

# Jahrbuch Musiktherapie Music Therapy Annual

Band 9 (2013)

Wo steht die Musiktherapie  
im Gesundheitswesen?

Vol. 9 Where Does Music Therapy Stand  
Within The Health Care System?

herausgegeben von

Deutsche Musiktherapeutische  
Gesellschaft e. V. (DMtG)

Reichert

Jahrbuch Musiktherapie  
Music Therapy Annual



Herausgegeben von/edited by  
Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)

# Jahrbuch Musiktherapie

## Music Therapy Annual

Band 9/2013: Wo steht die Musiktherapie im Gesundheitswesen?

Vol. 9/2013: Where Does Music Therapy Stand  
Within The Health Care System?

Bis Band 3/2007: Jahrbuch Musiktherapie  
herausgegeben vom  
Berufsverband der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten  
in Deutschland e.V. (BVM) (Hg./Ed.)

zeitpunkt musik  
Reichert Verlag Wiesbaden 2013

Herausgegeben von/edited by  
Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)

Redaktion: Prof. Dr. Isabelle Frohne-Hagemann,  
Dr. Sylvia Kunkel, Susanne Landsiedel-Anders, Mary Laqua,  
Hanna Schirmer, Elisabeth Seitz.  
e-mail: hanna.schirmer@musiktherapeutinnen.de

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;  
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Gedruckt auf säurefreiem Papier  
(alterungsbeständig – pH 7, neutral)

© zeitpunkt Musik. Forum zeitpunkt  
Dr. Ludwig Reichert Verlag Wiesbaden 2013  
[www.reichert-verlag.de](http://www.reichert-verlag.de)  
ISBN: 978-3-89500-984-6 (Print)  
eISBN: 978-3-7520-0191-4 (eBook)  
DOI: 10.29091/9783752001914

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.  
Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung  
des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,  
Mikroverfilmungen und die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.  
Printed in Germany

# Inhalt

## Vorwort

<i>Hanna Schirmer</i> . . . . .	7
---------------------------------	---

## Beiträge

„Mein Erfolg hat viele Väter – aber Mütter noch viel mehr“ Ein Interview mit Frau Musiktherapia über die Entwicklung der Musiktherapie am Beispiel einiger ihrer Erinnerungen aus der musiktherapeutischen Geschichte seit 1948 <i>Hans-Helmut Decker-Voigt</i> . . . . .	11
---	----

Zum Stand staatlich anerkannter musiktherapeutischer Ausbildungen im deutschsprachigen Raum mit Blick auf europäische Entwicklungen <i>Thomas Stegemann, Elena Fitzthum, Tonius Timmermann, Hans Ulrich Schmidt</i> . . . . .	51
---	----

Notwendigkeit von vergleichbaren Basisstrukturen und Basisinhalten musiktherapeutischer Ausbildungen – ein Modellentwurf <i>Tonius Timmermann, Hans Ulrich Schmidt, Elena Fitzthum, Thomas Stegemann</i> . . . . .	71
--	----

Privatrechtliche berufsbegleitende Weiterbildungen: ,Musiktherapie‘ in Deutschland <i>Dorothea Dülberg</i> . . . . .	85
--	----

Musiktherapie in Bulgarien und in anderen postsowjetischen Ländern der EU <i>Heidi Fausch-Pfister</i> . . . . .	97
---	----

Musiktherapie – Supervision – Heute Eine typologische Skizze <i>Gabriela Scherrer Vollenweider</i> . . . . .	109
--	-----

„I want someone who shares the loneliness with me!“ Chancen, Risiken und Grenzen von Musiktherapie in Schulen am Beispiel der Arbeit mit Kindern aus Problemfamilien <i>Waltraut Barnowski-Geiser</i> . . . . .	133
--	-----

Zwischen symptomzentriertem Arbeiten und dem Anspruch tiefenpsychologisch orientierter psychotherapeutischer Behandlung – zu den Möglichkeiten und Grenzen der Musiktherapie in der Psychiatrie <i>Dorothee von Moreau</i> . . . . .	159
---	-----

Im Garten der Möglichkeiten Kultivierung von Erfahrungsmodi <i>Frank G. Grootaers</i> . . . . .	179
Musiktherapie als Teil des Musiklebens . . . . . <i>Rosemarie Töpker</i>	209
<b>Rezension</b>	
Dorothee von Moreau (Hg.): Musiktherapie in der präventiven Arbeit <i>Oliver Schöndube</i> . . . . .	224
<b>Die Autoren</b> . . . . .	227
<b>Sachregister</b> . . . . .	231
<b>Personenregister.</b> . . . . .	233

## Vorwort

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

für das 9. Jahrbuch, dass wir in diesem Jahr vorlegen, stellen wir die Frage: „Wo steht Musiktherapie im Gesundheitswesen?“ Es ist gewissermaßen eine Bestandsaufnahme geworden. Darin enthalten sind sowohl Einblicke in die Geschichte der Musiktherapie als auch Ausblicke in die Zukunft. Zudem konnten wir KollegInnen aus Österreich und aus der Schweiz als Autoren gewinnen, sodass wir ein wenig über die deutschen Grenzen hinaus schauen können.

Zunächst lesen wir ein Interview mit Frau Musiktherapia, die sich sehr gut auf ihre Anfänge besinnen kann. Wenn man sich diese Geschichtsbetrachtung der Musiktherapie durch Hans-Helmut Decker-Voigt vor Augen führt, kann man sehr genau nachvollziehen, wie sich die Bemühungen, Musiktherapie im Gesundheitswesen zu etablieren, im Laufe der Zeit konzentriert und auch zu gutem Erfolg geführt haben. Man erfährt aber auch, dass unser Berufsbild weiterhin „im Fluss“ ist, dass es Entwicklungen gibt, die noch nicht abgeschlossen sind.

Diese Reflexion führt natürlich in die Gegenwart und auch in die Ausbildungssituation im deutschsprachigen Raum, sodass der Artikel des Autorenkollektivs Thomas Stegemann, Elena Fitzthum, Tonius Timmermann, Hans Ulrich Schmidt über den „Stand staatlich anerkannter musiktherapeutischer Ausbildungen im deutschsprachigen Raum mit Blick auf europäische Entwicklungen“ sich anschließen kann. In dieser Arbeit werden die zwölf derzeit existierenden staatlichen Studiengänge untersucht und tabellarisch miteinander verglichen.

Aus diesen Untersuchungen ergibt sich für das genannte Autorenkollektiv die „Notwendigkeit von vergleichbaren Basisstrukturen und Basisinhalten musiktherapeutischer Ausbildungen“, ein Artikel, der als Modellentwurf verstanden sein möchte und Empfehlungen für zukünftige hochschulübergreifende einheitliche Curriculargestaltungen beinhaltet.

Zur Vervollständigung der deutschen musiktherapeutischen Aus- bzw. Weiterbildungsmöglichkeiten untersucht Dorothea Dülberg in ihrem anschließenden Beitrag die privatrechtlichen, berufsbegleitenden Weiterbildungen für Musiktherapie. Dabei geht sie von den Inhalten und Formaten dieser Ausbildungen aus, wie sie im Studienführer 2012 der DMtG vorgestellt werden. Sie stellt fest, dass es viele in sozialen Arbeitsfeldern tätige weiterbildungsmotivierte KandidatInnen, gibt, die die Angebote zahlreicher privatrechtlicher musiktherapeutischer Ausbildungsanstalten berufsbegleitend nutzen. Dülberg versteht ihren Artikel als ein Plädoyer für den Fortbestand einer differenzierten Vielfalt von Ausbildungswegen.

In einem weiteren Artikel wird der Blick nach Osten, nach Bulgarien, gerichtet. Heidi Fausch reflektiert in ihrem Aufsatz „Musiktherapie in Bulgarien und in andern postsowjetischen Ländern der EU“ die Entwicklung von Musiktherapie in den Ländern der EU-Osterweiterung, speziell in Bulgarien. Sie beschreibt wie



mühevoll es ist, den Beruf Musiktherapeut/Musiktherapeutin in diesem Staat (oder auch in den anderen genannten Staaten) zu etablieren. Das sind Mühen, die die älteren von uns vermutlich noch sehr gut in Erinnerung haben aus den Anfängen der Musiktherapie hier bei uns.

Die weiteren Artikel befassen sich mit speziellen musiktherapeutischen Themen.

Zunächst ist der Beitrag von Gabriela Scherrer Vollenweider anzuführen. Die Autorin stellt die Frage: „Welchen Stellenwert hat die Supervision heute...“? Sie stellt fest, dass die Supervision ein Ort der Reflexion und Qualitätssicherung ist. Grundlage für ihre Untersuchung sind zwei Forschungsarbeiten, zum einen eine Alumni-Studie von Elisabeth Keller-Hartmann, zum anderen eine Arbeit zu musiktherapeutischen Methoden in der Praxeologie der Supervision im Berufsfeld der klinischen Musiktherapie, die von der Autorin selbst erstellt wurde.

Waltraut Barnowski-Geiser befasst sich in ihrem Artikel mit Musiktherapie in Schulen. Sie plädiert für einen neuen Denkansatz und fragt: „Wie kann musiktherapeutische Arbeit in Schulen im Spannungsfeld von Pädagogik, Sozialer Arbeit und Medizin gelingen?“ Dieses neue Denken „könnte u. a. eine Annäherung der Bereiche Schule und Gesundheit zur Folge haben“, wobei Musiktherapie als Brücke zwischen den beiden Bereichen fungieren könnte.

In ihrem Beitrag „Zwischen symptomzentriertem Arbeiten und dem Anspruch tiefenpsychologisch orientierter psychotherapeutischer Behandlung...“ setzt sich Dorothee von Moreau mit den Möglichkeiten und Grenzen der Musiktherapie in der Psychiatrie auseinander. Ausgehend von der derzeitigen Realität einer psychiatrischen Institution, einem Gesundheitssystem, „welches zwischen Leitlinien und Kosteneinsparung dem Ethos einer optimalen, individuellen Behandlung verpflichtet bleiben will“, lotet sie die der Musiktherapie innewohnenden spezifischen Möglichkeiten aus, zu tiefenpsychologisch orientiertem psychotherapeutischen Arbeiten zu gelangen.

Die folgenden beiden Artikel verweisen auf die Möglichkeit, über die Anbindung an das Gesundheitswesen hinaus musiktherapeutisch zu arbeiten.

Frank Grootaers bezeichnet in seinem Beitrag „Im Garten der Möglichkeiten“ „Musiktherapie als Kultivierungsprozess“. Er beschreibt sehr detailliert – Schritt für Schritt – die morphologische musiktherapeutische Methode, so, wie er sie für seine Tätigkeit in freier Praxis spezialisiert hat. Dabei verzichtet er z.B. auf medizinische Diagnostik und auch auf Bezahlung aus Krankenkassen etc. „Wenn man Musiktherapie nicht mehr als Therapie versteht, sondern als Kultivierung von Erfahrungsmodi,“ schreibt er, „gilt es sich zu lösen von theoretischen, institutionellen und konzeptionellen Denkgerüsten, die eine solche angestrebte Kultivierung ver- oder behindern.“

Rosemarie Tüpker sieht in der ausschließlichen Einbindung von Musiktherapie in das Gesundheitssystem eine Einengung. In ihrem Beitrag „Musiktherapie als Teil des Musiklebens“ warnt sie davor, „auf dem mühevollen Weg in die Versorgungsleistungen des Gesundheitssystems das eigene Wesen, die Andersartigkeit und Eigenheit zu verlieren...“ Sie plädiert dafür, „...dass Musiktherapie *auch* ein

Teil unseres Musiklebens ist und dass die Pflege *dieser* Heimat und Zugehörigkeit möglicherweise dazu beitragen kann, dem Ausverkauf des Wesens der künstlerischen Therapien an die Zwänge des Gesundheitswesens und die Enge des wissenschaftlichen Paradigmas der Medizin die Beweglichkeit und Mannigfaltigkeit kulturellen Lebens entgegen zu setzen.“ Diese Beweglichkeit und Vielfalt gehört zum Wesen von Kunst und Kultur. Und ein Recht auf Kultur „wird dort, wo die Inanspruchnahme erschwert ist, z.B. durch Alter, sozialen Stand oder Krankheit als Menschenrecht eingefordert und seine Erfüllung sagt maßgeblich etwas über Qualität und Grad einer als human zu bezeichnenden Gesellschaft aus.“

Eine Besprechung des Buches: „Dorothee von Moreau (Hg.): Musiktherapie in der präventiven Arbeit“ durch Oliver Schöndube bildet den Abschluss dieser Sammlung.

Hanna Schirmer, September 2013



## Beiträge

### „Mein Erfolg hat viele Väter – aber Mütter noch viel mehr“ Ein Interview mit Frau Musiktherapia über die Entwicklung der Musiktherapie

am Beispiel einiger ihrer Erinnerungen  
aus der musiktherapeutischen Geschichte seit 1948  
„in Form einer quasi improvisatorischen Darstellung  
höchst subjektiver Erfahrungen  
sowie in und mit ihnen entwickelter Konzepte“

gewidmet meinem verehrten Vorgänger im Amt des Lehrstuhlinhabers für Musiktherapie der Hochschule für Musik und Theater Hamburg Johannes Th. Eschen, verstorben zum Zeitpunkt der Verschriftlichung dieses Interviews im Juni 2013, das mit ihm zusammen noch skizziert werden konnte.

Hans-Helmut Decker-Voigt, Hanstedt

„Wenn ich mich des Kontaktes zu meinem Instrument  
und zur Gruppe vergewissert habe,  
wenn das Vertrauen in der und in die Gruppe  
hier und heute stabilisiert ist –  
dann kann das Wagnis gelingen.“

Johannes Th. Eschen (1)

Aus: „Skizze einiger Aspekte musiktherapeutischer Gruppenarbeit  
in Form einer quasi improvisatorischen Darstellung höchst subjektiver Erfahrungen  
sowie in und mit ihnen entwickelter Konzepte“, in: H.-H. Decker-Voigt,  
„Texte zur Musiktherapie“, Eres Edition, Lilienthal/Bremen 1975

#### **Frau Musiktherapie (F.M.):**

Vorab: Bitte reden Sie mich mit Musiktherapi-a an, da meine Arbeitsfelder eindeutig vom weiblichen Prinzip des Angebots von Geborgenheit, Schutz und Menschenliebe leben und die Endung „ia“ mir eine sicherere feminine Identität zuschreibt, als „Musiktherapie“. Diese ist geschichtlich – das sei ausdrücklich anerkannt – auch von vielen männlichen Pionieren geprägt. Außerdem: Ihr deutsches Sprichwort vom Erfolg, der viele Väter hat, muss bei mir umbesetzt werden: Der

Erfolg von mir ist überwiegend der nicht von Vätern, sondern Müttern. Sie werden es einsehen – falls noch nötig.

Jetzt können wir gerne zum Thema kommen, wenn es Ihnen möglich ist. Übrigens ist der Untertitel für Ihr Thema ein für Sie gänzlich ungewöhnlich umständliches, übervorsichtiges, ja, fast ängstlich wirkendes Thema. So unsicher zeige ich, die Musiktherapie, mich doch längst nicht mehr. Überhaupt Sie wirkten bei den Vornotizen zu unserem Gespräch noch munterer – was ist geschehen?

**Hans-Helmut Decker-Voigt (HHDV):**

Zum Zeitpunkt dieser Vornotizen Anfang Juni habe ich noch mit Johannes Th. Eschen, dem ersten Inhaber eines vollen Lehrstuhls für Musiktherapie und damit „erstem Beamten für Improvisation“ im deutschen Sprachraum telefoniert und Mailpost ausgetauscht anlässlich der Vorbereitungen zu seinem 85. Geburtstag am 16. Juni. Das ist jener Herr – er war wirklich einer, der in seinem Amt meist im Anzug mit Weste und mit Taschenuhr an Goldkette in der Hochschule für Musik und Theater Hamburg vizepräsierte – der die freie musikalische Improvisation als psychoanalytisch begründete Methode seinerzeit als ebenso neu wie zentral in Ihre deutsche Nachkriegsgeschichte einbrachte, Frau Musiktherapia.

Heute ist der 19. Juni, drei Tage nach seinem 85. Geburtstag, und ich erfahre mit den Kolleginnen und Kollegen von seinem Tod in Wien zwei Tage später ...

Wir sind in Trauer.

Oder nein, richtiger: Wir sind in trauernder Dankbarkeit für sein Leben und sein Lebenswerk. Das wohl spüren Sie in Ihrer konkordanten Gegenübertragung bei mir, Frau Musiktherapia. Und die für mich vielleicht untypische Titelformulierung besteht aus Titelfragmenten eines Aufsatzes, den eben Johannes Th. Eschen 1975 in einer der frühen Musiktherapie-Buchpublikationen schrieb, wo wir mit Ihnen, Frau Musiktherapia, bei den nach ihrem Exil 1933 wieder selbstbewusster werdenden deutschen Psychoanalytikern und Medizinern ein eher umstrittenes, als willkommenes Therapiekonzept boten. Der Markt war voll, die Therapien unter Konkurrenzdruck.

Die Vorsicht Eschens war sicher auch ein „Zeichen damaliger Zeit“ der frühen Profilierungsphasen von Ihnen, Frau Musiktherapia. Jedenfalls Profilierung auf dem Boden der damaligen BRD.

Mit der Wiederholung seines primärliterarischen Aufsatztitels – Sie können die Quelle nachlesen, wenn Sie das Auge zum Motto unterhalb des Titels unseres Gesprächs lenken, will ich mich und nicht nur Sie an Johannes Th. Eschen erinnern. Außerdem ist jeder Rückblick, auch der Ihre, sehr vorsichtig zu gestalten, weil jede Erinnerung ihr Erinnerungs-Objekt nach subjektiven Kriterien verwandelt.

**F.M.:**

Dann bietet sich dieser Rückblick ja als ein sogar aktuell sehr geeignetes Gefäß für die Würdigung auch des Anteils von Johannes Th. Eschen an meiner Geschichte hierzulande an. Ansonsten verwahre ich mich dagegen, dass ich Geschichte klittere durch meine Erinnerung. Das geschieht meist nur durch menschliche Erinnerung.

Ich selbst bin ein Fach, ein Wissensgebiet, eine Gesundheitswissenschaft, ein therapeutisches Methodenrepertoire und dessen Theorie-Halterin. Ich erinnere mich doch nicht selbst!

#### **HHDV:**

Ja. Verzeihung. Ich greife sehr gern Ihre Anregung auf, Johannes Th. Eschen mit in diesem Gespräch zu thematisieren – auch wenn die nötige emotionale Distanz zu Leben, Werk und Tod von Personen und Geschichte der Musiktherapie im Augenblick nicht ideal ist.

Johannes Th. Eschen hatte denselben Blick wie ich auf Geschichte: Jede und jeder von uns steht auf den Schultern ihrer und seiner Vorgängerinnen und Vorgänger. Welche Schultern sehen Sie, Frau Musiktherapia, auf denen Johannes Th. Eschen in dieser nun schon langen Geschichte der Musiktherapie im deutschsprachigen Bereich stand?

#### **F.M.:**

Ihre Sicht ist die auf eine lange Geschichte, junger Mann. Für mich ist meine Zeit nach 1945 eine winzige, wenngleich eine mit den wichtigsten und mir manchmal den Atem nehmenden schnellsten Entwicklungsschritten. Ich musste ja – besonders ab den 70er Jahren Ihres 20. Jahrhunderts – quasi dauernd Quantensprünge im sportiven Setting eines Stafettenlaufes absolvieren.

Aber dennoch ist diese Zeit, um die es Ihnen geht, eine winzige für mich und das mich umgebende Gesundheitswesen.

Erinnern Sie bitte: Etliche der ersten Musiktherapie-Bücher der BRD vor 1989 – meist Übersetzungen aus dem Englischen wie die von Juliette Alvin, Mary Priestley u.a. bemühten meist als Eingangsmotto die inflationär zitierte Schlüsselszene des David, der mit seiner Harfe die depressive Talsohle seiner Majestät Salomon behandelte. David übrigens ohne zu wissen, dass es eine Behandlung war – selbst diese Geschichte ist für mich eine neuzeitliche Geschichte.

Denn mich gibt es, seit es in euch Menschen das limbische System, den Hypothalamus, die Amygdala, na, all das eben gibt, was den Menschen bei Tönen aufhorchen lässt und was ihre Dynamismen von Psyche und Physis in kleinen und großen Krisen heilsam beeinflussen kann. Mich gab es längst vor den Vorzeiten, die dieser Schweizer Jean Gebser als archaische Zeiten bezeichnet. Mich gibt es längst vor jeder Kunstmusik oder Volksmusik. Mich gab es für die ersten proto-wahrnehmungsfähigen Menschen in der Musik, mit der sie sich wie auch immer verständigten, Prosodie nennt Ihr das heute. Mich gab es in der Musik der Natur – und alle diese „auditive Kommunikation“ basierte auf den immer gleichen Bausteinen, aus denen auch jede Musik besteht: Rhythmus, Dynamik, Klang, Melos, Form – na, solcherlei Wissen wissen Sie ja heute wissenschaftlich viel komplexer zu beschreiben.

Musik in der Natur ist übrigens mein heimlicher Triumph auf dem Markt: In der CD-Sammlung der Universität Salzburg, der früher existente Studiengang Musiktherapie bei einem Herrn Lazar Curiz dort hatte Zugang zu ihr, weist als

größten Brocken unter der Rubrik „Heilsame Musik“ oder „Musik und Entspannung“ oder gleich etwas hybrid „Heilen Sie sich selbst!“ lauter Einspielungen von Naturmusik aus. Vom Regentropfen bis zum Wasserfall, vom Piepmatz bis zum Nilpferdgrunzen.

Nein, es ist eine sehr kurze, aber höchst bemerkenswerte Kurzgeschichte, meine Zeit nach 1948.

## **Aber wollen wir erst nach 1945 anfangen?**

Es gab schließlich schon mitten in die Weimarer Republik auf deren Übergang zur Vorbereitung auf das grandiose und folgerichtig letztlich zutiefst deprimierende 1000jährige Reich eine verhältnismäßig weit vorausschauende kleine Arbeit eines Kurt Singer – Nervenarzt und Dozent an der Berliner Hochschule für Musik. Ähnlich doppelqualifiziert wie heute etliche Mediziner, die in verantwortlichen Ausbilderrollen für meine akademische Seite sind wie Th. Stegemann in Wien oder D. Petersen in Hamburg, wichtig, solche Typen unter all den ansonsten mehr psychologisierenden VertreterInnen meines Faches.

Von diesem Singer – nomen est omen – gab es in der Reihe „Kleine Schriften zur Seelenforschung“ (Püttmann, Stuttgart 1927) als Heft 16 die erweiterte Schriftfassung eines Vortrags zur „Heilwirkung durch Musik“, den Singer 1925 vor Ärzten, später „durch das Radio“ (Klappentext) gehalten hatte und der in Fortsetzungen im Berliner Tageblatt und der „Vossischen Zeitung“ abgedruckt wurde. Hans-Georg Jaedicke in Hahnenklee, Psycho-Analytiker und privater (Lehr-) Therapeut von Johannes Th. Eschen, berief sich noch auf diesen Mann, um den herum sich die Kreise psychoanalytisch orientierter Ärzte und Musiker bereits zu lichten begonnen hatten...

Nach dem zweiten noch größeren Welt-Krieg erinnere ich mich an die kleine Schrift des Nervenarztes Aleks Pontvik „Grundgedanken zur psychischen Heilwirkung der Musik“. Sie erschien 1948 (Rascher, Zürich). Dieser auch noch frühe Kollege von Euch schwor für die heilsame Wirkung von Musik auf die Psyche seiner Patienten fast ausschließlich auf die Musik eines anderen Johannes als dem soeben verstorbenen: Johann Sebastian Bach.

1948 spielte übrigens euer Johannes Th. Eschen längst Bach, weil er die Kirchenmusikerlaufbahn eingeschlagen hatte. Der Apfel spielte auch bei ihm nicht weit von seinem Stamm. Er kam ja aus einem evangelischen Pfarrhaus.

Wie Sie selbst, HHDV, ja auch und gleich mehrere Ihrer gegenwärtige weiter lebenden Kollegen auch. Auch wenn der Herr Eschen und Sie alle – ich drücke mich zurückhaltend aus, sagen wir – vielschichtigere Beziehungen zum Gott Ihrer Väter pflegten und pflegen, als diese es noch taten.

Nach Pontviks kleiner Schrift wurden aus dem Pool der frühen Jahre früher Aufsätze und Schriften am bekanntesten die Arbeiten vom Herrn Teirich, die jahrelang der Medizin zugezählt wurden, obwohl sie immer schon zu mir, der Musik-

therapia, gehörten. Aber unter meinem Rock ist endlos viel Platz und deshalb zählt Teirichs Arbeit heute zu meiner Landwirtschaft, zur Bewirtschaftung meines Landes. Sein Buch „Musik in der Medizin“ erschien 1958. Befreundet war er mit der Bertliner Psychoanalytikerin Hildegard Streich, die uns als eindrucksvolle Frauenpersönlichkeit später im Berufsverband der MusiktherapeutInnen (BVM) neben Gertrud Loos und Ihnen selbst begegnet und die viel in den frühen newsletters zur Musiktherapie schrieb.

Richtig los ging es mit mir, genauer gesagt, einem Teil von mir, der von Euch als „tiefenpsychologisch-phänomenologische Musiktherapie“ in eine Eurer Schubladen zum Reifen gesteckt wurde, erst in den 60er Jahren. Der Grund: Eure Politik nach der Weimarer Republik war eine derart lebensfeindliche Politik für Denker, dass die besten unter ihnen das Land verließen. Darunter zahlreiche Ärzte und Psychoanalytiker. Ein Beispiel nur Fritz Perls als einer der vielen, die von der Existenzphilosophie geprägt die Freud'sche Psychoanalyse zwar aufgriffen, aber dann – leider woanders im fernen Exil – weiter entwickelten zur Humanistischen Psychologie. In seiner Generation gingen Ärzte und Psychologen der zweiten und dritten Stunde mit, die der Musik und anderen Künsten wichtige Heilwirkungen zuschrieben.

Wenn sie nicht in das Exil gingen, gingen sie ins KZ wie z.B. Viktor Frankl.

Nein, aus den 60er Jahren wuchs erst langsam und schüchtern heraus der neue Humus, auf dem phänomenologisches Denken und Handeln wachsen können sollte. Bis dahin war das gute Personal für kontinuierliche Forschung und Ausbildung des phänomenologischen Handelns und damit der entsprechenden Therapien geflohen.

Was war noch mal der rote Faden bei Ihrer Frage an mich? Vergessen Sie mein Alter nicht. Ich bin fit, was mein kristallines Denken betrifft, aber das fluide leidet darunter. Haben Sie schließlich ja auch von mir gelernt, wenn ich an die moderne Musiktherapie und ihre Rolle in der Gerontologie und Geriatrie denke. Also, wo waren wir?

**HHDV:**

## 60er – Übergang 70er Jahre

**F.M.:**

Nun – da bereiteten sich einige junge Männer für mich vor und gründeten einen ersten Newsletter zum Thema Musiktherapie, so mit Durchnudeln von spiritusgetränkten Kopien und ersten Sitzungen, dann Tagungen.

Die Namen? Nun, da war – und ist immer noch – der Hamburger Rauhe, der in allem dabei war, wo Musik weiterentwickelt werden könnte, also auch bei mir. Er kam aus der Musikpädagogik und Musikwissenschaft. Ebenfalls aus der Musikwissenschaft stammte Reinecke und dann der Psychiater Willms. Hinzu stieß der Neurologe Behrendt, mit dem Rauhe Musik, genauer die Lieblingsschlager u.a. bei



Schlaganfallpatienten im damaligen Kurort Bevensen „einsetzte“ – was die Herren weiter hoch motivierte.

Natürlich gab es schon Nebenschauplätze innerhalb von Westdeutschland von mir, Schauplätze neben dem Gesundheitswesen, unter dem damals noch eher der Komplex der Kliniken und Krankenhäuser verstanden wurde, denn ambulante psychotherapeutische und damit musiktherapeutische Aktivitäten. Eine solche schon lange im Stillen der Anthroposophie wachsende Tochter, wenn auch schon international bekannt, war deren Musiktherapie, oft verwoben mit Eurhythmie.

Zu solchen Nebenschauplätzen, auf denen meine Entwicklung auch fußte, gehören Außenschauplätze, in denen mein Name fleißig genannt und inhaltlich gefüllt wurde. Allen voran die Aktivitäten des Alfred Schmözl mit seinen Vorbereitungen zu einem Zusatzstudium Musiktherapie an der Wiener Musikhochschule – und die Aktivität des ostdeutschen Christoph Schwabe. Über beide werde ich noch mehr später reden. Kleinere Außenschauplätze, die meine westdeutsche Seite prägte, waren auch die über die Schweizer Grenze herüberschwappende Auswirkung der Rezeptiven Musiktherapie aus Frankreich und der mit ihr früher verbundenen Schweizer Ausbildung in Neuchatel.

Aber Sie in Deutschland lieben ja Räder und erfinden sie deshalb meist auch serienmäßig immer neu – mit Schmieröl aus der Nachbarschaft. Ein durchaus europäisches Konzept.

Wenn Sie so wollen, junger Mann, war dieses lose Trio Rauhe-Reinecke-Willms die erste deutsche Mini-Gesellschaft für Musiktherapie, ohne den Vereinsstatus, den jede örtliche Feuerwehr und sonstige therapeutische Einrichtung vorweisen konnte. Diese Männerwirtschaft der Drei wusste gar nichts von ihrer Vorläuferfunktion für z.B. diese heutige bewundernswert kolossal gewachsene Gestalt der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft mit ihrem Anspruch, irgendwann für alle meine Kinderchen sprechen zu können, was Kammerstatus bedeuten würde. Und Kammern – Industrie- und Handelskammern, Ärztekammern, Architektenkammer, Psychotherapeutenkammer – bedeuten berufsrechtliche Anerkennung und diese bedeutet, ja richtig, endlich Geld.

Aber wir sind nach wie vor nicht so weit, noch nicht so weit, weil sich alle meine Kinder noch nicht zusammenrauft. Bis das sein wird, gibt's keine rechtliche Anerkennung und Geld, sondern nur Anerkennung. Ja, ich stehe durchaus zu meinem Narzissmus, mein Lieber. Inzwischen ist er ja auch gesünder als früher.

Ob Sie das so zitieren dürfen? Aber ich bitte Sie, unter den narzisstischen Profilierungsbestrebungen anderer Gesundheitsberufe und Berufe in diesem Ego-Laden der Mediensüchte von heute bin ich ja noch leidlich gesund. Vergleichen Sie mal Politiker, Anwälte, Professoren der Musik- und Kunsthochschulen, alles rennet, rettet sich doch heute – da bin ich doch recht bescheiden. Jedenfalls geworden, weil ich inzwischen weiß, wer ich bin. Und ich bin jetzt wer! Identitätsfestigung um ein gesundes Kernselbst herum nennt Ihr Fach analytische Entwicklungspsychologie das.

Ich schweife? Mag sein, schließlich ist Schweifen auch ein wesensimmanenter Zug von musikalischer Improvisation, die ich anteilig darstelle. Schweifen heißt dann nur anders: Prozessorientiert, dynamisch, frei flottierend, fluid – und so. Na, Sie füllen Ihre Bücher ja auch damit.

#### **HHDV:**

Also gut, zurück zu den End-60ern.

#### **F.M.:**

Erste „klinische Fallbeispiele“ entstanden unter meinem Namen Musiktherapia, eben nur mit „ie“ hinten, womit ja die meisten Wissenschaften begrifflich ausklügeln und die in anderen Wissenschaften tätigen Männer zu Okkupierung einladen, siehe auch die frühen Sängler der Musiktherapie-Oden wie Singer, Pontvik, Teirich und später Euch vielen Männern in meinem Felde forschend.

Dieser Rauhe orientierte sich dabei eher an den individuellen Wünschen der Patienten, was wir heute alle tun. Und damals waren Titel gewünscht wie „Donna Clara“ und „Tea for Two“ u.ä., deren ergotrope Impulse in die Beine von Apoplexie-Patienten fuhren und die Mediziner aufmerksam werden ließen. Ich werde nicht vergessen, dass Männer wie Rauhe zwar keine Musiktherapeuten waren und wurden, aber die damals in einer breiteren Öffentlichkeit größte Aufmerksamkeit auf Musiktherapie lenkten.

Die Mediziner um ihn herum jedoch reflektierten eher die Erkundung von Musik, bei der die Wirkung auf mehr als nur einen Patienten erhofft wurde, also mehr im Sinne der frühen Musikpsychologie (Helga de la Motte-Haber etwa), die Musiktherapie als „angewandte Musikpsychologie“ sah. Außerdem reflektierten manche Mediziner auch eine Professur oder zumindest Honorarprofessur mit mir im Namen, was ich auch als Alleinstellungsmerkmal bei medizinischen Bewerbungen hergab.

Publizistisch galt unter den Periodika der hausgemachten Newsletter der Vereine und Verbände als Nr. 1 die von der Pharmaindustrie gesponserte Zeitschrift „Musik und Medizin“, die hauptsächlich der Psychiater Harm Willms profilierte und im Mittelteil in einer Art Booklet Berichte und Aufsätze aus den Bereichen von mir, der umfassenderen Musiktherapie, ermöglichte, den Sie heute – im dritten Jahrtausend Ihrer Zeitrechnung, meine ist vergleichsweise endlos – als Musikpsychotherapie, als phänomenologische Musiktherapie benennen. Oder was immer eben unter Ihrer aller ständigem Drehen und Wenden und Verändern von mir herauskommt an Namen. Gegenwärtig – 2013 – werde ich ja verbands- und berufspolitisch wieder mehr eingebunden unter „Künstlerische“ oder „Kreative“ Therapien, um im Paket mit anderen ‚kassenabrechnungsfähig‘ zu werden. Mit welchen tollen Finanzwelt-Terminologien ich doch auf diese Weise auch ins Tangens gerate...

Häufig vermittelte ein Thomas Maler Berichte in dieses Booklet, der Medizin studierte und – als Sohn des Komponisten und früheren Präsidenten der Hamburger Musikhochschule – über seine frühe Feldforschung (Rhythmusforschung)

publizierte. Tragisch, sein früher Tod, der ihn meine Blüte in den 90er Jahren nicht mehr völlig erleben ließ. Haben dieser Thomas Maler und Sie nicht wenig später Kurse in West-Berlin in Wannsee gegeben, an denen unter anderem eine Abiturientin Susanne Metzner teilnahm, ja, genau, dieselbe heute in Magdeburg. Und waren Sie nicht eingeladen von dieser Gertrud Loos, die als Lektorin bei der Deutschen Grammophon-Gesellschaft in Berlin arbeitete und längst über heilsamere Methoden der Musik für die Mensch als nur die der schwarzen Scheiben nachdachte? Ach wissen Sie noch? 33 cm Umdrehungstempo, 25 cm, 30 cm –

Wie, ich schweife wieder? Lassen Sie mich doch manchmal ein bisschen zurück...Meine ganze Entwicklung, übrigens nach Jean Gebser jede, ist ein Vorangehen und Zurückgehen, voran, zurück, zwei Schritt vor, einer zurück. Oft genug auch scheinbar drei zurück, obwohl ich mich im Rückwärts rüste für den nächsten Quantensprung nach vorne.

