern die Verluste der Schwingungsenergie, die beim Übergang von

Luft zur Innenohrflüssigkeit auftreten. Dadurch wird, je nach Frequenzbereich, ein Gewinn an Hörvermögen um 10–20 dB erzielt.

Das Innenohr umfasst zwei Sinnesorgane: Zum einen das Hörorgan, welches wegen seiner Form Schnecke (Cochlea) genannt wird, und zum anderen das Gleichgewichtsorgan (die Bogengänge). Die Cochlea hat zweieinhalb Windungen und besteht aus drei flüssigkeitsgefüllten Kanälen, die durch Membranen voneinander getrennt sind. Der mittlere von ihnen, der Ductus cochlearis, beherbergt mit dem Corti-Organ das eigentliche Hörorgan. Die Aufgabe des Hörorgans besteht darin, Schwingungen in Nervenimpulse zu verwandeln. Dies erfolgt über die so genannten Haarzellen. Diese reagieren auf die Auslenkung von sehr feinen Fortsätzen, die in eine gallertartige Masse (Tektorialmembran) hineinragen. Ausgelöst wird diese Auslenkung durch eine Wanderwelle, die sich entsprechend der Schallfrequenz innerhalb der Cochlea fortpflanzt. Sehr hohe Frequenzen stimulieren die am Beginn der Cochlea liegenden Haarzellen, tiefere Frequenzen wandern bis weit in das Innere der Windungen. Der Schall wird so in seine spektralen Komponenten zerlegt, wobei jeder Frequenz ein bestimmter Ort zugeordnet ist. Man spricht daher von einer Frequenz-Ortsabbildung oder der Ortstheorie. Diese Aufspaltung der Frequenzen durchzieht als ein Grundprinzip das gesamte Hörsystem.

Nach der Umwandlung der akustischen Information in neuronale Impulse im Innenohr beginnt die eigentliche Analyse: Dazu wird die Information über die zentrale Hörbahn an das Gehirn weitergeleitet. Die wichtigsten Stationen der Hörbahn setzen sich zusammen aus dem Hörnerv, dem Hirnstamm, dem Thalamus („Tor zum Bewusstsein“) sowie dem primären Hörzentrum (auditorischer Kortex). Interessanterweise gibt es aber auch Verbindungen, die vom Thalamus direkt zur Amygdala (Mandelkern) und zu Arealen im Frontalhirn führen, die für die Verarbeitung emotionaler Reize zuständig sind.

Im auditorischen Kortex erfolgt die Extraktion akustischer Merkmale wie Tonhöhe, Tonchroma, Timbre, Intensität und Rauigkeit. Wie mittels sog. evozierter Potenziale im EEG gemessen werden kann, laufen diese Analyseschritte bereits innerhalb der ersten 10–100 Millisekunden ab. Dies ermöglicht es uns beispielsweise, dass wir an den Charakteristika eines einzelnen Tones bereits das Instrument erkennen können, mit dem dieser Ton produziert wurde.

Nach der Darstellung der wichtigsten neuroanatomischen und neurophysiologischen Grundlagen des Hörens kommen wir zurück zu unserer Ausgangsfrage: Hören Musiktherapeuten anders? Und wenn ja, wodurch zeichnet sich diese Andersartigkeit aus und worin liegt sie begründet?

These 1: Musiktherapeuten hören anders als Nicht-Musiktherapeuten

Wodurch unterscheiden sich Musiktherapeuten von anderen Psychotherapeuten? In erster Linie offensichtlich dadurch, dass sie mit dem Medium Musik arbeiten.

Daraus ergibt sich, dass jemand, der Musiktherapeut werden möchte, eine „musikalische Eignung“ vorweisen muss – dazu gehören bei der Zulassungsprüfung in Wien beispielsweise das Beherrschen mehrerer Musikinstrumente (Klavier, Gitarre, ein Melodieinstrument), ein geschulter Einsatz der Stimme (inkl. Vom-Blatt-Singen), Gehörbildung sowie musiktheoretische Kenntnisse. Um dieses Kompetenzlevel zu erreichen, braucht es zumindest eine langjährige praktische Beschäftigung mit Musik, verbunden in der Regel mit einer formalen Ausbildung. Welche Bedeutung hat diese musikalische Ausbildung für das therapeutische Hören bzw. Zuhören? Bunt und Hoskyns (2002, 25) begründen die Wichtigkeit einer tiefen musikalischen Ausbildung für Musiktherapeuten damit, dass dem musikalischen Training einige wesentliche Aspekte und Anforderungen inhärent sind, die auch für die therapeutische Tätigkeit von großer Relevanz sind:

- ein besonderes Augenmerk auf kleinste Details
- eine hoch disziplinierte Arbeitseinstellung
- die Fähigkeit, sich selbst genau zuzuhören; z.B. die Sensibilisierung eines Instrumentalisten auf feinste Abweichungen in Stimmung und Tonhöhen
- die Fähigkeit, anderen zuzuhören; z.B. bei Kammermusik oder in kleinen Ensembles ohne Dirigent, in denen es um intuitive Kommunikationswege geht („leading and following“)
- eine feinfühligkeitsbewusste Bewusstheit für wichtige musikalische Parameter, wie Timing, Phrasierung und Zusammenspiel („blending“)
- künstlerische Integration und „imaginative risk-taking“ (Probieren) (Übersetzung aus dem Englischen TS)

In der Gesprächspsychotherapie (klientenzentrierte Therapie nach Rogers) gehört das „empathische Zuhören“ zu den zentralen prozessfördernden Prinzipien therapeutischen Handelns. Eckert (2007) definiert dieses folgendermaßen:

„Um das Erleben des anderen wirklich verstehen zu können, muss man dem anderen zunächst einmal zuhören, und zwar so, dass man das, was der andere gesagt hat, vollständig und korrekt wiedergeben kann. [...] Zuhören im therapeutischen Sinn bedeutet auch, das, was der andere sagt und wie er es sagt, auf sich wirken zu lassen, sich der Gefühle bewusst zu werden, die das Gesagte in einem selbst auslöst, ohne dabei den anderen aus dem Auge (sic²) zu verlieren, d.h. empathisches Zuhören bedeutet, mit dem anderen in emotionalem Kontakt zu bleiben. Empathisches Zuhören ist eine unabdingbare Voraussetzung für empathisches Verstehen“ (S. 257f).

Lorenzer (1973/2000) würde hier – aus psychoanalytischer Sicht – von „logischem Verstehen“ sprechen: „Die fremdpsychischen Inhalte werden als Sinnzusammen-

2 Dass in diesem Kontext eine Metapher der visuellen und nicht der auditiven Wahrnehmung verwendet wird, ist zumindest bemerkenswert – ein Hinweis auf einen Neglekt (Sic!) des Akustischen?

hänge erfasst“ (S. 89). Dieses Gewährwerden – das Evidenzerleben – des logischen Verstehens ist ein psychischer Vorgang im Therapeuten; dieser beruht auf einem allgemeinen psychologischen Mechanismus, auf den bereits W. v. Humboldt hingewiesen hat: „Die Menschen verstehen einander nicht dadurch, dass sie sich Zeichen der Dinge wirklich hingeben, auch nicht dadurch, dass sie sich gegenseitig bestimmen, genau und vollständig denselben Begriff hervorzubringen, sondern dadurch, dass sie gegenseitig ineinander dasselbe Glied der Kette ihrer sinnlichen Vorstellungen und inneren Begriffserzeugungen berühren, dieselbe Taste ihres geistigen Instruments anschlagen, worauf alsdann in jedem entsprechende, nicht aber dieselben Begriffe hervorspringen“ (zitiert nach Lorenzer, 1973/2000, 87).

Diese Textbeispiele zeigen, dass es beim Zuhören auch auf das In-sich-Hineinhören ankommt, um das Gegenüber wirklich verstehen zu können. Dies erfordert vom Therapeuten – egal welcher Provenienz – ein hohes Maß an geistiger Präsenz und Übung, um zwischen den verschiedenen Ebenen wechseln und diese dann auch integrieren zu können. Neuropsychologisch geht es um die Integration kognitiver und emotionaler Domänen.

Für den Musiktherapeuten muss dieses bereits komplexe System noch um eine weitere Ebene ergänzt werden: die Musik. Zwar fällt – da während des Musizierens meist nicht gesprochen wird – die Ebene der diskursiven Ausdrucksformen, das Wort, weg, dafür kommt aber das „Problem“ der Gleichzeitigkeit des Geschehens in der Musik dazu. Diese Gleichzeitigkeit reicht vom dialogischen Spiel zu zweit in der Einzeltherapie bis zur Gruppenimprovisation mit vielen unterschiedlichen Instrumenten. Für den Musiktherapeuten stellt sich also die Aufgabe, das „empathische Zuhören“ nicht allein auf das gesprochene Wort, sondern auch auf die Musik anzuwenden. Was befähigt ihn dazu? Sind es angeborene Fähigkeiten, die mit seinem musikalischen Talent in Zusammenhang stehen, oder geht es um durch intensives musikalisches Training erworbene Skills?

Zur Beantwortung dieser Fragen beziehe ich mich im Folgenden hauptsächlich auf einen Übersichtsartikel von William Dawson (2011), der anhand von 172 Originalarbeiten die neuroanatomischen und neurophysiologischen Unterschiede zwischen Musikern und Nicht-Musikern herausgearbeitet hat. Bei diesen Veränderungen handelt es sich überwiegend nicht um angeborene Merkmale, sondern die hirnstrukturellen und -physiologischen Unterschiede sind auf „nutzungsabhängige“, neuroplastische Prozesse zurückzuführen. Die „Entdeckung“ der Neuroplastizität stellt eine der wichtigsten Erkenntnisse aus der Hirnforschung der letzten Jahrzehnte dar – Ergebnisse von hoher Relevanz auch für die Psychotherapie. Noch bis in die 1980-er Jahre hielt sich das Dogma, dass zwar das Gehirn des Kindes noch „formbar“, das Gehirn des Erwachsenen jedoch fix und unveränderbar sei. Heute weiß man – nicht zuletzt aufgrund von Studien bei Musikern – dass es zumindest zwei Mechanismen gibt, über die auch das adulte Gehirn noch verändert werden

kann: erstens durch Neuentstehung von Nervenzellen (z.B. im für Gedächtnis- und Lernvorgänge zuständigen Hippocampus) und zweitens durch Veränderungen der synaptischen Übertragungseigenschaften von Nervenzellen. Inzwischen gibt es eine Reihe von Untersuchungsmethoden, mit denen diese Veränderungen im Gehirn gemessen und damit sichtbar gemacht werden können.

Neuroplastizität kann definiert werden als „die Fähigkeit des Gehirns, sich an die Erfordernisse der Umwelt anzupassen, sich nach dem Input zu richten, kleine Defizite auszugleichen und vorhandene Funktionen zu reorganisieren“ (Braus 2004, 42). Bei Musikern stellt die Musik – das intensive, jahrelange Üben am Instrument oder mit der Stimme – den adäquaten Reiz, den „Input“ dar, an welchen sich das Gehirn anpasst. Professionelle Geiger sammeln bis zum 18. Lebensjahr zwischen 5.300 und 7.400 Übungsstunden an. Die Anzahl der geübten Stunden hatte eine größere Vorhersagekraft für das spielerische Niveau (Expertise) als andere Faktoren (Jäncke 2008). Dauer, Intensität und Zeitpunkt dieses Inputs bestimmen auch das Ausmaß der Veränderungen im Gehirn. Dies dürfte auch Auswirkungen auf die Hirnfunktionen im Alter haben. Nicht nur, dass es auffällt, wie viele Ausnahmemusiker bis ins hohe Alter musikalisch aktiv sind. Aktuelle Untersuchungen weisen darauf hin, dass aktives Musizieren auch protektive Effekte auf kognitive Fähigkeiten zeitigt. So konnten Forscherinnen von der University of Kansas zeigen, dass ältere Menschen (60–83 Jahre), die sich mindestens 10 Jahre intensiv in ihrer Freizeit musikalisch betätigt haben, in kognitiven Tests (z.B. non-verbales Gedächtnis) signifikant besser abschnitten als eine für Alter, Ausbildung und körperliche Aktivität gematchte Kontrollgruppe, die kein Instrument gespielt hatte (Hanna-Pladdy/MacKay 2011). Bereits 2002 hatten Sluming et al. nachweisen können, dass es bei männlichen Orchestermusikern in bestimmten Hirnregionen nicht zu einer altersbedingten Verringerung des Hirnvolumens kommt.

Neuroanatomische Unterschiede

Es gibt kein „Musikzentrum“ im Gehirn. Wie oben dargestellt zeichnet sich die Verarbeitung von Musik dadurch aus, dass viele unterschiedliche Hirnbereiche netzwerkartig zusammen arbeiten. Auch die früher vertretene Auffassung, dass es eine funktionelle Spezialisierung der Hirnhälften gibt, nach der die rechte Hemisphäre für die Musikverarbeitung und die linke Hemisphäre für die Sprachverarbeitung zuständig ist, gilt heute als überholt. Neuropsychologische Untersuchungen zeigen, dass bestimmte musikalische Parameter unterschiedlich gut von den beiden Hirnhälften analysiert werden können (Jäncke 2008): so erfolgt die Verarbeitung zeitlicher Muster eher im linken Hörkortex, während auf der rechten Seite Frequenzinformationen – Tonhöhe und Klangfarbe – effizienter erfasst werden können. Diese Ergebnisse korrespondieren mit der Musizierpraxis insofern, als dass bei Rechtshändern die rechte Hand (= motorisch von der linken Hirnhälfte gesteuert) in der Regel für den Rhythmus zuständig ist, z.B. beim Gitarre spielen.

Zwar findet man bei Neugeborenen eine stärker rechtsseitig ausgeprägte Hirnaktivierung als Reaktion auf musikalische Stimuli (Perani et al. 2010), jedoch

verändert sich das Aktivierungsmuster als Ausdruck der Differenzierung von Analyseschritten in Abhängigkeit von der Hörerfahrung. Bereits Mitte der 1970-er-Jahre hatten Experimente gezeigt, dass Musikexperten – im Gegensatz zu Laien – Musik eher linkshemisphärisch verarbeiten (Bever/Chiarello 1974; nach Jäncke 2008). Diese Ergebnisse konnten durch neuere bildgebende Untersuchungen bestätigt werden (z.B. Ohnishi et al. 2001). Bedeutsam für unsere Fragestellung ist hierbei insbesondere, dass bei Musikern Hirnareale für die Musikverarbeitung rekrutiert werden, die bei Nicht-Musikern für die Analyse von Sprachlauten zuständig sind (z.B. das linksseitige Planum temporale). Auf den ersten Blick scheinen diese hirnfunktionellen Ergebnisse im Widerspruch zu strukturellen Hirnveränderungen zu stehen. In seiner Übersichtsarbeit fasst Dawson (2011) Studien zusammen, die Größenunterschiede in der Hirnanatomie zwischen Musikern und Nicht-Musikern mittels bildgebender Verfahren untersucht haben. Während bei Nicht-Musikern die linke Hemisphäre ein größeres Volumen als die rechte aufweist (Asymmetrie), ist dieser Unterschied bei Musikern wesentlich geringer ausgeprägt; d.h. dass bei Musikern die rechte Hemisphäre relativ größer ist, obwohl die linke Hirnhälfte bei der Musikverarbeitung relativ stärker involviert ist. Dieser scheinbare Widerspruch lässt sich dadurch erklären, dass sowohl die funktionellen als auch die strukturellen Unterschiede, die sich bei Musikern finden lassen, einen höheren Grad an Symmetrie, d.h. Rekrutierung beider Hemisphären, widerspiegeln. Die ausgeprägte Verknüpfung der linken und rechten Hemisphäre findet seinen Ausdruck u.a. darin, dass bei jungen Menschen bereits nach 15 Monaten musikalischen Trainings eine Volumenzunahme im Corpus Callosum (Balken; Nervenfaserverbindungen zwischen den beiden Gehirnhälften) nachweisbar ist (Hyde et al. 2009). Die gleiche Arbeitsgruppe (Schlaug et al. 2009) konnte darüber hinaus belegen, dass entsprechende Größenveränderungen bei Kindern nicht angeboren sind, sondern allein mit der Übungsdauer korrelieren – je mehr Zeit ein Kind in die musikalische Aktivität investiert, desto ausgeprägter ist die Volumenzunahme im Corpus Callosum.

Nach Dawson (2011) findet sich bei Musikern auch eine größere Dichte an grauer Substanz in bestimmten Hirnarealen, was auf eine größere Anzahl von Nervenzellen in den entsprechenden Bereichen hinweist. Dies betrifft – wiederum übungsabhängig – vor allem Hirnareale, die Teil des auditorischen Systems sind (z.B. primärer Hörcortex), aber auch motorische und prämotorische Areale (z.B. Repräsentation der Handmotorik bei Streichern) oder Bereiche im parietalen Kortex (Scheitellappen), die als Integrationsstationen von multimodalen sensorischen Informationen z.B. für das Vom-Blatt-Spielen von großer Bedeutung sind.