Also zurück zum roten Faden.

Ansonsten erschien ich in den Anfang 1970er als „Fach“ oder „Methode“ überwiegend im Bereich der – ich benutze die damaligen Begriffe – „Geistigbehindertenpädagogik“, der Heilpädagogik, der Pädagogik der Hilfsschulen und zunehmend mehr in den Landeskrankenhäusern. Wobei der Musiktherapeut Klaiber in Winnenden ein Beispiel für die damalige Situation war, in der die örtlichen Privatmusiklehrer, Musikschullehrer, Volksmusiklehrer und Kirchenmusiker von den Psychiatrie- u.a. Stationen gebeten wurden, auch dort Musik zu machen.

„Ännchen von Tharau“ und „Lobe den Herren den mächtigen König der Ehren“, „Wenn die Elisabeth nicht so schöne Beine hätt“, die Comedian Harmonists, Reitermärsche, Operettenmelodien oder regionales Liedgut erklangen also sowohl in den verschiedenen Gefäßen – didaktische „Formate“ heißen die ja heute – des Unterrichts und der Kulturmusik als auch in Stationen der Psychiatrie.

Instrumental zogen die Instrumente des Orff-Schulwerks waggonweise in die Institutionen ein. Hüben – Unterricht. Drüben – Musiktherapie.

Gertrud Orff, die zweite Ehefrau Carl Orffs, für den Sie übrigens in Stuttgart noch Korrekturen und Notenpulte in der Stiftskirche schleppen mussten, mein Lieber, hatte in Salzburg auch schon begonnen mit den Vorbereitungen zur Etablierung ihrer Orff-Musiktherapie und schaute gerne auf die gegenwärtige große Schnittfläche „Musikpädagogik-Musiktherapie“.

Walter Klaiber, fleißiger Musiker in beiden Welten, erzählte gerne auf Anfrage von diesen Rollen, in denen sich Musikpädagogik und Musiktherapie mischten. Entweder zur Musik und Musikerziehung tendierend oder zur Medizin.

So wurden die damaligen Lieder-Repertoires und Musikgestaltungen teilweise noch 1:1 von der Jugend – und Volks- und Kirchenmusik übertragen in die Bereiche des damaligen Gesundheitswesens, das sich überwiegend krankheitsorientiert, defizit- und störungsorientiert sah denn als präventive oder salutogenetische oder sekundär rehabilitative Institution.

Wenn ich nicht irre, hat dieser Klaiber keine fünf Jahre später dem blutjungen Hans-Volker Bolay derart viel erzählt, dass sich dieser für Musiktherapie zu inte-

ressieren begann und noch in diesem Jahrzehnt das süddeutsche Ende der Achse Hamburg-Heidelberg gründete, auf der ich für Jahre dann auf Achse war, weil meine Reifung zum akademischen Beruf anstand. Aber nein, ich springe in den damaligen zeitlichen Quanten.

Willms war es, der von damals bis in das Ende der 80er Jahre das Modell von Musiktherapie als „Adjuvans-Beruf“ im schulmedizinischen Kontext sah. Rauhe profilierte mich auch zunächst durch seine Personalpolitik mit Musiktherapeuten eher in Richtung Musiktherapeut als Heilhilfsberuf – mit Aussicht auf Musiktherapie als selbständigem Heilberuf.

### **HHDV:**

Bitte, Frau Musiktherapia, nicht weiter in den 80ern, wir brauchen die 70er noch.

### **F.M.:**

Ah – ja. Da platzte ich aus nicht allen, aber doch vielen, mir vorher nicht bekannten Nähten. Denn 1970 wurde das Fachhochschulgesetz verabschiedet und mich gab's plötzlich gleich im Mehrfach-Pack und erstmals im Format einer „akademischen Lehrveranstaltung im staatlichen Tertiärbereich“.

Die ersten Fachhochschullehrer für Musik ab 1971, das waren zunächst wieder Männer, die ich kennen lernte. Ich sage Ihnen: Männer über Männer, aber durchaus interessante dabei, das gebe ich zu als anspruchsvolles weibliches Prinzip.

Also diese Musik-Männer an Fachhochschulen, die mich mit meinem in der alma mater ungewohnten Namen zu sich heranzogen – ich hatte einfach zu viele von diesen Männern an meinen Rockzipfeln und merkte mir nur einige davon: Breuer in Düsseldorf, Finkel in Osnabrück, Klüppelholz in Köln, Vogelsänger in Aachen, Pütz in Essen, Fuhrmann in Bremen, Tabel in Emden, Strauß in München, Kapteina in Siegen und – ach so, richtig, Sie ja auch, junger Mann, in Düsseldorf-Kaiserswerth.

Nein, eine erste Tochter von mir kam mit Almut Seidel in Frankfurt/M. erst ein bisschen später. Warten Sie ab.

Sie alle fühlten sich mit ihren Abschlüssen in Musik und Musikerziehung und Musikwissenschaft mehr oder weniger funkelnagelneu in ihren Fachhochschulen, die Musik integrierten. Denn es waren Fachhochschulen für Sozialwesen, für Sozialpädagogik, für Sozialarbeit.

Meine Männer meiner ersten akademischen Stunden sollten Musik unterrichten. Lehren hieß das jetzt, weil sie Fach-Hochschullehrer waren. Sie sollten aber die von ihnen an Musikhochschulen und Konservatorien studierte Musik beziehen auf die sozialen Funktionsfelder wie für Abenteuerspielplatz, Disko, Geistigbehindertenzentren wie Bethel oder Mettmann, für die aufblühende Lebenshilfe, für Randgruppen aller Art, für soziale Brennpunkte, für Gefangenearbeit, für Früherziehung in Kindergärten und Späterziehung in Altenheimen, für Ausländer, die Inländer werden sollten...

Sie waren in Not, diese Männer, und Not gebiert ja Großes und manchmal auch Kreativität.

Sie, junger Mann, boten dann gleich 1971 nach Ihrer Musikschulleitungszeit in Ihrer schnell aufgezogenen Musikabteilung in der Düsseldorfer Fachhochschule Früherziehung für Kindergärten und Späterziehung für Altenheime an. Das war okay. Das machten Sie aber erst, nachdem Sie mit der Antritts-Vorlesung über „Semitionale und subsemitionale Tubenbildung in der Gregorianik als Vorläufer graphischer Notationstechniken“ freundliches Unverständnis ernteten, erinnern sie sich?

Ganz schnell arbeiteten Sie alle sich ein die die magere Literatur über Musiktherapie, machten schnell praktische Erfahrungen vor den Praktika Ihrer Studenten und wiesen mich aus als „Einführung in die Musiktherapie“ (der Artikel „die“ ist übrigens bis heute nicht haltbar, denn breitspektral bin ich immer noch, ich sagte breit, mein Lieber, nicht dick! Vergessen Sie nicht, dass ich eine Dame bin, „ia“ am Namensende, keine Domäne von Männern mehr, die sich schleunigst als Fachhochschullehrer profilieren mussten, sollten und wollten.

Apropos Profilierung der neuen Fachhochschulen für Sozialwesen und damit der Musikabteilungen, innerhalb derer mein Name „Musiktherapie“ (ohne „ia“) erstmalig akademisch gerahmt auftaucht : Ist man neu irgendwo – ob als Mensch oder Institution, die von Menschen geschaffen wurde – dann plustert sich das Erscheinungsbild in einer neuen alma mater in amüsanter narzisstischer Überhöhung auf. So gab es in diesen Musikabteilungen des neuen Hochschultyps nicht die Fächer Musik oder Musiktherapie, sondern Musik hieß: Fachbereich Medienpädagogik, Fachgruppe Auditive Kommunikation (bei den bildenden Künstlern hieß es entsprechend „visuelle Kommunikation“).

In dieses den Begriff der Musik zugunsten der Akademisierung vermeidende Gebilde kam ich dann rein mit beispielsweise folgenden Fachbezeichnungen:

- Therapeutisch orientierte Musikpädagogik
- Musiktherapeutische Hilfen in der Musikpädagogik mit behinderten Kindern und Jugendlichen
- Musiktherapie in der Drogenarbeit.

Man verheiratete mich in diesen ersten Lehrveranstaltungen für Musiktherapie mit den krusesten Begriffsbildungen. In der Sonderpädagogik als Universitätsstudium gab es mich z.B. in Dortmund bei den Herren Probst und Kemmelmeyer als „Pädagogische Musiktherapie“.

Sie sprachen ja vorhin von der übervorsichtigen und fast ängstlich wirkenden Formulierung des Herrn Eschen bei seinem Aufsatzthema (siehe oben das Motto über unserem Gespräch). Jetzt waren Sie es ja mit Ihren KollegInnen, die ähnliche Vorsicht in die Benennungen Ihrer Lehrveranstaltungen mit Musiktherapie einbrachten. Na, vermutlich haben Sie alle, die 1970 mit meiner Akademisierung als Fachhochschullehrer anfangen und der Herr Eschen nach seinem London-Studium diese Vorsicht gepflegt, weil sie in der modernen Diadochenwelt von Freud'scher Psychoanalyse und Jung'scher Tiefenpsychologie so phänomenologisch wie möglich wirken wollten. Meine Güte, hatten Sie damals Sorge vor jeglicher Festlegung,

weil die falsch sein könnte – wie z.B. die in der jüngst seit 1933 so politisch missbrauchten medizinischen Diagnostik.

Heutzutage bin ich schon zugriffiger, klarer geworden, alldieweil ich nun im Kanonsingen der abrechnungsfähigen Gesundheitswissenschaften zwar noch als außerehelich gesehen werde, aber immerhin schon als weit interessanter als viele andere bei Hofe anerkannte Schranzen-Therapien. EBQ – „Einschätzung der Beziehungsqualität“ etwa, dies Kind der Damen Schumacher und Calvet im heutigen Berlin – das sind schon ähnlich brauchbare Kaliber wie die OPD, die „Operationalisierte psychodynamische Diagnostik“, es ist oder der künftige IDC 11 es wird, nämlich zwar offen, aber klar feindifferenzierend, was therapeutisches Wahrnehmen auffängt und dem Patienten als Verstehensbild (Diagnose) anbieten kann. Bei mir, der Musiktherapia, kommt noch das besondere Hören in die Diagnostik hinein, darüber rede ich gerne, aber leider haben Sie das Thema gerade 2012 in dieser Buchreihe schon abgehandelt, die ja auch immer wieder Neues bringen will und sollte. Selbst wenn es der Blick in alte Zeiten ist wie dieser hier. Naja, nicht nur Menschen stehen auf den Schultern ihrer Vorgänger, auch jede Gegenwart steht auf den Schultern ihrer Vergangenheiten.

#### **HHDV:**

Könnten wir zurückkommen auf Titel? Nein, nein, nicht akademische Grade, ich meine Titel der frühen Lehrveranstaltungen und Literaturtitel.

#### **F.M.:**

Okay. Also wissen Sie – ich war immer sehr neugierig, wie man mich in meinen ersten Akademisierungen alles taufte aus dieser Profilierungsnotwendigkeit heraus. Ich hab gegen diese gar nichts. Ich musste auch hierzulande neu profiliert werden.

Nur wenn Profilierungsnotwendigkeit in Profilierungsbedürftigkeit mündet und diese unmäßig metastasiert und unmäßig anhält – dann mündet sie in Profilverneurose.

Die Literatur? Ach ja. Die frühen Männer um mich hatten Aufsätze veröffentlicht. Gertrud Orff hatte ihre Orff-Musiktherapie entwickelt und dokumentiert, Willms vieles zur Musik in der Psychiatrie, Rauhe seine vitalisierende Sexte – aber alles das erfuhr eben in der Randgruppen-Disko oder auf dem Abenteuerspielplatz nicht gerade Vollakzeptanz.

Das erlebten die Fachhochschullehrer und lernten um: Freie Improvisation hieß meine Zaubersprache. In die konnten alle eingeladen werden.

Gesungen wurde auch noch, aber abnehmend. Vor Singen hatte man Angst. Singen war Manipulation.

Das größte deutsche Reich, das auch das kürzeste war, hatte wie jede Diktatur auch die Musik in ihrem Vergewaltigungsrepertoire instrumentalisiert.

Nein, singen wollte man danach nur mit Kindern und möglichst nur mit neuen Kinderliedern. Die Angst vor dem Geruch, eben noch faschistisch genutztes Liedgut singen zu lassen, erfasste nicht nur die im Ganzen als funkelnagelneue Hochschulen im Kielwasser der 68 linksorientierten Fachhochschulen, sondern

auch einige Pädagogische Hochschulen. Beispiel Lüneburg: Dort wurde im Musikstudium kein einziges Fach „Singen in der Schule“ angeboten. Auch die damaligen Schulwerke für Sekundarstufen (Küntzel u.a. bei Klett, Segler bei Bärenreiter) vermieden mit viel Energieaufwand jede Einladung zum Singen. Viel zu gefährlich. Man ließ singen. Die Volksmusiksendungen der ARD wurden dafür die Quotenrenner. Übrigens bis heute, vor Krimis und diesen Gesprächsrunden, na, wie heißen sie noch gleich, talk – talkschau oder talkshow, also diese Gespräche, in denen auf das Reden und die Redenden mehr geschaut werden soll als gehört.

Nein, Singen gab es kaum und nur klientenzentriert. Oder es gab die kritische Analyse eben desselben.

Zurück zu diesen Fachhochschullehrern, die sich mit mir notgedrungen autodidaktisch, d.h. durch die Erfahrung der Selbsterfahrung freier Improvisation ausrüsten mussten, um mit mir in den Praxisfeldern der Sozialpädagogik und Sozialarbeit bestehen zu können.

Was machen Menschen, wenn sie nach Sicherheit suchen? Sie gründen Arbeitsgemeinschaften, um sich auszutauschen und durch den Austausch die eigene Kompetenz zu erweitern. Sie, mein Lieber, gründeten damals von Düsseldorf aus diese AG, wieder mit solch profilierungsgesteuerten irren Namen:

„Bundesarbeitsgemeinschaft der Musik- und Musiktherapiedozenten an den Fachhochschulen für Sozialwesen als Hochschulen des dritten Bildungsweges im staatlichen bzw. staatlich anerkannten Tertiärbereich“ – so taufte sie diese AG und nicht minder eindrucksvoll – als es dann später soweit war – die entsprechende AG der Musiktherapie-ProfessorInnen, die heute nicht mehr so lange Namen nötig hat und nur diesen wundervoll weiblichen Namen braucht: AMA. Arbeitsgemeinschaft der Musiktherapie-Ausbildungen.

Der steht mir, der Name! Ist wohl unbewusst begründet aus der Nähe zu meiner Mama-Rolle heraus.

Die meisten von den Musik- und Musiktherapie-Dozenten der Fachhochschulen, die ich oben nannte, trafen sich in diesem Klub in dem Sternwartenähnlichen Gebäude der Kaiserswerther Ev. Fachhochschule und diskutierten Handlungs-Repertoires mit dem Anspruch auf meinen Namen. Musiktherapie. Wieder alles Männer, die nun auch schon Professorentitel kriegten. So tauchten auch die ersten Visitenkarten auf, auf denen mein Name stand: „Professor der Fachrichtung für Medienpädagogik/ Auditive Kommunikation für Musiktherapie und Musikpädagogik.“

Es reichte mir mit den Männern, die als Speerspitze gute Arbeit machten, aber um die Speerspitzen herum braucht es schützende Ländereien, sonst hätten die Speerspitzen nichts zu verteidigen.

### **HHDV:**

Hat Speerspitze nicht im etymologischen Register germanischer Namen mit dem Namen „Gertrud“ zu tun, ist Speer also weiblich?

**F.M.:**

Mag sein, seien Sie nicht so pingelig. Wenn schon Speere, dann waren die Frauen die Speerträgerinnen. Häufig namens Gertrud. Gertruds gab's auch in meiner Szene. Jene Gertrud Loos aus der Berliner Grammophon wurde später schnell temperamentvolle Partnerin der vielen Männer in der Musiktherapie und sowas wie eine zentrale Person in sowohl der inhaltlichen Entwicklung von mir als auch in der berufspolitischen Entwicklung.

Die vorlaute Anmerkung in einem Interview von Ihnen, mein Lieber, die Loos sei fachpolitisch ein weiblicher Eschen und dieser eine männliche Loos hat beide nicht sehr amüsiert. Nur mich. Die Urmutter.

Nein, die erste Frau, die ich in ihre AG schickte, hieß nicht Gertrud, sondern Almut. Almut Seidel. Sie wandelte nach ihren Anfängen ihre Lehrveranstaltungen in einen Studiengang Musiktherapie an der Fachhochschule Frankfurt/M. um, der sich länger hielt als alle frühen Musiktherapie-Versuche an den Fachhochschulen und der erst 2013 unter ihrem Nachfolger Eckhard Weymann seine Tore schloss, wozu der nichts konnte, sondern wieder das Geld. Weymann studierte bei Eschen – ach so, da sind wir immer noch nicht? Beeilen wir uns. Mehr als ungefähr dreißig Seiten will ich nicht reden und die Brücke zur Gegenwart ist lang, ich geh schließlich am Stock wie fast jede Dame meiner Reife – und nicht am Rollator, der zum Sitzen und endlosen Schweifen einlädt. Sitzen und endlos Schweifen – das kennzeichnete etliche frühen freien Improvisationen an den Hochschulen damals. Den Rekord brach Breuer mit einer Versuchsgruppe an der Düsseldorfer Hochschule. Die Gruppe improvisierte im Keller 16 Stunden lang bevor sie aus primären Bedürfnissen wie Essen und Trinken heraus mit einem Trugschluss aufgab. Apropos Keller: Man konnte mich in vielen Kellern antreffen, ich musste mich schließlich erst hocharbeiten in Deutschland. West. Souterrain, 1. Stock usw., vereinzelt kam ich gleich in die Beletage.

Almut Seidel also brachte intellektuell wie weiblich unter lauter Männern damals in nachhaltige Erinnerung, dass ich dem weiblichen Prinzip folge, dass ich weibliches Prinzip bin.

**Fassen wir zusammen:**

Auf diesem Übergang von den 60ern zu den 70ern profilierten mich einerseits diese rührigen, aber noch einsamen Musikwissenschaftler und Mediziner, die sich mit Musik in der Medizin beschäftigten und der sie meinen Namen – den der ‚Musiktherapie‘ gaben. Musiktherapie taufte auch Herbert von Karajan sein Interesse an der Musik in der Medizin, indem er seine Berliner Stiftung (heute in Köln) nicht nur die weltberühmte Orchesterakademie mitgründen ließ, sondern auch Forschungsaufgaben anregte, die zum „Gläsernen Orchester“ u.a. biofeedback-gestützten Untersuchungen über die Wirkung von Musik auf den Menschen führten. (Gemurmelt: Erst heutzutage aktiviert die Akademie, die Sie gründeten in der



Karajan-Stiftung, spät, aber nicht zu spät, schwerpunktmäßig auch meine phänomenologische Seite. Jaja, ich hör schon auf mit dem Heute und geh wieder zurück. Regression im Dienste der Geschichte...)

Also diese rührige Klein-Gesellschaft von Musikwissenschaft-Musikpädagogik-Medizin.

Einerseits. Andererseits gab es mich nun inmitten dieser Gruppe von plötzlich akademisch gewordenen Musikdozenten, die von mir und meiner Begleitungs-kompetenz gleich ganzer sozialer Brennpunktgruppen überzeugt waren.

Zu dieser Gruppe, die in den Anfangsjahren in Düsseldorf bei Ihnen tagte, gesellte sich jetzt Johannes Th. Eschen als Fachhochschullehrer in Hannover. Der mischte nicht meinen Namen, den der Musiktherapie, mit anderen Namen, mit Musikpsychologie, Pädagogik, Sonderpädagogik und Medizin.

Vielmehr nannte er seine Angebote an die Sozialpädagogik-Studierenden dieser von seinem früheren Arbeitgeber, der Lutherischen Landeskirche Hannover gegründeten Evangelische Fachhochschule, von vornherein nur nach mir, der Musiktherapie. Eben mich – und nur mich – hatte er in seinem Kurzstudium der Musiktherapie an der Guildhall School in London kennengelernt.

Nebenbei: Mindestens zwei weitere in meiner westdeutschen Musiktherapie-Landschaft später bekannt gewordene Namensträger studierten ebenfalls dort: Ole Teichmann-Mackenroth und Dietmut Niedecken, später mit allen akademischen Titeln geschmückt und allen Wassern gewaschen, auf die London vorbereitete.

Eschen brachte durch sein intensives Kurzstudium bei Mary Priestley u.a. in London weitere Impulse für die freie Musikimprovisation als therapeutische Methode vor psychoanalytischem und tiefenpsychologischem Hintergrund mit. Priestley begründete ihre Arbeit sowohl mit Freud als auch Jung und lehrte und therapierte vor ungestörtem Hintergrund: Sowohl England und die USA hatten ja kein drittes Reich, keine Exilwissenschaftler und deshalb eine blühende Musiktherapielandschaft mitsamt akademischen Ausbildungsstätten.

Soviel zu den Schultern, auf denen ein Johannes Th. Eschen stand, als er Anfang der 70er Jahre zu Ihrer Gruppe stieß. Mindestens drei Schulterpaare: Erstens die eigene mitgebrachte Musiktherapie-Kompetenz, vermittelt durch London, zweitens die musiküberzeugten Mediziner, drittens die in der Sozialpädagogik/Sozialarbeit aufblühende Musiktherapie an den neuen Fachhochschulen.

#### **HHDV:**

Die persönliche Motivation Eschens zur Musiktherapie wurde durch eine besondere persönliche Leidenserfahrung nur noch verstärkt, die weniger bekannt ist, die er aber – darauf angesprochen – nicht verschwieg.

#### **F.M.:**

Ja, stimmt. Tragischerweise. Man könnte die Frage der Motivation dieses ja A-Kirchenmusikers, der mit 40 Jahren zu meiner englischen Filiale zum Studieren ging, damit erledigen, indem man feststellt, dass Musiktherapie damals in Deutschland nicht bis zu einem formalen Abschluss studiert werden konnte – auch nicht an

den Fachhochschulen, deren Absolventen Sozialpädagogen, -arbeiter blieben, egal wie sehr ich sie von mir begeistert und lebenslang infiziert hatte. Die Motivation Eschens in London wurde sicher gefüllt mit dem Kennenlernen der Nordoff-Robbins-Musiktherapie einerseits, der analytisch denkenden Mary Priestley andererseits. Aber zu dieser primären Motivation (durch Wissens-Inhalte) gab es auch eine sekundäre, eben die Erfahrung von Leiden ohne oder mit therapeutischem Wissen. Die therapeutische Kraft, die Eschen und seine mit ihm nach London gegangene Ehefrau Grete durch Musik und Musiktherapie am eigenen Leibe und vor allem in eigener Seele erfuhren und die für beide not-wendend war, ihrer beider Nöte wendend, war eingebunden in die Wolfsburger Zeit als Kirchenmusiker. 14 Tage vor dem geplanten Umzug nach London zum einjährigen Musiktherapie-Studium verunglückte die Tochter Dorothea auf dem Hinweg zu ihrer Abiturientenentlassungsfeier in der Wolfsburger Schulaula, in der die Eltern Eschen schon auf sie warteten.

Wolfsburg wurde durch London ausgetauscht und die sichere Stelle des höchstdotierten Kirchenmusik-Ranges (A) durch das Studentendasein, übrigens als Stipendiat der Volkswagenstiftung, die vom Ev. Studentenwerk auf Eschen und seine Motivation für Musiktherapie aufmerksam gemacht worden war.

#### **HHDV:**

Zurück zu den fachimmanenten Inhalten von Ihnen, Frau Musiktherapia. Sie betonten bei dem Thema Musiktherapieentwicklung in Deutschland vorhin mehrmals „BRD“ und „Westdeutschland“...

#### **F.M.:**

Ja, wichtig: Jetzt erinnern Sie sich mal, junger Mann, als Sie sich mit Ihren Kollegen der anderen Fachhochschulen trafen und sich untereinander fortbildeten. Was hatten Sie außer der reichlichen Selbsterfahrung allein und mit den Studierenden und Ihren Klienten in den o.g. Praxisfeldern für Literatur? Da gab es die der „Musik-in-der-Medizin“ – Mediziner, dann Musiktherapie-Bezüge in Büchern von Musikpädagogen wie Kurt Pahlmann, dann die importierten Titel von Benenzon und Alvin und eben – na? Richtig! Schwabe! Ich will mehr sagen zu ihm.

Christoph Schwabe hatte in all den Jahren der Entwicklung der Ostzone zur frühen DDR und von dieser zur späten hin eine wachsende Musiktherapie-Praxis zur Forschung hin begleitet und inmitten des psychotherapeutisch eher feindselig eingestellten Klimas der DDR eine Art inneren Zirkel moderner Musikpsychotherapie zusammen mit Ärzten und Therapeuten gegründet.

Schwabe profilierte Musiktherapie als eine solche längst vor den Musiktherapie-Definitionen von Reinecke-Rauhe-Willms u.a. oder der westdeutschen Fachhochschulen und da seine Auffassung von Musiktherapie „DDR-unabhängig“ und durchaus kompatibel erschien mit der der westlichen Kollegen waren seine Arbeiten – zuerst informell im Kalten Krieg auch des Buchmarktes, in der zweiten Hälfte der 70er dann offiziell durch Lizenzausgaben – mit Teil der Basisliteratur für westdeutsche Musiktherapie. Denken wir nur an die Titel der Bücher von Schwabe

wie „Regulative Musiktherapie“ oder „Aktive Gruppenmusiktherapie“ oder seine „Methodik der Musiktherapie und deren theoretische Grundlagen“.

Das waren bereits in ersten stabilen Fugen gefügte Musiktherapie-Konzepte mit deutlicher Entwicklungstendenz hin zu einer künstlerischen Psychotherapie. Deren Praxis und Theorie thematisierte auch jenes Denken um die freie Improvisation herum, das innerhalb der Arbeitsbedingungen in der DDR eine Provokation sein musste. Mut hatten sie, Schwabe und seine Getreuen von damals und es muss eine Genugtuung für sie gewesen sein, dass ihre in der DDR erschienenen Bücher die Grenze zur BRD passieren durften und eben mit Basisliteratur wurden für die Entwicklungen in der BRD.

Die menschlichen Beziehungen der Protagonisten der Musiktherapie damals waren zwischen hüben und drüben dankbare, herzliche, wechselseitig anerkennende – leider nur solange die äußere Mauer bestand. Nach deren Fall gab es Probleme, weil der Umgang mit den „Brüdern und Schwestern im Osten“ wie in allen Menschheitssituationen mit einer äußeren Mauer ein anderer gewesen war als ohne Mauer. Menschliche Mauern werden oft erst eingezogen, wenn die äußeren der Architektur gefallen sind. Das ist Schicksal jeder Gruppe, in der sich plötzlich mehrere Königinnen und Könige auf engem, gemeinsamen Raum wiederfinden, der vorher säuberlich geteilt war.

Anders gesagt: Die ostdeutsche Musiktherapie war bis Anfang der 80er Jahre ebenso maßgebend für die westdeutsche Entwicklung wie die pionierhafte Arbeit von Alfred Schmölz und seinem Team an der damaligen Hochschule für Musik und Darstellende Kunst in Wien (heute Universität für Musik).

Die fleißige Publizistik von Herrn Schmölz schlug sich allerdings in sehr vielen Aufsätzen sehr vieler Fachzeitschriften nieder, was bekanntlich die Fachwelt, aber nicht die breitere Öffentlichkeit aufmerksam werden lässt. Aufmerksamkeit weckten mehr die Buchpublikationen Schwabes. Solche Ausflüsse der Gesetze des Printmarktes nahm den inhaltlichen Qualitäten der Basisarbeit vom Herrn Schmölz nichts. Außerdem lag Wien nicht in der abgeschotteten DDR, so dass etliche Musiktherapie-Studieninteressierte aus der BRD nach Wien gingen und das dortige Zusatzstudium mit großem Gewinn für sich und die heimatliche Situation von mir studierten. Einer aus dieser Schule ist der heute in Augsburg lehrende Timmermann, kennen Sie ihn? Ach ja, er nennt sie ja auch als seinen Lehrer. Mein Detail-Gedächtnis...

Wenn ich, die Musiktherapia, anthropologisch gesehen eine der ältesten Frauenpersönlichkeiten in der Menschheitsgeschichte bin, wenn auch eine der vitalisierendsten, weil ich mich nur in der Zeit ereigne, was auch Zeitlosigkeitsempfindungen nach sich zieht – so wäre ich – bezogen auf Ihre kleine Kurzgeschichte von mir im deutschsprachigen Raum zwischen Kriegsende und heute – in den 60er Jahren im Kleinkindalter und in der jüngeren Jugend bis Mitte der 70er. Durch die End70er hindurch wäre ich mit der Pubertät fertig, durch die 80er adolescent und seit Mitte der 90er leidlich erwachsen – was ich ja schon längstens war außerhalb der

BRD und der Schweiz. Siehe Österreich, DDR – die waren weiter und noch weiter waren die angloamerikanischen Filialen.

Sie krausen immer die Stirn, wenn ich von meinen Filialen spreche und ich weiß, dass Sie dies Wort kaufmännisch missverstehen, weil sie nicht viel von der Verbindung von Musiktherapie und Geld halten, was ein Irrtum ist. Meine „Filialen“ jedoch sehe auch ich nicht kaufmännisch. „Filia“ (lat.) sind nur die Töchter und von denen habe ich endlos viele. Deshalb ja die vielen Männer in unserer Nähe.

Aber ich sehe wieder Ihr Kopfschütteln, Sie sind ein unruhiger Geist, ein Getriebener. Belassen Sie mir doch mein Tempo – das tun Sie mit Ihren Patienten doch auch und Therapie/ Therapeuten und ihre Patienten sind doch so weit auseinander nicht immer. – Aber – ich verstehe ja, zu den 80ern und 90ern kommen wir in unserem Gespräch erst später.

#### **HHDV:**

Ja, danke für Ihr Bemühen um Stringenz, Systematik – ich weiß, was das für jemanden heißt, der oder in Ihrem Falle die sich in den 70ern in der freien Improvisation nahezu als allein selig machender Lebensmethode tummelte. Einer ihrer vielen Arme Ihrer vielen Töchter, Frau Musiktherapia, wurde dann auch Herr Eschen. Wie ging's weiter? Mit uns, mit ihm?

#### **F.M.:**

In der Gruppe der Fachhochschullehrer für Musik und Musiktherapie arbeitete er dann nur kurz, weil ihn Hermann Rauhe, junger Hochschulpräsident an der Hamburger Hochschule für Musik und Darstellende Kunst (heute Theater) engagierte, um einen ersten Studiengang für Musiktherapie in Westdeutschland zu begründen. Einen kleinen, bescheidenen, aber immerhinque mit hohem Rang, denn er war verklammert mit dem Studium der Erziehungswissenschaften/Sonderpädagogik an der Uni bzw. durch das Lehramt Musik an Sonderschulen, auf das nur durch ein Schulmusikstudium geklettert werden konnte. „Zusatzstudiengang Musiktherapie für Studierende des Lehramts Musik an Sonderschulen“ hieß es im Hamburgischen Gesetzesblatt.

Als gesonderter Studiengang für das, was ich darstelle, Musiktherapie, war dies in seiner ganzen Planung der erste eigenständige Studiengang in der BRD. Auch wenn ich – wie die Wiener und die Münsteraner heute noch – einen musikpädagogischen Schutzhut trage.

Die politische Annahme war, dass die Sonderschulen Hamburgs in Kürze als erstmaliges Modell in der BRD auch ihre Lehramtsinhaber, die nach dem Studium gleichzeitig MusiktherapeutInnen waren, für Einzel- und Gruppenmusiktherapien in den Nachmittagen abstellen würden.

Der Plan misslang aus – ja, wieder aus Geldgründen der – o Gott, dies Bandwurm-Wort, das es auch bei Ihnen an allen Hochschulen gibt – aus Gründen der „Unterrichtsstundenkapazitätsberechnungsvorschriften“ versus der Möglichkeiten, besonders therapiebedürftige Kinder und Jugendliche schulintern therapeutisch auffangen und im Schulanforderungsprofil halten zu können. Müssen Sie ei-

gentlich immer in diesen Extremen sprechen und schreiben: Entweder nur diese Bandwürmer – oder nur diese vielen Kürzel aus zwei und drei und vier Buchstaben. Auf eben letzte sollte man sich mal setzen und wieder Deutsch reformieren, nicht nur Musiktherapie gründen.

Im Nachhinein wurden und sind die AbsolventInnen dieses Zusatzstudiums bis heute begehrte MusiktherapeutInnen an Kliniken, auf die die AbsolventInnen ebenso hofften wie die Kliniken teilweise auf sie.

Ich sehe als einen der vielen Gründe dafür, dass bis heute die Hamburger „Zusatzstudierenden“ („ZuStudis“) oft auch den Absolventinnen der späteren Diplom-Aufbaustudiengänge und heutigen Masterstudiengänge bei Bewerbungsgesprächen in den Kliniken vorgezogen werden, darin, dass diese ZuStudis arbeiten lernten wie Pferde mit besonders entwickeltem limbischen System, Hypothalamus und Frontalhirnlappen: Denn sie studierten und studieren (bis heute) zeitgleich in drei sehr verschiedenen Studiengängen von zwei noch verschiedeneren Institutionen: Schulmusik im entsprechenden Fachbereich, Musiktherapie in der „Fachrichtung Musiktherapie im Fachbereich Musikpädagogik“ an der Musikhochschule und Erziehungswissenschaften/Sonderpädagogik an der Hamburger Universität.

Wissenschaftliches und kreatives, künstlerisches Arbeiten unter high-stress – das haben diese jungen Menschen, von denen die ersten jetzt zwischen 50 und 60 Jahre alt sind, also gelernt und ich erinnere nur sehr wenige Abbrüche. Außerdem werden Personalentscheidungen im Gesundheitswesen als Ort von Interaktionsberufen immer noch aufgrund des persönlichen Eindrucks einer Bewerberin entschieden – und nicht in erster Linie aufgrund der Zeugnislage. Das ist erfreulicherweise bis heute – 2013 – so.