Neurophysiologische Unterschiede

Während die funktionelle Bedeutung – und damit auch die praktische Relevanz – der oben beschriebenen strukturellen Unterschiede in vielerlei Hinsicht noch nicht geklärt ist, gibt es einen weitaus größeren Fundus an neuropsychologischen und neurophysiologischen Untersuchungen, die sich mit den Besonderheiten der Mu-

sikverarbeitung bei Musikern beschäftigen. Einige dieser Ergebnisse, die Dawson (2011) zusammengetragen hat, sind für unsere Fragestellung höchst relevant: Generell zeigt sich, dass das jahrelange (Hör-)Training Einfluss auf alle zentralnervösen Verarbeitungsstufen hat. Diese qualitativen Unterschiede gegenüber weniger geschulten Hörern drücken sich beispielsweise in einer früheren, effektiveren und differenzierteren Analyse akustischer Stimuli auf Hirnstammebene aus (sound processing); dadurch können musikalisch relevante Reize bereits auf einer prä-attentiven Stufe – also bevor sie bewusst wahrgenommen werden – gefiltert werden. Dies dürfte sowohl für die Wahrnehmung non- bzw. para-verbaler Signale im therapeutischen Gespräch als auch für die Wahrnehmung und das Vorausahnen musikalischer Ereignisse in der (Gruppen-)Improvisation von großer Bedeutung sein³. Besson et al. (1994) konnten mittels elektrophysiologischer Untersuchungen zeigen, dass Musiker im Vergleich zu Nicht-Musikern schneller harmonische, rhythmische oder melodische Inkongruenzen wahrnehmen. In Zusammenhang mit der Beobachtung, dass Musiker auch die Klangfarbe (Timbre) sowohl von Instrumenten als auch von Stimmen genauer und schneller diskriminieren können (Chartrand/Belin 2006) ließe sich ableiten, dass auch im therapeutischen Kontext Unstimmigkeiten zwischen Inhalt und Ausdruck einer Information durch einen Musiktherapeuten eher erfasst werden können.

Musiker zeichnen sich auch dadurch aus, dass sie über ein differenzierteres Rhythmusgefühl verfügen, was sich z.B. in der Fähigkeit ausdrückt, einen Rhythmus aufzunehmen und zu halten, Tempo-Veränderungen oder Akzentverschiebungen zu erkennen. Dies geht einher mit einer stärkeren Aktivierung präfrontaler Hirnareale, d.h. einer größeren Fähigkeit, zeitlich-rhythmische Strukturen wahrzunehmen und zu organisieren (Chen et al. 2008). Beim Versuch, diese Ergebnisse auf die musiktherapeutische Praxis zu übertragen, ließe sich folgende Spekulation anstellen: Da das richtige „Timing“ von Interventionen sowohl im therapeutischen Gespräch als auch in der Improvisation einen entscheidenden Einfluss auf deren Wirksamkeit hat, könnte man diskutieren, inwieweit die Ausbildung rhythmischer Fertigkeiten in der Musik auch das Gefühl für den richtigen Moment in interaktiven Prozessen fördert („Taktgefühl“).

Hegi (1997) zählt neben Rhythmus, Klang, Melodie und Form auch die Dynamik zu den grundlegenden musikalischen Parametern. Auch bei der Wahrnehmung und Identifizierung von dynamischen Elementen in der Musik – wie z.B.

3 Ein eindrucksvolles Beispiel für die Bedeutung von Prozessen auf basalen Verarbeitungsstufen für die Entwicklung von Expertise oder Hochleistung stammt aus einem ganz anderen Bereich: Der portugiesische Fußball-Nationalspieler Cristiano Ronaldo wurde mit einer Spezialekamera ausgestattet, die die Augenbewegungen verfolgt und über welche rekonstruiert werden kann, was dieser gerade sieht. Der Fußballstar von Real Madrid kann bei einem Dribbling ohne Mühe Ball und Gegner exakt im Blick behalten, wohingegen es einem Amateurspieler bereits schwer fällt, nur den Ballbewegungen zu folgen. Auch hier stellen besondere Fähigkeiten auf der Sinnesebene die Voraussetzung für außergewöhnliche Leistungen auf einer komplexeren Ebene dar.

Kontur oder Phrasen von Melodien – zeigen sich Musiker gegenüber Nicht-Musikern überlegen. Darauf, dass dynamische Verläufe in der Musik in engem Zusammenhang zu Affektregulation oder Vitalitätsausdruck stehen, hat Daniel Stern in seinem letzten Buch (2011) aufmerksam gemacht. Die Fähigkeit, solche dynamischen Verläufe einerseits wahrzunehmen, andererseits aber auch musikalisch umsetzen zu können, um damit auf die psychische Gestimmtheit des Patienten reagieren und dessen Affektregulationsfähigkeiten gezielt unterstützen zu können, stellt sicherlich eine der wichtigsten musiktherapeutischen Kompetenzen dar, die nur über entsprechendes musikalisches Training erworben werden kann.

Schließlich beeinflusst die aktive Beschäftigung mit Musik auch die Sprachkompetenz. Eine Studie von Moreno und Kollegen (2009) ergab, dass bereits ein halbes Jahr Musikunterricht (im Vergleich zu einem Malkurs als Kontrollbedingung) zu einer Verbesserung von sprachlichen Fähigkeiten bei 8-jährigen Kindern führte. Wie Dawson (2011) ausführt, verfügen ausgebildete Musiker über ein besseres Langzeit-Gedächtnis und ein erleichtertes Abrufen (recall) auch von verbalen Informationen. Melodien und rhythmische Strukturen als Mnemotechnik spielen in vielen Kulturen eine Rolle (z.B. die Traumpfade bei den australischen Aborigines) und begegnen uns sowohl in Kinderliedern und -reimen als auch im Liedgut, was in der musiktherapeutischen Behandlung dementzieller Patienten als Erinnerungshilfe eingesetzt wird.

Ein weiterer wichtiger Punkt, den Dawson (2011) aufgreift, sind allgemeine mentale Fähigkeiten, die bei Musikern besonders ausgeprägt vorhanden sind, insbesondere die Kreativität, die ein wichtiges Charakteristikum jeder künstlerischen, aber auch therapeutischen Tätigkeit darstellt.

Zusammengefasst lässt sich zur These 1 folgendes vorläufiges Fazit ziehen: Neurowissenschaftliche Studien belegen, dass sich Musiker – primär aufgrund ihrer jahrelangen Ausbildung und intensiven Beschäftigung mit Musik – neuroanatomisch und -physiologisch von Nicht-Musikern unterscheiden. Da Musiktherapeuten im Unterschied zu (den meisten) „verbalen Therapeuten“ ebenfalls eine umfassende musikalische Ausbildung absolviert haben, ist davon auszugehen, dass entsprechende Unterschiede auch zwischen diesen Gruppen zu finden sind. Wissenschaftliche Untersuchungen liegen dazu meines Kenntnisstands nach nicht vor. Inwieweit die oben dargestellten besonderen Fähigkeiten in den unterschiedlichen musikalischen Domänen – von der basalen Wahrnehmung (sound processing) über Rhythmusgefühl bis hin zu komplexen „Fertigkeiten“ (Vitalitätsausdruck, Kreativität) – einen Vorteil in der therapeutischen Arbeit mit sich bringen, kann zunächst nur als hypothetische Annahme behandelt werden. Die These jedoch, dass Musiktherapeuten qualitativ „anders“ (ohne Wertung) hören als Psychotherapeuten ohne musikalisches Training kann als bestätigt angenommen werden.

Exkurs: Im Garten der Klänge

Im folgenden Exkurs möchte ich ein Beispiel geben für die Möglichkeit bzw. Notwendigkeit, sich in der Musiktherapie allein auf das Hören (als Fernsinn) zu verlassen: Der Dokumentarfilm „Im Garten der Klänge“ von Nicola Bellucci (Schweiz, 2009) beschreibt in berührender Weise die Lebensgeschichte und die musiktherapeutische Arbeit von Wolfgang Fasser, der infolge einer Erbkrankheit (Retinopathia pigmentosa) mit 22 Jahren vollständig erblindet ist. Dieser schleichende Prozess des immer schlechter sehen Könnens „schärfte seinen ›Blick‹ für die hörbare Welt“, wie es in der Filmbeschreibung formuliert wird. So wird er vom Sternengucker zum Himmelshorcher: vom Kind, das begeistert noch die Mondoerfläche und Galaxie durch ein Fernrohr studiert, zum reifen Mann, der mit dem Radioempfänger die Sphärenklänge des Weltalls einfängt. Er macht sich als Klangforscher auf den Weg, in den Klängen der Natur eine Entsprechung, ein Echo, für die Lautäußerungen seiner z.T. schwerstbehinderten Klienten zu finden, um ihnen damit eine Resonanz zu geben. Mit der Metapher, er möchte „Gastgeber der Klänge“ sein, umschreibt Fasser seinen musiktherapeutischen Ansatz. Der Film zeigt eindrücklich, wie die besondere Art und Fähigkeit zu hören auch Fassers Arbeitsweise prägt. Hegi (1997) formuliert in anderem Zusammenhang folgendermaßen: „Der therapeutische Kontakt läuft in der Musiktherapie stärker über das Sinnesorgan Ohr und seine ihm verwandten Wahrnehmungs- und Bewusstseinsstrukturen als über die uns vertrauten Organe des Begreifens: Auge, anfassen, anpacken. Diese Tatsache macht musiktherapeutische Prozesse of ungreiflich, schwierig erfassbar mit Worten, Fakten oder meßbaren Veränderungen. Der musikalische und sprachliche Kontakt hat in unserer Arbeit eine allegorische Kraft: Er wirkt wie das Gehör auf vielen Ebenen gleichzeitig, als ganzheitliche innere Gestalt-Verwandlung“ (S. 175).

In den Neurowissenschaften beschreibt der Begriff der cross-modalen Plastizität Reorganisationsprozesse, die im Gehirn als Kompensationsmechanismen sensorischer Ausfälle (v.a. Visus- und Hörverlust) in Gang gesetzt werden. Bei blinden Menschen werden z.B. Teile des visuellen Systems in die auditorische Informationsverarbeitung eingebunden. In einer aktuellen EEG-Untersuchung einer Hamburger Arbeitsgruppe (Schepers et al. 2012) zeigte sich beispielsweise, dass die neuronale Antwort auf akustische Stimuli bei Blinden im auditorischen Kortex stärker und länger anhaltend ausgeprägt war, verbunden mit einer zusätzlichen Aktivierung von Arealen im visuellen Kortex. Dies kann als neuronales Korrelat der Aussage von Wolfgang Fasser verstanden werden: „Ich habe nicht den Eindruck, nicht zu sehen, ich höre ja“ (Fasser 2012).

Auch wenn die Geschichte von Wolfgang Fasser sicherlich ein Extrembeispiel darstellt, so vermittelt sie doch in plastischer Weise, welche Bedeutung dem differenzierten Hören in der musiktherapeutischen Arbeit zukommt.

These 2: Musiktherapeuten hören anders als Musiker

Die Formulierung dieser zweiten These mag in zweifacher Hinsicht provozierend, geradezu „unerhört“ bzw. „ungehörig“ wirken: Erstens kränkt es den Musiktherapeuten, der sich auch – oder sogar in erster Linie – als Musiker sieht. Diesem wird hier also entweder eine „Identitätsspaltung“ abverlangt oder er wird als „verhinderter Musiker“ oder als „Schmalspurmusiker“ (Seidel 2009a) diskreditiert. Zweitens kränkt es den Musiker, dem es als Experten für das Hören suspekt sein muss, wenn etwas „anderes“ (in der Musik) zu hören sein soll, zu dem ihm jedoch der Zugang fehlt. Diese Annahme dürfte aus seiner Sicht daher den Verdacht nähren, der Musiktherapeut halte sich für „etwas Besseres“.

Im Gegensatz zur These 1, wo ich – mich auf neurowissenschaftliche Studien stützend – induktiv vorgehen konnte, bin ich bei These 2 auf eine deduktive Argumentationsweise angewiesen, d.h. ich schließe von Beobachtungen aus der Praxis auf mögliche, diesen Phänomenen zugrunde liegende Bedingungen.

Ausgehend von den Ausführungen unter These 1 zeigt sich zunächst einmal eine Reihe von Gemeinsamkeiten zwischen dem Hören des Musikers und dem des Musiktherapeuten. Verbunden damit ist zugleich die Frage, wie es um das Verhältnis zwischen Musiker und Musiktherapeut – oder allgemeiner zwischen Künstler und Therapeut – bestellt ist und inwieweit es sich hier nicht um eine artifizielle Trennung handelt. Kann – und wenn ja, sollte – der Musiktherapeut, der mehr oder weniger auch eine Identität als Musiker besitzt, überhaupt anders wahrnehmen, anders hören? Das Spannungsfeld dieser Identitäten ist an anderer Stelle ausführlich beschrieben und diskutiert worden (s. die von Seidel in der MU 2/2009 angestoßene und in der MU 4/2009 weitergeführte Debatte) und soll daher im Rahmen dieser Abhandlung nicht vertieft werden, wenngleich – wie in der Diskussion zu zeigen sein wird – die hier angestellten Überlegungen durchaus einen Beitrag zu jener Debatte liefern könnten.

Die **Gemeinsamkeiten** liegen erstens in neuroanatomischen und neurophysiologischen Merkmalen, wie sie unter These 1 ausführlich dargestellt wurden. Zweitens liegen sie in Persönlichkeitsmerkmalen, die sich in einem bestimmten Verhalten manifestieren, wie es Bunt und Hoskyns (2002) in ihrer oben erwähnten Aufzählung beschrieben haben. Dazu gehört v.a. das gleichzeitig nach innen – also selbstreflexive und selbstkontrollierende – als auch das nach außen – also auf das Gegenüber – gerichtete Hören. Drittens gibt es Analogien zwischen Kunst und Therapie, die von Petersen (2009b) in „drei Aspekten der Gemeinsamkeit“ zusammengefasst werden: der Dialog, der kunstimmanente Prozess und das intensiviertere, perspektivfreie Erleben (S. 529ff). Viertens werden die Therapeuten-Patienten-Beziehung und die therapeutische Haltung häufig mit Begriffen belegt, die der Musik entlehnt sind. So spricht Timmermann (2004) von der Interaktion als einem Wechselspiel von Ausdruck und Resonanz: „Ein Mensch drückt etwas von sich aus (Aktion), und ein ›Anderer‹, eine ›Anderer‹, die ›Welt‹ gibt darauf Resonanz (Reak-

tion“ (S. 67). Bunt und Hoskyns (2002) vergleichen die Haltung und die Aufgaben eines Therapeuten mit der eines Dirigenten: „Ein Musiktherapeut ermöglicht und fördert einen Entwicklungsprozess und die Exploration der Gefühlswelt, der Klänge und Worte; ein guter Dirigent hilft den Musikern, die Intention des Komponisten umzusetzen. Beiden Rollen ist gemeinsam, dass sie einen Resonanzboden bieten, auf welchem sich die gewünschten Prozesse frei entfalten können“ (S. 37; Übersetzung TS). Zusammenfassend liegen die Gemeinsamkeiten des Hörens in einer durch langes und intensives Üben erworbenen Fähigkeit, musikalische Parameter differenziert wahr- und aufzunehmen, begründet sowie in einem Bündel von Fähigkeiten, die hier mit dem zugegebenermaßen unscharfen Begriff des „kreativen Potenzials“ zusammengefasst werden sollen, welcher wiederum mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen und Begabungen gekoppelt ist.

Wenn wir nun auf die **Unterschiede** zwischen dem Musiktherapeuten und dem Musiker zu sprechen kommen, so berührt dies unweigerlich die Fragen nach dem Rollenverständnis, dem Musikverständnis, den Zielvorstellungen und nach der grundlegenden Haltung. Wenngleich eingeräumt werden muss, dass es nicht unproblematisch ist, pauschalisierend von „dem“ Musiktherapeuten und „dem“ Musiker zu sprechen, so gibt es doch eine Reihe von grundsätzlichen Unterschieden, durch die sich die beiden „Berufsgruppen“ voneinander abheben.