Ohne den früh zur Leitung der damaligen Schulmusikabteilung berufenen und späteren Dekan des entsprechenden Studiendekanats Wolfgang Hochstein bestünde das Zusatzstudium Musiktherapie als ältestes Studium in der BRD heute nicht mehr, weil damals wie heute die Schulmusikabteilung auf etliche der meist geizig verwalteten Semesterwochenstunden verzichtete – zugunsten der Musiktherapie. Ich vermute keineswegs nur taktische Klugheit oder die Autorität des Präsidenten Rauhe hinter den frühen und heutigen Beschlüssen des Direktors des Instituts für Schulmusik sondern fachimmanente Verwandtschaft zur Musiktherapie. Schließlich war Hochstein der Begründer für das erste „Fach“ Klavierimprovisation für Schulmusiker in der BRD überhaupt. Wenn das keine innere Verwandtschaft zu mir ist, nicht wahr?

In diesem bald halben Jahrhundert Zusatzstudium, dem ersten Studiengang nur mit dem Namen Musiktherapie, gab es meines Wissens keine fünf Abbrecher. Richtig? Sie waren doch dann auch dabei? Und war nicht eine Studentin in einer Ihrer allerersten Gruppen an der Musikhochschule die Ulrike Haage und die für die spätere Musiktherapie wichtige Sabine Rittner, die jetzt in Heidelberg...die mit der Stimme ...? Nein?

**HHDV:**

Doch, die kamen dann schon, aber später. Wie ich auch erst später kam. Also noch nicht. Bitte, Frau Musiktherapia, bitte zum Thema. Ich höre Sie mehr von Strukturen erzählen oder von Personen, die erst viel später kamen. Können wir die letzte Schicht der Geschichte noch mit den zugehörigen Namen vermenschlichen? Und dann zügig weitergehen?

**F.M.:**

Sie sind mit diesem Tempo auch ein Kind Ihrer Zeit geworden, mein Lieber, auch wenn Sie in der Heide auf dem Land leben. Ich bemühe mich um Tempi zwischen Allegro und Presto, wenn Sie mir – bitteschön – zwischendrin kleines Largo und winziges Adagio, also mindestens aber ein ruhiges Andante gönnen. Meine hirnelektrische Aktivitätsintensität ist schließlich – aber was geht das Sie an. Also weiter. Namen wollen Sie.

Rauhe war ein schneller Informationsverarbeiter, hörte vom Fachhochschulprofessor für Musiktherapie in Hannover und holte ihn nach Hamburg – auf den ersten Lehrstuhl für Musiktherapie, von dem aus Eschen sich auch als „erster Beamter für Improvisation“ bezeichnen konnte. Die damals höchste Besoldungsstufe „C 4“ führte zu einem weiteren lustigen Beinamen: Man war auf einer C 4-Stelle ein Zephir...

**HHDV:**

Wenn ich zu dem Zephir mal anmerken darf: Es war der Level von Eschens Professur in Hamburg als Lehrstuhl, der auch bei den schwerhörigsten Verfechtern der klassischen Hochschulfächer im Elfenbeinturm ambivalente Neugier weckte. Wir Fachhochschullehrer waren ja nun auch schon meistens Professoren, aber keine auf Lebenszeit und nun ein Zephir eines neuen Faches, das noch nicht einmal mit Diplom abschloss, nur mit Zertifikat, war Sensation.

Die Reaktion des akademischen Establishments war demnach: Auf einer Sitzung des Deutschen Musikrats hörte ich denn in einem Gespräch zwischen Zephiren der Musikwissenschaft von drei Universitäten, dass diese Hamburger Professur für Musiktherapie – ähnlich wie die an den Fachhochschulen – vermutlich ähnlich einzustufen seien wie der Versuch in Freiburg mit dem Herrn Benda auf einem Lehrstuhl für Parapsychologie...

**F.M.:**

Weiß ich doch. Aber das ist Kongress – Klatsch, Tagungs-Gerede, weswegen ja viele überhaupt zu Kongressen eilen. Aber jetzt bitte ich einmal um Rückkehr zur Fachimmanenz.

Die „freie“ musikalische Improvisation in der Arbeit von Euch Fachhochschullehrern im Sozialbereich, war ein Teil der Curricula von Musiktherapie-Veranstaltungen.

Andere Teile waren die Kinderlieder für die KiGas, Kitas, Horte und deren musikalischen Früherziehungsprogramme. Außerdem wurde in Eure Musikthera-

pie auch Singen und Musizieren mit Menschen im 3. und 4. Lebensabschnitt einbezogen, also „Macht hoch die Tür“ zum Advent, „Mama“ von Heintje zum Muttertag, Choräle das Kirchenjahr hindurch und Operettenschlager im Winterhalbjahr. Natürlich psychologisiert bis zum Geht-nicht-mehr: Emotionale Bedürfnisanalysen gab es für die allgemeine Altenarbeit (Gerontologie) oder die Alterserkrankten (Geriatric). Kein Lied, ohne dass nicht dazu frei oder biographisch assoziiert wurde (ganz nah bei Freuds Couch versuchte man zu singen, zu spielen, zu improvisieren, wobei Letzteres, die Assoziation, bei Kindern und Senioren – wie Sie wissen – keineswegs den Rang1 einnimmt.) Im Gegenteil. Die wollten Struktursicherungen und nicht so wie die Studenten und ihre jungen Dozenten, die eben manche dieser Strukturen aufweichen, austauschen wollten. 1968 ragte mit seinen Reformen oder Revolutionen an den Hochschulen immer noch weiter und manchmal mehr in die 70er hinein als auf den Straßen des Jahres 1968 in die Medien.

Anders bei Eschen: Er lehrte jetzt seine 4 bis 8 Studierenden freie Improvisation, meist durchgängig im Sitzen, aber die Tiefenschärfe und die Spannung in dieser „Musik der dyadischen Beziehungswelt“ zwischen Studierender und Lehrendem ließ die Empfindung „langer Weile“ wohl nie aufkommen. Er lehrte Gruppenmusiktherapie und natürlich Theorie in Seminarform.

Heute lässt sich leicht lästern über diese Rollenvermischung von Lehre und therapeutischer Begleitung mitsamt der Prüferrolle zum Abschluss, die schon in der Generation danach verunmöglicht wurde, weil die Psychodynamik eines Studierenden natürlich überstrapaziert sein kann, wenn er in der (lehr)therapeutischen Begleitung zu seinen Lebensängsten musikalischen und verbalen Ausdruck findet – und demselben Begleiter dann als Prüfer gegenübersteht.

Überstanden haben diese frühen Zeiten, die auch nur kurze waren, wohl alle – glaube ich.

Was aber eine Musikhochschule gänzlich von jeder anderen Hochschule unterschied, erst recht den meist linkslastigen Fachhochschulen des Sozialwesens, war die Politik-Ferne.

Musikhochschulen sind per se Übungszentren, die alle Energie auf das Handwerkliche am Instrument bzw. das „Stimmwerkliche“ an der Stimme fokussiert, die Übergänge des Handwerks zur Kunst baut und dann weiter die Übergänge von der Kunst – je nach ‚Genie‘ – zur Bühne des Konzertsaals oder Klassenzimmers einfordert. Alles zusammen ist eingebunden in die Kernzelle musikhochschulischen Studiums: das emotional-psychische Sondersetting, welches die Beziehung im Einzelunterricht zwischen Meister(in) zum Jünger zum Zentrum der Zwiebel Musikhochschule macht, Ensemble-Spiel, Theorie-Seminare sind nur weitere Schalen um dieses Zwiebelzentrum.

Der innovationsbegierige, revolutionäre Geist der wissenschaftlichen Hochschulen und Fachhochschulen drang in diese damaligen musikhochschulischen Elfenbeintürme nur in wenigen Einzelfällen durch.

Haben Sie, mein Lieber, nicht 1968 an Ihrer Trossinger Hochschule demonstriert gegen das in einem Überaum Eingeschlossenwerden der Studierenden durch ihre Hauptfachlehrer, wenn sie nicht genügend geübt hatten? Ja, nicht? Eben!

Musiktherapie in den 70ern entwickelte sich zwischen den Musiktherapie-Angeboten der politisierten Fachhochschulen einerseits – und eben dem Elfenbeinturm in Hamburg. Sonderfall Musiktherapie: Die Musiktherapie-Studierenden waren eben gleichzeitig an der Uni und „pitsch-wacher“ in Sachen Politik und Gesellschaftspolitik und diese Pitsch-Wachheit brachten sie in die Musiktherapie mit ein. Zu einem zwar erzkonservativ gekleideten Eschen, der aber so früh es ging die Grünen wählte und für sie dezente Reklame machte.

Ein bisschen noch von dem Geist der 1968er las ich auch damals in dieser Zeitschrift „Musik und Kommunikation, Zeitschrift für Medienpädagogik und Medientherapie in der sozialen Praxis“, in der Sie, junger Mann, damals alle die bisher Genannten sammelten, Praktiker, Fachhochschullehrer und eben auch den Rauhe und Eschen, alles Menschen mit Musik als Therapie im Rucksack hinter sich oder auf dem Tablett vor sich. Ob Rucksack oder Tablett entschied den persönlichen und/oder institutionalen Profilierungsbedarf und dessen Tempo.

Zusammen mit der angestrebten Sonderschule als Praxisfeld der frisch akademisierten Musiktherapie zeigten die Schwerpunktthemen der Zeitschrift „Musik und Kommunikation“ einen guten Spiegel der neuen Praxisfelder bzw. Methoden für Musiktherapie – neben den bisherigen in der Psychiatrie, in der Heilpädagogik.

Raten Sie mal, welches Thema zuerst kam? Eben, richtig: Improvisation. Dazu schrieben auch Autoren von außerhalb der Musiktherapie wie Gertrud Meyer-Denkman und der weibliche Guru der freien Improvisation Lilli Friedemann, (deren letzte Seminare wenige Jahre später in Ihrer Dorfschule in der Heide stattfanden, richtig?).

Oder „Musik und Emotion“ (u.a. mit einem Kernaufsatz jener Almut Seidel), es folgten „Schulsozialarbeit“, „Musik und Medien in der Arbeit mit Kindern“, „Musiktherapie und Theater“, „Musik in der Sozialpsychologie und Sozialpsychiatrie“, „Musik in der Gemeinwesenarbeit“, „Musik in der musikalischen Entwicklung“ (Daniel Stern tauchte erst 15 Jahre später per Buch auf und 1996 dann als Person auf dem 8. Weltkongress sicht- und hörbar für alle Musiktherapeutinnen). Es folgten „Musik und Körper“, „Musik mit älteren Menschen“, „Maltherapie-Musiktherapie“.

Alles in allem mischten sich die Schilderungen von Methodenentwicklungen mit denen von Praxisorten und mit „Mode“-Fächern (Sozialpsychologie, Körpertherapien usw.).

Diese Zeitschrift im kleinen, aber feinen Verlag der Eres Edition hatte in Horst Schubert einen Musik-Verleger, der „gerne in unbekannte Wasser sprang“ (Eigenzitat), wenn es um Musik und Therapie ging. Die primäre Motivation dazu war die Elternerfahrung mit der eigenen Tochter, die unter den Lebensbedingungen eines Langdon-Down-Syndroms aufwuchs. Die sekundäre die des neugierigen Verlegers, der gleich noch eine Buchreihe mit Obertitel förderte, welcher diese sich



schnell erweiternde Schnittfläche zwischen Musiktherapie im engeren klinischen Sinne und Musiktherapie als Soziotherapie spiegelte: „Therapie und Erziehung durch Musik“ – eine Werkreihe zur Musiktherapie und ihren Ansätzen aus dem Elementarbereich“. Im ersten Band schrieb dann Eschen seinen ersten Aufsatz zusammen mit Kollegen noch aus dem eben verlassenen Fachhochschulbereich.

Die Titel „Musiktherapie in der Heimerziehung“ (Gerhard Liebetrau u.a.), „Musiktherapie in der Körperbehindertenpädagogik“ (Klaus B. Müller), „Musiktherapie bei verhaltensgestörten Kindern“ (Waltraud Vorel) öffneten der Musiktherapie neue Leserkreise zu den im akademischen und wissenschaftlichen Bereich hochetablierten Hochglanztiteln aus dem Stuttgarter G. Fischer-Verlag, aus dem wir Musiktherapie-Dozenten mit musikpädagogischem, therapeutisch also autodidaktischem Hintergrund fleißig unsere Musiktherapie-Theorien bezogen und mutiert auf unsere Praxisfelder entwickelten. Frühe, wegweisende Primärliteratur aus Stuttgart waren „Musiktherapie bei psychotischen Erkrankungen“ (von Harm Willms, den Rauhe neben den hauptamtlichen Eschen als Honorarprofessor engagiert hatte) und die „Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie“ von Gerhart Harrer, eben jeder Harrer, der Herbert von Karajans Neugier an Musiktherapie weckte, welche beide mit Medizin verbanden, kaum mit Psychologie oder Psychotherapie.

Keine Marginale, aber vorangemerkt: Die Dame Isabelle Frohne-Hagemann, eine echte Tochter von mir, weil ich sie eben als junge Frau Musiktherapie unter den vielen Männern damals kennen lernte, redete und schrieb ja auch schon mit. Während sie das Fach „Schulpraktisches Musizieren“ in der Hamburger Musikhochschule gleich nach ihrem Examen übernahm, das auch alle Musiktherapie-Studierenden Eschens bei ihr versammelte, schieb sie als Dissertation bei Rauhe und dann abgewandelt für die neue Buchreihe „Das Rhythmische Prinzip“ – mit einem ebenfalls für die Zeit der Öffnung zu interdisziplinärem Denken und Handeln typischen Schnittfelduntertitel: „Grundlagen, Formen und Realisationsbeispiele in Therapie und Pädagogik“. Eine damals hochmoderne Uferlosigkeit – heute lächeln wir darüber. Aber ich, mein Lieber, wirke heute nicht weniger uferlos. Die Uferlosigkeit besteht heute aus dem vielen Spezialwissen und den vielen Spezialwissenschaftlern in der Musiktherapie, von denen wir damals nicht mal träumten: Neurologische Musiktherapie, analytische Musiktherapie, verhaltenstherapeutische, funktionale, schwäbische – sorry, ich meine die Schwabe-Musiktherapie – anthroposophische Musiktherapie – ach, ich stehe mit meinem heutigen uferlosen Spezialwissen auf den Schultern eben auch dieser Zeit.

Zusammengefasst bedeuteten die 70er Jahre für mich vier riesengroße Chancen:

Die erste hatten wir schon – mein Einzug *expressis verbis* als Musiktherapie in die Fachhochschulen nach deren Vorbereitung und Gründung am Anfang des Jahrzehnts.

Die zweite Chance waren die Gründungsvorbereitungen der Deutschen Gesellschaft für Musiktherapie (DGMT), eine Interessengemeinschaft, die damals

schon quasi ‚proto-träumte‘ von Anerkennung des Berufsbildes, Krankenkassen, aber auch schon früh Fortbildung und Weiterbildung entwickelt. Schon wieder Namen? Ich bitte Sie, es sind doch immer dieselben gewesen: Wieder Willms und Team, dann Eschen und schnell die meisten der von mir hier erinnerten Namen. Teilweise hat Gott sie ja schon länger selig und nicht nur so kurz wie den Herrn Eschen.

Die DGMT expandierte schnell: Landesgruppen (die in Niedersachsen hatten Sie doch auch lange am Hals von Ihrer Dorfschule aus, mein Lieber, oder nicht?), dann die eigene Zeitschrift, Tagungen...da musste ich schon manchmal hasten, hetzen, eilen, tun, machen... Aber das tut ja jede Mutter mit kleinen und größeren Kindern, die ich nun hatte.

Die dritte große Chance in den 70ern wurde die Gründung eines weiteren Studiengangs an der Fachhochschule der Stiftung Rehabilitation in Heidelberg.

### „Ein Lebenswerk in jungen Jahren“...

...habe er erschaffen, sagte Johannes Th. Eschen einmal zu Hans Volker Bolay, was stimmte, wenngleich auch Heidelberg ohne Hamburg nicht so einfach gezeugt und geboren worden wäre. Nicht mehr feststellbar die vielen Fahrten, die Eschen – erst mit Rauhe als Großautorität hinter sich – für die Verhandlungen im Stuttgarter Ministerium später allein, abfuhr.

Die Achse Hamburg-Heidelberg war sehr dicht und stabile Argumentationsgrundlage für Aktivitäten Dritter wie von Wolfgang Schroeder mit einem Studienangebot an der Uni Würzburg. Wie so viele besonders dichte, belastbare und dadurch belastete Achsen hielt die Achse nicht ewig, aber einzeln rollten die Räder an den Achsenenden natürlich weiter. Hochschulen waren und sind Ländersache.

Die vierte große Chance wurde meine „Ausbildung der Ausbilder“ am Gemeinschaftskrankenhaus in Herdecke, dem Vorläufer der späteren Universität Witten/Herdecke, geleitet von Konrad Schily und Eschen.

Jaja, doch, Eschen – er wurde von seinem Präsidenten freigestellt für diese zwei Jahre mit zu erwartender großer multiplikativer Wirkung auf mich als Musiktherapie-Szene. Sein Freisteller – ja, ja, auch wieder Rauhe – war ein Mann des großen Herzens, das nicht nur für die eigene Hochschule schlug, sondern ganz allgemein für Gründungen.

Sie merken ja, mein weibliches Herz schlägt auch für Männer und eben auch für Männer, die keine Musiktherapeuten waren und sind. Rauhe ist ein solcher und er ist ein Wegbereiter für mich und meine Töchter und Söhne und das war er auch für Herdeckes Ausbildung der Ausbilder.

Herdecke kostete nämlich Geld – und wissen Sie, wie es floss? Nein? Nur halb? Na, in Kurzform noch mal, weil diese Geschichte nicht im Buch steht, das extra der Geschichte des Mentorenkurses Herdecke gewidmet ist (J. Th. Eschen, Hg., ‚Zu den Anfängen der Musiktherapie in Deutschland, Mentorenkurs Musik-

therapie Herdecke Rückblick und Ausblick', Wiesbaden, 2010.) Nun – die Anfänge waren früher, wie ich Ihnen ja erzähle, aber reflektieren wir erst mal die Anfänge, die vor den von Einzelpersonen gesehenen Anfängen waren – dann ist die Kette natürlich endlos.

Also die Story, eine bewegende, weil sie zeigt, wie nachhaltig ein schlichter Einblick in meine Praxis und Wirkung ist:

Das Geld floss nach einer Audienz beim damaligen Wissenschaftsminister in NRW namens Johannes Rau, richtig, späterer Bundespräsident, für die nicht mehr als 10 Minuten Zeit zur Verfügung gestanden hatte (Rauhe).

Durch wohl einen Doppelkontakt (Hamburg/Rauhe und Herdecke/Schily – Rauhe und Rau kannten sich vom Kirchentagspräsidium her und pflegten beide leidenschaftlich den Gesang und ihr eigenes Singen) kam der Termin in der Düsseldorfer Staatskanzlei zustande. Thema: Planung eines Musiktherapie-Studiengangs für Multiplikatoren

10 Minuten hatte Eschen Zeit, den Minister inhaltlich in Musiktherapie einzuführen und nach diesen zehn Minuten floss das Geld für Herdecke. Wegen „Edward“.

Außer durch Eschen wurde dieser Herr Rau nämlich überzeugt von „Edward“ bzw. der Stimme dieses kindlichen Patienten auf einer dieser altmodischen Musikkassetten. Die Herren Nordoff und Robbins hatten ihre Behandlungsschritte mit „Edward“ mitgeschnitten, das Eschen jetzt dem Minister vorspielte. In den verschiedenen kurzen Ausschnitten hörte sich Rau die Veränderungen der Stimme Edwards in der Musiktherapie an: Vom widerständigen, offen aggressiven Schreien über vererbende Destruktivität in der Stimme hin zu sehnsüchtigem Klagen und schließlich dem gemeinsamen Call – Response im „Hello“-Lied.

Der Minister war tief beeindruckt und genehmigte alles, auch wenn Herdecke dann keine ausschließliche Nordoff-Robbins-Methode schwerpunktmäßig lehrte, sondern mehr das zugehörige Gegenteil: Die psychoanalytisch-tiefenpsychologisch orientierte Arbeit, wie Eschen sie in einem seiner Praktika in London bei Mary Priestley in seinem Studienjahr kennengelernt hatte.

Herdecke orientierte sich an der frisch verabschiedeten Studien- und Prüfungsordnung der Hamburger Musiktherapie und zwar deshalb, weil die Studierenden dieser Multiplikatoren-Ausbildung in Herdecke mit einem Diplom in Musiktherapie von Hamburg abschließen würden. Konrad Schily vertrat in dieser Ausbildung die Musik in der Medizin, weit über deren funktionelle Wirkung hinaus. Es wurde ein länderübergreifendes Projekt, das nun 1978/79 lebte und sein Ziel erreichte: Allein acht von den zunächst 15, schließlich 13 Teilnehmern leiteten in den folgenden 80ern bald eigene Aus- oder Weiterbildungen (wie die sich nach Herdecke gründende Morphologen-Gruppe) oder staatliche Studiengänge (wie Mahns den Zusatzstudiengang Musiktherapie für Sonderpädagoginnen ab 80 er Jahre in Hamburg oder Buzasi in Pecs/Ungarn).

**HHDV:**

Das war die Realisierung der Chance, die die 70er Jahre abschloss? Können wir hinüber in die 80er?

**F.M.:**

Ja, gleich. Sie vergessen sich selbst, mein Lieber! Und Sie vergessen, dass nicht nur ein deutscher Minister in Düsseldorf und einer in Stuttgart für die Heidelberger erfolgreich zur Musiktherapie missioniert wurde, sondern auch ein amerikanisches Erziehungsministerium diese deutschen Musiktherapie-Aktivitäten beeinflusste. Genauer, ich meine dieses Hochschul-Institut mit dem langen Namen, das Sie mit dem schweiz-amerikanischen Musiktherapeuten Paolo J. Knill und dem Kunsttherapeuten Shaun McNiff vom Arts Institute des Lesley College in Cambridge/USA zusammen in der Heide gründeten.

Von dort aus gaben Sie ja die Zeitschrift Musik und Kommunikation (MuK) heraus, die später übergang in die Zeitschrift „Musik und Gesundheit“, die es bis heute gibt für Leute, die nicht nur Fachleute sind. Im Gegensatz zur Zeitschrift „Musiktherapeutische Umschau“ als meinem größtem und dienstältestem Fachorgan eben für die ganze Wissensszene. Immer lustig, diese MU, MuK, MUG – das lässt sich gut singen oder als logopädisches Instrument nutzen.

Zurück zu Ihrem Institut mit dem Endlos-Namen.

Das Ding hieß...?

**HHDV:**

Lesley Institut für Medien – und Ausdruckstherapie, kurz (LIMA).

**F.M.:**

– eben. Und hauptsächlich verbarg sich hinter diesem Namen, den sich ja auch die Musiktherapie an den Fachhochschulen teilweise gegeben hatte (Medientherapie), tatsächlich und hauptsächlich eben mich – Musiktherapie. Während in Herdecke bis heute vertraute und aktuelle Namensträger studierten (Rosemarie Tüpker, Eckhard Weymann, Frank G. Grootaers, Tilman Weber – die spätere Gründungsgruppe der „Morphologischen Musiktherapie“, noch eine neue Musiktherapie-Tochter – und Wolfgang Mahns (damals Hass), Benedikte Barth-Scheiby, Mechthild Jahn-Langenberg, Inge Nygaard-Pedersen, Nikolaus Buzasi, Rosemarie Füg, aus den Augen bzw. meinen guten Ohren habe ich verloren Joachim Ostertag, Ludwig Streicher und Ulrike Winter) lernten bei den Musiktherapie-Dozenten aus USA und aus Wien (z.B. Stella Mayr) und aus dem deutschen Fachhochschulwesen in der alten Dorfschule in Hösseringen / Lüneburger Heide Menschen Musiktherapie in offenen Kursen und Blockseminaren kennen. Namen? Z.B. Tonius Timmermann und Wolfgang Meyberg, die noch weiterstudierten z.B. in Wien oder direkt am Lesley in USA. „Berufsbegleitende Zusatzausbildung“ hieß das, wohinein dann rund 1400 an Musiktherapie und Kunsttherapie Interessierte anreisten, meist anderthalb Jahre lang. Sie und die vielen anderen, die die kunsttherapeutischen Seminare besuchten oder Psychologie-Seminare für Kirchenmusiker der Landeskirche

Hannover ließen ihre Spuren in den alten Klassenzimmern – wie auch umgekehrt die in diesen Räumen therapeutisch bezogene improvisierte Musik in den Teilnehmern. Das letzte Seminar leitete der weibliche Guru der Improvisationsmusik Lili Friedemann.

Zum Lesley College baute die Hamburger Hochschule übrigens kurze Zeit später noch zwei wichtige Brücken zur hochschulrechtlichen Erweiterung und Etablierung der Musiktherapie in Hamburg. Doch davon in den 80ern.

Übrigens, mein Lieber, mit Herdecke waren Sie ja indirekt dadurch verbunden, weil Eschen Sie im Vorgriff auf den Herdecke-Kurs, für dessen Dauer er ja nicht mehr in Hamburg arbeitete, 1977 fragte, ob Sie sich auf eine nebenamtliche Professur für das Zusatzstudium Musiktherapie bewerben würden. Das war Ihre Zeit an diesem Lesley Hochschulinstitut des College in Cambridge.

Sie sagten zu – wie auch der Psychiater Harm Willms und Teichmann-Mackenroth – und wissen Sie noch, wer zu Ihrer Überraschung in der Berufungskommission saß, vor der sie die Probe-Lehrveranstaltung hielten? Nein, nicht die älteren Professoren der Hochschule meine ich, ich meine die Autorin des „Rhythmischen Prinzips“, das sie in Ihrer Buchreihe herausgegeben hatten: Isabelle Frohne. Später, runde zwanzig Jahre später, holten Sie sie als Professorin von Berlin nach Hamburg als Ausgleich für das freie Improvisieren. Es war eine bestimmte Methode des Hörens von Musik und ich wirke ja schließlich auch auf Menschen heilsam durch Hören von Musik. Dschi-ai-em hieß diese Methode, natürlich aus dem Ausland, aber trotzdem sehr gut und sehr wichtig. Oh, dieses ewige Improvisieren.

Jaja, es lässt sich nicht ändern: Meine Personaldecke damals war viel kleiner als mein Tisch, den sie bedecken sollte. Gefährlich klein, denn es kannte fast jede jede, jeder jeden, jede jeden und jeder jede.

Jetzt können wir rüber – in die 80er.

### **HHDV:**

Ich bitte noch um einen kleinen Augenblick: Sie seufzten eben bei dem Schlüsselwort freie Improvisation. „Oh dieses ewige – Sie erinnern“?

### **F.M.:**

Ja, stimmt. Ich seufzte ein bisschen, weil man mit mir, also der Musiktherapie in den 70ern, dasselbe tat wie mit den allermeisten Wissensgebieten: Man hielt mich in einem Extrem fest. Wissensgebiete, wissen Sie, pendeln von einem Extrem zum anderen. Besonders deutsches Wissen ist dafür bekannt. Ein Beispiel: Kaum hat man entdeckt, dass das Temperament eines Menschen vom Milieu geprägt wird – so wird allerorten heftig entsprechend gepredigt und geschrieben, wie durch freien Ausdruck und freie Kreativität Temperament entwickelt werden kann. Gefühlt gelten solche neuen Entdeckungen damals (also bis 1990 ca.) 15 Jahre – dann geht das Pendel in die andere Richtung und es gilt, dass Temperament nun doch mehr genetisch sei.

Verstehen Sie den Vergleich? Musiktherapie bis Ende 60er war wirklich ein bisschen zu ähnlich der klassischen Musikerziehung – Lieder, Musikstücke, Lieder,

Musikstücke, Musik kann ja nie schaden... (das mit dem nie Schaden anrichten war auch ein Irrtum, aber das lassen wir jetzt mal). Also kam die freie Improvisation beim Pendeln in die andere Richtung. Der Herdecke-Absolvent und Mitausbilder in Hamburg, Eckhard Weymann, sprach ja denn auch von „Improvisation als prominentem Medium“. Er hatte ja recht, aber jede Prominenz läuft Gefahr, eben dies auch zu sehr sein zu wollen: prominent. Und neben der Prominenz der freien Improvisation musste ich mit der Lupe suchen, wo in der Musiktherapie eigentlich noch ein schlichtes Lied gesungen oder ein Stück aus dem klassischen Repertoire für den Patienten gespielt wurde, der sich so was ja auch wünscht.

Nicht umsonst hat Mary Priestley, die englische Großmutter der deutschen Musiktherapie, MusiktherapeutInnen empfohlen, rund 40 Stücke auf dem eigenen Instrument aus verschiedenen Epochen der Musikliteratur für solche Patientenwünsche auch parat zu haben. Kleine, ganz kleine nur, aber eben parat – Musik, die für den Patienten gespielt wurde wie seinerzeit eben für das Urklischee des Musiktherapie-Patienten, den König Salomon. Sehr in meinem Sinne hat der Tonius Timmermann diese Art von Musik dann im möglichen Methodenrepertoire als „Für-Spiel“ bezeichnet. Ausgleich für das viele prominente Improvisieren, das verständlicherweise so überbetont wurde, weil vorher der klassische Bereich überbetont war.

Die Mitte zwischen den Extremen macht's oder besser: Das Pendeln des Pendels zwischen den Extremen. Heutzutage – im neuen Jahrtausend, mein Gott, wie die Jahrtausende an mir vorbeirauschen – heutzutage darf ich ja verbunden werden mit Aufstehen aus dem Improvisations-Stuhl, darf ich Wechseln in freie Bewegung – oder ein Bild als seelische Partitur für meine Impro nehmen...

Prominentes, das sich zu sehr betont, kommt etwas einäugig daher, ich meine einohrig, schließlich rede ich hier als Musiktherapia.

Ich war also ganz froh über die Aufbrüche der ausschließlichen Improvisation, in der zudem in nur seltenen Fällen mein Lieblingsinstrument gebeten wurde: Die menschliche Stimme. Freie Improvisation? Sie war damals auf instrumentales Improvisieren begrenzt und so frei denn doch nicht. Denn ganze Freiheit spielt der Mensch musikalisch aus, indem er – singt. „Ich singe, was ich nicht sagen kann“ – das war denn auch eine tolle Thematik in der Dissertation von jener Rosemarie Tüpker aus Herdecke – aber ich sehe, gleich sagen Sie, ich schweife wieder.

Also allgemein zu diesen einäugigen, einohrigen Wissensentwicklungen – man nennt sie in der Wissenschaftspsychologie zwanghaft oder kontinuumfixiert. Sie waren und sind ähnlich der einseitigen Zeit mit ihrem Zuviel an Singen(müssen), die abgelöst wird vom Garnichtmehr-Singen(dürfen). Entweder – oder. Es sei nicht verschwiegen, dass Rauhe diese Einseitigkeit der freien Improvisation in der Fachrichtung Musiktherapie seiner Hochschule enttäuschte. Sein Credo war eben Singen, nicht nur Kanon, aber liedgutorientiert. Rauhe konnte jedoch sehr gut diese damals als nötiges Gegengewicht erscheinende Überbetonung der freien Improvisation respektieren. Das ist etwas anderes als zu akzeptieren.

**HHDV:**

Danke. Ich meine bitte. Bitte jetzt die 80 er.

**F.M.:**

Nein, noch was. Wir dürfen weitere inzwischen fast vergessene Initiative zu Musiktherapie-Ausbildungen nicht vergessen. Da gab es diesen einmal durchgeführten Studiengang Musiktherapie im FB Psychologie der Universität Salzburg, in dem z.B. der Arzt und Musiktherapeut und Dozent für Musiktherapie an der Hamburger Fachhochschule, Lothar Imhof und seine Frau studierten. Oder auch Karl Hörmann, der neben seiner dann bald beginnenden musik- und tanzpädagogischen Arbeit an der Sporthochschule Köln ein musiktherapeutisches Ausbildungskonzept zum „diplomierten Musiktherapeuten“ zu entwickeln begann. Das war durchaus sinngebend, mich mit Tanztherapie zu verbinden.

Hochseriös waren natürlich in dieser Zeit auch die Herren Probst und Kermelmeyer mit ihrem anteiligen Musiktherapie-Plan im Sonderpädagogik-Studium an der Uni Dortmund und ein bisschen später bezog auch die Kölner Heilpädagogik an der Uni meine Netzwerke mit ein. Ja – war das der Dichter Goethe mit dem „weiten Feld“, das ich sei...?

**HHDV:**

Nein, Theodor Fontane, und er meinte – Verzeihung – nicht sie, Frau Musiktherapia. Darf ich jetzt endgültig in die 80er bitten, ja?

**F.M.:**

Ja. Es gab ein Kuriosum: Die Herdecke-Absolventen mussten auf ihre Diplom-Übergaben 1979 noch warten, weil ein echtes Politikum für mich, die Musiktherapie, erst einmal etabliert werden musste. Mein neues Kind war schon geplant in Herdecke, wo sich Schily und Eschen am letzten Krankenbett von Paul Nordoff trafen und Grundsätzliches zum Thema „Aufbaustudium“ träumten.

1983 geriet der Traum von einem solchen – anders als in Herdecke – berufsbegleitendem Aufbaustudium in die Nähe erster Realität. Vom politisch gut vernetzten Rauhe wurde der Aufbaustudien-Traum transportiert zu der hochrangigen politischen Institution, der „Bund-Länder-Kommission für die Bundesrepublik Deutschland“. Die gab ein Planungspapier für ein Diplom-Aufbaustudium Musiktherapie in Auftrag.

Die Musikhochschule strebte gleichzeitig auch den Status einer „Wissenschaftlichen Hochschule“ an und sollte bald auch „Wissenschaftlich-Künstlerische Hochschule“ heißen, ranggleich zu den Universitäten, was für diese zunächst ein Schock war, weil bis dato Musikhochschulen nur Kunst(musik) und eine Scheibe (Musik-) Pädagogik und Universitäten nur Wissenschaft zu verkaufen hatten.

Da wurden Sie dann engagiert, junger Mann, mit ihrem „Lima-Institut-des-Lesley-College“ (Cambridge/USA). Genauer: Dessen Weiterbildungskonzept wurde mit Ihnen nach Hamburg geholt. LIMA hieß Lesley Institut für Medien- und Ausdruckstherapie und im Rahmen dessen hatten Sie und Ihre Kollegen län-

ger und ausschließlich didaktische Erfahrungen gesammelt mit „Berufsbegleitender Zusatzausbildung (BZA)“. Die Struktur dieser „bZA“ in der Heide bzw. in Cambridge mit dessen vielen Erfahrungen von berufsbegleitenden akademischen Qualifizierungen neben Beruf und Familie wurde nun für das geplante Diplom-Aufbaustudium weitgehend übernommen.