1. Das Rollenverständnis

Das Rollenverständnis ergibt sich nicht zuletzt aus dem Arbeitsfeld, in dem Musiker bzw. Musiktherapeuten tätig sind. Jenes ist im weitesten Sinne im Kulturbereich angesiedelt, während dieses Teil des Gesundheitswesens ist. Daraus ergibt sich ein Rollen- oder Selbstverständnis, was Timmermann (2004) folgendermaßen umschreibt: „Die Grundhaltung des Musiktherapeuten beim Spielen und Mitspielen ist immer die des Dienens (griech. „therapeun“): es dient der Heilung des Patienten, bescheidener formuliert seinem Wachstum, seinem Entwicklungsprozess, seinem In-Einklang-kommen mit sich selbst“ (S. 71). Die Rolle des Musikers mag in gewisser Weise auch die eines „Dienstleisters“ sein, wobei sein (gesellschaftlicher) Auftrag sich fundamental von dem des Musiktherapeuten unterscheidet. Dieser ist dem Ethos des Heilens in konkreterer Weise verpflichtet als jener, der zwar einem übergeordneten, kulturell definierten, dabei jedoch eher abstrakteren Bildungsideal („dem Wahren, Schönen, Guten) „dient“, sich aber eher auf die Freiheit der Kunst und der Lehre berufen kann.

2. Das Musikverständnis

Etwas vereinfachend und pointiert formuliert ist Musik für den Musiker eine Kunstform, es geht um die Musik selbst (*l'art pour l'art*), während sie für den Musiktherapeuten letztendlich „Mittel zum Zweck“ ist. Dies bleibt nicht ohne Einfluss auf das ästhetische Erleben und den Musikbegriff. Laut Bruhn (2001) arbei-

ten Musiktherapeuten mit dem „weitesten Musikbegriff [...], der möglich ist. Alle absichtsvoll hergestellten Klangabläufe werden als Musik bezeichnet. Das schließt Kinderlieder ebenso ein wie wildes Trommeln auf afrikanischen Djemben, das Spielen von Märschen auf dem Klavier oder das Zerknüllen von Packpapier“. Dies drückt sich auch aus in der Formulierung, die Musiktherapeuten häufig zur Erklärung ihres Therapieansatzes verwenden: „In der Musiktherapie gibt es keine falschen oder richtigen Töne“ – diesem Satz in Bezug auf die künstlerische Reproduktion zuzustimmen, dürfte den allermeisten Musikern sehr schwer fallen. Wie Tüpker (2001) herausstellt, wird in der Musiktherapie dem „verengten Werkbegriff der Musikwissenschaft“ ein „Musikbegriff der musikalischen Improvisation gegenüber gestellt, der Musik als direkte Kommunikation zwischen Menschen in den Mittelpunkt rückt. [...] Musik [...] als ein Medium, in dem sich Lebenserfahrung widerspiegeln kann, welches (die) TherapeutInnen in das Erleben des anderen hineinziehen und durch die Möglichkeit der Neu- und Umgestaltung eine umwandelnde Verinnerlichung im Sinne einer heilsamen Verwandlung ermöglichen kann“. Wie der Musikpädagoge Peter Röbbke (2012) es bei einer Podiumsdiskussion zu künstlerischer und therapeutischer Improvisation zusammengefasst hat, kann die künstlerische Improvisation „therapeutische Aspekte“ enthalten, es ist aber nicht ihr Ziel. Die therapeutische Improvisation kann ästhetischen Ansprüchen genügen, es ist aber nicht ihr Ziel. Dies leitet über zum nächsten Punkt:

3. Zielvorstellungen

Dem österreichischen Musiktherapiegesetz (MuthG 2009) zufolge umfasst die Musiktherapie die „bewusste und geplante Behandlung von Menschen [...] durch den Einsatz musikalischer Mittel in einer therapeutischen Beziehung [...] mit dem Ziel

1. Symptomen vorzubeugen, diese zu mildern oder zu beseitigen oder
2. behandlungsbedürftige Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern oder
3. die Entwicklung, Reifung und Gesundheit des (der) Behandelten zu fördern und zu erhalten oder wiederherzustellen.“

Die Funktionen von Musik als Kunst- und Kulturform sind weniger klar definiert und in Abhängigkeit von kulturellem und historischem Kontext ausgesprochen heterogen: sie reichen vom bildungs- und gesellschaftspolitischen Kulturgut über ein Medium der Freizeitbeschäftigung bis hin zu einem Manipulationsmittel von Werbung und Politik. Das Rollenverständnis des Musikers kann entsprechend der Ziele und Erwartungen sehr unterschiedlich ausfallen (s. oben Punkt 1).

4. Innere Haltung

„Der therapeutisch Tätige ist dabei nicht nur Rezeptor und Verarbeiter von Fakten, sondern auch die anklingende Saite eines Instrumentes, denn die therapeutisch relevante Entscheidung schließt immer auch emotionale Komponenten mit ein.“ (Resch 1999, 6)

Die „therapeutische Haltung“ lässt sich im weitesten Sinne durch ein Bündel an Einstellungen charakterisieren, die das Selbstverständnis des Therapeuten, sein Welt- und Menschenbild sowie seine Beziehungsgestaltung zum Patienten definieren (Stegemann et al, in Druck). Die Qualität der Beziehung zwischen Therapeut und Patient gehört nach allgemeiner Auffassung zu den wichtigsten allgemeinen therapeutischen Wirkfaktoren. Lutz Hochreutener (2009) führt in diesem Zusammenhang als schulenübergreifende Basisvariablen an: „Interesse und Wertschätzung, Offenheit und Respekt, Empathie und Compassion, Echtheit, Geduld, Klarheit und Präsenz sowie Flexibilität, Humor und Gelassenheit“ (S. 98). Diese Eigenschaften sind natürlich nicht nur auf das therapeutische Setting beschränkt, sondern sind beispielsweise im musikpädagogischen Kontext ebenso unverzichtbar, wie sie für das kollegiale Miteinander von z.B. Orchestermusikern wünschenswert wären. Die zentrale Bedeutung, die dieser Haltung als Voraussetzung für eine gelingende Musiktherapie zukommt, lässt sich vielleicht mit der Formel „Beziehung vor Musik“ auf den Punkt bringen. Ferner beinhaltet sie in Bezug auf den Umgang mit musikalischem Material einen weiteren wichtigen Aspekt, auf den Timmermann (2004) hinweist, wenn er schreibt: „Die Haltung des Musiktherapeuten ist zunächst aufmerksam abwartend und dann spontan empathisch reagierend. Die oft erst zögernd eingebrachten musikalischen Äußerungen des Klienten werden vom Therapeuten wertungsfrei aufgenommen und in das gemeinsame Spiel integriert (Schmölz 1988, S. 9), die weitere Entwicklung wird einfühlsam begleitet. Aufmerksamkeit, wache antwortbereite Anwesenheit und die Bereitschaft, sich als Anderer, ein Beziehungspartner für den Klienten in den Dienst zu stellen kennzeichnen die Therapeutenhaltung“ (S. 75).

Anhand der vier oben ausgeführten Punkte, die sich inhaltlich natürlich nicht scharf trennen lassen, wird verständlich, dass das „Setting“, in dem sich der Musiktherapeut im Gegensatz zum Musiker bewegt, eine qualitativ andere Form der Beziehungsgestaltung verlangt, als es für den Musiker – sei es im pädagogischen oder künstlerischen Kontext – der Fall ist. Daraus ergibt sich, dass der Musiktherapeut das Hören anders, d.h. multidimensional einsetzen muss. Als Therapeut bewegt er sich gleichzeitig auf der Realebene, auf der Übertragung/Gegenübertragungs- und auf der Meta-Ebene. Dies gilt sowohl für das Gespräch als auch für das musikalische Geschehen. Bunt und Hoskyns (2002) haben das treffend ausgedrückt in der Formulierung, dass Musiktherapeuten stets „beide Ohren offen halten“ müssten, um der musikalischen Kommunikation im Rahmen der therapeutischen Beziehung folgen zu können: „listening to both the played and unheard music“ (S. 36). Dies ist gemeint, wenn von dem empathischen Hören (s.o.) die Rede ist: ein für das interaktionelle Geschehen sensitives Hören und Resonanz-Geben, aufmerksam auf Zwischentöne lauschend und achtsam seiend für das „Noch-nicht-Hörbare“, was sich in der Stille vermittelt. Nur vor dem Hintergrund einer solchen Haltung kann

das Hören „wertungsfrei“ und das Aufnehmen „bedingungslos“ sein – das psychoanalytische Hören ist eben kein analytisches Hören!⁴

Diese Art des Hörens, also „therapeutisch zu hören“, lässt sich erlernen und ist ein wichtiger Teil der musiktherapeutischen Ausbildung, welcher vor allem durch musiktherapeutische Selbsterfahrung sowie klinische Praktika mit intensiver Inter- und Supervision vermittelt wird. Tüpker bemerkt dazu:

„Für den künstlerisch-ästhetischen Bereich wird dies eher anerkannt: Den meisten Menschen ist einsehbar, dass ohne einen entsprechenden Einübungsprozess nicht jeder die Stimmen einer Bachschen Fuge „hört“, auch wenn er sie akustisch und physiologisch vernimmt. Entsprechendes gilt aber ebenso für die Wahrnehmung psychischer Prozesse und menschlicher Beziehungen, zumal dabei die eigenen (Gegenübertragungs-)gefühle als Hinweise und Indikatoren für bestimmte seelische Verhältnisse genutzt werden müssen (Tüpker, in Petersen 2002, 103).

Zusammenfassend lässt sich auch die These 2 – Musiktherapeuten hören anders als Musiker – bestätigen, anerkennend, dass der Musiktherapeut das Interaktionale und Musikalische mit einem anderen Fokus und mit einem anderen Zweck verfolgt. Und dass er gelernt hat, zumindest „mit einem Ohr“, das Übertragungsgeschehen in einer therapeutischen Beziehung wahrzunehmen. Das „empathische Hören“, das sich in vielerlei Hinsicht musikalischer Metaphern und Mechanismen/Techniken bedient, zielt auf ein Verstehen des Fremdpsychischen ab, um innerhalb einer Therapeuten-Patienten-Beziehung wirksam werden zu können. Das (Zu-)Hören ist gleichsam Diagnostikum und heilsamens Agens. „Therapie ist das Gehör des Innenlebens“ (Hegi 1997, 175).

Diese Art der Wahrnehmung, Interpretation und Verwendung von Musik bedarf aber eines LoslöSENS von traditionellen ästhetischen und künstlerischen Ansprüchen sowie der Bereitschaft, sich selbst und sein musikalisches Spiel in den Dienst der Beziehung zu stellen. Ebenso wie die „Gehörbildung“ in der Musiker-Ausbildung handelt es sich beim *musiktherapeutischen* Hören um eine Fähigkeit, die sich einüben lässt. Dieser Einübungsprozess gelingt jedoch nur parallel zur „Persönlichkeitsbildung“, d.h. der Entwicklung einer selbstreflexiven Haltung zum eigenen Tun im therapeutischen Kontext.

4 Bolterauer (2006) unterscheidet zwischen verschiedenen Formen des Zuhörens: 1. Musik als Träger für Tagträume und Phantasien, 2. ein aktiveres Zuhören, welches sich im Mitgehen und Erleben von Musik zeigt (Nachvollziehen der „Erregungskurve“) und 3. das analytische Hören, d.h. ein eher intellektuell geprägtes Verfolgen dessen, was in der Musik geschieht.

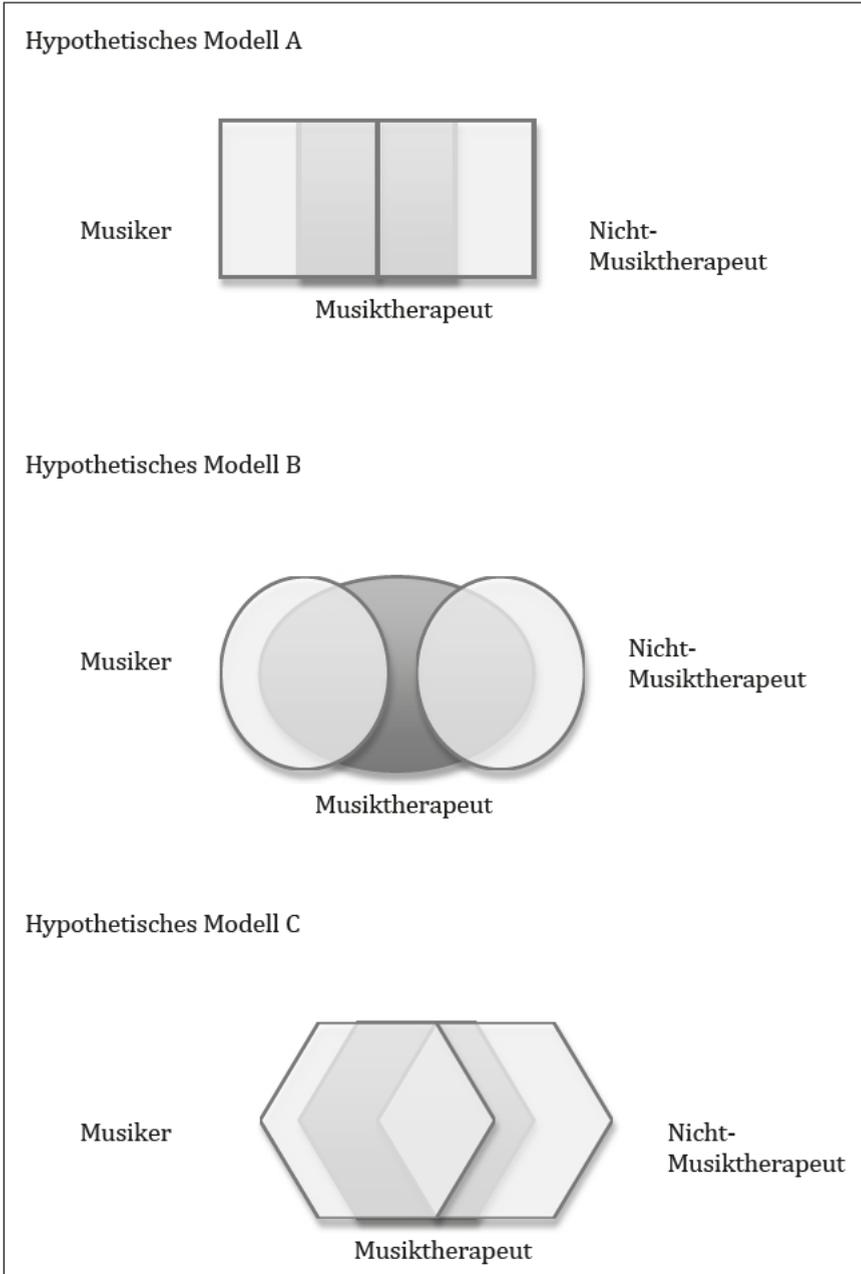


Abb. 1a-c

Diskussion

Entlang der Ausgangsfrage „Hören Musiktherapeuten anders?“ habe ich zwei Thesen untersucht: Dabei ließ sich erstens zeigen, dass die Ergebnisse aus neurowissenschaftlichen Untersuchungen Anlass geben anzunehmen, dass Musiktherapeuten aufgrund ihrer spezifischen musikalischen Vor- und Ausbildung qualitativ anders hören als Nicht-Musiktherapeuten. Zweitens konnte auch die These bestätigt werden, dass Musiktherapeuten anders als Musiker hören, d.h. dass sie auf andere Qualitäten in der Musik bzw. in der musikalischen Interaktion hören, die für die künstlerische Performanz weniger relevant sind.

Vorausgesetzt, dass beide Thesen zutreffen, stellt sich die Frage, ob es bezogen auf das Hören zwei „Bereiche“ gibt, die sich entweder mit den Fähigkeiten des Musikers oder mit denen des verbalen Therapeuten überlappen (Hypothetisches Modell A, Abb. 1a) oder ob es einen zusätzlichen dritten „Bereich“ gibt, der sich durch Fähigkeiten auszeichnet, die sich weder mit denen des Musikers noch mit denen des verbalen Therapeuten decken, und die folglich als exklusiv musiktherapeutisch zu beschreiben wären (Hypothetisches Modell B, Abb. 1b)? Favorisierte man das Modell B, dann knüpfte sich die Frage an, durch welche Eigenschaften sollte das „rein“ musiktherapeutische Hören geprägt sein? Eine dritte Möglichkeit wäre die, dass ein spezifisch „musiktherapeutisches Hören“ existiert, welches sich aus der „Überlappung“ der Charakteristika des „musikalischen Hörens“ mit denen des „therapeutischen Hörens“ ergibt. Ich möchte im Folgenden ausführen, was für dieses Hypothetische Modell C spricht (s. Abb. 1c):