Übrigens spielte das Lesley College auch bei der Planung des Promotionsrechtes der Hamburger Hochschule zum „Dr. scientiae musicae“, das von Rauhe und Eschen im Rahmen der Erweiterung der Hochschule zu einer „wissenschaftlich-künstlerischen Hochschule“ auf den Weg gebracht wurde, eine Rolle: Es ging um eine angemessene Promotionsordnung. Sie, junger Mann, damals jedenfalls, haben dann nach der Umwandlung der Fachrichtung in ein Institut für Musiktherapie und nach der Emeritierung Eschens den heute noch bestehenden Promotionsstudiengang speziell für Musiktherapie bei Ihren Berufungsverhandlungen zur Bedingung gemacht – und diese spezielle Promotionsordnung, die erstmals die Beilage von Tonbändern und Videos aus der klinischen Praxis als Analysematerial zum Textteil einer Dissertation erlaubte – kam aus den USA, wo künstlerische Therapie-Ausbildungen längst schon an der Harvard-University ebenso wie in Provinz-Unis mit einem Ph.D. abgeschlossen werden konnten.

#### **HHDV:**

Aber das war schon der Übergang von den 80ern zu den 90ern. Könnten wir noch mal bitte...?

#### **F.M.:**

In dem Antrag an die Bund-Länder-Kommission mischten sich daher etliche Fächer aus dem Herdecke-Projekt mit etlichen Fächern dieses Instituts des vom DAAD sehr geschätzten Lesley Colleges.

Ich sagte etliche, nicht alle, denn nicht alle hatten sich bewährt bzw. Fächer sind nie verantwortlich, sondern die Lehrmethoden ihrer Vermittlung. Das galt für die immer noch frischgeborenen Fachhochschulen wie für Herdecke wie für das LIMA und gilt für alle jeweils neuen Didaktiken dieser Welt. 1984 wurde das alles in einen Gesetzesantrag gefasst.

Der so geborene erste Studiengang dieser Art erhielt in der veröffentlichten Gesetzesfassung wie alles Erste wieder einen Endlos-Taufnamen: „Modellversuchstudiengang Diplom-Aufbaustudium Musiktherapie der Bund-Länder-Kommission“.

My God – warum Erstgeborenes, überhaupt alles Neue immer erst mal so lang heißen muss. Na, wir sprachen ja schon über die Phasen der Profilierungszeiten und ihrer Phänomene im Verhalten derjenigen, die sich mit mir profilieren...

Herdecke war vorbei und zu seinem 25jährigen Jubiläum 2010 schilderte Eschen die Anfänge und eindrucksvoll ehrlich auch die erheblichen Schwierigkeiten dieses Lernens in dem Band „Zu den Anfängen der Musiktherapie“ (wir schilderten ja vorhin die Schultern, auf denen diese Anfänge wiederum aufbauten).



Eschen kehrte zurück nach Hamburg, wo der Zusatzstudiengang nun schon einige Jahre bestand und jetzt der Modellversuchstudiengang Diplom – nein, ich erspare mir die Namen dieser Art, ich will nachher noch singen und mir die Lippenmuskelfasern nicht fusselig reden... also wo jetzt dieser Diplom-Studiengang beginnen sollte. Aber Eschen kam in gewisser Weise nur noch in Teilen zurück in seine kleine, aber feine und wachsen sollende Fachrichtung Musiktherapie.

In nur wenigen Lehrveranstaltungen würde er jetzt im Aufbaustudium sein, weil er kandidierte und gewählt wurde zum Wahlamt des Vizepräsidenten der Hochschule. Der „erste Beamte für Improvisation“ war jetzt mitverantwortlich für eine öffentliche Verwaltung und so ziemlich im Gegenteil der Improvisation. Jedenfalls der freien. Er machte das gut, wie so viele, die das andere Extrem zum eigenen als zugehörig sehen, als Teil des Ganzen.

Sie, mein Lieber, wurden dann eingeladen, um sich auf die „zweite Beamtenstelle für Improvisation“ zu bewerben und damit die Leitung des Modellversuchstudiengangs zu übernehmen.

#### **HHDV:**

Ja – mm. Es war nicht einfach, das Pendeln, auch nicht zwischen den Extremen, aber es gelang dann doch, den Modellversuch als dauerhaft zu etablieren. Er ärgerte uns solange noch, wie das Spannungsfeld zwischen „frei“ und „strukturiert“ oder zwischen „Chaos und Struktur“ frei flottierte.

#### **F.M.:**

Gehen Sie mir mit diesen Begriffspaar... manchmal konnte ich es nicht mehr hören: „Chaos und Struktur“ war eines der meist aufgegebenen Themen für die freie Improvisation in ihren Anfängen, auch in Herdecke und eben auch im Modellversuch, in allen ersten Aufnahmeprüfungen, in allen ersten Abschlussprüfungen... Vielleicht sollte man nicht zu oft zu gerade diesem Thema in die Improvisation einladen. Es war wie mit „Edward“, dessen Musiktherapie-Behandlung auf dem Tonband manchmal zu oft nach seinem Erfolg beim Minister Johannes Rau wiederholt wurde.

Die gesunde Tarierung der Waage zwischen Freiraum und Struktur, zwischen Chaos und Struktur setzte dann nach den ersten beiden Studienjahren ein. Übrigens sehe ich persönlich „Struktur“ keineswegs als das Gegenteil von „Chaos“. Chaos hatte nicht erst in der Philosophie der Antike manche sehr sinnvolle Struktur in sich aufzuweisen. Ein Sturm ist schon durch seine ihm vorangehende Ruhe gut organisiert. Das ruhende Auge mitten im Tornado oder dessen Rüsselgestalt oder der Herzinfarkt, zu dem das auffällig gleichmäßige Pulsieren kurz vorher gehört – nein, nein, Chaos hat sehr wohl Struktur.

#### **HHDV:**

90er? Schaffen wir es kurz, weil auch darin so viel passierte?

**F.M.:**

Nein, noch nicht. Wichtig waren mir noch in den 80ern die Bücher im G. Fischer Verlag von Hans Volker Bolay „Musiktherapie als Hochschuldisziplin in der BRD Deutschland“, von Rainer Boller „Musiktherapeut als Beruf“. Das festigte mein Bewusstsein und das meiner Umgebung dafür, dass ich eine begehrte Dame im Elfenbeinturm der Hochschulen zu werden begann, die aber fleißig die Brücken nach außen baute. Ich will Sie nicht vergessen haben, mein Lieber, Ihr „Handbuch Musiktherapie“ war das erste Kompendium mit dem Versuch, das gegenwärtige Wissen um mich in einem Band zu sammeln. Naja, da ich mich stürmisch entwickelte, entwickelten Sie ja dann zwangsläufig die Nachfolger wie später das „Lexikon Musiktherapie“, das „Lehrbuch Musiktherapie“.

Und mir ist noch für die 80er wichtig, wie sich die wachsenden Abkühlungen zwischen Hamburg und Heidelberg und die Entfremdung zwischen DGMT und dem inzwischen von Gertrud Katja Loos mitbegründeten Berufsverband der Musiktherapeuten (BVM) in der BRD auffangen ließen. Das interessiert eine Mama schon, wie die Streitigkeiten unter ihren Gören sich entwickeln. Es lief ganz gut: Es wurde ein „Vorstandsrat“ gegründet, in den von der Seite der DGMT aus nun Eschen und Bolay saßen und seitens des BVM Frau Loos und Sie, mein Lieber. Die belasteten Achsen meiner Kutsche wurden nun dadurch erheblich entlastet, dass sich über Kreuz gedacht die eigentlichen beruflichen Kontrahenten persönlich entweder respektierten oder gar mochten.

Sagen Sie mal, von Ihnen war bekannt, dass Sie sich mich allen den drei übrigen Mitgliedern, die sich ja wirklich nicht grün waren, gut verstanden. Grenzt solch Verstehen aller nicht an Opportunismus?

**HHDV:**

Nein. Ich las immer gerne Macchiavelli, die Bibel und Richelieus Briefwechsel. So eine Mischung hilft einem in der Vereinspolitik, ob das nun Kaninchenzucht, Yachtbau oder Musiktherapie betrifft.

Es ebnete sich einiges wie immer auch in großer Politik: durch einen Ausschuss, einen Rat. Dieser „Vorstandsrat“, der dann auch die ersten Lehrmusiktherapeuten „ernannte“ (u.a. auch sich selbst, die meisten allerersten Könige krönten sich selbst), verhinderte aber nicht weitere Spaltungen oder Neugruppierungen. Z.B. die des „Berufsverband klinischer Musiktherapeuten“, den Isabelle Frohne initiierte mit inhaltlich auch deutlich mehr gestalttherapeutischem Hintergrund statt des sonst präferierten psychoanalytischen. Es war damals mit den Verbänden, Vereinen, Gruppen und Untergruppen so wie heute im Blick auf Musiktherapie-Bücher: manchmal dachte ich, alle meine Kinderchen leiten einen eigenen Verein. Heute denke ich, dass alle meine Enkel und Urenkel jede und jeder Bücher schreiben.

## Zum Übergang der 80er zu den 90ern:

Grete Eschen, die Ehefrau Herrn Eschens, starb viel zu früh und für die Begleitung der vorangehenden Erkrankung ging Johannes Th. Eschen vorzeitig mit 62 in Pension. Nach ihrem Tod wechselte er seinen Lebenswohnsitz nach Wien, um eine alte Freundschafts-Verbindung dort aufleben zu lassen – und seine Stelle, die des Beamten für Improvisation auf C-4 Lehrstuhlebene wurde ausgeschrieben.

Wieder wurden Sie gebeten, sich zu bewerben, was Sie am Anfang auch taten, dann aber Ihre Bewerbung zurückzogen wegen eines besseren Angebotes in der Schweiz. Wie konnten Sie nur so zaudern!

### HHDV (lacht):

Ja, solche Lebenssituationen sind aber Glücksstrecken, denn dann kam die Anfrage, was ich mir wünschte, um trotz zurückgezogener Bewerbung – ich wollte ein sehr schönes Angebot in der Schweiz annehmen – in Hamburg zu bleiben. Ich wünschte mir sofort den Institutsrang, den ich in den veröffentlichten Dokumentationen des Modellversuchs schon vorgeschlagen und curricular skizziert hatte, die baldige Realisierung eines gesonderten Promotionsstudiengangs an diesem Institut, ein Sekretariat (das gab es vorher nicht) und auf die Dauer eigene Räume, nicht nur unseren Kellerraum, der zwar teuer eingerichtet, aber doch zu sehr im Intrauterinen festhielt...

### F.M.:

Waren Sie eigentlich nicht ausgelastet?

### HHDV:

Wie bitte?

### F.M.:

Na, 1993 starteten Sie dann neben dem Zusatzstudiengang und dem Diplom-Aufbaustudiengang den Promotionsstudiengang am Institut, begannen auf Bitten von Hermann Rauhe bzw. einem Hauptsponsor der Hochschule, Helmut Greve, mit der Vorbereitung für einen ersten Studiengang Musiktherapie auf Master-Ebene in Budapest zusammen mit Katalin Urban Varga, begannen mit den Vorbereitungen für den 8. Weltkongress, den Sie auf Bitten des Congress Centrums Hamburg für Hamburg einwarben, dann haben Sie ...

Da wird doch die Frage erlaubt sein...

### HHDV:

Nein, ausgelastet war ich immer, aber was mich auslastete war dann gleichzeitig die treibende Kraft für weitere Entwicklung – eben auf den Schultern der Vorgänger und Vorgängerinnen. So habe ich den Promotionsstudiengang auch aufgefasst als Weiterführung der „Ausbildung der Ausbilder“ meines Amtsvorgängers, als jetzt mögliche wissenschaftliche Qualifizierung durch die Promotion. Übrigens – eine Dissertation in Musiktherapie konnte man immer schon schreiben, nur dann an

anderen Fakultäten bzw. Disziplinen wie Psychologie (was R. Tüpker tat) oder Theoretische Medizin (T. Timmermann). Neu war in Hamburg quasi der „Musiktherapie-eigene Promotionsstudiengang“.

**F.M.:**

Es ist mir heute noch eine Genugtuung, dass das allererste Promotionsverfahren abgeschlossen wurde mit einer Frau, Monika Nöcker-Ribaupierre.

**HHDV:**

Meine auch, bitte schön. Nur dass ich noch eine zweite Freude hatte und das war ihr Thema (Auditive Stimulation bei Frühgeborenen), weil auch ich in dieser Zeit einstieg in die Säuglingsforschung und analytische Entwicklungspsychologie.

**F.M.:**

Die ersten Doktorandenkolloquien nach dem Start des Promotionsstudienganges 1993, drei Jahre also nach Eschens vorzeitiger Pensionierung, waren ja in mehrfacher Hinsicht ein Kuriosum, nicht? An der Fachhochschule vorher waren viele der über den zweiten und dritten Bildungsweg gekommenen Studierenden älter als Sie mit Ihren 26, mein Junge. In den ersten DoktorandInnen-Kolloquien waren die Doktoranden zwar ungefähr Ihre eigene Generation oder eine halbe darunter, aber sie waren gleichzeitig und schon länger Ihre eigenen Kollegen, die in den anderen inzwischen zügig gegründeten staatlichen Studiengängen für Musiktherapie Ausbildungen leiteten oder mit verantworteten. Susanne Metzner (heute in Magdeburg), Eckhard Weymann (in Hamburg, zeitweilig vorher in Frankfurt/M), Karin Schumacher (Berlin), Fritz Hegi und Sandra Lutz Hochreuthener (Zürich), Elena Fitzthum, Dorothea Storz (Wien), Petra Jürgens (Fürstenu) und unter den jetzigen der in Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie promovierte Thomas Stegemann (Wien), der ein zweites Mal in Musiktherapie bei Ihnen promoviert – gab das nicht Probleme?

**HHDV:**

Ich erinnere keine und glaube nicht, verdrängt zu haben. Es wurde viel gearbeitet, viel ausgetauscht, viel gelacht und vor allem haben wir voneinander viel gelernt durch die verschiedenen Forschungsrichtungen, die sich immer spezifizierender auf die Patientenklientel bezog und die für sie mögliche Indikation für bestimmte Musiktherapie-Methoden – oder auf die beginnende Reflexion des inzwischen stürmisch wachsenden Handlungsrepertoires der Musiktherapie von der Schnürbodenperspektive aus, wissenschaftlicher formuliert: auf der Meta-Ebene.

Die Begleitungen von Forschungsprozessen im Rahmen der Promotionsstudien waren und sind für mich mit das größte Geschenk wegen der ununterbrochenen Weiterbildung, die ich gleichzeitig als Begleiter und Gutachter erleben durfte.

**F.M.: Sie sind euphorisch.**

**HHDV:**

Nein, dankbar und weiter neugierig auf die letzten Arbeitsfortschritte, die ich begleiten darf.

Unsere Zeit ist bald um, ab jetzt im additiven Telegrammstil?

**F.M.:**

Also – ganze Sätze mit Subjekt, Prädikat und Objekt möchte ich schon bis zum Schluss formulieren dürfen, junger Mann. Was hieß Vorbereitungen zum 8. Weltkongress, der doch erst 1996 stattfand?

**HHDV:**

Reisen in die Länder des früheren Ostblocks, die Mauer war vor knapp fünf Jahren gefallen. Dort lud ich die Kollegen vor Ort ein – ebenso wie in USA, Kanada, Brasilien...meinen Sie das? Das Congress Centrum Hamburg, indirekt also das Land Hamburg, zahlte, weil es sich vom Kongress eine besondere internationale Ausstrahlung versprach.

**F.M.:**

Nein, ich meine, dass Sie damals Franz Mecklenbeck, Henk Smeijsters, Till Mengedoth (heute Florschütz) in Ihr Team als Leitungsgruppe einluden und mehrere runde Tische mit allen jetzt in ganz Deutschland erreichbaren Verbänden, Vereinen, Rollenträgern der Musiktherapie veranstalteten.

42 KollegInnen waren es jeweils, die tatsächlich erstmals nahezu die ganze Szene repräsentierten und eine „gesamtdeutsche Gastgeberschaft“ für die ausländischen KollegInnen darstellten. Im Gesamtprogramm im Juli 1996 waren dann 52 Nationen vertreten in über 500 Veranstaltungen mit etwas über 2000 Teilnehmern. Wobei zu den Veranstaltungen auch gekonnte Unterhaltung gehörte, vom Begrüßungsritual (mit jener sagenhaften Saxophon-Frauenband, die Isabelle Frohne für Sie engagieren konnte, meine Güte, hab ich mich amüsiert, mein Lieber) bis zum Schlussritual.

Wissen Sie, dieser Weltkongress hat der Fachszene zwei meiner Inhaltsrichtungen auf breiter Ebene bewusst gemacht, die vorher an meinem Wegesrande blühten, eher als Mauerblümchen an einer geistigen Mauer denn als einer aus Stein.

Einmal war das mit der Teilnahme von Daniel Stern am Kongress der endgültige Einzug der analytischen Entwicklungspsychologie in die Musiktherapie und damit eine neue Strömung, die dem Übergewicht der klassischen Psychoanalyse – die Probleme dieser Welt eben Übergewichtig der frühen Kindheit zuordnend – eine neue konstruktivere, hellere Vorstellung von Kindheit hinzugesellte. Heute gibt es eine „entwicklungspsychologisch orientierte Musiktherapie“, die z.B. Karin Schumacher und Sie selbst favorisieren, in Teilen auch Fritz Hegi. Meine Tochter Almut Seidel, durchaus psychoanalytisch versiert, fragte schon früh in einer Rezension Ihres „Lehrbuchs Musiktherapie“ in der „MU“ – oh diese missverständlichen, in

diesem Fall an Landwirtschaft erinnernden Kürzel! – vorsichtig nach, ob sich mit der Betonung dieser neuen Sicht auf Kindheit möglicherweise eine politisch gewollte neue Musiktherapierichtung entwickeln sollte.

**HHDV:**

Da hatte sie richtig gewittert. Nur dass ich es als erkenntnistheoretische Entwicklung und nicht als eine politische sehe.

**F.M.:**

Das zweite, was mir auf und nach dem Weltkongress angenehm war, ist die seither vollzogene Wieder-Annäherung an die Medizin, der ja viele Musiktherapeuten – zeitweilig auch der Herr Eschen – eher abgeneigt waren. Sie wurden ja auch einmal auf einer Tagung des Berufsverbandes der MusiktherapeutInnen beschuldigt, mich an die Medizin verraten zu haben wegen Ihrer Politik, Mediziner in die Musiktherapie-Ausbildung zu berufen. Sie auszuschließen aus dem Verband wurde sogar gefordert.

Dabei hatte ich selbst das Nest, aus dem ich flügge wurde, nie vergessen. Ralph Spintges Veranstaltungen mit seiner MusikMedizin waren die ersten seit Jahren wieder in Deutschland und setzten einen Neu-Anfang der Zusammenarbeit von Musikpsychotherapie und Musik in der Medizin, die lange in West-Deutschland verpönt war, obwohl sie überall auf allen Kongressen im internationalen Ausland Selbstverständlichkeit genoss. Ich betone, dass diese Abkehr der Musiktherapie von Medizin-Wissen mehr in Ihrem Westdeutschland vorherrschte, nicht in Ostdeutschland. Der Schwabe und seine Mannen und Frauen hatten sich bei aller Psychotherapie-Betonung (nicht ungefährlich in der früheren DDR) nie von der Medizin so gelöst wie die Westler.

Immer diese Entweder-Oder-Haltungen bei Euch hier! Ich bin jetzt froh ums Interdisziplinäre...

Warum hatten Sie eigentlich so viel Sorge, dass es kein Erfolg werden könnte?

**HHDV:**

Die Größenordnung, die das CCH ansetzte, war in unserer kleinen, intimen Fachszene – vergleichen wir andere Organisationen von Gesundheitsberufen und bisherige Formate der Präsentation unseres Faches – noch nie gewesen. Außerdem rief ein Studienleitungskollege von seiner Hochschule aus zum Boykott des Kongresses auf – mit Plakaten usw. Da sorgte ich mich schon um die Akzeptanz des Kongresses bei den eigenen Leuten. Nun, die Studierenden dieses Kollegen waren dann dafür zahlreich vertreten auf dem Kongress und ganz offenbar sehr gerne dort. Bei den nötigen diplomatischen Kittungen war der Kollege Ernst Walter Selle aus Heidelberg dann ein Kurier und Botschafter ersten Ranges – auch über Jahre hinweg in der Studienleiter-Konferenz der staatlichen Ausbildungen, in denen ich Hamburg durch meinen Stellvertreter Eckhard Weymann bestens vertreten wusste.

**F.M.:**

Ich muss sagen, dass ich schon Schmetterlinge in meinem älteren Bauch fühlte, als ich hörte, dass doch tatsächlich Helmut Schmidt, unser früherer Bundeskanzler der Schirmherr für den Kongress, nein, für mich, die Musiktherapie sein wolle. Diese Dimension war ich auch noch nicht gewohnt.

Bei aller Freude an der Hoffnung auf Gelingen, war ich auch noch nie vorher und währenddessen und danach derart in den Medien vertreten. Von der täglichen Tagesschau am Abend bis zum Spiegel, von der BUNTEN bis zur Apothekenzeitschrift, von der ARD zum ZDF – ich, wir alle haben das nicht für möglich gehalten, auf was für ein plötzliches wirklich öffentliches Interesse ich nun stieß, ich, das Orchideenfach, die Frau Musiktherapia. Wir waren bei diesem Kongress – wie es übrigens auf allen gelingenden Kongressen sein sollte – hinweg über alle Verbands- und Methoden- und Menschenbildergrenzen verbunden. Obwohl sich auch schon neue, diesmal in den Köpfen aufgezoogene Mauern zeigten, nachdem die steinernen Mauern gefallen waren. Aber zunächst genossen wir noch das öffentliche Interesse.

My God: Sogar in Spielfilmen kam ich jetzt vor. Erinnern Sie sich, junger Mann, als Christan Quadflieg einen Dirigenten spielte und alleinerziehenden Vater von vier Töchtern und entsprechend oft verzweifelte – in eine solche Verzweiflung hinein bricht die seriöseste Tochter ihr Medizin-Studium ab mit der Information, sie wolle jetzt Musiktherapie studieren.

Es gab 160 Briefe an die Fernsehanstalt danach, wo man Musiktherapie studieren könne und Sie hatten viel zu antworten.

**HHDV:**

Ja, ich, wir hätten solch Echo nie zu hoffen gewagt.

**F.M.:**

Sie unterschätzten alle meine Attraktoren, die ich immer schon hatte, die Sie meistens nur im früheren Elfenbeinturm verdeckten. Nicht vergessen, es gab nicht wenige, die die sprunghaft wachsende Popularität von mir gar nicht gut fanden, weil ich dadurch plötzlich viel mehr Vertretern „gehörte“.

Auch hinterher blieb es lebhaft: Insgesamt 8 Filme haben Sie dann allein mit dem NDR innerhalb von drei Jahren gedreht – mit mir als Hauptperson. Das tat gut, nach so viel stillem, mühsamem Engagement meiner frühen Pioniere in ihrer Einsamkeit, dann tat es gut nach dieser akademischen Profilierung. Heute bin ich im öffentlichen Interesse nicht mehr wegzudenken und Bücher über mich – du liebe Zeit: Ihr Musiktherapeuten gebiert ja nicht nur unzählige Töne mit Euren Patienten in Eurem Leben, sondern schreibt soviel wie die Kaninchen zeugen. Und je mehr geschrieben wird, desto mehr Pioniere sehe ich um mich herum. Manchmal denke ich, das ist ein musiktherapeutischer Beruf geworden: Pionier. So viele davon sehe ich inzwischen.

Zurück zu den Büchern und Zeitschriften.

Nach einer Statistik – ich glaube des Börsenvereins des deutschen Buchhandels oder die Deutsche Bibliothek in Frankfurt – seid Ihr die kleinste Berufsgruppe

im öffentlichen Gesundheitswesen (Geistheiler also nicht mitgerechnet) und die mit dem größten Ausstoß von Printwerken über Euer Tun und Lassen. Lassen eigentlich wenig.

Ich erinnere, wie gut es mir dabei ging, beim Kongress und hinterher, denn ich – junger Mann – bin trotz meines Alters durchaus öffentlichkeitsfreudig, um nicht zu sagen öffentlichkeitsgeeignet, ja „präsentabel“. Erinnern Sie? Kaum war der Kongress vorbei, erklärte sich die durch den Kongress durch Musiktherapie verklärte Senatorin (Ministerin) der Gesundheitsbehörde in Hamburg bereit, Ihre Studenten mit ein bisschen mehr Medizin im Curriculum mit dem Musiktherapie-Diplom gleichzeitig den sog. kleinen Psychotherapie-Schein nach dem Heilpraktikergesetz aufgrund der Aktenlage (Diplom der nun wissenschaftlich-künstlerischen Hochschule) auszugeben.

Das war ein rechtlich kleiner, aber psychologisch wichtiger Schritt, denn nun gab es offiziell die erste Erlaubnis für diplomierte Musiktherapeuten, ihr Fach mit der Erlaubnis zur Ausübung der Psychotherapie zu verbinden. Und das Nette bei Ihnen in der BRD ist, dass dann, wenn ein Bundesland mich so behandelte wie in Hamburg, nun auch die anderen staatlichen Ausbildungen in anderen Bundesländern auf Gleichbehandlung klagen konnten. Das war aber kaum nötig: Z.B. die Frankfurter Fachhochschulausbildung in Musiktherapie zog sofort nach und andere auch...

Ha, die Krankenkassen waren durch die Medienberichte über mich und meinen Schirmherrn, diesen Kanzler a.D. Helmut Schmidt u.a. Politiker aufgeschreckt. Betriebskrankenkassen übernahmen jetzt erste Musiktherapie-Behandlungskosten auf Einzelantrag. Landwirtschaftliche u.a. Genossenschaftliche Krankenkassen folgten und die AOK, die offiziell streng beim Nein zur Kostenübernahme von Musiktherapie blieb, ließ nach einem Vortrag über Musiktherapie manche Selbsthilfegruppen wissen, dass sie als AOK den Musiktherapeuten keine Mark zahlen dürfe, wolle, könne – aber wenn sie, die Selbsthilfegruppen eine Musiktherapeutin z.B. für die Nachsorge von Krebspatienten, die Begleitung von Parkinson, die Nachsorge bei Apoplexien engagieren wollten – dann würde die AOK der Selbsthilfegruppe die Kosten anweisen und die könne machen, was sie wolle...

Die Kreativität zwischen den offiziellen Stühlen wuchs. Trotzdem wünschte ich mir schon längst die Anerkennung von mir auf einem der offiziellen Stühle.

Naja, der Bundesverteidigungsminister Struck in den 90ern oder der Kultusminister Stratmann in den 2000ern oder der sächsische Ministerpräsident Biedenkopf – sie alle waren sofort bereit, z.B. ein Musiktherapiegesetz á la Logopäden-Gesetz vorzubereiten und durchzubringen. Aber bei der Frage der Minister und ihrer Staatssekretäre an Sie, mein Lieber, wer denn die offizielle Lobby der Musiktherapeutinnen vertrete, um Verhandlungspartner zu sein, da lautete unsere Antwort: Wir sind ganz verschiedene Musiktherapeuten, haben verschiedene Ausbildungen, akademische und nichtakademische, wir sind ostdeutsche und westdeutsche Musiktherapeutinnen und -therapeuten, haben zwar eine AG für Studienleiter der staatlichen Musiktherapiestudiengänge – schon 1986 in Hamburg gegründet – aber



auch die Hochschulen sind sich nicht alle gleich grün untereinander und in natürlicher Konkurrenz – ja, da haben sie alle ehrlich traurig reagiert und bedauert: Bevor ich, die Musiktherapie, nicht unter meinen Gören für ein einheitliches Sprachrohr gesorgt haben würde, würde das nicht gehen – dann aber sofort...

**HHDV:**

Die 90er?

**F.M. :**

Für Firmen gibt es das Vierphasenmodell – 1) Gründungsgeneration 2) Ausbau – und Erweiterungsgeneration 3) Konsolidierungsgeneration und 4) – wissen Sie das nicht selbst?

**HHDV:**

J – ja, aber ich hoffe nicht, dass das ...

**F.M.:**

Die 4. Generation – bei Firmen oft die, bei der die Erben alles verschleudern, was sie erbt von ihren Müttern – wird bei mir anders sein.

Die 90 er sind so etwas wie die vierte Generation, aber da ich meistens das Unerwartete tue, wirkte ich in der 4. Generation weiter konsolidierend und ausweitend sowohl in der Kernzelle, der Behandlungserfahrung mit Patienten, als auch der zugehörigen Feindifferenzierung der Forschung – und damit der Lehre. 14 deutschsprachige Studiengänge gibt es jetzt im Gürtel von Wien bis Hamburg.

Thomas Stegemann, Elena Fitztum u.a. haben in ihrem Aufsatz in diesem Jahrbuch zur Geschichte der Studiengänge eine prima Synopse gestaltet, die unser Gespräch hier ergänzt – oder unser Gespräch diese.

Durch die Aufträge an die Hamburger Hochschule aus dem Ausland, auch dort Musiktherapie zu etablieren, kriegte ich neue wunderhübsche Kinder mit deutschen Milieuteilen, erst in Ungarn, dann in Estland, in Taiwan, in Russland und in Japan und China gibt's deutsche Musiktherapie jedenfalls in Büchern.

Hier Zuhause hat sich dann in den 2000ern Vieles getan, was auch keinen Firmenvergleich mit deren Phasenablauf erlaubt: Einige der Verbände haben sich unter einen Hut bewegt, die Tiefenpsychologen vertragen sich darunter mit den Nordoff-Robbins – Enkeln ebenso wie mit Fritz-Perls – Enkeln bzw. Hilarion Petzoldt – Kindern, mit den anthroposophischen, den klinischen...Mann, habe ich viele Kinder und es vertragen sich immer mehr.

In den staatlichen Studiengängen und in der Nachfolge jener alten Studienleiter-AG mit dem heutigen so schön weiblich-kleinkindlich lautierenden Namen „AMA“ gibt es jetzt durch den Generationenwechsel – Sie werden eben älter, mein Lieber und Ihre Leitungsgeneration auch! – bald gleichauf weibliche und männliche Leitungsfiguren. Hab ich mir immer bei den vielen Männern in meinen Anfängen gesagt: Geduld, meine Liebe, nur Geduld, lass die erstmal einige Anstöße geben, dann tragen wir die Kinder aus...und auf die Dauer werden es Töchter. So

wie zum Bsp. diese Jahrbuchreihe: Gucken Sie mal die Herausgeber an – zeitgemäß, nicht wahr. Nur Töchter.

Und dahinter reifen schon die Enkelkinder, haufenweise nun promoviert, weibliche natürlich in der Überzahl, auf den nächsten Generationenwechsel wartend und tüchtig! Nein, rutschen Sie nicht so unruhig rum auf Ihrem Stuhl – Männer werden wir weiter auch durchaus für sinnvoll halten. Schon wegen des Kontinuums der Generationen.

Stellvertretend für die Ausbildungen im deutschsprachigen Bereich in privater Struktur sei noch einmal die in der Schweiz genannt, die Joachim Marz initiierte und die nun auch schon fünf „Generatiönchen“ MusiktherapeutInnen in die Praxis entließ.

Kennen Sie meine Ausweitung in die breitere Gesellschaft außerhalb der klinisch orientierten Musiktherapie namens „CMT“ Community Music Therapy? Das erinnert mich an Projekte der Fachhochschulen mit den allerersten Hochschullehrern für Musiktherapie mit mir vor 40 Jahren, Abenteuerspielplatz, Marktmusik, Jahrmarktmusik...Darüber schrieb kürzlich eine Christine Simon, auch zu mir gestoßen, ihre Dissertation. Oder Menuhins Life Music Now-Bewegung oder die Singenden Krankenhäuser oder die singenden Klassenzimmer – sie alle haben Milieuprägungen durch mich jaja...

Dann die Berufspolitik der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft für Musiktherapie (DMTG) – die macht mir ebenso weitere Hoffnung wie alle Bemühungen davor. Und in Augsburg, hörte ich, wurde höchstgutachterlich festgestellt, dass mein Masterstudiengang dort – und ich weiß auch fast überall woanders – besser sein soll als ein Bachelor in Psychologie. Tempora mutantur...hätt ich nicht gedacht, dass Gutachter so schnell reifen in ihrem Erkennen, was und wer ich längst bin – und eigentlich schon länger war...

Vielleicht schwingen meine früheren Konkurrenten jetzt in die Adoleszenz ein – da reift ja die Erkenntnis der interdependenten Abhängigkeiten voneinander, um was zu werden.

Was, keine Fragen mehr? Ich hätte noch so viel...

#### **HHDV:**

Leider haben wir die Zeit schon ungebührlich überzogen – und bereits dafür eine Genehmigung der Verantwortlichen einholen müssen. Übrigens alles ausnahmslos Frauen, die Verantwortlichen, die unser Gespräch bringen. Aber für unser Gespräch rien ne va plus...

Ich danke Ihnen für das Gespräch, Frau Musiktherapia!

#### **F.M.:**

Das beende ich, mein Lieber.

Wir sollten bei soviel weiblichem Prinzip in unserem Feld einen Mann noch zu Wort kommen zu lassen. Dann reden ja nicht wir beide, sondern ein Dritter. Ich mach's einfach, wer will mir schon den Mund verbieten...