Musiktherapeuten erwerben ihre musikalischen Fähigkeiten, wie oben bereits angeführt, durch eine langjährige intensive Beschäftigung mit dem Medium Musik. Für die Ausbildung einer entsprechenden Expertise sind viele Faktoren bedeutsam – verschiedene Kombinationen aus Genotyp-Umwelt-Interaktionen dürften hierbei eine wesentliche Rolle spielen. Nach dem „Differentiated model of giftedness and talent in music“ von Gagné (2003; zitiert nach Oerter & Lehmann, 2008, 98) gibt es verschiedene Faktoren, die als angeborene „Domänen“ die Voraussetzung für eine musikalische Begabung darstellen (intellektuell, kreativ, sozio-affektiv, sensumotorisch). Intrapersonelle und umweltbedingte Faktoren wirken als „Katalysatoren“ positiv (oder negativ) auf die Transformation von Begabung in systematisch entwickelte Fertigkeiten, die von Gagné als „Talent“ definiert werden. Zu den intrapersonellen Faktoren zählen z.B. Temperament, Motivation, Arbeitsstil, aber auch physische Merkmale, wie Handgröße und Spannweite. Umweltfaktoren setzen sich zusammen aus dem Milieu (z.B. Förderung durch das familiäre Umfeld, Zugang zu Musikunterricht) und besonderen Ereignissen (Wettbewerbe, Preise, Zufälle). Die Dauer und die Art des Übens – also Quantität und Qualität des musikalischen Trainings – gelten schließlich nach neuerer Auffassung als die vermittelnden Größen beim Erwerb musikalischer Fertigkeiten (Lehmann/Oerter 2008). Auf den Zusammenhang zwischen Übungsdauer und neuronalen Veränderungen war oben bereits hingewiesen worden, d.h. es wird ihnen eine größere Bedeutung

zugemessen als genetischen Anlagen. „Für alle musikalischen Fähigkeiten scheint die Grundlage das ›Denken in Klängen‹ zu sein“ (McPherson 1995; zitiert nach Oerter/Lehmann 2008, 93), also eine Art „musikalischer Mentalisierung“!

Entsprechende systematische und repräsentative Untersuchungen zur „Karriere“ von Musiktherapeuten existieren meines Wissens nicht. Hinzuweisen ist jedoch in diesem Zusammenhang auf die Veröffentlichung von Almut Seidel (2009), die anhand von ausführlichen Interviews die Berufsbiographie von acht Musiktherapie-Studierenden unter besonderer Berücksichtigung der musikalischen Entwicklungsgeschichte untersucht hat. Auch das „Anforderungsprofil“ für Psychotherapeuten ist sicherlich weniger spezifisch und auch weniger gut untersucht als das von Musikern (Kernberg et al. 2005). Nichtsdestotrotz ist davon auszugehen, dass Psychotherapeuten über bestimmte Merkmale – Persönlichkeitseigenschaften – verfügen (sollten), die sie zur Ergreifung ihres Berufes motiviert haben und zur Ausübung befähigen: dazu zählen in erster Linie die oben nach Lutz Hochreutener zitierten Basisvariablen (Interesse und Wertschätzung, Offenheit und Respekt, Empathie und Compassion, Echtheit, Geduld, Klarheit und Präsenz sowie Flexibilität, Humor und Gelassenheit). Es handelt sich hierbei um soziale Kompetenzen, die nicht nur im therapeutischen Kontext, sondern in menschlichen Beziehungen generell als elementar und wünschenswert gelten. Musik hat, wie oben bereits angedeutet, immer auch eine interaktionale Dimension. Die verschiedenen sozialen Funktionen, die auch evolutionär eine wichtige Rolle in der Entstehung von Musik gespielt haben dürften, können als die „seven C’s“ folgendermaßen zusammengefasst werden (s. Koelsch/Stegemann 2012):

1. Kontakt / Beziehung (contact)
2. soziale Kognition (social cognition)
3. Co-pathie; als Modifikation von Empathie (co-pathy)
4. Kommunikation (comunication)
5. Koordination / Synchronisierung (coordination)
6. Kooperation (cooperation)
7. Gruppen-Kohäsion (cohesion)

Ohne auf das Konzept der „seven C’s“ hier näher eingehen zu können, soll diese Übersicht doch einen Eindruck davon vermitteln, wie eng interaktionelle Aspekte der Musik und des Musizierens mit Wirkfaktoren der Psychotherapie verbunden sind; man denke hierbei v.a. an die Primärfaktoren der Gruppentherapie nach Yalom (1995/2003): z.B. Universalität des Leidens, Mitteilung von Informationen, Altruismus, Entwicklung von Techniken des mitmenschlichen Umgangs, Nachahmendes Verhalten, Interpersonales Lernen, Gruppenkohäsion, Katharsis.

Vor dem Hintergrund der oben angerissenen Entwicklungslinien, die im Rahmen der Professionalisierung des Musikers bzw. des Psychotherapeuten von Relevanz sind, spricht vieles dafür, dass sich bei Musiktherapeuten die Voraussetzungen von

beiden Seiten vereinen, diese Fertigkeiten nicht nur addieren, sondern potenzieren. In Bezug auf das Hören und das Hypothetische Modell C hieße das, dass Musiktherapeuten aufgrund ihrer zweigleisigen Ausbildung spezifische auditive Fertigkeiten entwickeln, die sich qualitativ sowohl von denen des Musikers als auch von denen des Nicht-Musiktherapeuten unterscheiden. Darunter wäre zusammengefasst die Fähigkeit zu verstehen, akustische Signale (Musik und Sprache) in ihrer musikalischen, symbolischen und interaktionalen Bedeutung intuitiv zu erfassen, verbunden mit der Möglichkeit, darauf auf verschiedenen Ebenen (musikalisch, verbal, gestisch, mimisch etc.) adäquat reagieren zu können. Die Qualität dieses Zuganges zum Verstehen des Fremdpsychischen wäre ein „Alleinstellungsmerkmal“ des Musiktherapeuten, denn – wie oben von Eckert postuliert – Verstehen setzt Zuhören voraus.

Eine empirische Überprüfung dieser (Syn-)These steht noch aus. Denkbar wäre ein mixed-methods Forschungsansatz, der z.B. Biographieforschung und neurophysiologische Untersuchungen kombiniert.

Für Forschung, Lehre und Praxis der Musiktherapie ergeben sich meiner Ansicht nach drei wesentliche Konsequenzen aus der Annahme, dass Musiktherapeuten „anders“ hören:

1. In Bezug auf die musiktherapeutische Lehre untermauert es zum einen den Anspruch, dass musiktherapeutische Ausbildungen einer Musik-Hochschule/-Universität zugehörig sein sollten und dass Gehörbildung – im Sinne auch von Hörschulung – ein wichtiger Bestandteil eines jeden musiktherapeutischen Curriculums sein sollte, bzw. schon Teil der Zulassungsprüfung. Zum anderen zeigt es, wie wichtig die psychotherapeutische Ausbildung – inklusive Gesprächsführung – und v.a. Selbsterfahrungsanteile im Studium sind.
2. Die Schulung und Kultivierung des Hörens ist – auch im Sinne der eigenen Psychohygiene – ein Schlüssel für eine erfüllende und zufriedenstellende Arbeit des Musiktherapeuten und ein Prophylaktikum gegen Burn-Out. Damit geht einher, dass auch dem Schutz dieses sensiblen Sinnesorgans eine entscheidende Bedeutung in der Praxis zukommt (s. Neugebauer et al. 2009).
3. Für die Theoriebildung der Musiktherapie wird deutlich, dass die Erforschung des Hörens – von neurowissenschaftlicher Grundlagenforschung bis hin zu musikphilosophischen Fragestellungen – nicht vernachlässigt werden sollte, wenn man einen – wenn nicht sogar den – zentralen Punkt musiktherapeutischen Handelns verstehbar und kommunizierbar machen will.