„Es war (in der Geschichtsschreibung) unvermeidlich, dass Vorgeschichte eher ein Ausdruck der Meinungen und Wünsche der Gegenwart als ein Abbild der Vergangenheit wurde (...). Manche Spur der Vergangenheit wird missverständlich im Sinne der Gegenwart gedeutet...“

Sigmund Freud

## Literatur

H.-H. Decker-Voigt (Hg.), Dokumentationen I – III zu den Studienjahren im „Modellversuch der Bund-Länder-Kommission Dipl.-Aufbaustudium Musiktherapie der Hochschule für Musik und darstellende Kunst Hamburg, Eres Edition, Lilienthal/Bremen 1988/89

H. Bruhn, Musiktherapie – Geschichte – Theorien – Methoden, Hogrefe, Göttingen 2000

J. Th. Eschen, Zu den Anfängen der Musiktherapie in Deutschland, Mentorenkurs Musiktherapie Herdecke, Reichert, Wiesbaden 2010

Prof. h.c., Dr. h.c. Hans-Helmut Decker-Voigt,  
Allenbostel 35, 29582 Hanstedt I/Lbg. Heide  
[www.decker-voigt-archiv.de](http://www.decker-voigt-archiv.de)

# Zum Stand staatlich anerkannter musiktherapeutischer Ausbildungen im deutschsprachigen Raum mit Blick auf europäische Entwicklungen

## The status of state-approved music therapy training courses in the German-speaking countries including European developments

Thomas Stegemann, Wien, Elena Fitzthum, Wien,  
Tonius Timmermann, Augsburg, Hans Ulrich Schmidt Hamburg/Augsburg

*Seit 1959 sind im deutschsprachigen Raum vierzehn staatlich anerkannte musiktherapeutische Ausbildungen entstanden. Die zwölf derzeit existierenden Studiengänge ermöglichen ca. 200 Studierenden pro Jahr eine Graduierung auf Master-, Diplom- oder Bachelorniveau. Basierend auf den Informationen der „Studien- und Ausbildungslandschaft Musiktherapie 2012“ werden in diesem Artikel Studienmodule der einzelnen Ausbildungsinstitutionen tabellarisch gegenübergestellt und im Hinblick auf strukturelle und inhaltliche Vergleichbarkeit untersucht. Das Ergebnis dieser Analyse zeigt, dass sich die Studieninhalte in sechs Basisdisziplinen zusammenfassen lassen, die in nahezu allen Ausbildungscurricula enthalten sind: Musik, wissenschaftliche Grundlagen, musiktherapeutische Theorie und Praxis, Medizin/Psychologie, Psychotherapie und Selbsterfahrung. Die Heterogenität der Modul- und Fächerbezeichnungen mindert jedoch die Transparenz und die musiktherapeutischen Ausbildungen laufen somit Gefahr, v. a. in der Außendarstellung ein zu unsystematisches Bild prinzipiell vergleichbarer zentraler Studieninhalte zu vermitteln.*

*In the German-speaking countries, fourteen state-approved music therapy training courses have been developed since 1959. At the twelve sites that exist today, about 200 students per year gain their Master, Diploma or Bachelor degree in music therapy. Based on data from a music therapy training programme survey from 2012, this article compares various aspects of music therapy training modules within different curricula. Results show that core content of these curricula can be grouped into six basic modules: music, scientific fundamentals, theory and practice of music therapy, basics of medicine and psychology, psychotherapy, and self-experience. Due to the heterogeneity in the modules' labelling, it is difficult to get a general overview. Thus, key content of the curricula – although comparable in principle – might not be perceived as similar and might seem random from an external point of view.*

## 1. Einleitung

Ziel dieses Artikels ist es, den Status quo staatlich anerkannter musiktherapeutischer Ausbildungen im deutschsprachigen Raum sowohl strukturell als auch inhaltlich abzubilden und im Hinblick auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu beleuchten. Insbesondere sollen anhand tabellarischer Vergleiche die „babylonische Sprachverwirrung“ der Fächer- und Modulbezeichnungen aufgezeigt und die sich daraus ergebenden Implikationen (z. B. hinsichtlich der Bemühungen um eine gesetzliche Regelung in Deutschland) diskutiert werden. Die Daten dieses Artikels stützen sich im Wesentlichen auf die Selbstdarstellungen/Beschreibungen der einzelnen Ausbildungen in der „Studien- und Ausbildungslandschaft Musiktherapie 2012“, herausgegeben von der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft (DMtG).

Bei der Vielfältigkeit allein innerhalb der deutschsprachigen Musiktherapie-Ausbildungslandschaft stellt sich die Frage, wie viel Homogenität die Curricula aufweisen müssen und wie viel Heterogenität sie aufweisen dürfen – insbesondere vor dem Hintergrund von Anstrengungen, welche die Implementierung eines gesetzlichen Berufsschutzes zum Ziel haben. Länder wie die Schweiz und Österreich konnten diesbezüglich in der Vergangenheit von ihrer geringeren Größe bzw. von ihrer homogenen Szene profitieren. Dies war unbestritten ein Vorteil bei den gesundheitspolitischen Abwicklungen. Ein Satz eines Ministerialbeamten im Vorfeld der sich über mehr als 20 Jahre (sic!) hinziehenden Vorbereitungen für das österreichische Musiktherapiegesetz (MuthG) sei hier zitiert: „Werdet Euch erst einmal einig und dann kommt’s wieder!“

Vor allem der Aufbau des Wiener musiktherapeutischen Curriculums macht deutlich, wie sich die inhaltliche Entwicklung der Disziplin Musiktherapie in den Ausbildungsmodulen spiegeln kann. So war es zunächst das Quartett von Musik, Medizin, Psychologie und Heilpädagogik (von 1959 bis 1992), das sich in eigenen Ausbildungsmodulen niederschlug. Dann kam die Psychotherapie hinzu und ersetzte die Heilpädagogik und den Rhythmikunterricht (1992). Das letzte neue Ausbildungsmodul „Ethik und Berufsrecht“ wurde aufgrund der gesetzlichen Vorgaben des MuthG 2009 eingerichtet. Nicht zuletzt dadurch, dass einige der Wiener AbsolventInnen an anderen Orten Musiktherapiestudiengänge als AusbildungsleiterInnen prägten (z. B. de Backer in Leuven, Lutz Hochreutener in Zürich, Schumacher in Berlin und Timmermann in Augsburg), wirkte der Einfluss der „Wiener Schule“ (Mössler, 2011) auch über die Grenzen Österreichs hinaus. Ab den 1990er Jahren diversifizierte sich die jeweilige berufspolitische Situation in jenen Ländern, in denen die Psychotherapie gesetzlich anerkannt und geregelt wurde. Dadurch wurden verbindliche Ausbildungsstandards etabliert, die auch für andere Therapieausbildungen – wie die Musiktherapie – zum Maßstab wurden (z. B. bezogen auf Umfang der Selbsterfahrung/Lehrtherapie). Ungeachtet dessen lassen sich noch Gemeinsamkeiten in den Grundmodulen der verschiedenen Musiktherapie-Ausbildungen erkennen, ihre inhaltlichen Schwerpunkte und die Begrifflichkeiten sind jedoch z. T. sehr unterschiedlich.

## 2. Kurzer historischer Überblick und Status quo

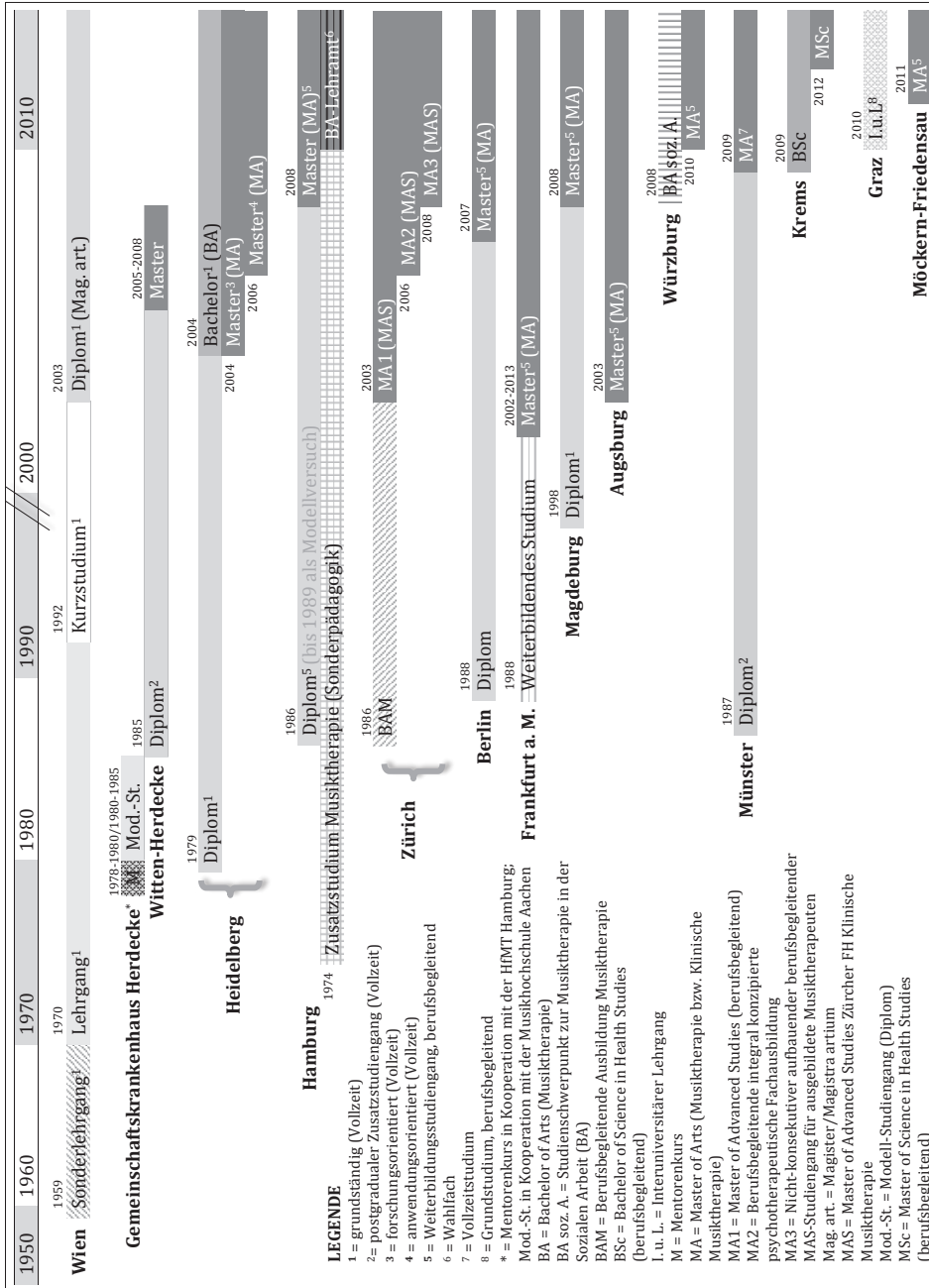


Abb. 1

Wie in der Abb. 1 zusammengefasst, sind in einem Zeitraum von 51 Jahren (1959 bis 2010) in Deutschland, Österreich und der Schweiz 14 staatliche musiktherapeutische Ausbildungsinstitutionen entstanden, von denen 12 einen Master- bzw. Diplomabschluss anbieten; in Heidelberg, Würzburg und Krems kann ein Bachelor-Abschluss erworben werden; in Graz wird der Interuniversitäre Lehrgang (I.u.L.) mit einem Zertifikat abgeschlossen, das über eine Gleichwertigkeitsanerkennung der IMC Fachhochschule Krems dem Bachelor-Abschluss gleichgestellt ist. Somit existiert im deutschsprachigen Raum seit mittlerweile 54 Jahren (1959 bis 2013) eine akademische musiktherapeutische Ausbildung – eine Zeitspanne, die innerhalb Europas nur mit jener von Großbritannien zu vergleichen ist (1958 bis dato).

Es fällt auf, dass es nach der Gründung der Wiener Ausbildung im Jahre 1959 zunächst 20 Jahre dauerte, bis – nach der Einrichtung des Mentorenkurses in Witten-Herdecke („Ausbildung der Ausbilder“) – zwei weitere grundständige Studiengänge entstanden (1979 in Heidelberg und in Witten-Herdecke). Im Zeitraum 1981 bis 2011 formierten sich weitere elf Ausbildungsinstitutionen, wobei die Dichte der Gründungen in den Jahren ab 2003 besonders groß ist (vgl. auch den Beitrag von Decker-Voigt in diesem Band).

Die unter dem Begriff „Bologna-Prozess“ bekannt gewordenen Umstrukturierungen im europäischen Hochschulwesen gehen auf die im Jahr 1999 von 29 europäischen Bildungsministern unterzeichnete Erklärung im italienischen Bologna zurück. Diese – inzwischen von 17 weiteren Staaten ratifizierte – Vereinbarung hatte die Schaffung eines einheitlichen europäischen Hochschulwesens bis zum Jahr 2010 zum Ziel. Dieses Zeitfenster für die Umsetzung wird auf obigem Zeitstrahl (Abb. 1) deutlich: Von 2002 beginnend haben nahezu alle Ausbildungen einen Master-Studiengang eingeführt (12 von 14); Ausnahmen bilden Wien mit dem Diplom-Abschluss und Graz mit dem Interuniversitären Lehrgang (I.u.L.).

Die *Ausbildungsdauer* beträgt in der Regel für einen Master-Studiengang zwischen 4 Semestern (Heidelberg (anwendungsorientiert), Krems, Magdeburg, Münster, Würzburg) und 6 Semestern (Augsburg, Berlin, Hamburg, Möckern-Friedensau). Ausnahmen stellen der forschungsorientierte Master in Heidelberg (2 Semester) sowie die Ausbildungen in Wien und Zürich (MA1) mit jeweils 8 Semestern dar. Die Studiendauer für die Bachelor-Studiengänge (bzw. I.u.L.) liegt bei 6 Semestern (Krems), 7 Semestern (Heidelberg) und 8 Semestern (Graz).

Die *Kosten* für ein Musiktherapie-Studium sind in der Tab. 1 näherungsweise aufgeführt. Es fällt die große Spannweite der anfallenden finanziellen Belastung auf, die zwischen nicht anfallenden Studiengebühren und ca. 25.000 € (Gesamtkosten für acht Semester inkl. Masterthesis) liegt.

Tab. 1 Ausbildungsdauer und Studiengebühren

Ausbildungsort + Studiumsart	Dauer des Studiums	Studiengebühren <sup>1</sup>	Kosten insgesamt <sup>2</sup>
<b>Deutschland</b>			
Augsburg (MA)	6 Semester	500 € / Semester	3.000 € <sup>3</sup>
Berlin (MA)	6 Semester	300 € / Monat	10.830 € <sup>3</sup>
Hamburg (MA)	6 Semester	270 € Semesterbeitrag	1.650 € <sup>3</sup>
Heidelberg (BA)	7 Semester	590 € / Monat*	25.400 € <sup>4</sup>
Heidelberg (MA) anwendungs-orientiert	4 Semester	600 € / Monat*	15.020 € <sup>4</sup>
Heidelberg (MA) forschungsorientiert	2 Semester	600 € / Monat*	7.820 € <sup>4</sup>
Magdeburg (MA)	4 Semester	500 € / Semester	2.000 €
Möckern-Friedensau (MA)	6 Semester	1.668,67 € / Sem.	10.012 €
Münster (MA)	4 Semester	keine <sup>3</sup>	keine weiteren Angaben
Würzburg (MA)	4 Semester	1.500 € / Sem.	6.000 € <sup>4</sup>
<b>Österreich</b>			
Graz (I.u.L.)	8 Semester	270 € / Monat	13.080 € <sup>5</sup>
Krems (BSc)	6 Semester	363 € / Sem.	2.178 € <sup>6</sup>
Krems (MSc)	4 Semester	363 € / Sem.	1.452 € <sup>6</sup>
Wien (Diplom)	8 Semester	keine <sup>6</sup>	140 € <sup>7</sup>
<b>Schweiz</b>			
Zürich MA1	8 Semester	3.045 € / Sem. <sup>8</sup>	24.960 €
Zürich MA2	10–12 Sem.	s. MA1 + 5.600 €*	30.560 €
Zürich MA3	bis zu 4 Sem.	nach Vorbildung variabel <sup>9</sup>	max. 5.210 €

- 1 Angaben laut „Studien- und Ausbildungslandschaft Musiktherapie 2012“ bzw. aktualisierten Informationen\* durch die AusbildungsleiterInnen (persönliche Mitteilung)
- 2 Studiengebühren, Aufnahmeprüfungsgebühr, Semesterbeitrag etc. zusammengerechnet (Angaben laut „Studien- und Ausbildungslandschaft Musiktherapie 2012“); Lehrmittelkosten (Bücher, Instrumente etc.) sind individuell unterschiedlich und daher nicht berücksichtigt.
- 3 Nicht beinhaltet sind Kosten für Lehrtherapie und Supervision
- 4 inkl. Gruppenselbsterfahrung und -supervision
- 5 zuzügl. Kosten für Einzellehrtherapie (90 Sitzungen)
- 6 zuzügl. Pflichtbeitrag Österreichische HochschülerInnenschaft (17,50 € /Sem.)
- 7 inkl. Instrumental-Einzelunterricht, Einzel- und Gruppenselbsterfahrung
- 8 umgerechnet nach Kurs vom 21.05.2013 (1 CHF = ca. 0,80 €)
- 9 Die Kosten der Aufbaumodule richten sich nach den Teilnehmerzahlen.

BA – Bachelor, BSc – Bachelor of Science in Health Studies, I.u.L. – Interuniversitärer berufsbegleitender Lehrgang, MA – Master, MA1 = Master of Advanced Studies, MAS (berufsbegleitend), MA2 = MAS + aufbauend Musik-Psychotherapie (Diploma of Advanced Studies, DAS), MA3 = Nicht-konsekutiver aufbauender berufsbegleitender MAS-Studiengang für ausgebildete Musiktherapeuten, MSc – Master of Science in Health Studies



*Studienplätze pro Jahr:*

Master/Diplom: Augsburg (14), Berlin (15), Hamburg (4), Heidelberg konsekutiv (15), Heidelberg nicht-konsekutiv (15), Magdeburg (11), Möckern-Friedensau (20), Münster (12), Krems (9), Wien (10), Zürich MA1 (7)

Bachelor: Heidelberg (35), Graz (15), Krems (10)

Daraus ergibt sich, dass in Deutschland pro Jahr über 100 Studienplätze für Studierende in den Musiktherapie-Masterstudiengängen zur Verfügung stehen und zusätzlich 35 für eine grundständige Ausbildung (Bachelor-Studiengang Heidelberg). In Österreich sind *umgerechnet* pro Jahr 19 Studienplätze für ein Diplom- bzw. Masterstudium in Musiktherapie verfügbar sowie 25 Bachelor-Studienplätze.

In der Schweiz werden umgerechnet 7 Masterstudienplätze per annum vergeben (MA1), zusätzlich eine variable Zahl von Plätzen nach Bedarf in den zwei anderen Masterprogrammen. Zusammengenommen stehen im deutschsprachigen Raum also ca. 200 Musiktherapie-Studienplätze pro Jahr zur Verfügung.

Ältere Ausbildungen wie Wien, Witten-Herdecke, Heidelberg, Zürich, Hamburg, Frankfurt, Berlin und Magdeburg haben ihre Ausbildungsstruktur im Laufe der Jahre verändert. Die Wiener Ausbildung wechselte sogar dreimal den Ausbildungsmodus (Sonderlehrgang – Lehrgang – Kurzstudium – Diplomstudiengang). Dies geschah nicht zuletzt infolge einer stetigen Veränderung und Akademisierung der Kunst- bzw. Musikhochschulen, die zum Großteil die heutigen musiktherapeutischen Ausbildungen „beherbergen“ (Ausnahme z. B. die an einer Universität angesiedelte Augsburger Ausbildung). So konnte die Wiener Ausbildung von den Veränderungen im österreichischen Kunsthochschulgesetz profitieren, durch die Akademien zunächst in Hochschulen und schließlich in Universitäten umgewandelt wurden. Ab 2003 neu errichtete Studiengänge konnten dann offensichtlich allorts von diesen Entwicklungen profitieren und stiegen sofort mit dem Master ein.

Inwieweit die drei Hauptziele der Bologna-Reform (Förderung von Mobilität, von internationaler Wettbewerbsfähigkeit und von Beschäftigungsfähigkeit) durch die neuen Ausbildungsstrukturen erreicht werden konnten, ist Inhalt einer aktuellen Diskussion. Viele Studierende und Lehrende kritisieren beispielsweise die starke „Verschulung“ innerhalb der Bachelor- und Master-Studiengänge.

Auch der Vision einer größeren studentischen Mobilität sind derzeit ganz offensichtlich Grenzen gesetzt, was nicht verwundert, wenn man sich einmal mit den vielfältigen Schwierigkeiten bei einem Studienortswchsel auseinandersetzt, die sich z. B. dadurch ergeben, dass einzelne interdisziplinäre Bausteine der Ausbildungen nicht kompatibel sind. Erschwerend kommt die Frage nach geeigneten Kriterien für das Aufnahmeprozedere bei einem Übergang vom Bachelor- zum Masterniveau hinzu. Ferner stellt sich die Frage, inwieweit sich auch das Streben nach bzw. das Festhalten an Schulenidentität und eigener Profilbildung als ein Hindernis für die Umsetzung einer Bologna-konformen Studienstruktur herausstellen könnte.

### *Doktoratsstudiengänge/PhD*

Die Möglichkeit, in Musiktherapie zu promovieren, gibt es derzeit in Augsburg, Hamburg, Münster und seit dem WS 2013/14 auch in Wien. So ist zu hoffen, dass der „Schatz“ von mittlerweile ca. 240 musiktherapeutischen Dissertationen weiter anwächst ([http://www.philso.uni-augsburg.de/lmz/institute/mmm/Musiktherapie/downloads/Gesammelte\\_Promotionen\\_neu1.pdf](http://www.philso.uni-augsburg.de/lmz/institute/mmm/Musiktherapie/downloads/Gesammelte_Promotionen_neu1.pdf)).

## **3. Übersicht Ausbildungsinhalte – Fächerspiegel (Module)**

Im Folgenden werden – wiederum basierend auf den in der „Studien- und Ausbildungslandschaft Musiktherapie 2012“ (DMtG) zur Verfügung stehenden Informationen – zentrale Ausbildungsinhalte (Module) tabellarisch gegenübergestellt und kurz kommentiert. Für die Darstellung der Module bzw. Fächer wurde auf die Unterscheidung zwischen Bachelor- und Master-Studiengängen zugunsten der Übersichtlichkeit verzichtet, so dass jeder Ausbildungsort mit nur einer Spalte repräsentiert ist.

### *3.1 Musikbezogene Module/Fächer*

Die Kategorien der folgenden Tabellen korrespondieren mit den von Timmermann, Schmidt, Fitzthum und Stegemann (s. Beitrag in diesem Band) vorgestellten „Basisdisziplinen“, die offensichtlich in allen Ausbildungen, jedoch mit unterschiedlichen Inhalten oder zumindest unterschiedlicher Begrifflichkeit existent sind. Entsprechend der Geschichte der Musiktherapie, die sich ja vielerorts aus der Musikpädagogik heraus entwickelt hat, stellt die Basisdisziplin I „Musikbezogene Module/Fächer“ einen unverzichtbaren Ausbildungsteil dar.

*Kommentar:* Als erstes fällt in der Tab. 2 die Vielfalt der Fächerbezeichnungen auf, die vermutlich inhaltlich eine erhebliche Überlappung aufweisen. Ferner ist bemerkenswert, dass die Bandbreite der musikbezogenen Fächer vom Instrumentalunterricht bis hin zur musiktherapeutischen Musizierpraxis reicht – letztere im Übrigen eine Fachbezeichnung, die Alfred Schmölz zu Beginn der 1970er Jahre in Wien einführte (Studienplan Lehrgang Musiktherapie, 1973, unveröffentlichte Studienunterlagen). Der Begriff „Improvisation“ kommt jedoch in den Modulbezeichnungen – mit zwei Ausnahmen – nicht vor. Dieser Umstand verwundert, da allgemein das Improvisieren als Kernkompetenz der Musiktherapie verstanden wird. Es ist zu vermuten, dass das Improvisieren im Block „Musiktherapeutisches Verständnis und Handeln/Musiktherapeutik“ integriert ist, es dort aber im Kontext der klinischen Anwendung gelehrt wird. Das musikalisch-improvisatorische Handwerk und dessen Didaktik scheint, wenn man den Fächerspiegeln folgt, keinen nennenswerten Stellenwert zu haben. Insgesamt könnte man aus der Außenperspektive vermuten, dass bei 14 verschiedenen Bezeichnungen ca. 10 bis 11 das nicht-therapeutische Musizieren meinen und nur 3 bis 4 das therapeutische Improvisieren.



### 3.2 Wissenschaftliche Grundlagen und Forschung (inkl. Abschlussarbeiten)

Die hier vorgestellte Kategorie (vgl. Basisdisziplin II „Interdisziplinäre wissenschaftliche Grundlagen“, Timmermann et al., in diesem Band) trägt der Akademisierung musiktherapeutischer Ausbildungen Rechnung.

**Tab. 3 Wissenschaftliche Grundlagen und Forschung**

Module	Deutschland								Österreich			CH
	A	B	HH	HD	MD	MF	MS	WÜ	G	K	W	Z
Theoretisch-wissenschaftliche Grundlagen	X		X									
Spez. mth. Theorie und Forschung	X											
Forschungswerkstatt	X				X							
Research Module		X										
Wiss. Arbeiten im Gesundheitswesen				X								
Wiss. Projekt				X								
Vertiefende Projektphase				X								
Mth. und Empirie				X								
Forschung in der Mth.				X								
Wissenschaft – Mth. – Kunst					X							
Spektrum mth. Forschung					X							
Präsentation mth. Forschungsprojekte					X							
Wissenschaftsmethoden						X						
Abschlussmodul Forschung + Vermittlung							X					
Wissenschaftsdiskurs								X				
Wiss. Grundlagen									X			
Wissenschaftstheorie, Wiss. Arbeiten										X		
Wiss. Begleitseminar (Aktionsforschung)										X		
Einführung in die wiss. Arbeitstechnik für Mth.											X	
DiplomandInnen-Seminar											X	

*Kommentar:* Der Begrifflichkeit folgend unterscheiden sich die 20 unterschiedlich bezeichneten Fächer in: a) Wissenschaftliche Grundlagen allgemein, b) spezielle musiktherapeutisch-wissenschaftliche Grundlagen und c) wissenschaftliches Arbeiten; letzteres Fach meint vorwiegend das Verfassen von Graduierungsarbeiten.

Einzig Magdeburg-Stendal bezieht den Begriff Kunst mit in die Fachbezeichnung ein, was die Vermutung nahelegt, dass hier auch Konzepte der Kunst referenziert werden. Weiters fällt auf, dass Heidelberg und Magdeburg-Stendal der Wissenschaftlichkeit eine größere Bedeutung zumessen und die wissenschaftliche Wissensvermittlung in 3er bzw. 4er Blöcken aufbauend stattfindet (Heidelberg MA vier Lehrveranstaltungen, Magdeburg-Stendal drei Lehrveranstaltungen). Das lässt die Vermutung zu, dass hier ein eigens für die Ausbildung nutzbringendes wissenschaftliches Grundwissen erarbeitet und vermittelt wird, welches über mehrere Semester vertieft werden kann und damit ein Potenzial für weiterführende Forschungsaktivität darstellt.

**Tab. 4 Abschlussarbeiten**

Module	Deutschland								Österreich			CH
	A	B	HH	HD	MD	MF	MS	WÜ	G	K	W	Z
Masterthesis/-these (und Präsentation)	X		X	X		X						
Bachelorthesis				X								
Thesis (Master)					X							
Masterarbeit (und Präsentation)		X					X	X		X		
Abschlussarbeit									X			
Bachelorarbeit										X		
Diplomarbeit											X	
Master-Theorie-Arbeit												X

*Kommentar:* Es zeigt sich deutlich, dass eine schriftliche wissenschaftliche Abschlussarbeit zum Standard der musiktherapeutischen Ausbildungen gehört. Es überrascht jedoch, dass keine einheitlichen Bezeichnungen existieren (trotz externer Zertifizierung der Studiengänge). Eine lohnenswerte Aufgabe für die Zukunft wäre sicherlich ein Vergleich – und in der Folge möglicherweise eine Vereinheitlichung – der formalen und inhaltlichen Anforderungen an die Abschlussarbeiten.

### 3.3 Musiktherapeutisches Verständnis und Handeln sowie Praktika

Unter diese Kategorie fallen die spezifisch musiktherapeutischen Lehrinhalte (vgl. Basisdisziplin III „Musiktherapeutische Ausbildung in Theorie und Praxis“, Timmermann et al., in diesem Band). Ein Blick auf die deutschsprachige Studienlandschaft zeigt, dass besonders in dieser Rubrik unterschiedliche Termini und auch verschiedene Inhalte zu finden sind.

**Tab. 5 Musiktherapeutisches Verständnis und Handeln / Musiktherapeutik**

Module	Deutschland								Österreich			CH
	A	B	HH	HD	MD	MF	MS	WÜ	G	K	W	Z
Mth. Praxeologie	X	X	X									
Mth. Klinik	X	X							X			
Mth. Grundlagen		X								X		
Mth. Theorie und Praxis			X									
Aktive Mth.				X								
Rezeptive Mth.				X								
Gruppentherapie				X								
Mth. mit alten Menschen				X								
Mth. mit Kindern + Jugendlichen				X								
Mth. in der Behindertenarbeit				X								
Manualisierte und evidenz-basierte klinische Mth.				X								
Integrative Mth. und musikalische Praxis				X								
Interdisziplin. Praxis der Mth.				X								
Methoden mth. Forschung und Praxis					X							
Musiktherapie						X						
Einführungsmodul Musiktherapie							X					
Anwendungen der Mth.							X					
Basiskompetenzen der Mth.								X				
Vertiefte Kompetenzen und Kenntnisse der Mth.								X				
Vergleichende Mth.									X			
Mth. Fertigkeiten und Praxisanwendung									X			
Musiktherapeutik											X	
Modul Theorie der Musiktherapie												X
Modul Methodik												X

*Kommentar:* Auf den ersten Blick fällt auf, dass bei 24 unterschiedlich bezeichneten Fächern lediglich drei Fächer mit einer klar definierten Klientel in Zusammenhang stehen (Heidelberg: alte Menschen, Kinder und Jugendliche, behinderte Menschen). Die im Artikel von Timmermann et al. in dieser Ausgabe erwähnte und







Module	Deutschland								Österreich			CH
	A	B	HH	HD	MD	MF	MS	WÜ	G	K	W	Z
<b>Psychologie</b>												
Med.-Psycholog. Grundkenntnisse			X									
Med.-Psycholog. Vertiefung			X									
Psycholog. Grundlagen (der Mth./für Mth.)				X			X		X	X	X	
Klin. Psychologie				X								
Biopsychologie f. Mth.				X								
Psychologie						X						
Basiskompetenzen der Psychologie								X				
Vertiefte Kompetenzen und Kenntnisse der Psychologie								X				
Modul Psychologie												X

*Kommentar:* Hier wäre eine einheitliche Bezeichnung, die das medizinische Grundlagenwissen für Musiktherapeuten meint, sicherlich am einfachsten herzustellen (anstatt: Grundwissen, Fachwissen, Grundlagen, Grundkenntnisse, Grundlagenfächer, Basiskompetenzen).

Das Gleiche gilt für die Bezeichnung psychologischer Lerninhalte; auch hier kann davon ausgegangen werden, dass im Prinzip alle das Gleiche meinen. Unklar bleibt allerdings, in welchem Umfang entwicklungspsychologische Inhalte in den einzelnen Studiengängen vermittelt werden, bzw. hinter welchen Fächerbezeichnungen sich diese verbergen.

### 3.5 Psychotherapeutische Grundlagen

Als ein zentraler Studieninhalt sind die psychotherapeutischen Grundlagen unumstritten und nicht mehr wegzudenken, da sich die Musiktherapie seit den 70er-Jahren im deutschsprachigen Raum einerseits als Nachbardisziplin zur Psychotherapie weiter- und mitentwickelt hat, (vgl. Basisdisziplin V bei Timmermann et al., in diesem Band), zum anderen ja mittlerweile selbst häufig unter diesem Begriff firmiert (z. B. als „Musikpsychotherapie“).



Der Tabelle folgend führen zwei Studiengänge das Modul „Selbsterfahrung/ selbst-reflexive Fähigkeiten“ nicht im Fächerspiegel auf, was sicherlich nicht der Realität entspricht (in Würzburg beispielsweise werden 66 Stunden Gruppenselbsterfahrung angeboten; Thomas Wosch, persönliche Mitteilung, 16.06.2013) und vermuten lässt, dass selbstreflexive Kompetenzen in anderen Modulen/Fächern erlernt werden. Bedauerlicherweise ist die u. E. wichtige und die Selbsterfahrung in einer Aus- oder Weiterbildung charakterisierende Bezeichnung „Lehrtherapie“ überwiegend aus dem Studienplan verschwunden, in Wien erst im Jahr 2012 (infolge einer notwendig gewordenen Angleichung an den Gesetzestext des MuthG). In Zürich wird der Begriff der „Lehrmusiktherapie“ verwendet; in Augsburg heißt das Fach „Einzellehrmusiktherapie“, was in der „Studienlandschaft“ jedoch unter dem Modul „Selbstreflexive Fähigkeiten“ subsumiert wird und daher nicht in der tabellarischen Übersicht erscheint. Das ehemals an die Psychoanalyse angelehnte Konzept der Lehranalyse scheint verschwunden zu sein. Jedenfalls könnte hier ein entweder sorglos oder unpräzise verwendetes Vokabular – zumindest dem Außenbetrachter – einen Abstand zu psychotherapeutischen Ausbildungen suggerieren, der vermutlich so nicht intendiert ist – oder eben doch? Aus der Perspektive eines Außenstehenden, der sich ein Bild von Verortung und Inhalt musiktherapeutischer Ausbildungen und deren Inhalt machen will, könnten hier Fragen aufkommen nach einem einheitlich musiktherapeutischen Verständnis von Selbsterfahrung respektive Lehrtherapie als Kernbaustein aller (psycho-)therapeutischen Ausbildungen. Wichtiger als die Benennung der Selbsterfahrung sind jedoch Qualität und Umfang dieses Ausbildungsbestandteils, was im Rahmen dieser Arbeit nicht erörtert werden kann; dieses Thema wird derzeit im Rahmen einer Diplomarbeit behandelt (Wien).

### 3.7 Ethik und Berufsrecht

Die in den Fächern Ethik und Berufsrecht vermittelten Inhalte stellen im Sinne einer Qualitätssicherung musiktherapeutischen Handelns einen wichtigen Bestandteil der Vorbereitung auf den Berufsalltag sowie der Bildung einer professionellen therapeutischen Haltung dar. Es ist davon auszugehen, dass diese Inhalte auch in anderen Lehrveranstaltungen vermittelt werden (z. B. klinische Praktika, Selbsterfahrung, Musiktherapeutik).

**Tab. 10 Ethik und Berufsrecht**

Module	Deutschland								Österreich			CH
	A	B	HH	HD	MD	MF	MS	WÜ	G	K	W	Z
Ethik						X						
Anthropologie + Ethik									X			
Berufsrecht für Mth.									X			
Ethik für Mth.										X		

Module	Deutschland								Österreich			CH
	A	B	HH	HD	MD	MF	MS	WÜ	G	K	W	Z
Rechtsfragen + Rahmenbedingungen f. Mth.										X		
Ethik in der Musiktherapie											X	
Rechts- und Berufskunde											X	
Modul Berufskunde (inkl. Ethik)												X

*Kommentar:* Es ist kein Zufall, dass alle drei Ausbildungsinstitutionen aus Österreich die Fächer Berufsrecht/Berufskunde und Ethik anbieten, da sich dies zwingend aus der Tatsache ergibt, dass bei einer staatlichen Berufsregelung diese Fächer bindend vorgeschrieben sind. Im Falle von Möckern-Friedensau ist zu vermuten, dass die Nähe zur Religion bzw. Religionsphilosophie das Fach Ethik unverzichtbar macht. In der Schweiz werden im Modul Berufskunde die Fächer Ethik und Berufsrecht gelehrt. Bei allen anderen Ausbildungen gehören diese Fächer nicht zum Pflichtcurriculum.

#### 4. Das Europäische MusiktherapeutInnen-Register (EMTR) – ein Versuch, gemeinsame Qualitätskriterien zu erstellen

Der vorliegende Beitrag hat gezeigt, wie vielfältig die Fächerbezeichnungen innerhalb deutschsprachiger Ausbildungen sind und wie unterschiedlich die „Architektur“ einzelner Curricula ist. Dies hat nicht nur erhebliche Auswirkungen auf laufende nationale Ansuchen um gesetzlichen Berufsschutz, sondern verkompliziert auch gegenseitige Anerkennungsverfahren auf europäischer Ebene. Vor diesem Hintergrund entstand bereits 2003 ein internationaler Arbeitskreis, der sich im Auftrag aller 25 Delegierten der EMTC (European Music Therapy Confederation) darum bemühte, eine Liste so genannter Mindestkriterien (Minimal Standards) zu erstellen. Das Ziel war ein europäisches MusiktherapeutInnen-Register (EMTR), das 2012 in Kraft trat und primär folgende Ziele verfolgt:

1. Die Minimalstandards dienen jenen Ländern, die sich noch immer im musiktherapeutischen Pionierstatus befinden, als Argumentationshilfe ihren staatlichen und gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern gegenüber.
2. Die Eintragung in die europäische Liste garantiert definierte Qualitätsstandards, die beispielsweise gegenüber anderen Berufsgruppen kommuniziert werden können. Dies ist insbesondere hilfreich für MusiktherapeutInnen, die in Ländern ohne gesetzliche Verankerung und der damit verbundenen staatlichen Qualitätskontrolle ihrem Beruf nachgehen.
3. Die Standards sind Orientierungshilfe für Curricula und deren Qualität.

4. Die Kriterien schützen das Ansehen des musiktherapeutischen Berufes sowie jener Institutionen, die Musiktherapie anbieten.
5. Eine zukünftige professionelle Mobilität national und international wird gefördert, dies betrifft besonders die „Bologna“-Studierenden, die ihren BA und MA in unterschiedlichen Ländern absolvieren wollen.

Drei Kategorien des „Europäischen Musiktherapeuten“ werden ins Register aufgenommen, wobei die ersten zwei mit den Ausbildungsbausteinen BA und MA bzw. Diplom korrespondieren (die höchste Stufe im Register ist der „EMTR Supervisor“, der hier aber unbeachtet bleiben soll). Die Parallelstruktur von Ausbildung und EMTR erlaubt es, dass die Graduierungsurkunde der jeweiligen musiktherapeutischen Ausbildung per se anerkannt wird, sofern sie einen Bachelor- oder Master-Abschluss garantiert. Dies ist jedoch nur in der Theorie so. Derzeit gibt es noch zu wenig Präzedenzfälle: Erst wenn AbsolventInnen möglichst vieler Ausbildungen um die Eintragung im EMTR angesucht haben, könnte das Suchen und Rechnen nach Entsprechungen in den jeweiligen Curricula ein Ende finden.

Für das EMTR muss ein Mindestmaß an „self experience“ nachgewiesen werden: Für den BA-Level sind dies mindestens 60 Einheiten und für den MA-Level mindestens 200 Einheiten. Die Freiheit der Verfahren oder Methoden der absolvierten „Selbsterfahrung“ wird gewährleistet, indem von „Psychotherapy, Systemic Therapy, Humanistic Therapy, Music Therapy, Group Music Therapy, etc.“ die Rede ist. Dies ist der Konsens aller 25 europäischen Mitgliedsstaaten. Es gibt bis heute keine Erfahrungswerte, ob sich die nationalen Ausbildungen diesem Niveau anschließen.

Ein weiteres Problem: Für jene Länder, die bereits ein Berufsgesetz haben, gilt prioritär das jeweilige nationale Recht. Die/Der MusiktherapeutIn, die/der im Ausland studiert hat und zurückkehren will, muss ihre/seine Ausbildung nostrifizieren lassen. Die Nostrifikation ist z. B. in Österreich im MuthG unter §12 und §14 geregelt: Im Zweifelsfall wird eine Universität/Fachhochschule, die eine Ausbildung zum eigenverantwortlichen Musiktherapeuten anbietet, über die Äquivalenz eines Curriculums entscheiden müssen. Jeder, der mit solchen und ähnlichen Vorgängen vertraut ist, weiß, wie aufwendig es ist, ein Curriculum nach der kleinsten Einheit, den ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System)-Punkten zu „durchforsten“, um dann auf die verlangte Stundenzahl (bzw. Punktezahl) zu kommen, ohne die es keine Anrechnung mehr gibt. ECTS-Punkte sind Teil des Bologna-Prozesses, sie dienen explizit einem europäischen System zur Anrechnung, Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen und der Mobilität unserer Studierenden.

## 5. Diskussion

Wie oben schon angedeutet weist die Darstellung der musiktherapeutischen Ausbildungen und ihrer Curricula in diesem Beitrag eine Reihe von Limitationen auf:

Zum einen stellt sich die Datenlage als Ausgangspunkt dieser Untersuchung als wenig einheitlich dar; das betrifft insbesondere die Detailliertheit der Studiengangbeschreibungen, wie sie basierend auf der „Studien- und Ausbildungslandschaft Musiktherapie 2012“ zur Verfügung standen. Zum anderen war es aufgrund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit nicht möglich, die einzelnen Ausbildungsbereiche jeweils umfassend und in allen Einzelheiten darzustellen; somit beschränkt sich die Analyse auf wenige, dafür möglichst paradigmatische Aspekte. Nicht zuletzt muss darauf hingewiesen werden, dass eine solche Untersuchung immer durch die Brille der AutorInnen „eingefärbt“ ist und trotz aller Bemühungen um Neutralität nicht vollständig objektiv sein kann. Diesem Umstand wurde u. a. dadurch Rechnung zu tragen versucht, dass die AusbildungsleiterInnen zu einzelnen Aspekten des Artikels (z. B. zur Abb. 1) um ein Feedback gebeten wurden.

Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen kann das Fazit dieser Untersuchung lauten, dass sich im Vergleich der staatlichen deutschsprachigen Musiktherapie-Ausbildungen große strukturelle wie inhaltliche Überlappungen zeigen, die in sechs Basisdisziplinen zusammengefasst werden können (vgl. Timmermann et al. in diesem Band). Bei einer an die „babylonische Sprachverwirrung“ erinnernden Heterogenität der Modul- und Fächerbezeichnungen nicht den Überblick zu verlieren, stellt jedoch schon für „Eingeweihte“ eine Herausforderung dar. Von Außenstehenden und Fachfremden könnte die unübersichtliche Vielfalt an Begrifflichkeiten im schlechtesten Falle als eine Beliebigkeit zentraler musiktherapeutischer Ausbildungsinhalte interpretiert werden.

Die Aufgabe, die sich unserer Ansicht nach aus dieser Situation ergibt, besteht also darin, einen einheitlichen Kanon an „Pflichtfächern“ zu definieren, in denen vergleichbare Kompetenzen erworben werden. Dieser Kanon sollte eingebettet sein in eine Struktur, die Raum lässt für orts- und ausbildungsspezifische Schwerpunkte und Profilbildung. Würde dies gelingen, so könnte zum einen die Mobilität der Studierenden im deutschsprachigen Bereich deutlich erleichtert werden und zum anderen könnte die Etablierung des europäischen MusiktherapeutInnen Registers (EMTR) vorangebracht werden. Nicht zuletzt würde ein verbindlicher und vergleichbarer Fächerkanon auch die Außendarstellung der deutschsprachigen Musiktherapie – z. B. gegenüber Gesetzgebern und Krankenkassen – deutlich verbessern. Ein Vorschlag zu entsprechenden Lehrinhalten wird im Artikel von Timmermann et al. in diesem Band unterbreitet.

## Literatur

Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (Hrsg.) (2012): Studien- und Ausbildungslandschaft Musiktherapie 2012. 13. Aufl., Berlin.

Mössler, K. (2011): „I am a psychotherapeutically oriented music therapist“: theory construction and its influence on professional identity formation under the example

of the Viennese School of Music Therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 20(2), 155–184.

Musiktherapiegesetz (MuthG) (2008): Internet: <http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/9/7/1/CH1168/CMS1296735910034/musiktherapiegesetz.pdf>

Johanna Bosse (Augsburg) danken wir für ihre sorgfältige unterstützende Recherchetätigkeit hinsichtlich der Historie der Ausbildungen.

Corresponding Author:

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](mailto:stegemann@mdw.ac.at)

# Notwendigkeit von vergleichbaren Basisstrukturen und Basisinhalten musiktherapeutischer Ausbildungen – ein Modellentwurf

## The necessity of comparable basic structures and core contents of music therapy training courses – a proposal.

Tonius Timmermann, Augsburg, Hans Ulrich Schmidt, Hamburg/Augsburg,  
Elena Fitzthum, Wien, Thomas Stegemann, Wien

*Im Mittelpunkt dieses Beitrages steht der Entwurf eines umfassenden Curriculums mit sechs möglichen Basisdisziplinen für ein musiktherapeutisches Studium: Musikalische Ausbildung, interdisziplinäre wissenschaftliche Grundlagen, musiktherapeutische Ausbildung, medizinische Grundlagen, psychotherapeutische Grundlagen sowie Selbstreflexion und Persönlichkeitsentwicklung. Aspekte zur interdisziplinären Verknüpfung eines solchen Curriculums, zu Lehrtherapie und Supervision werden erörtert. Die Einordnung der Musiktherapie in die psychotherapeutische Ausbildungslandschaft und ins Gesundheitssystem wird kritisch diskutiert. Die Verfasser plädieren für eine Vereinheitlichung zentraler Inhalte der bestehenden Curricula, um eine wünschenswerte berufsgesetzliche Regelung in Deutschland zu beschleunigen.*

*The main topic of this article is the outlining of a curriculum for a study programme in music therapy, which is made up of six possible basic modules: musical training, interdisciplinary scientific fundamentals, theory and practice of music therapy, basics of medicine and psychotherapy and self-experience. Different aspects are being discussed concerning training therapy, supervision and the interdisciplinary linking of such a curriculum. Moreover, focus is set on the positioning of music therapy within the psychotherapeutic educational landscape and within the health system in general. The authors suggest unifying core content of the current curricula to promote a possible law regulation for the profession of music therapy in Germany.*

### Einleitung

Musiktherapeut/Musiktherapeutin ist ein eigenständiger Beruf. Eine entsprechende gesetzliche Regelung berücksichtigt das beispielsweise in Österreich oder in der Schweiz bereits. In Deutschland steht eine sehr wünschenswerte berufsrechtliche Regelung noch aus. Offen ist dabei zur Zeit noch, ob eine solche Regelung für die Musiktherapie allein oder beispielsweise für die Künstlerischen Therapien gemeinsam erfolgen sollte. Eine derartige Regelung müsste aber vor allem für Außenste-



hende, z. B. Juristen und Politiker als Zuständige für ein mögliches Berufsgesetz, erkennen lassen, dass die curricularen musiktherapeutischen Ausbildungskonzeptionen insbesondere der staatlichen Ausbildungen möglichst einheitlich bzw. vergleichbar sind, so wie wir es z. B. von einem Medizin-, Psychologie- oder Pädagogikstudium erwarten würden.

Für eine verantwortungsvolle und fachkundige Anwendung der Musiktherapie ist dann prinzipiell kein Erlernen eines zusätzlichen psychotherapeutischen Verfahrens/einer psychotherapeutischen Methode (ob vorher, parallel oder im Anschluss) nötig, wenn eine Musiktherapie-Ausbildung die Inhalte einer psychotherapeutischen Ausbildung in ausreichendem Maße curricular berücksichtigt.

Selbstverständlich entbindet das Absolvieren einer musiktherapeutischen Ausbildung in der Folge nicht von permanenter Weiterentwicklung und Fortbildung, deren Durchführung in der Regel von den jeweiligen Berufsverbänden organisiert wird. Meist ist ein entsprechender Nachweis mit einer Zertifizierung verbunden, die bescheinigt, dass sich der Träger auch nach Abschluss der primären Ausbildung einer verantwortlichen Berufsausübung verpflichtet fühlt. Eine wichtige Rolle spielt hier auch der Nachweis regelmäßiger Supervision. Im Ethical Code des EMTC (European Music Therapy Confederation) heißt es: „The music therapist shall make all reasonable attempts to maintain and extend her/his knowledge and skills by means of appropriate in-service training and supervision, i.e. Continuing Professional Development (CPD)” (vgl. [www.emtc-eu.com/ethical-code](http://www.emtc-eu.com/ethical-code)). Alle Mitglieder (Berufsverbände) der im EMTC vertretenen 28 europäischen Länder (Stand: 2013) haben sich bereiterklärt, die Kriterien des EMTC Ethical Codes, also auch die der CPD, einzuhalten.

Seit über 50 Jahren werden in Europa Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten auf Hochschulniveau ausgebildet, an der Universität für Musik und darstellende Kunst Wien bereits seit 1959 (vgl. Stegemann, Fitzthum, Timmermann & Schmidt in diesem Band). Für eine Ausbildung bzw. ein Studium der Musiktherapie als berufliche Qualifikation mit ausreichenden Kompetenzen kann man also inzwischen von einem hinreichenden Erfahrungsschatz ausgehen – und daher auch von entsprechenden Standardinhalten der Ausbildungen. Darüber hinaus sollte jede Ausbildung individuelle fachliche Profile aufweisen, sowohl theoretisch-wissenschaftliche als auch praxeologische, um u. a. die Identität spezifischer musiktherapeutischer Schulen aufrecht zu erhalten (vgl. Decker-Voigt, 2001). Während die Standardinhalte wichtig für ein Profil der Musiktherapie nach außen, aber auch für die gewünschte Mobilität der Studierenden im europäischen Kontext sind, spiegeln die individuellen Ausbildungsprofile die musiktherapeutische „Vielfalt“ nach innen wider.

Der weiter unten verwendete Modulbegriff ist dem Sprachgebrauch der Bologna-Struktur entnommen. Diplomstudiengänge z. B., die noch nicht in der Bologna-Terminologie und -Denkweise der Bachelor- und Masterstudiengänge operieren, benutzen andere Begrifflichkeiten wie z. B. „Basisfertigkeiten“. Man könnte auch von „Fächergruppen“ oder „Disziplinen“ sprechen. Um einer Begriffsverwirrung entgegenzuwirken, muss bedacht werden, dass das System der Module *strukturell* nicht an allen Ausbildungsorten übernommen werden kann, wohl aber *inhaltlich*. So sind derartige Module im Schweizer Curriculum wie im Wiener Curriculum längst beinhaltet. Module fassen wiederum Teilmodule zusammen. Auf welche Benennung man sich letztlich auch einigt: Wichtig erscheint, dass eine von den Fachkolleginnen und -kollegen mehrheitlich akzeptierte Einigung auf Basisstrukturen und -inhalte in musiktherapeutischen Ausbildungen vor allem in der Außenperspektive erkennbar wird. Die vorliegende Arbeit versteht sich als möglicher Modellentwurf im Sinne einer weiteren Diskussionsgrundlage.

## Gesetzeslage, Berufs- und Fachverbände

Aktuell gibt es im deutschsprachigen Europa für die eigenständige Behandlung durch einen Musiktherapeuten/eine Musiktherapeutin gesetzliche Klarheit in Österreich (österreichisches Musiktherapiegesetz, MuthG) und in der Schweiz (im Rahmen der Schweizer Charta für Psychotherapie). In Deutschland ist die Ausübung jedweder Heilkunde derzeit nur ÄrztInnen und HeilpraktikerInnen erlaubt. Viele MusiktherapeutInnen legen bei ihrem lokalen Gesundheitsamt eine amtsärztliche Prüfung zum Heilpraktiker (eingeschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie) ab, den sog. „kleinen Heilpraktiker“. Zwei Ausbildungen ermöglichen früher qua Studienabschluss das Erlangen dieser Bezeichnung (vormals Diplomstudiengang in Hamburg, Masterstudiengang in Frankfurt). Aktuell kann die Bezeichnung mit dem Augsburger Abschluss verbunden geführt werden. Viele KollegInnen betrachten diese Situation als reformbedürftige Übergangsregelung und hoffen auf ein eigenständiges deutsches Musiktherapiegesetz. Manche wünschen sich ein weitergehendes Gesetz, das generell die Situation aller sog. künstlerischen Therapien regelt (Musik-, Kunst- und Tanztherapie) – für letzteres spräche die deutlich größere Anzahl von KollegInnen, die „im Namen“ eines solchen Gesetzes tätig würden, für ein nur die Musiktherapie umfassendes Gesetz die hier elaborierteste wissenschaftliche Evidenz.

Es sollte nicht zuletzt im Interesse der musiktherapeutischen Fach- und Berufsverbände – in Deutschland vor allem der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft (DMtG) – liegen, dass die Darstellung und Kommunikation von musiktherapeutischem Behandlungs-, Ausbildungs- und Forschungsstand

1. ein einheitliches Behandlungs-, Theorie- und Forschungsniveau ausweisen, das auch von benachbarten Fachdisziplinen akzeptiert wird,

2. Curricula ausweisen, die strukturell und inhaltlich zumindest innerhalb von Deutschland, mittelfristig auch innereuropäisch vergleichbar sind und
3. eine angemessene musiktherapeutische Fort- und Weiterbildungskultur – z. B. durch Integration einer Alumnikultur – unterstützen.

In die Strukturen der DMtG sind die Interessen der Studierenden seit jeher in starkem Maße integriert, z. B. durch deren Mitgliedschaft in den Kerngremien, regelmäßige Herausgabe eines aktuellen Studienführers u. a. Es besteht eine gute Kooperation zwischen den sowohl staatlichen als auch privatrechtlichen musiktherapeutischen Ausbildungen und der DMtG, die sich nicht zuletzt in der durch die Redaktion der *Musiktherapeutischen Umschau* organisierten alle zwei Jahre stattfindenden Verleihung des Eschen-Förderpreises für die besten musiktherapeutischen Master- bzw. Diplomarbeiten widerspiegelt. Neben deutschen werden dabei auch Arbeiten aus Österreich und der Schweiz erfasst. Das Erscheinen dieser Arbeiten in der *Musiktherapeutischen Umschau* incl. der redaktionellen Betreuung motiviert zu Publikationstätigkeit und sollte für die Ausbilder auch ein Anreiz sein, den Studierenden die adäquate Darstellung musiktherapeutischer Forschungsinhalte zu vermitteln. Eine aus den Kerngremien der DMtG rekrutierte Fortbildungskommission evaluiert musiktherapeutische Fortbildungsangebote. Diese wenigen Beispiele mögen die enge Vernetzung der Aus- und Weiterbildungen mit Verbandsstrukturen dokumentieren.

Gerade in Anbetracht solcher weit entwickelten und eng verzahnten Binnenstrukturen erscheint die schnellstmögliche Absicherung des Berufes durch ein Berufsgesetz sehr wünschenswert. Nicht zuletzt könnte auch die Gefahr bestehen, dass – etwa im Zuge der geplanten Etablierung weiterer psychotherapeutischer Studiengänge in universitären Ausbildungsstrukturen – zunehmender Handlungsdruck auf die Musiktherapie ausgeübt wird. Es besteht dann nämlich direkte institutionelle Nachbarschaft – und damit auch Konkurrenz – zu solchen Verfahren, die in Deutschland bereits seit über 10 Jahren durch das Psychotherapeutengesetz geschützt sind.

## **Lehrmusiktherapie und Supervision**

Selbsterfahrung, in der Regel als Einzel- und Gruppen-Lehrmusiktherapie, ist integraler Bestandteil musiktherapeutischer Curricula. Sie umfasst methoden-, persönlichkeits- und musikbezogene Elemente. Unzweifelhaft werden an MusiktherapeutInnen hohe persönliche Qualifikationsanforderungen gestellt, die nicht allein durch den Erwerb akademisch vermittelbaren Fachwissens zu entwickeln sind. Die Lehrmusiktherapie begleitet die Studierenden auf ihrem Weg eines in der Regel sich verändernden Selbst-Erlebens/Selbst-Reflektierens im Zuge ihrer neuen therapeutischen Rolle mit Hilfe der Anwendung eines zumindest in dieser Funk-

tion noch ungewohnten Mediums: der Musik, ihren Elementen, Instrumenten etc. Die Lehrmusiktherapie fokussiert auf neue Erfahrungen im Umgang mit sich selbst wie im Umgang mit anderen (z. B. Mitstudierenden, aber auch Patienten), soll aber auch dort „greifen“, wo z. B. alte Verletzungen oder „blinde Flecken“ im Zuge der neuen Rollenentwicklung in den Vordergrund drängen. Auch wenn sie zunächst im geschützten Raum stattfindet, sollten Bedingungen formuliert werden, wie z. B. mit einer längeren Unterbrechung oder einem Abbruch umzugehen ist, insbesondere dann, wenn eine nachhaltige, nicht in der Lehrtherapie bearbeitbare persönliche Überforderung die Ursache ist.

Supervision – ebenfalls in die Curricula integriert – bietet zusätzlich einen Raum, a) patienten- und b) „handwerksbezogen“ an der eigenen fachlichen Entwicklung zu arbeiten. Natürlich fließen oftmals insbesondere häufig wiederkehrende „Probleme“ aus der Supervision als Selbsterfahrung in die Lehrmusiktherapie ein. „Supervision wird von den Therapeuten vor allem retrospektiv als sehr wichtiger Einfluß beschrieben; für die aktuelle berufliche Entwicklung läßt die Bedeutung etwas nach“ (Willutzki et al., 2006, S. 26).

„Beide Ausbildungselemente zielen darauf ab, durch Anleitung zur Reflexion eigener beruflicher Erfahrungen die Entwicklung persönlicher und fachlicher Kompetenzen zu fördern. Ein bedeutender Unterschied besteht jedoch darin, dass in der Supervision die zielgerichtete Fallarbeit der Ausbildungskandidaten im Mittelpunkt der Betrachtung und gemeinsamen Bearbeitung steht. In der Selbsterfahrung hingegen zielt die Auseinandersetzung mit schwierigen Therapiesituationen eher auf eine Fall übergreifende Klärung und Modifikation der persönlichen Besonderheiten therapeutischen Handelns ab“ (Alexander 2008, S. 9).

## Vernetzungen mit Nachbardisziplinen

MusiktherapeutInnen arbeiten häufig im Team zusammen mit u. a. ÄrztInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, PhysiotherapeutInnen, Pflegepersonal und anderen künstlerischen TherapeutInnen. Zunächst sind VertreterInnen solcher Nachbardisziplinen gewöhnlich als Unterrichtende in ein musiktherapeutisches Mastercurriculum integriert, um entsprechende Fachinhalte zu vermitteln. Es erscheint aber auch wichtig, den Studierenden auf verschiedene Weise frühzeitig nahzubringen, wie sie zum einen gut integriert kooperieren können, zum anderen aber auch z. B. bei den Nachbardisziplinen nachhaltiges Interesse an der Musiktherapie wecken können. Bessere Integration in Behandlungsteams, mehr eigene Indikationsstellungen, aber auch die Bemessung des musiktherapeutischen Behandlungsanteiles am Gesamt-Outcome eines Patienten seien hier als wichtige Argumente einer Schulung interdisziplinären Denkens und Arbeitens genannt. Des Weiteren stellen funktionierende interdisziplinäre Kooperations- und Kommunikationsstrukturen ein wesentliches Qualitätssicherungsmerkmal dar, kommen also

dem Schutz der Patienten zugute. Auch das Eintreten gegenüber Vertretern primär ökonomisch begründeter Sichtweisen, also in der Regel Fachfremden, sollte frühzeitig thematisiert werden und kann u. a. in Form von Rollenspielen eingeübt werden.

Die fachliche und politische Bedeutung einer engen Nachbarschaft zu anderen künstlerischen Therapiemethoden sollte frühzeitig thematisiert und reflektiert werden. Eine ressourcenorientierte Behandlung ist z. B. ein wichtiger gemeinsamer Faktor der künstlerischen Therapieansätze.

Nicht genug ist zu betonen, wie wichtig es ist, den Studierenden so frühzeitig wie möglich zum einen additive und multiplikatorische Aspekte musiktherapeutischer Behandlung, andererseits aber auch die mögliche Begrenzung einer solchen zu vermitteln. Je früher erfahren wird, dass Musiktherapie innerhalb eines Gesamtrahmens von Bedingungen wirkt und zu bewerten ist, desto besser wird es später im beruflichen Kontext gelingen, Akzeptanz und adäquate Fremdbewertung der eigenen Arbeitsweisen und des genuinen Mediums zu erfahren. Hier ist auch die Auseinandersetzung mit Kontraindikationen musiktherapeutischer Behandlung zu erwähnen.

### **Betrachtungen zu bereits bestehenden und zu ergänzenden Basisstrukturen und -inhalten musiktherapeutischer Ausbildungen**

Musiktherapie ist per se ein ausgesprochen interdisziplinäres Fach. Es beinhaltet Arbeit mit Patienten, medizinische und psychologische Expertise, kreatives Musizieren, wissenschaftliches Nachdenken über Musik, aber auch z. B. die Fähigkeit zur Selbstreflexion. Gerade letzterer Aspekt zeigt, dass hier z. T. die Aneignung von Wissen untrennbar mit dem Erleben neuer Erfahrungen verbunden ist. Im Folgenden soll versucht werden, für sechs Grundbausteine bzw. grundlegende Wissensbereiche im Sinne disziplinärer Gruppen (sie werden – je nach Ausbildung – auch Grund- oder Basismodule genannt) ein allgemein relevantes Wissen für die Ausbildung von Musiktherapeuten zu definieren. Gerade für die Möglichkeit der Mobilität der Studierenden in Zeiten von Bologna erschien es wichtig, dass solche Basisdisziplinen sowohl auf deutscher Binnenebene als auch innereuropäisch vergleichbar wären. Auch für die Außenperspektive auf die Musiktherapie erscheint uns die basale Vergleichbarkeit zumindest der staatlichen musiktherapeutischen Studiengänge wichtig.

Das Autorenteam ist sich dessen bewusst, dass es nicht unproblematisch ist, eine Art „idealtypisches Curriculum“ für alle Musiktherapiestudien zu entwerfen, und dass ein solcher Versuch zunächst nur Grundlage für eine weitere interkollegiale Diskussion und Abstimmung (z. B. innerhalb des Arbeitskreises musiktherapeutischer Ausbildungen im staatlichen Tertiärbereich, AMA) sein kann. Mittelfristig erscheint es notwendig, diese Diskussion anzustoßen. Ideal wäre aus unserer Sicht

ein gut vergleichbares Basisprofil (Außensicht!) mit „lokalen Spezifika“ (Profilierung der einzelnen Studiengänge auf der Binnenebene). Im Zentrum der Diskussion sollten die notwendigen *Basisstrukturen* im Sinne einer Synopsis aus den Modulbeschreibungen staatlicher Studiengänge stehen. Andere, meist spezifische Inhalte einzelner Studiengänge gründen sich z. B. auf personelle oder lokale Spezifika und können hier nicht im Fokus der Betrachtung stehen. Auch Fort- und Weiterbildungen bieten die Möglichkeit, sich jeweilige Spezifika anzueignen.

### *Ausbildungsvoraussetzungen*

In der Regel werden die fachlichen, aber auch persönlichen Voraussetzungen im Rahmen einer Eignungsprüfung mit musikpraktischen und Gesprächsanteilen getestet. Gerade die Einschätzung der persönlichen Voraussetzungen liefert immer wieder Diskussionsstoff, da hier sicherlich ein hoher subjektiver Faktor auf Seiten der Einschätzenden besteht. Sie bietet zwar keine Garantie, dass nicht ein ungeeigneter Kandidat aufgenommen wird. Sie ist aber unerlässlich, wenn ein therapeutischer Beruf angestrebt wird. Kein psychotherapeutisches Weiterbildungsinstitut würde auf eine solche Einschätzung verzichten. Die *Eignungsprüfung* dient

1. dem Schutz des Kandidaten, damit er sich frühzeitig damit beschäftigt, dass in der Regel intensive Selbstreflexionsprozesse, aber auch mögliche belastende Erfahrungen mit Patienten auf ihn zukommen,
2. dem Schutz der anderen Ausbildungskandidaten, die mit ihm in einen intensiven mehrjährigen Selbstreflexionsprozess eintreten,
3. dem Schutz der Ausbilder in Hinsicht auf die potenzielle Einhaltungsfähigkeit der Ausbildungs-Rahmenbedingungen (inkl. z. B. Praktika bei kooperierenden Kollegen/Institutionen oder Lehrtherapie),
4. last, not least dem Schutz der Patienten vor ungeeigneten Therapeuten.

Generell sind solche Eignungs- oder Aufnahmeprüfungen im Hochschulbereich auch in Studiengängen, die auf eine spätere Arbeit mit Menschen abzielen – z. B. Medizin oder Psychologie – nicht üblich, jedenfalls nicht, was die Einschätzung der persönlichen Eignung anbelangt. Allerdings wird immer mehr dazu übergegangen, auch den Umgang mit der Beziehung zum Patienten stärker etwa ins Medizinstudium zu integrieren. Zudem arbeitet ein relativ großer Prozentsatz der Medizin- oder Psychologie-Absolventen später in Bereichen, die nicht primär die direkte Arbeit mit Patienten zum Inhalt haben. Spätestens, wenn durch eine Ausbildung eindeutig eine therapeutische Tätigkeit angestrebt wird, erscheint aber auch hier eine persönliche Eignungsprüfung unerlässlich. Die Tatsache, dass für ein Musiktherapiestudium eine solche Prüfung in aller Regel Voraussetzung ist, mag auch darin begründet sein, dass Musiktherapie sich ausbildungstechnisch meist an Musikhochschulen entwickelt hat, wo ohnehin traditionell Aufnahmeprüfungen für den künstlerischen Bereich stattfinden.

Im Allgemeinen wird zunächst die *Musikalität* des Kandidaten geprüft. Er sollte in irgend einer Form eine Identität als Musiker mitbringen, nicht unbedingt auf dem –

bei Kandidaten für ein Masterstudium ohnehin häufig vorhandenen – Hintergrund einer künstlerischen Ausbildung, aber ausgestattet mit bestimmten, von den jeweiligen Ausbildungsstätten genauer zu definierenden musikalischen Kenntnissen und Fertigkeiten. Nicht zuletzt bedarf es einer Offenheit gegenüber improvisatorischen Elementen. Es empfiehlt sich auch zu prüfen, ob die Interessenten befähigt sind, ihre musikalischen Kompetenzen in den Dienst des Patienten zu stellen. Das bedeutet, an ein musikalisches Gestalten nicht primär unter künstlerischen Gesichtspunkten heranzugehen, sondern Musik mit Hilfe ihrer einzelnen Elemente kommunikativ und individuell ausgerichtet einzusetzen.

Bezüglich der Einschätzung der *persönlichen Befähigung* sollten die Bewerber im Hinblick auf die späteren Einsatzfelder eine gewisse Belastbarkeit mitbringen, zusätzlich die Fähigkeit zur Empathie sowie eine hohe Motivation zur Arbeit an sich selbst als eine Voraussetzung für die Arbeit mit anderen Menschen. Hilfreich erscheint es, ein Vorpraktikum sowie einige Stunden Einzel- und Gruppen-Musiktherapie, äquivalent ggf. andere psychotherapeutische Erfahrung, als Bedingung für die Eignungsprüfung zu verlangen, wie es viele Studiengänge und Ausbildungen bereits tun. So wird z. B. vor der Wiener Zulassungsprüfung das Absolvieren eines ein- bis zweiwöchigen musiktherapeutischen Praktikums empfohlen. Für die Bewerbung zum Augsburger Masterstudiengang ist ein vierwöchiges Vorpraktikum Voraussetzung.

Ausbilderseitig erscheint es wichtig, dass bei spürbar überzogenen Erwartungen bezüglich der späteren beruflichen Möglichkeiten gerade im Rahmen der Masterausbildungen basale Informationen zum Ist-Stand beruflicher musiktherapeutischer Realität gegeben werden. Es besteht nach wie vor eine relativ große Diskrepanz zwischen dem Niveau des wissenschaftlichen Abschlusses einerseits (einhergehend mit großem persönlichen, zeitlichen und finanziellen Einsatz) und der ökonomischen und berufsrechtlichen Situation andererseits.

Für das Studium lassen sich im Hinblick auf die existierenden Curricula deutschsprachiger Studiengänge sechs Basisdisziplinen beschreiben, auf die im Folgenden näher eingegangen werden soll. Was die Bezeichnungen dieser Basisdisziplinen anbelangt, war der Fächerspiegel, den Stegemann und Fitzthum erstellten (siehe Beitrag an anderer Stelle in diesem Jahrbuch) sehr hilfreich, ebenso die zum Teil im Internet oder in der „Studien- und Ausbildungslandschaft Musiktherapie 2012“ der DMtG einsehbaren detaillierten Curricula.

#### *Basisdisziplin I:*     Musikalische Ausbildung

Hier seien zunächst exemplarisch die Bezeichnungen der verschiedenen deutschsprachigen Studiengänge angeführt. Da findet man z. B. Bezeichnungen wie „Grundlegende und spezifische musikalische Fähigkeiten“ (Augsburg, Wien), „Instrumentale Grundtechniken/Musikalische Basiskompetenzen“ (Heidelberg),

„Musikalische Fertigkeiten“ (Graz), „Modul Musik, Improvisation (Zürich), „Musikalische Kernkompetenzen – Improvisation“ (Heidelberg, Krems, Wien), „Fortgeschrittene musikalische Kompetenzen“ (Heidelberg, Wien), „Musiktherapeutische Musizierpraxis“ (Berlin, Heidelberg). Hier wäre eine stärkere Vereinheitlichung der Begriffe möglich.