Die US-amerikanische Musiktherapie-Gesellschaft (AMTA 2012) nennt bei den persönlichen Voraussetzungen, die zum Musiktherapiestudium benötigt werden, als einen entscheidenden Punkt: „background in and love of music“. Die Liebe zur Musik – vor dem Hintergrund einer fundierten musikalischen Ausbildung – gepaart mit einem aufrichtigem Interesse an anderen Menschen, einer Neugier,

das „Fremdpsychische“ zu entschlüsseln sowie der Bereitschaft, sich selbst immer wieder zu hinterfragen, sind wichtige Attribute, die in dieser spezifischen Kombination den Musiktherapeuten befähigen, anders zu hören. Und in diesem Anders-Hören(-Können) liegt vielleicht *ein* wichtiger Schlüssel zum Verständnis der heilenden Kraft der Musik...⁵

Literatur

- American Music Therapy Association, AMTA (2012): A Career in Music Therapy. In: Internet: http://www.musictherapy.org/careers/employment/#PERSONAL_QUALIFICATIONS
- Besson, M., Faita, F., Requin, J. (1994): Brain waves associated with musical incongruities differ for musicians and non-musicians. *Neurosci Lett* 168, 101–105
- Bever, T.G., Chiarello, R.J. (1974): Cerebral dominance in musicians and nonmusicians. *Science* 185, 537–539
- Bolterauer, J. (2006): „Die Macht der Musik“. Psychoanalytische Überlegungen zur Wirkungsweise von Musik und ihren Wurzeln in der frühkindlichen Entwicklung. *Psyche – Z Psychoanal* 60, 1173–1204
- Braus, D. F. (2004): *EinBlick ins Gehirn*. Stuttgart
- Bruhn, H. (2001): *Das Orchester*. Mainz
- Bunt, L., Hoskyns, S. (2002): *The Handbook of Music Therapy*. Hove/New York
- Chartrand, J.P., Belin, P. (2006): Superior voice timbre processing in musicians. *Neurosci Lett* 405, 164–167
- Chen, J.L., Penhune, V.B., Zatorre, R.J. (2008): Moving on time: brain network for auditory-motor synchronization is modulated by rhythm complexity and musical training. *J Cogn Neurosci* 20, 226–239
- Dawson, W. J. (2011): How and Why Musicians are Different from Nonmusicians. *Med Probl Perform Art* 26, 65–78
- Eckert, J. (2007): *Gesprächspsychotherapie*. In: Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M., Wilke, E. (Hrsg.): *Psychotherapie*. Heidelberg
- Fasser, W. (2012): *Im Garten der Klänge*. In: Internet: http://www.garten.wfilm.de/garten_der_klaenge/Wolfgang_Fasser.html
- Gagné, F. (2003): Transforming gifts into talent. The DMGT as a developmental theory. In: Colangelo, N., Davis, G.A. (Hrsg.): *Handbook of gifted education*. Boston
- Goethe, von J.W. (1896/1999): *Einleitung in die Propyläen*. In: *Goethes Werke*, Herausgegeben im Auftrage der Großherzogin Sophie von Sachsen, 47. Band. Weimar

5 Dank sagen möchte ich Elena Fitzthum, Gerhard Kappelhoff, Karin Schumacher und Hermann Stegemann für hilfreiche Anregungen und Ergänzungen zum Manuskript.

- Hanny-Pladdy, B., MacKay, A. (2011): The Relation between Instrumental Musical Activity and Cognitive Aging. *Neuropsychology*, 25, 378–386.
- Hegi, F. (1997): *Improvisation und Musiktherapie*. Paderborn
- Hyde, K.L., Lerch, J., Norton, A., Forgeard, Winner, E., Evans, A.C., Schlaug, G. (2009): The effects of musical training on structural brain development: a longitudinal study. *Ann N Y Acad Sci* 1169, 182–186
- Jäncke, L. (2008): *Macht Musik schlau?* Bern
- Kernberg, O.F., Dulz, B., Eckert, J. (2005): *Wir: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen Beruf“*. Stuttgart.
- Koelsch, S., Schröger, E. (2008): Neurowissenschaftliche Grundlagen der Musikwahrnehmung. In: Bruhn, H., Kopiez, R., Lehmann, A.C. (Hrsg.): *Musikpsychologie. Das neue Handbuch*. Reinbek bei Hamburg
- Koelsch, S., Stegemann, T. (2012): The Brain and Positive Biological Effects in Healthy and Clinical Populations. In: MacDonald, R., Kreutz, G., Mitchell, L. (Hrsg.): *Music, Health and Well-Being*. Oxford
- Lehmann, A.C., Oerter, R. (2008): Lernen, Übung und Expertisierung. In: Bruhn, H., Kopiez, R., Lehmann, A.C. (Hrsg.): *Musikpsychologie. Das neue Handbuch*. Reinbek bei Hamburg
- Lorenzer, A. (1973/2000): *Sprachzerstörung und Rekonstruktion*. Frankfurt
- Lutz Hochreutener, S. (2009): *Spiel – Musik – Therapie*. Göttingen/Bern
- McPherson, G.E. (1995): Five aspects of musical performance and their correlates. *Bulletin of the Council for Research in Music Education* 127, 115–121
- Moreno, S., Marques, C., Santos, A., Santos, M., Castro, S.L., Besson, M. (2009): Musical training influences linguistic abilities in 8-year-old children: more evidence for brain plasticity. *Cereb Cortex* 19, 712–723
- Neugebauer, L., Rieger, M., Zapp, S. (2009): Dem Patienten zuhören können – möglichst lange noch – Ist Musiktherapie gefährlich für das Gehör? *Musiktherapeutische Umschau* 30, 20–30
- Oerter, R., Lehmann, A.C. (2008): Musikalische Begabung. In: Bruhn, H., Kopiez, R., Lehmann, A.C. (Hrsg.): *Musikpsychologie. Das neue Handbuch*. Reinbek bei Hamburg
- Ohnishi, T., Matsuda, H., Asada, T. et al. (2001): Functional anatomy of musical perception in musicians. *Cereb Cortex* 118, 754–760
- Perani, D., Saccuman, M.C., Scifo, P., Spada, D., Andreolli, G., Rovelli, R., Baldoli, C., Koelsch, S. (2010). Functional specializations for music processing in the human newborn brain. *PNAS*, 107, 4758–4763
- Petersen, P. (2002): Künstlerische Therapien – Vorreiter einer zukünftigen Heilkunde. In: Petersen, P. (Hrsg.): *Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien*. Stuttgart
- Petersen, P. (2009a): Sinneswahrnehmung. In: Decker-Voigt, H.-H., Weymann, E. (Hrsg.): *Lexikon Musiktherapie*. Göttingen

- Petersen, P. (2009b): Therapeut als Künstler – Kunst als Therapie. In: Decker-Voigt, H.-H., Weymann, E. (Hrsg.): Lexikon Musiktherapie. Göttingen
- Resch, F. (1999): Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Weinheim
- Röbke, P. (2012): Diskussionsbeitrag, Klausurtagung der Musikpädagogik, Universität für Musik und darstellende Kunst, Wien. Schloss Stetteldorf.
- Schepers, I.M., Hipp, J.F., Schneider, T.R., Röder, B., Engel, A.K. (2012): Functionally specific oscillatory activity correlates between visual and auditory cortex in the blind. *Brain* 135, 922–934
- Schlaug, G., Forgeard, M., Zhu, L., Norton, A., Norton, A., Winner, E. (2009): Training-induced Neuroplasticity in Young Children. *Ann N Y Acad Sci* 1169, 205–208
- Schmölz, A. (1988): Entfremdung – Auseinandersetzung – Dialog. Zur Komplexität des musiktherapeutischen Musikgeschehens. In: Musik und Kommunikation. Hamburger Jahrbuch zur Musiktherapie und intermodalen Medientherapie. Lilienthal/Bremen
- Seidel, A. (2009a): Musik – Biografie – Therapie. Wiesbaden
- Seidel, A. (2009b): Zur Rolle der Musik und zur musikalischen Tätigkeit des Therapeuten in den Fallstudien der Musiktherapie. *Musiktherapeutische Umschau* 30, 144–151
- Sluming, V., Barrick, T., Howard, M. et al. (2002): Voxel-based morphometry reveals increased gray matter density in Broca's area in male symphony orchestra members. *Neuroimage* 17, 1613–1622
- Stegemann, T. (2011): Hirnforschung und die Frage nach den Wirkungen von Musik. In: Phleps, T., Reich, W. (Hrsg.): Musik-Kontexte. Festschrift für Hanns-Werner Heister. Band 2, 909–920. Münster
- Stegemann, T., Hitzeler, M., Blotevogel, M. L. (im Druck): Künstlerische Therapien mit Kindern und Jugendlichen. München
- Stern, D. (2011): Ausdrucksformen der Vitalität: Die Erforschung dynamischen Erlebens in Psychotherapie, Entwicklungspsychologie und den Künsten. Frankfurt a. M.
- Timmermann, T. (2004): Tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie. Wiesbaden
- Töpker, R. (2001): Zum Musikbegriff der musiktherapeutischen Improvisation. *Einblicke* 12, 44–69
- Yalom, I.D. (1995/2003): Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart

Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Stegemann
 Universität für Musik und darstellende Kunst Wien
 Abteilung für Musiktherapie, Institut 13, MBM
 Rennweg 8, A-1030 Wien
 Mail: stegemann@mdw.ac.at