Inhaltlich sollte, unabhängig davon, was die Studierenden an musikalischen Voraussetzungen mitbringen, eine musikalische Ausbildung für Musiktherapeuten die folgenden Elemente umfassen:

- Freie und strukturierte Improvisation
- Schulung an verschiedenen Rhythmusinstrumenten
- Liedbegleitung an geeigneten Instrumenten, vor allem Klavier und/oder Gitarre, spontane und intuitive Anwendung funktionaler Harmonik, evtl. Verbindung mit Spielen und Tänzern
- Instrumentenkunde
- Körper- und Atemwahrnehmung in Verbindung mit Stimmarbeit und Bewegung

Während in der musiktherapiespezifischen Ausbildung der beziehungsorientierte Ansatz im Vordergrund steht (vgl. Basisdisziplin III), wird Improvisation hier primär musikalisch geübt, in der Regel mehr oder weniger frei nach musikalischen Strukturierungen durch verschiedene musikalische Vorgaben wie Bordun, Skala, funktional-harmonische Begleitung von tonalen Improvisationen u. a. Neben dem Erlernen spontaner Liedbegleitung sind musikalische Kompetenzen wichtig im Hinblick darauf, Lieder aus verschiedenen Zeiten und Stilrichtungen vorzutragen, arrangieren und mit der Gruppe einüben zu können sowie für die Verbindung von Liedern und Tänzern. Außerdem sollten Lieder auf ihre altersgemäße und klinische Eignung hin reflektiert werden. Sinnvoll erscheint z. B. zusätzlich Bandarbeit mit Jugendlichen.

Da der Rhythmus ein zentrales musikalisches Element in der Musiktherapie darstellt, ist eine Schulung an verschiedenen perkussiven Instrumenten sinnvoll. Rhythmische Kompetenz ist eines der tragenden und strukturierenden Elemente in der musiktherapeutischen Beziehungsgestaltung.

Im Rahmen insbesondere rezeptiver Angebote ist Schulung von Körper- und Atemwahrnehmung hilfreich sowie das Üben der Verbalisierung entsprechender Erfahrungen. Bewusste Einbeziehung des Körpers in Ruhe und Bewegung, Stimme als körpernahes, therapierelevantes „Instrument“ sowohl als freie spontane Ausdrucksmöglichkeit als auch im Sinne stimmlichen Ausdrucks sollten gefördert und geschult werden. Noch ohne Selbsterfahrungsanspruch können die Studierenden so lernen, eigene musikalische Ausdrucksfähigkeit sowie Wahrnehmung des Ausdrucks der anderen Spieler, Intuition und Resonanzfähigkeit zu verbessern und im anschließenden Gespräch zu verbalisieren und zu reflektieren.



### *Basisdisziplin II: Interdisziplinäre wissenschaftliche Grundlagen*

Während medizinische und psychotherapeutische Grundlagen in ihrer Bedeutung für die musiktherapeutische Praxis in ihren verschiedenen Anwendungsfeldern als eigene Basisdisziplinen gesondert behandelt werden, werden hier allgemeine wissenschaftliche Grundlagen sowie interdisziplinäre musiktherapeutische wissenschaftliche Felder in den Fokus gerückt. Dazu ein Überblick über die relevanten Wissensgebiete und gewünschten Kompetenzen:

- Einführung in wissenschaftliches Arbeiten (v. a. grundständig Studierende und solche mit künstlerischem Erststudium), Wissenschaftstheorie
- Forschungsmethoden und Forschungsstand der Musiktherapie im Speziellen unter Berücksichtigung relevanter Nachbardisziplinen wie Medizin, Psychologie, Sozialwissenschaften, pädagogischen Disziplinen und Psychotherapieformen. Relevante Wissens Elemente aus den Wissenschaften, die sich mit der Musik befassen (Musikanthropologie, -ethnologie, -psychologie, -soziologie, -geschichte usw.).
- Klinisch relevantes psychologisches Wissen (v. a. Entwicklungspsychologie mit Einbeziehung musikalischer Entwicklung)

Die Einführung in wissenschaftliches Arbeiten ist vor allem für Musiker und Studierende anderer Fächer wichtig, die nicht im Erststudium ein wissenschaftliches Fach absolviert haben. Am Ende einer meist stärker praxisbezogenen Ausbildung steht im Falle des Masterstudiums das Verfassen einer Masterthesis, die wissenschaftliches Grundwissen erfordert, und – nicht zuletzt – eine wissenschaftliche Weiterqualifizierung (z. B. Promotion) ermöglicht. Kenntnis wichtiger Forschungsmethoden relevanter Nachbardisziplinen (Medizin, Psychologie, systematische Musikwissenschaften) sind für wissenschaftlich fundierte Beschäftigung mit Musiktherapie von Nutzen. Wichtig erscheint ein Überblick über den musiktherapeutischen Forschungsstand.

Die systematischen Musikwissenschaften sind relevant für eine theoretische Fundierung der Musiktherapie (z. B. musikanthropologische und -ethnologische Hintergründe von Heilkunde, Bedeutung psychosozialer Hygiene in traditionellen und modernen Gesellschaften, anthropologische und gesellschaftliche Bedeutung von Musik, Instrumentenkunde). Wesentliches Ausbildungselement ist entwicklungspsychologisches Basiswissen in Verbindung mit den entsprechenden musikalischen Entwicklungsschritten.

### *Basisdisziplin III: Musiktherapeutische Ausbildung in Theorie und Praxis*

Hier geht es um spezifische musiktherapeutische Kenntnisse und Fertigkeiten. Es unterrichten berufserfahrene Musiktherapeuten. Zunächst folgt wieder ein Überblick über die relevanten Wissensgebiete und Kompetenzen:

- Geschichte der modernen Musiktherapie sowie Kenntnisse der verschiedenen musiktherapeutischen Theorien und Schulen,

- Erfahren und Erlernen aktiver und rezeptiver musiktherapeutischer Vorgehensweisen, Erprobung durch Studierende im Unterricht, Reflexion jeweils spezifischer klinischer Anwendungsmöglichkeiten,
- Verbale Vor- und Nachbereitung musiktherapeutischer Angebote,
- Vorbereitung, Begleitung, Dokumentation und Auswertung musiktherapeutischer Praktika,
- Supervision, Intervision, Balintarbeit,
- Grundzüge des Gesundheitssystems mit jeweiligem Fokus auf die musiktherapeutische „Einbettung“, therapeutische Ethik, Berufskunde, heilkundliche Gesetzeslage.

Unabhängig vom jeweiligen Profil einer Ausbildung sollten die Studierenden einen allgemeinen und schulenübergreifenden Überblick über Geschichte und derzeitigen Stand internationaler musiktherapeutischer Entwicklungen in Theorie, Praxis und Forschung erhalten. Im Zentrum jeder Ausbildung sollte aber die Schulung einer musiktherapeutischen Haltung stehen (z. B. beziehungsorientierte Improvisations-Schulung; TherapeutIn steht auch musikalisch im Dienste des Patienten/der Patientin; Resonanz und Konfrontation; Schulung der Wahrnehmung, des Zuhörens, des musikalischen Antwortgebens; Rollenspiele; musikalisches und sprachliches Angebot; Möglichkeiten des verbalen Reflektierens).

Im Unterschied zu den selbstreflexionsbezogenen Basisdisziplinen werden die Wirkungen musiktherapeutischer Angebote hier nicht auf die eigene Befindlichkeit hin reflektiert, sondern auf die therapeutischen Situationen.

In ihren Praktika erleben die Studierenden klinische Praxis. Dort reflektieren sie ihre Erfahrungen mit dem musiktherapeutischen Mentor, in den therapeutischen Teams, aber auch in externer Supervision (Außenperspektive). Lohnend ist es, Vorstellungen von Praktikumsfällen zusätzlich in die Ausbildung zu integrieren (z. B. im Sinne eines praktikumsbegleitenden Seminars). Idealerweise werden auch musiktherapeutische Formen von Supervision und Balintarbeit einbezogen. Die Auswertung der Praktikumerfahrungen erfolgt auf Basis von Dokumentationen wie Protokollen oder Audio- und Videoaufzeichnungen und findet in entsprechenden Praktikumsberichten und Abschlussarbeiten ihren Niederschlag. Nicht selten bezieht sich eine spätere Masterthesis auf Erfahrungen im Praktikum.

Für die spätere berufliche Tätigkeit ist es gerade bei dieser Berufsgruppe unbedingt erforderlich, die Situation der Musiktherapie im jeweiligen Gesundheitssystem (Abrechnungsmöglichkeiten, heilkundliche Gesetzeslage, insbesondere Möglichkeiten ambulanter Tätigkeit) zu behandeln. Die Vermittlung ethischer Aspekte kann z. B. Bezug auf den Ethik-Codex der DMtG nehmen.

#### *Basisdisziplin IV:* Allgemeine und spezielle medizinische Grundlagen

Dieser Lernkomplex umfasst allgemeine Einführungen in

- medizinische Grundlagen und das Spektrum der medizinischen Fächer,
- medizinisches Denken und diesbezügliche Menschenbilder, Krankheits- und Gesundheitsbegriff, Gesundheitssystem im Allgemeinen, ethische und philo-

sophische Aspekte ärztlicher, insbesondere psychotherapeutischer Behandlung,

- musiktherapeutisch relevante medizinische Bereiche:
  - Pädiatrie (inkl. Sonder- und Heilpädagogik), Neonatologie
  - Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- u. Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, geriatrische Rehabilitation, Gerontologie
  - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit den Schwerpunkten somatoforme Störungen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen,
  - Neurologie, Neuropsychologie und neurologische Rehabilitation,
  - Palliativmedizin, Hospizarbeit,
  - Innere Medizin, Orthopädie, Schmerz- und Intensivmedizin.

Neben diesem „Basisrepertoire“ medizinischer Fachgebiete können – je nach Ausrichtung und kooperativer Integration eines Studienganges – einzelne Fachgebiete im Vordergrund stehen oder zusätzliche Fachgebiete integriert sein.

#### *Basisdisziplin V:* Psychotherapeutische Grundlagen

- Psychotherapeutische Anamnese, Diagnostik, Gestaltung von Erstkontakt und therapeutischer Beziehung,
- Psychotherapeutische Wirkfaktoren,
- Geschichte der Psychotherapie,
- Einzel-, Gruppen-Psychotherapie, gruppenspezifische Prozesse,
- Überblick über psychotherapeutische Theorien und Methoden, spezielle Einführung in die folgenden Orientierungen: Psychodynamische Verfahren, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie, körperorientierte Methoden, künstlerische Methoden,
- Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie,
- Familientherapie, Angehörigenarbeit.

#### *Basisdisziplin VI:* Selbstreflexion und Persönlichkeitsentwicklung

Selbstreflexive Fähigkeiten und persönliche Entwicklung – verbunden mit dem Erleben des neuen Behandlungsmediums – werden in Form musiktherapeutischer Einzel- und Gruppen-Lehrtherapien ausgebildet. Durch das eigene Erleben prozessadäquat angebotener aktiver und rezeptiver Vorgehensweisen der Musiktherapie erfahren die angehenden Musiktherapeuten diese in ihrer Wirkungsweise an sich selbst und im Hinblick auf die eigene Befindlichkeit, verbunden mit entsprechender Verbalisierung und Reflexion (siehe auch Abschnitt 3).

### **Resümee, Diskussion und Ausblick**

Unabhängig vom jeweiligen Profil einer Ausbildung bzw. eines Studienganges lassen sich sechs Basisdisziplinen theoretischen Wissens und praxeologischer Kom-

petenzen beschreiben, die für eine Ausbildung zum „Allgemeinen Musiktherapeuten“, der später in klinischen und institutionellen Bereichen inklusive privater Praxis tätig sein kann, fachliche Grundlage sein könnten. Durch spezielle Wissensvertiefung und Weiterbildung allgemein oder bezogen auf eine bestimmte Klientel kann – postgradual – zusätzliche Expertise erworben werden.

Es wäre zunächst hilfreich für die Außendarstellung der Musiktherapie, in Deutschland nicht zuletzt im Hinblick auf eine noch zu schaffende gesetzliche Grundlage für musiktherapeutisches Tätigwerden, aber auch für die Profilierung innerhalb der psychotherapeutischen Community, wenn sich mittelfristig zumindest die staatlichen musiktherapeutischen Ausbildungen – wie andere Studienfächer (Medizin, Rechtswissenschaften usw.) – in einem entsprechenden Diskussionsprozess auf ein solches Grundwissen und dessen Strukturierung verständigen könnten. Wünschenswert wäre eine Vereinfachung formaler Vorgänge, z. B. bei entsprechend der „Bologna-Philosophie“ ausdrücklich erwünschten Studienortwechseln; bereits zwischen deutschen Musiktherapie-Masterstudiengängen gestalten sich solche Wechsel recht kompliziert. Konzeptionell problematisch erscheint zumindest für die nicht konsekutiv ausgerichteten Masterstudiengänge, dass viele Studierende ohne entsprechenden musiktherapeutischen Bachelor-Hintergrund, in der Regel auch ohne Vorerfahrung bezüglich jedweder wissenschaftlichen Tätigkeit, in gewöhnlich drei Jahren eines meist berufs begleitenden Studiums zum einen „musiktherapeutisches Handwerk“ an sich, zum anderen aber fachspezifisches wissenschaftliches Arbeiten vermittelt bekommen sollen.

Nicht zuletzt muss den Studierenden immer wieder vor Augen geführt werden, dass nach wie vor eine relativ große Diskrepanz zwischen dem Titel eines wissenschaftlichen Abschlusses, z. B. des Mastertitels, und der ökonomischen Berufsrealität besteht. Ein mittelfristig anzustrebendes Berufsgesetz könnte hier zumindest „Diskussionswegmarke“ sein, wenn auch vor der direkten Verknüpfung ökonomischer Verbesserungsvorstellungen mit einem solchen ausdrücklich zu warnen ist.

Gleichzeitig zeigt eine solche Diskussion, wie weit sich die Musiktherapie innerhalb weniger Jahrzehnte entwickelt hat, wenn sie sich nun bereits mit Fragen wie einer Vereinheitlichung von Studiengängen beschäftigen kann.

## Literatur

- Alexander, K. (2008): Zur Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung. Diplomarbeit Fachhochschule Heidelberg.
- Decker-Voigt, H.-H. (Hrsg.) (2001): Schulen der Musiktherapie. München, Basel.
- Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (2012): Studien- und Ausbildungslandschaft Musiktherapie 2012. 13. Aufl., Berlin.

Willutzki, U.; Orlinsky, D.; Cierpka, M. et al. (2006): WIR – Daten über uns. Psychotherapeuten in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In: Kernberg, O.; Dulz, B.; Eckert, J. (Hrsg.): WIR: Psychotherapeuten. Stuttgart, 26–38.

## Weiterführende Literatur

Baker, F.; Krout, R. (2011): Collaborative peer lyric writing during music therapy training: a tool for facilitating students' reflections about clinical practicum experiences. *Nordic Journal of Music Therapy*, 20(1), 62–89.

Fitzthum, E. (1996): Einzel-Lehrmusiktherapie im institutionellen Rahmen. *Wiener Beiträge zur Musiktherapie* 1, 193–216.

Leitzinger-Mechtler, C. (1996): Problemstellungen bei Einzel-Lehrmusiktherapie in einer grundständigen staatlichen Ausbildung. *Wiener Beiträge zur Musiktherapie* 1, 217–223.

Richter, R. (2006): Über Kandidaten und Alumni – Fakten und Ansichten zur psychotherapeutischen Ausbildung. In: Kernberg, O.; Dulz, B.; Eckert, J. (Hrsg.): WIR: Psychotherapeuten. Stuttgart, 39–53.

Prof. Dr. Hans Ulrich Schmidt/Prof. Dr. Tonius Timmermann  
Masterstudiengang Musiktherapie Leopold-Mozart-Zentrum  
Philosophisch-Sozialwissenschaftliche Fakultät  
Universität Augsburg  
Maximilianstr. 59  
86150 Augsburg  
hans.ulrich.schmidt@phil.uni-augsburg.de  
tonius.timmermann@phil.uni-augsburg.de

## Privatrechtliche berufsbegleitende Weiterbildungen: „Musiktherapie“ in Deutschland

### Privately Subsidized Professional Training: Music Therapy in Germany

Dorothea Dülberg, Soest

*Der Erwerb musiktherapeutischen Wissens hat für viele musikalische Menschen in den sogenannten Interaktionsberufen eine große Anziehungskraft. Engagement und Identifikation in pädagogischen und psychosozialen Arbeitsfeldern gehen oftmals einher mit dem Wunsch nach weiterführenden Qualifikationen. Kompetenzen und Performanzen in bestehenden Arbeitsfeldern sollen auf diese Weise erhöht werden, außerdem suchen die Kandidaten professionell begleitete Selbsterfahrung. Eine persönlichkeitsgeprägte Arbeitsweise im bestehenden Beruf ist für viele Weiterbildungskandidaten das vorrangige Ziel ihrer Bemühungen. Ausgehend von den Inhalten und Formaten privatrechtlicher Musiktherapieaus- und Weiterbildungen, wie sie im Studienführer 2012 der DMtG vorgestellt werden, ist dieser Artikel ein Plädoyer für den Fortbestand einer differenzierten Vielfalt von Ausbildungswegen in Zeiten der Akademisierung der Musiktherapie.*

*Attaining music therapy expertise has a large attraction for many musically inclined people in so-called interaction vocations. Dedication and identification to pedagogic and psychosocial fields are frequently associated with the desire for additional advanced qualifications, which should lead to an increase in know-how and performance in existing fields. Furthermore, these candidates are seeking professionally facilitated self-experience. For many candidates seeking further training, the priority objective of their efforts is a working method shaped by personality within the existing profession. Based on the contents and formats of privately subsidized education and further training in music therapy, as presented in the 2012 Student Guide of the DMtG (German Music Therapy Association), this article is a plea for the continuance of the diverse range of educational paths in this period of music therapy academization.*

### Psychotherapeutisch – agogisch – sozialtherapeutisch?

Musiktherapie versteht sich heute einerseits als „besondere Form der Psychotherapie“, andererseits ist sie „gleichermaßen in der Heil- und Sonderpädagogik und in der Sozialen Arbeit“ verortet (Tüpker, in diesem Buch). Ein Spannungsfeld, das

auch therapiegeschichtlich betrachtet werden kann, wird hier offenbar und soll *exemplarisch* an den Positionen 5 privatrechtlicher Aus- und Weiterbildungsinstitute kurz umrissen sein:

Im Bereich der ehemaligen DDR sah der Musiktherapie-Pionier Schwabe die Musiktherapie zunächst in einer „vorrangigen Anbindung an die Medizin“ (Jürgens 2007, 27), immer innerhalb „medizinisch-klinischen Behandlungskonzepten“ (Schwabe zit. in Jürgens, ebd.) verortet. Erst viel später erweiterte sich das Konzept der ‚regulativen Musiktherapie nach Schwabe‘ auch als Sozialmusiktherapie. Das 1992 gegründete privatrechtliche Ausbildungsinstitut ‚Akademie für angewandte Musiktherapie Crossen‘ trägt dieser Öffnung in ihrem Curriculum seit vielen Jahren Rechnung (vgl. Akademie für angewandte Musiktherapie Crossen, Ausbildungsangebote der Musiktherapie).

Die Integrative Musiktherapie (IMT) wird an der ‚Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit und Kreativitätsförderung EAG/FPI, Hückeswagen‘ – einer staatlich anerkannten Einrichtung der beruflichen Bildung in privater Trägerschaft – gelehrt. Die IMT stellt die Methode Musiktherapie explizit auf die Inhalte des Verfahrens der Integrativen Therapie, als einem biopsychosozialökologischen, ganzheitlichen Ansatz. Die Integrative Therapie (IT) wurde von Hilarion Petzold und MitarbeiterInnen begründet. In die IMT werden „musikpsychotherapeutische, -soziotherapeutische und –agogische Elemente“ ausdrücklich in theoretischen Begründungen und praxeologische Methoden mit einbezogen (Curriculum der Weiterbildung IMT, 2009, 2).

Die rezeptive Methode ‚Guided Imagery and Music‘ wie sie z.B. am privaten Weiterbildungsinstitut ‚Institut für Musik, Imagination und Therapie (IMIT), Berlin, gelehrt wird, versteht sich als ausschließlich psychotherapeutische Methode, die von ihren BewerberInnen eine abgeschlossene psychotherapeutische Ausbildung verlangt, um „GIM im klinischen Setting“ einzusetzen (Curriculum der Weiterbildung).

Das ‚Institut für Musiktherapie am Freien Musikzentrum e.V. München‘ nennt als Ziel und Inhalt seiner Ausbildung die Befähigung, „Musiktherapie zur Krankenbehandlung und Gesundheitsfürsorge in therapeutischen, psychagogischen und präventiven Kontext auszuüben“ (Curriculum der berufsbegleitenden Weiterbildung – Musiktherapie, Stand Dezember 2012, S. 3).

Die 1983 gegründete und seit 2008 sich unter dem Namen „Deutsche Akademie für Entwicklungsförderung und Gesundheit des Kindes und Jugendlichen e.V.“ präsentierende Institution bietet eine berufsbegleitende Weiterbildung zum Orff – Musiktherapeuten an. Ziel der Angebote dieses Institutes sind „Prävention und Prophylaxe von Behinderungen im Kindesalter im Sinne der Entwicklungs-Rehabilitation und Sozialpädiatrie“ (Homepage: [www.akademie-muenchen.de](http://www.akademie-muenchen.de)).

Schon an dieser Stelle muss ein erstes Mal darauf hingewiesen werden, dass die selbstständige Ausübung der Musiktherapie im klinischen Bereich (Behandlung

bei Erkrankung) – unabhängig von der inhaltlichen Verortung – in jedem Fall nur innerhalb eines staatlich anerkannten Heilberufes oder der HPG – (Heilpraktiker Psychotherapie) Regelung erfolgen darf.

Im Sinne der Standortsuche wurde z.B. auch eine Fachtagung „Musik hilft – neue Förderkonzepte im Schnittfeld von Therapie und Pädagogik“ (BIM Flyer 2012, [www.musik-bim.de](http://www.musik-bim.de)) folgendermaßen vorgestellt: „In den letzten Jahren sind Therapie und Pädagogik in manchen Arbeitsfeldern zusammen gerückt. Ein Unterschied zur Situation vor 30 Jahren, zu Beginn der Musiktherapie in Deutschland, in der Fragen der Abgrenzung und Identitätssuche zwischen beiden Bereichen im Vordergrund standen“.

Prof. Metzner aus Magdeburg charakterisierte die Situation mit folgenden Worten: „Ich denke, es ist ein Konsens, dass es DIE Musiktherapie nicht gibt, sondern dass es sich um einen Sammelbegriff handelt. Das bedeutet, dass wir uns an Binnendifferenzierungen nicht nur gewöhnt haben, sondern dass wir die Entwicklung gezielt weiter fortsetzen müssen und zwar sowohl was die theoretisch-wissenschaftliche Fundierung angeht, als auch die fachliche Spezialisierung in unterschiedlichen Anwendungsbereichen“ (Jürgens 2007, 264).

## **Motivation zur musiktherapeutischen Aus – und Weiterbildung**

In dieser Situation bieten sich zahlreiche privatrechtliche musiktherapeutische Ausbildungsinstitute in Deutschland weiterbildungsmotivierten KandidatInnen als Partner an. In den Zugangsvoraussetzungen für potenzielle Ausbildungskandidaten und in der Konzeption ihrer Curricula beziehen diese privaten Aus- und Weiterbildungsinstitute für Musiktherapie Stellung zur Frage ihrer inhaltlichen Verortung mit heilpädagogischer, psychotherapeutischer, und anthroposophischer Orientierung, sowie zum Inhaltsniveau, das sie mit ihrem Angebot verfolgen.

Es darf vermutet werden, dass sich bei potenziellen Interessenten schnell ein Gefühl der Verwirrung einstellen kann, angesichts der Fülle von Angeboten. Dabei auch noch die Rechtsformen der werbenden Institute und berufsrechtliche Fragen der Anerkennung von Abschlüssen im Blick zu haben, kann wohl nicht als Regel angenommen werden.

Ein Blick auf den Angebotsmarkt zeigt das reiche Spektrum von der Musiktherapie als praxisorientierter Wissenschaftsdisziplin, wie es die ‚Kasseler Thesen zur Musiktherapie‘ 1998 formulierten, über eine von der Bundesarbeitsgemeinschaft Musiktherapie beobachtete Zunahme an neuen Musiktherapieausbildungen, die z.B. an Heilpraktikerschulen angesiedelt sind (vgl. [www.bag-musiktherapie.de](http://www.bag-musiktherapie.de)), bis zum 1jährigen Kurs in 3 Wochenblöcken, der laut Eigenwerbung von sich behauptet, adäquat auf die Arbeit als Musiktherapeut in eigener Praxis vorzubereiten!



Der 4. Bildungsbericht 2012, gefördert durch die Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung untersucht im Abschnitt G „Weiterbildung und Lernen im Erwachsenenalter“ ([www.bildungsbericht.de/daten2012/bb\\_2012.pdf](http://www.bildungsbericht.de/daten2012/bb_2012.pdf)). Darin wird bestätigt: bei den sogenannten individuell – berufsbezogenen Weiterbildungen belegen Angehörigen sozialer Berufe die vorderen Plätze der Statistik (a.a.O., 149), wobei ihre Ziele die Erweiterung der fachlichen Kompetenz und das inhaltliche Interesse, eine anspruchsvollere Tätigkeit zu erlangen im Allgemeinen vor dem Ziel der Einkommens- und Statusverbesserung liegen (a.a.O., 151).

Nach dem Bildungsbericht Deutschland nehmen vor allem die 30–49jährigen ArbeitnehmerInnen an Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen teil. Schon länger berufstätige Erwachsene bringen in besonderem Maße Lebens- und Berufserfahrung mit in das neue Feld der Musiktherapie. Oftmals verfügen sie über eine außerordentliche Motivation. Umfangreiche Lebenserfahrungen älterer Weiterbildungskandidaten, die während der musiktherapeutischen Aus- und Weiterbildung in Lehrtherapien ausreichend reflektiert worden sind, können durch die zukünftigen Therapeuten dann gewinnbringend in die eigene Professionalität integriert werden. Die Reife der Weiterbildungskandidaten als Ressource in den Weiterbildungsprozess aufnehmen zu können, ist eines der wichtigen Argumente für privatrechtliche berufsbegleitende Angebote. Dies entspricht den Ansätzen des „life span developmental approach“ (Petzold 2003, 69). Der Ansatz des lebenslangen Lernens wurde vom Rat der Kommission der Europäischen Gemeinschaften aufgenommen in der Forderung „einen europäischen Raum des lebenslangen Lernens zu schaffen“ (Mitteilung der Kommission, Brüssel 2001, [ec.europa.eu/dgs/education\\_culture](http://ec.europa.eu/dgs/education_culture), PDF-Datei). Andererseits bringen erfahrene Professionelle verschiedenster Berufsgruppen wichtige Impulse in die Institute hinein. Sie sind am Puls der Zeit und können Veränderungen der Ausbildungscurricula mit anregen.

### **Weiterbildungsangebote als Teil des quartären Bildungsbereiches**

Im deutschen Bildungssystem existieren die Begriffe der primären, sekundären, tertiären und quartären Bildungsbereiche. Nach der Schullaufbahn (Primar- und Sekundarstufen der allgemeinbildenden Schulen) stehen Erwachsenen mit entsprechender Qualifikation die Hochschulausbildungen als tertiäre Bildungsbereiche offen. Im akademischen Tertiärbereich wird eine umfassende Wissens- und Kompetenzvermittlung auf akademischem Niveau für den Beruf des Musiktherapeuten vermittelt. In der AMA (Arbeitskreis der Musiktherapieausbildungen im Tertiärbereich) tauschen sich die Fachbereichsleiter dazu aus.

Der quartäre Bildungsbereich in Deutschland umfasst die Formen der beruflichen Weiterbildung. In diesem Zusammenhang stehen auch bundesweite Angebote

zu berufsbegleitenden Weiterbildungen Musiktherapie. An dieser Stelle soll eine Begriffsbestimmung vorgenommen werden:

- Weiterbildungen werden verstanden als eine Vertiefung und/oder Spezialisierung eines bereits vorhandenen Fachwissens.
- Fortbildungen sind dagegen laufende Aktualisierungen in einem bereits erschlossenen Fachbereich. Somit ist der Begriff der Weiterbildung sehr deutlich umfassender als der der Fortbildung.
- Von Ausbildungen wird gesprochen, wenn die Möglichkeit zum Erwerb gänzlich neuer Kenntnisse gegeben wird.

Im Bereich der berufsbegleitenden musiktherapeutischen Bildung bezeichnen sich viele Angebote als Aus- und Weiterbildung. Diese Angebote sprechen im Besonderen Interessenten mit guten musikalischen Kenntnissen und Berufserfahrung in psychosozialen Arbeitsfeldern an.

### **Angebote privatrechtlicher musiktherapeutischer Aus- und Weiterbildungen**

Nachdem seit den 1960er Jahren die ersten privatrechtlichen Musiktherapieausbildungen in Deutschland entstanden, hat sich dieses Feld bis heute in einem fast unüberschaubaren Maße ausdifferenziert. In Zeiten einer ungeschützten Berufsbezeichnung ‚Musiktherapeut/Musiktherapeutin‘ einerseits und eines Bekenntnisses zur Akademisierung der Musiktherapie durch die musiktherapeutischen Verbände andererseits bleibt die Frage, wo die Musiktherapielandschaft eine Bereicherung durch die Vielfalt der privaten Weiterbildungen erfährt und wo sie droht Schaden zu nehmen angesichts inflationärer ‚Titelvergaben‘.

Es gibt in Deutschland neben den akademisch – universitären Musiktherapie – Ausbildungen an anerkannten Hochschulen

- a. die berufsbegleitenden Ausbildungen an *staatlich anerkannten* Bildungseinrichtungen privater Trägerschaft: z.B. das EAG Hückeswagen
- b. die Ausbildungen bei privaten Bildungsträgern mit unterschiedlichen Rechtsformen, z.B. als *gemeinnützige Vereine* (Musiktherapeutische Arbeitsstätte Berlin e.V., Institut für Gestalttherapie und Gestaltpädagogik e.V., Freies Musikzentrum München e.V.) oder in privater Trägerschaft, die *berufsverbandlich zertifiziert* bzw. national/international anerkannt sind
- c. die Ausbildungen bei privaten Bildungsträgern, die über keine Qualitätsnachweise verfügen.

Der Qualitätsnachweis einer Ausbildung eröffnet für Absolventen der privaten berufsbegleitenden Aus- und Weiterbildungsangebote folgende Möglichkeiten:

- a. die verbesserte Qualifizierung für bestehende Arbeitsfelder
- b. Bewerbung auf eine ausgewiesene Musiktherapeuten-Stelle
- c. nach einer Prüfung und Zulassung als ‚HeilpraktikerIn für Psychotherapie‘ die selbständige Arbeit in eigener Praxis.

Die Vielfältigkeit dieser Angebote zeigt sich auch in Eingangsvoraussetzungen, Inhalten und Dauer der Weiterbildungen, Prüfungsleistungen und Abschlussbezeichnungen: „Die Unterschiedlichkeit der jeweiligen privatrechtlichen Ausbildungen spiegelt die Vielfalt der Richtungen, Auffassungen und Herangehensweisen innerhalb der Musiktherapie wider“ (DMtG, Studien- und Ausbildungslandschaft Musiktherapie 2012, 48).

Die Wertschätzung von Lebens- und Berufserfahrung bei Beginn der Ausbildung ist ein schon benanntes starkes Argument für die berufsbegleitenden musiktherapeutischen Ausbildungsangebote. Ein weiteres wichtiges Argument ist die Qualität der persönlichen und professionellen Selbsterfahrungsprozesse (vgl. Petzold, Orth, Sieper 2006; Frohne-Hagemann, Petzold 2006), die in einigen tiefenpsychologisch, systemischen oder integrativ-therapeutisch orientierten privatrechtlichen Aus- und Weiterbildungsgängen in deutlich umfangreichem Maße vermittelt und in Form von Einzel-Lehranalyse oder Einzel-Lehrtherapie als verpflichtend eingefordert werden können, als dies in staatlichen Ausbildungen der Fall ist.

Ein kritischer Blick wird auf die Fragen der beruflichen Vorqualifikationen und der vorausgesetzten Musikalität und instrumentalen Kompetenz der WeiterbildungskandidatInnen zu werfen sein. Auch bei den privaten berufsbegleitenden Aus- und Weiterbildungsangeboten wird die Improvisation als ein Kernbereich der musiktherapeutischen Tätigkeit verstanden. Die akademischen grundständigen Ausbildungen verifizieren ihre hohen Anforderung an die Musikalität und Instrumentalkompetenz ihrer KandidatInnen in umfangreichen Eingangsprüfungen. Viele berufsbegleitende Institute setzen neben in der Regel niederschwelligeren Eingangsprüfungen dagegen auf eine langjährig gelebte Musikpraxis als Voraussetzung. Zum Teil gibt es Auflagen, eine noch nicht ausreichende musikalische Ausdruckssicherheit während des Ausbildungsgang selbstorganisiert zu vervollkommen, zum Teil gibt es Lernangebote innerhalb der Ausbildungen. Eine abschließende Überprüfung des Erreichten fehlt oftmals.

Was die Kosten betrifft, so sind alle musiktherapeutischen privaten Aus- und Weiterbildungen teuer. Ein erster Blick auf die Veröffentlichungen der einzelnen Institute lässt den Umfang der finanziellen Belastungen über mehrere Jahre hinweg in einigen Fällen nur unzureichend erahnen. Zu den dort ausgewiesenen Kurskosten oder monatlichen Raten kommen Reisekosten, Übernachtungs- und Verpflegungskosten, Kosten für externe Lehrtherapien und Supervisionen sowie für Instrumentalunterricht. Die Bereitschaft viel Geld für eine freiwillige Weiterbildung zu investieren, lässt wiederum Rückschlüsse auf die hohe Motivation der Kandidaten

zu, manchmal geht es um nicht weniger als die Erfüllung eines Lebenstraumes: mit Musik den Lebensunterhalt zu verdienen.

Auch wenn das Ziel der Einkommensverbesserung für manch einen Ausbildungskandidaten am Anfang seiner Weiterbildung noch nicht ausschlaggebend war, so stellen sich Fragen der Re-Finanzierungsmöglichkeiten der zum Teil immensen Aus- und Weiterbildungskosten am Ende der Aus- und Weiterbildung doch.

## Zur Qualitätsbewertung privatrechtlicher Aus- und Weiterbildungen Musiktherapie

### SAMT

Seit 1995 arbeiten Ausbildungsleiter verschiedener Ausbildungsinstitute an einem Konsens in der Qualitätssicherung dieser privatrechtlichen Aus- und Weiterbildungen. Die SAMT ist dabei die ‚Ständige Ausbildungsleiterkonferenz der privatrechtlichen Musiktherapieausbildungen‘ Deutschlands. In ihren verbindlichen Qualitätsstandards nimmt sie Bezug auf das Berufsbild der ‚Bundesarbeitsgemeinschaft Musiktherapie‘: ‚Der Beruf wird verstanden als eigenständiger Heilberuf‘ ([www.bag-musiktherapie.de](http://www.bag-musiktherapie.de)). Dieses Verständnis ist zu verstehen im Sinne einer Zielformulierung, denn aktuell ist Musiktherapie noch kein eigenständiger Heilberuf. Daher verlange der Beruf einen Berufsabschluss, der mindestens dem Bachelor vergleichbar sei. Diese sogenannte Äquivalenzregelung stellte in den vergangenen Jahren die Ausbildungsinstitute vor die große Aufgabe, ihre Curricula entsprechend zu überprüfen und gegebenenfalls zu modifizieren.

Somit sind heute in der SAMT Institute vertreten, die als Zugangsvoraussetzung entweder eine akademische Erstqualifikation in einer für die Musiktherapie relevanten Referenzwissenschaft erwarten oder eine langjährige Berufstätigkeit im psychosozialen Feld oder klinischen Feld als gleichwertig anerkennen. Darüber hinaus stellen sie durch ihre Curricula sicher, dass die Leistungen der Absolventen in etwa einem Bachelor-Abschluss Musiktherapie entsprechen. Ferner ist für die SAMT ein ‚hoher Selbsterfahrungsanteil innerhalb der Ausbildung‘ (DMtG, Studien- und Ausbildungslandschaft Musiktherapie 2012, 48) unerlässlich. Unter den innerhalb in der SAMT zusammen geschlossenen privaten Instituten lassen sich 3 Gruppen unterscheiden:

*Institute, die in einem grundständigen Studiengang Musiktherapie anbieten:*

Hier ist die ‚Musiktherapeutische Arbeitsstätte Berlin‘ genannt, die auf der Grundlage anthroposophischer Grundausrichtung arbeitet. Der Studiengang schließt mit dem Zertifikat des Berufsverbandes für Anthroposophische Kunsttherapie ab ([www.musiktherapeutische-arbeitsstaette.de](http://www.musiktherapeutische-arbeitsstaette.de)).

Das ‚Institut für Musiktherapie Berlin‘, bietet eine weitere grundständige Berufsausbildung zum Musiktherapeuten an und endet mit einem privatrechtlichen Diplom zum Musiktherapeuten. Dieses Diplom wird von der Theologischen Hochschule Friedensau, einer Hochschule in freikirchlicher Trägerschaft, für ein nachfolgendes Masterstudium anerkannt ([www.musiktherapieberlin.de](http://www.musiktherapieberlin.de)).

Die Vergabe des Titels eines privatrechtlichen ‚Diplom‘ ist klar abzugrenzen gegenüber dem Hochschuldiplom. Auch nach der Umstellung auf Bachelor- und Masterabschlüsse behalten die Diplome der staatlichen Hochschulen für Musiktherapeuten ihre Gültigkeit.

*Institute, die berufs begleitende Aus – und/oder Weiterbildungen anbieten:*

Zu nennen sind hier

- das ‚Institut für Gestalttherapie und Gestaltpädagogik (IGG)‘ – Berlin ([www.iggberlin.de](http://www.iggberlin.de))
- die ‚Akademie für angewandte Musiktherapie Crossen‘ ([www.musiktherapie-crossen.de](http://www.musiktherapie-crossen.de))
- die ‚Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit und Kreativitätsförderung‘ – staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung in der Trägerschaft des Fritz Perls Instituts (FPI) – Hückeswagen ([www.eag-fpi.com](http://www.eag-fpi.com))
- ‚Freies Musikzentrum München e.V.‘ ([www.freies-musikzentrum.de](http://www.freies-musikzentrum.de)) und
- ‚Deutsche Akademie für Entwicklungsförderung und Gesundheit des Kindes und Jugendlichen e.V.‘ ([www.akademie-muenchen.de](http://www.akademie-muenchen.de))

*Institute, die eine Spezialisierung in rezeptiver Musiktherapie anbieten*

- Institut für ‚Imaginative Psychotherapie und Musik‘ – GIM, Buchholz ([www.gim-therapie.de](http://www.gim-therapie.de))

Alle in der SAMT organisierten Institute schließen bei Vorliegen sämtlicher Prüfungsleistungen mit institutseigenen Zertifikaten oder Graduierungsurkunden ab. Für jeden Absolventen stellt sich die Frage nach dem ‚Marktwert‘ dieser Zertifikate. Diese Frage wird im Folgenden positiv beantwortet:

Der größte deutsche Zusammenschluss von Musiktherapeuten, die Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG) mit aktuell über 1.400 Mitgliedern hat seit 2009 ein Zertifizierungsverfahren eingeführt. Dieses Verfahren intendiert zu zeigen, dass Inhalte und Qualität dieser nachgewiesenen Ausbildungen mindestens auf dem Niveau eines Bachelorstudiums der Musiktherapie durchgeführt wurden. Bei Vorliegen entsprechender zusätzlicher Bedingungen (akademischer Grundberuf, mindestens 2jährige Vollzeit-Tätigkeit oder entsprechende Abstufungen für Halb- oder Teilzeit, Einhaltung des berufsethischen Kodex der DMtG incl. Fortbildungs- und Supervisionsregelung) wird eine Zertifizierung DMtG ausgesprochen.

chen. Für die rezeptive musiktherapeutische Weiterbildung gilt der Grundsatz, dass zur Zertifizierung als „zertifizierte/r MusiktherapeutIn DMtG“ zusätzlich eine Ausbildung in aktiver MT nachgewiesen werden muss ([www.musiktherapie.de](http://www.musiktherapie.de)).

### **DQR – Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen**

Der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR, [www.deutscherqualifikationsrahmen.de](http://www.deutscherqualifikationsrahmen.de)) ist ein gemeinsames Portal des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Kultusministerkonferenz. Dieses Projekt soll Transparenz und Durchlässigkeit zwischen den Teilbereichen des Bildungssystems fördern. In einem langjährigen Projekt bemühen sich künstlerisch – therapeutische Fachrichtungen, darunter auch die Musiktherapie, ihre Ausbildungsstandards nach dem DQR und untereinander vergleichbar zu gestalten.

Auf höherer Ebene geht es beim Aufbau eines Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR) um ein „Übersetzungsinstrument, das nationale Qualifikationen europaweit verständlich macht und so die grenzüberschreitende Mobilität von Beschäftigten und Lernenden und deren lebenslanges Lernen fördert“ ([ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/eqf\\_de.htm](http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/eqf_de.htm)). Somit wird die Realisierung eines europäischen Rahmens für lebenslanges Lernen in Ansätzen erkennbar.

### **Europäische und internationale Gremien**

Mit den Bemühungen um die Schaffung eines europäischen Bildungsraumes und globalen Vernetzungen im Bildungs- und Forschungsbereich wird auch die Frage der internationalen Qualitätssicherung für privatrechtliche Institute interessant. Schließlich wird Musiktherapie weltweit gelehrt. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen:

An 4 deutschen Instituten wird derzeit die rezeptive musiktherapeutische Methode GIM gelehrt. Nur 1 Institut, nämlich das *Institut für Imaginative Psychotherapie und Musik* – GIM, Buchholz ([www.gim-therapie.de](http://www.gim-therapie.de)), ist der SAMT angeschlossen. Das *Institut für Musik, Imagination und Therapie, IMIT*, Berlin ([www.imitberlin.de](http://www.imitberlin.de)), das ebenfalls im DMtG Studienführer beschrieben wird, ist nicht Mitglied der SAMT, wohl aber von der amerikanischen Organisation AMI, der Ursprungsorganisation GIM, akkreditiert. Die beiden anderen GIM – Ausbildungsinstitute, *Institut Imago* ([www.GIM-Psychotherapie.de](http://www.GIM-Psychotherapie.de)) und das *Institut für musikgeleitete Psychotherapie* ([www.gim-musiktherapie.de](http://www.gim-musiktherapie.de)) sind ebenfalls bei der amerikanischen AMI akkreditiert, wurden aber *nicht* im Studienführer der DMtG aufgeführt, weil sie in ihren Zugangskriterien keine musiktherapeutische Grundausbildung verlangen.

Wichtig für die Bedeutung der Abschlüsse im quartären Bildungsbereich ist die Durchlässigkeit zu weiterführenden Studien an deutschen und europäischen Hochschulen und Universitäten. Hier ist die Umrechnung der Studien- und Aus-

bildungsleistungen im Leistungspunkte-System (European Credit Transfer System, ECTS – genannt: Creditpoints) grundlegend. Auch wenn, wie eingangs beschrieben, zunächst vielfach die Qualifizierung innerhalb eines schon bestehenden Arbeitsverhältnisses für die Kandidaten im Vordergrund steht, ist die *Option* einer Weiterqualifikation auch im staatlichen Bildungsbereich wichtig:

Aktuell gibt es Masterstudiengänge Musiktherapie, allesamt auch kostenpflichtig, die verschiedenste organisatorische Formate (berufsbegleitend oder Vollzeit) und inhaltliche Ausrichtungen aufweisen. Darunter sind auch Institute, die mit ihrem Master-Abschluss die Möglichkeit einer Promotion zum Dr. phil. an einer staatlichen Universität eröffnen können. Außerdem kann der Weg zur Promotion an europäischen Universitäten offen stehen, wenn der vorgelegte Masterabschluss nach Landesrecht akkreditierbar ist.

## Ausblick

Ein weiterer Blick auf den Bildungsbericht soll eine Differenzierung zwischen dem beschriebenen Machbaren und dem tatsächlich Eintretenden werfen:

Im statistischen Schnitt beenden „nur gut die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre Weiterbildung mit einer Bescheinigung. Von ihnen wiederum erhalten nur zwei Fünftel Nachweise mit höherer Signalwirkung“ (Bildungsbericht, Abschnitt G, 151). Die Statistik zeigt auch, dass die weit überwiegende Mehrheit der Absolventen unter beruflich-inhaltlichen Aspekten seine/ihre Erwartungen erfüllt sieht. Einen neuen Arbeitsplatz zu finden oder gar eine neue berufliche Existenz aufzubauen aufgrund dieser Aus- und Weiterbildungen gelingt dagegen nur einer Minderheit. Wie gesagt: Eine explizite Studie für die Absolventen privatrechtlicher berufsbegleitender Aus- und Weiterbildungen liegt nicht vor. Rückschlüsse können nur tendenziell gezogen werden.

Die musiktherapeutischen Verbände bemühen sich um eine weiter fortschreitende Berufsprofilierung: Musiktherapie *soll* „eigenständiger akademischer Heilberuf bzw. als heilkundlicher Zulassungsberuf“ (Musiktherapeutische Umschau 34(1), Berufsgruppenanalyse, 49) werden.

Das Spektrum der Meinungen zum weiteren Weg der Musiktherapie geht vom Bekenntnis zu qualitativer und quantitativer Forschung, auch in kombinierten Designs, über ein „klares theoretisches Psychotherapiekonzept für ein klares theoretisches Musiktherapiekonzept“ (Röhrborn, zit. in Jürgens 2007, 268), hin zum Votum für den Erhalt berufsbegleitender Ausbildungen in der Musiktherapie, denn sie „erreicht die Menschen, die die Arbeit schon kennen und wissen, was sie brauchen“ (Ochs, zit. in Jürgens 2007, 266).

Es stellt sich hier die Frage, inwieweit bestehende, national oder international organisierte Aus- und Weiterbildungsgänge die Möglichkeit haben, in ihren Ausbildungskonzepten den aktuellen Entwicklungen Rechnung zu tragen:

- Sind die langjährig bewährten Konzepte der Institute flexibel genug, um in ihren Konzeptionen neue Entwicklungen aufzunehmen? (beispielsweise Erkenntnisse der Neurobiologie, Weiterentwicklung in störungsspezifischen Behandlungen, Erkenntnisse der Praxisforschung, wachsende Bedeutung der quantitativen Forschung, etc.)
- Gibt es relevante Theorie – Praxisverschränkungen, die auf die derzeitige Situation des Arbeitsmarktes vorbereiten?
- Erhalten die Aus- und Weiterbildungskandidaten hilfreiche Einblicke in berufspolitische Zusammenhänge?

Es ist engagierten berufserfahrenen Professionellen mit dem Wunsch nach einer musiktherapeutischen Aus- und Weiterbildung in einem privaten Institut zu wünschen, dass sie vorab Kenntnis erwerben von den aktuellen berufspolitischen Veränderungen und sich an ein Institut wenden, das entweder in der SAMT oder in einem übergeordneten europäischen oder internationalen Gremium vernetzt ist, um persönlich und inhaltlich bestmöglich zu profitieren und alle Chancen auf dem Arbeitsmarkt zu wahren.

Gleichzeitig erscheint mir eine Anerkennung der Leistungen der in der SAMT organisierten privaten Aus- und Weiterbildungen zu Musiktherapeuten im deutschsprachigen Raum wichtig zu sein: Die gewünschte Vielfalt der musiktherapeutischen Landschaft wird auf diese Weise erhalten.

## Literatur- und Quellenverzeichnis

DMtG (Hrsg.) (2012): Studien- und Ausbildungslandschaft Musiktherapie, Eigenverlag DMtG.

[ec.europa.eu/education/liferlong-learning-policy/eqf\\_de.htm](http://ec.europa.eu/education/liferlong-learning-policy/eqf_de.htm)

[ec.europa.eu/dgs/education\\_culture](http://ec.europa.eu/dgs/education_culture), PDF-Datei.

Frohne-Hagemann, I.; Petzold, H. G. (2006): Lehrtherapie in der Ausbildung von Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten – personale, soziale und professionelle Aspekte. *Musiktherapeutische Umschau* 27(1), 5–17.

Jürgens, P. (2007): *Geschichte der ostdeutschen Musiktherapie*, Frankfurt am Main  
*Musiktherapeutische Umschau* 34(1), 2013

Petzold, H. (2003): *Integrative Therapie*, Bd. 1, Paderborn.



Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2006): Erkenntnistheoretische, entwicklungspsychologische, Neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“ in: Petzold, H. G.; Schay, P.; Scheiblich, W. (2006): Integrative Suchtarbeit. Wiesebaden, <http://www.fpi-publikationen.de/downloads/download-polyloge/download-02-2005-petzold-h-g.html>

[www.akademie-muenchen.de](http://www.akademie-muenchen.de)

[www.bag-musiktherapie.de](http://www.bag-musiktherapie.de)

[www.bildungsbericht.de](http://www.bildungsbericht.de)

[www.deutscherqualifikationsrahmen.de](http://www.deutscherqualifikationsrahmen.de)

[www.eag-fpi.com](http://www.eag-fpi.com)

[www.freies-musikzentrum.de](http://www.freies-musikzentrum.de)

[www.gim-therapie.de](http://www.gim-therapie.de)

[www.imitberlin.de](http://www.imitberlin.de)

[www.musik-bim.de](http://www.musik-bim.de)

[www.musiktherapeutische-arbeitsstaette.de](http://www.musiktherapeutische-arbeitsstaette.de)

[www.musiktherapieberlin.de](http://www.musiktherapieberlin.de)

[www.musiktherapie-crossen.de](http://www.musiktherapie-crossen.de)

Dorothea Dülberg  
Freiligrathwall 28  
59494 Soest  
[dorotheaduelberg@helimail.de](mailto:dorotheaduelberg@helimail.de)

# Musiktherapie in Bulgarien und in anderen postsowjetischen Ländern der EU

## Music Therapy in Bulgaria and Other Post-Soviet EU Countries

Heidi Fausch-Pfister, Killwangen, CH

*Bulgarien wird als Beispiel gewählt, da es etwas aus dem Gesichtsfeld von Europa gerückt ist, obwohl sich die Bulgaren mit Europa und besonders mit Deutschland und Österreich sehr verbunden fühlen. Aufgrund von Gesprächen mit Musiktherapeuten und Dozenten wird die Situation der Musiktherapie und der Musiktherapeuten in Bulgarien, wie sie sich heute zeigt, dargestellt. Darauf folgt ein kurzer Überblick über die Situation der Musiktherapie in den EU Ländern der Ost-Erweiterung.*

*Bulgaria was chosen as an example because it has slipped somewhat out of the focal point of Europe, despite the fact that Bulgarians feel strongly connected with Europe and especially with Germany and Austria. Today the situation in Bulgaria for music therapy and music therapists is based on conversations with music therapy training staff and music therapists. This is followed by a short overview of the situation of music therapy in expanding Eastern EU countries.*

### Eigene Musik und Identität

Innerhalb der letzten Jahre hat sich die Musiktherapie in den neuen EU Ländern stark entwickelt. Vieles ist noch so im Fluss, dass Angaben über Anerkennung und Ausbildungen schon bei der Veröffentlichung dieses Textes überholt wären. Unter [www.emtc-eu.com](http://www.emtc-eu.com) sind aktuelle Angaben abrufbar. Ich beschränke mich daher auf einen kleinen Einblick in den Prozess, wie ich ihn durch meine Tätigkeit im Vorstand der EMTC (European Confederation of Music Therapy) erhielt. Durch meine Tätigkeit als Länderkoordinatorin für Mitteleuropa hatte ich Kontakt mit allen Fachverbänden und den Delegierten dieser Länder und half Verbände aufzubauen, Informationen auszutauschen, EMTC Standards bekannt zu machen und durchzusetzen. Als Dozentin in Litauen, Lettland, Ungarn, Tschechien und Bulgarien erhielt ich Einblick in die Situation vor Ort. Eines haben diese Länder gemeinsam: Die eigene Musik (auch neue Kompositionen) und die eigenen Lieder in der eigenen Sprache haben eine große Bedeutung. Sie bildeten in der Sowjet-Zeit einen Raum, in welchem die eigene Identität, Sprache und Volkszugehörigkeit gefühlt und gepflegt werden konnte. Musik schuf Gemeinschaft und ließ die Glut

der Freiheitsliebe nie erlöschen. Mut, Hoffnung und die Kraft, die Selbständigkeit zurückzugewinnen, wurden durch die eigene Musik gestärkt. Mit Tränen in den Augen singen unsere Kolleginnen in Litauen, Lettland und Estland noch heute die Lieder, welche die Menschenkette von Vilnius nach Tallinn begleiteten. Der starke Bezug zu Musik und der große Bedarf an psychodynamischen Therapien rechtfertigte und förderte die Entwicklung der Musiktherapie. Überall wird mit viel Pioniergeist intensive Aufbauarbeit geleistet und dies oft unter sehr schwierigen materiellen Verhältnissen.

## **Warum Bulgarien?**

Bulgarien wähle ich als Beispiel, weil mir auffiel, dass Bulgarien diesseits der Alpen kaum wahrgenommen wird, ganz zu Unrecht, wie ich denke. Bulgarien ist ein gebirgiges Land und wird auch Balkan-Schweiz genannt. Bulgarien bietet neben Joghurt, Rosenessenz, wunderbarem Gemüse, traumhaften Landschaften und einer hochstehenden Kultur auch eine interessante Musiktherapie-Szene. Meine neusten Informationen aus Sofia brachte ich im November 2012 nach Hause. Die wichtigsten Quellen zu diesem Artikel sind Gespräche mit Musiktherapeuten und Dozenten. Die Gespräche wurden in englisch oder bulgarisch (mit deutscher oder englischer Übersetzung) geführt. Die Dolmetscherin Frau Ekaterina Gyurova unterstützte mich. Wichtige Auskunftspersonen sind Liliya Achtarova, Vertreterin von Bulgarien in der EMTC, Musiktherapeutin, Psychotherapeutin und Ausbildungsleiterin, Neicho Gazpachev, Präsident des Fachverbandes BAM, Schulpsychologe, Musiktherapeut und Psychotherapeut unter Supervision, Teodosii Tzinzilev, Vizepräsident des Fachverbandes BAM, Musiker, Psychologe, Musiktherapeut, Psychotherapeut unter Supervision und sieben weitere Musiktherapeutinnen, welche sich für strukturierte Gespräche zur Verfügung stellten. Alle sind sich einig: Die Musik ist für Bulgaren sehr wichtig. Die verschiedenen Völker Bulgariens haben ihre Musik bewahrt, (Türken, Roma, und die vielen zurück gewanderten Flüchtlinge wie türkische, makedonische, und thrakische Bulgaren. Ihre Musik ist lebendig. Aber auch „westliche“ Musik bildet Identität und wird geschätzt. Für Bulgaren ist es wichtig, sich als Europäer und als Weltbürger zu identifizieren. Ein Erlebnis vom Herbst 2011 möchte ich dazu anführen: Ich bin mit einer Gruppe bulgarischer Musiktherapeuten unterwegs. Die Eltern einer Musiktherapeutin bieten uns Gastzimmer an. Es ist spät; wir haben Hunger. Wir besuchen ein Lokal mit Disco, wo man uns einen Imbiss anbietet. Westeuropäische Disco-Musik klingt aus den Lautsprechern, wie es auch in Zürich sein könnte. Einige junge Besucher tanzen. Wir versuchen trotz der lauten Musik über die Entwicklung der Unterhaltungsmusik in Bulgarien zu sprechen. Da steht einer der Musiktherapeuten auf und wünscht vom Disc Jockey bulgarische Musik. Der kündigt das neue Stück an. Die Musiktherapeuten stehen auf und beginnen einen Volkstanz zu tanzen. Mich nehmen sie mit. Sofort kommen andere Discobesucher dazu. Der nächste bulga-

rische Tanz folgt. Fast alle anwesenden Jungen tanzen mit Begeisterung mit. Sie können die schwierigen Schritte und Sprünge; mir fallen diese nicht leicht. Ein bulgarischer Tanz folgt dem andern, schnell, rhythmisch, instrumental vielseitig und choreographisch anspruchsvoll. Die Stimmung ist fröhlich; es wird viel gelacht. Ich ziehe mich als Beobachterin mit einem Glas Wein zurück und genieße den für mich einmaligen Anblick der tanzenden Jugend mit den Musiktherapiekolleginnen und -kollegen.

Spontaner Volkstanz in der Disco! Das ist jedenfalls in der Schweiz undenkbar. Der Disc Jockey würde kaum über so viel gute Volksmusik verfügen und wenn auch, die Jungen würden bald rebellieren. Nicht nur in der Disco, auch auf der Straße und in den Konzerten stellte ich fest: Den Bulgaren bedeutet die eigene Musik viel und sie lassen sich von ihr tragen, nicht nur über Kopfhörer. Das ist eine gute Grundlage für die Musiktherapie. Eine Therapeutin sagt denn auch in ihrem Interview: „Gerade der musiktherapeutische Weg ist für Bulgaren günstig, da sie ein gutes Gefühl für Musik, Bewegung und Rituale haben und sich mit Musik schnell öffnen.“

Damit ist ein wichtiges Problem angeschnitten, welches die Entwicklung erschwert: Die finanziellen Mittel für Kunst, Bildung und Gesundheit wurden seit dem Ende der Sowjet-Zeit auf ein Minimum reduziert und wo Mittel vorhanden sind, versickern diese durch Korruption. Immer wieder hörte ich, dass Korruption der schlimmste Störfaktor der Demokratisierung und der wirtschaftlichen Erholung sei. Es sei sehr schwer, sie zu entlarven und zu bekämpfen.

## Das bulgarische Gesundheitswesen

Bulgarien ist zur Zeit ein armer Staat. Das wirkt sich auch im Gesundheitswesen aus: Lebenserhaltende Leistungen werden bezahlt. Was darüber hinaus geht, wie medizinische Nachbetreuung, Rehabilitation, psychologische Betreuung und Psychotherapie müssen selber bezahlt werden und werden in vielen Gebieten gar nicht angeboten. Psychotherapie ist unüblich und Musiktherapie fast unbekannt. Die Anstellung von Musiktherapeuten in einem Spital ist zur Zeit noch undenkbar. Einzig in der Psychiatrie ist dies bis jetzt möglich. Die medizinische Ausbildung ist gut; viele haben sich im Ausland weiterbilden können, doch die Ärzte und das medizinische Personal sind teilweise nicht Existenz sichernd entlohnt. So ist es durchaus üblich, neben einer öffentlichen Anstellung eine Privatpraxis für „Selbstzahler“ zu führen. Die Bevölkerung verfügt über ein sehr gutes traditionelles medizinisches Wissen und dieses wird auch praktiziert. An Märkten findet man ein großes Angebot an Heilpflanzen, frisch, getrocknet, als ganze Pflanzen und als Heilmittel aufbereitet wie Tees, Tinkturen, Salben, Wickel usw. Sich selber zu helfen ist lebenswichtig. Von staatlicher Seite wird keine baldige Verbesserung erwartet. Das System sei noch korrupt und es seien in vielen Bereichen noch diesel-

ben Personen am Drücker wie vor 25 Jahren, so sagt ein für eine Schweizer Firma arbeitender Bulgare.

### **Wie die bulgarische Musiktherapie ein anerkanntes psychotherapeutisches Verfahren wurde**

Unterlagen zu diesem Thema erhielt ich u.a. von Liliya Achtarova. Ihr Text ist in original englischer Sprache im Anhang zu finden.

Kurz nach der Wende in den 90er Jahren organisierten Psychotherapeutinnen und andere psychotherapeutisch, psychologisch und sozialpädagogisch interessierte Persönlichkeiten Workshops in Sofia. Psychodramatikerinnen und Musiktherapeuten waren unter den Dozenten, mehrmals auch John Moreno mit Musiktherapie und Psychodrama. Auf seine Initiative wurde BAM, der bulgarische Fachverband für Musiktherapie gegründet, mit dem Ziel, Energien zu bündeln und Weiterbildungen zu organisieren. Das Bedürfnis nach Ausbildung war groß. Das „British Council“ ermöglichte, dass die Physiotherapeutinnen Liliya Achtarova und Ljudmila Kraeva 1997 zur Ausbildung in Musiktherapie nach London ans Nordoff-Robbins Music Therapy National Center gesandt wurden. Nach der Ausbildung brachten die beiden Frauen ihr Wissen im heimischen Verband ein. 1999 bis 2004 folgten für einige Mitglieder Weiterbildungen in „Musik und Imagination“ und „GIM mit Musik“ als Fernstudium am „Art Therapy Institute“ in San Francisco. Damit wurden zwei weitere psychodynamisch orientierte Methoden in die psychotherapeutische Weiterbildung integriert. Wieder durften bulgarische Personen im Ausland Ausbildungen und Praktika absolvieren: Sofia Russinova in Wien, Ljubka Mueller in Dresden, Elena Ilieva in Capetown und Milena Lascano in Paris. Sie gaben ihr Wissen im eigenen Land weiter und so entstand eine vielseitige Musiktherapie-Szene. Auch die Psychotherapeutin Jung'scher Richtung, Professor Nadejda Vitanova bildete sich in Musiktherapie weiter und engagierte sich beim Entwickeln von Lehrgängen. Die Musiktherapie-Ausbildung wurden nach dem Vorbild der Psychotherapie-Ausbildungen aufgebaut. Eigentherapie und Supervision sind selbstverständlich. Die vielseitige Ausbildung der beiden Leiterinnen Nadejda Vitanova und Liliya Achtarova, wie die Analyse nach C. G. Jung, Psychodrama, Musiktherapie nach Nordoff- Robbins, Musik und Imagination, Systemische Therapie, GIM mit Musik und Kunsttherapie (Art-Therapy Institute San Francisco) geben dieser Ausbildung eine psychotherapeutische Orientierung. 2009 erreichte der Fachverband BAM die Anerkennung der Musiktherapie als Psychotherapiemethode (in der Schweiz 2005). BAM ist heute ein anerkanntes Mitglied des Bulgarischen Psychotherapeuten Schirm-Verbandes (BAP) und möchte gemeinsam mit diesem im Frühjahr 2013 eine staatliche Anerkennung und Regelung für Psychotherapie erlangen.

## „Bulgarian Association of Music Therapy“ BAM

Der bulgarische Musiktherapie-Fachverband ist eine Vereinigung von heute 34 aktiven Mitgliedern. Er wurde 1995 gegründet und arbeitet intensiv an der Qualität der Musiktherapie. 2002 wurde eine eigene Website geschaltet. 2003 wurde eine Bibliothek mit Büchern, elektronischen Büchern, Videos und Audio-Aufnahmen eröffnet. 2005 wurde die erste nationale Konferenz für Musiktherapie durchgeführt. In diesem Jahr trat die BAM als Mitglied der EMTC bei und damit war Bulgarien mit den europäischen Musiktherapeuten vernetzt. 2006 wurde „Acting Your Inner Music“ von Joseph Moreno ins Bulgarische übersetzt und publiziert. Darauf folgte ein Buch mit den Artikeln der 2. nationalen Musiktherapie-Konferenz von 2007. 2011 wurde „Musiktherapie und Psychodrama, der Gewinn einer Methodenverbindung“ von Heidi Fausch in Bulgarisch veröffentlicht. Alljährlich wurden Weiterbildungen für die Mitglieder angeboten. Die weiteren Anstrengungen galten dem Aufbau einer Ausbildung, welche den EMTC Standards entspricht.

### Ausbildungsmöglichkeiten für Musiktherapeuten in Bulgarien

Es gibt heute zwei unterschiedliche Möglichkeiten in Sofia Musiktherapie zu erlernen, die psychotherapeutische Musiktherapie-Ausbildung und ein Master Studium.

**Die psychotherapeutische Musiktherapie-Ausbildung:** 2008 wurde die Ausbildung unter der Leitung von Professor Nadejda Vitanova und Liliya Achtarova zu einem strukturierten vierjährigen Lehrgang ausgebaut. 2011 wurde diese Ausbildung mit EMTC Standards gestartet. Die Qualitätskontrolle ist nach wie vor beim Fachverband BAM, (darum verwende ich für diese Ausbildung im Weiteren die Bezeichnung BAM). Die Studenten sind „Selbstzahler“. Die Ausbildung steht offen für Personen welche Musik, Psychologie, Sozialarbeit, oder Sozialpädagogik studiert haben. Sie ist berufsbegleitend und eine anerkannte Psychotherapie-Ausbildung. Wird 2013 die Psychotherapie staatlich geregelt, werden die Musiktherapeuten dieser Ausbildung staatlich anerkannt sein. Obwohl an der Musikakademie ein Masterkurs angeboten wird, wählen immer mehr Musiker diese Ausbildung.

**Master in Musiktherapie:** Die andere Ausbildungsmöglichkeit ist ein zweijähriges Masterprogramm der Nationalen Musikakademie in Sofia, welches jedoch nicht staatlich finanziert wird. Die Studenten bezahlen ein kostendeckendes Studiengeld. Die Leiterin, Neva Krysteva, Musikerin, hat eine anthroposophische Kunsttherapie-Ausbildung, welche dieses Masterstudium prägt. Eigentherapie und Arbeit unter Supervision sind kein Thema. Die Musik steht im Zentrum. Zu diesem Vollzeitstudium werden nur Musiker mit Bachelor oder Master zugelassen keine Psychologen oder andere Berufe. Diese Ausbildung entspricht nicht den Vorstellungen

eines Masterstudiums in Musiktherapie nach EMTC Standards. Die Ausbildung ist staatlich finanziert.

**Potenziale und Mängel der beiden Ausbildungen:** Beide Ausbildungen haben gute Potenziale und würden sich vom Stoff her gut ergänzen. Bleibt zu hoffen, dass sie einen gemeinsamen Weg finden werden. Bis jetzt ist die Beziehung kollegial und Bemühungen zur Zusammenarbeit werden vorangetrieben. Die psychotherapeutische Musiktherapie-Ausbildung betont Persönlichkeitsentwicklung, psychologisches Wissen, Supervision, Eigentherapie und richtet sich streng nach den diesbezüglichen EMTC Standards. Die musikalische Entwicklung der Studierenden steht im Hintergrund, was sich bei Abschlussarbeiten und Präsentationen der Absolventen zeigt. Die heutigen musiktherapeutischen und neurologischen Forschungen sind wenig bekannt. Musiktherapeutische Arbeitsfelder sind wenig ausgeprägt und zum Teil kaum bekannt. Dies ist möglicherweise durch die eingeschränkten praktischen Einsatzmöglichkeiten bedingt. Musiktherapie wird vor allem im psychiatrischen Bereich und in der privaten psychotherapeutischen Praxis angeboten. Andere Arbeitsfelder sind kaum erschlossen.

Im Master Studiengang ist die musikalische Entwicklung und die Anwendung von Musik zentral. Es fehlen jedoch die Eigentherapie als Teil der therapeutischen Persönlichkeitsentwicklung und das Verständnis für Supervision außerhalb von Praktika. Die Studenten, welche alle Musiker sind, haben wenig Zugang zur neueren musiktherapeutischen Forschung und zu den arbeitsfeldspezifischen Methoden. Zum Beispiel spezielle Methoden der Musiktherapie in der Neurorehabilitation kennen sie nicht und die Literatur ist kaum bekannt. Sie sind aber sehr interessiert. Auch für diese Studenten gibt es bis jetzt kaum Stellenangebote.

In beiden Ausbildungen werden die aktuellen musiktherapeutischen Forschungen noch wenig beachtet. Da zurzeit die Musiktherapie vor allem in Privatpraxen angeboten wird und es selten möglich ist, in einer Institution als Musiktherapeutin integriert zu werden, sind auch Kompetenzen interdisziplinärer Arbeit kaum ein Thema.

**Weitere universitäre Ausbildungen** sind noch problematischer. Zum Beispiel an den Universitäten von Plovdiv, Blagoevgrad und Veliko Tarnovo bieten Dozenten ohne jegliche musiktherapeutische Ausbildung, nur aufgrund von Literaturkenntnissen Vorlesungen an.

## **Formen der Anerkennung und der Ablehnung von Musiktherapie**

Die Anerkennung Musiktherapeut/ Psychotherapeut ist gewährleistet und kontrolliert durch den Fachverband BAM. Die Psychotherapeuten arbeiten an der staatlichen Anerkennung, welche sie im März 2013 erreichen möchten. Die andere Form der Anerkennung ist der Titel: Master in Musiktherapie, welcher mit nur

4 Semestern und ohne Eigentherapie und Supervision den europäischen Normen nicht entspricht.

Sowohl der Beruf „Musiktherapeut“ wie die Leistung „Musiktherapie“ sind auf dem Weg sich zu entwickeln und staatlich anerkannt zu werden. In dieser Beziehung ist Bulgarien über dem Durchschnitt der europäischen Länder. Jegliche Anerkennung ist zur Zeit nicht relevant für die Bezahlung. Diese ist vorläufig abhängig von den finanziellen Mitteln der Klienten, von Stiftungen oder Sponsoring. In dieser Beziehung ist Bulgarien innerhalb der EMTC in guter Gesellschaft. Das ist noch in vielen Ländern so. Die berufliche Anerkennung dient jedoch der Patienteninformation und der Qualitätssicherung und ist ein Grundstein zum weiteren Aufbau.

Obwohl die bulgarischen Musiktherapeuten einen hohen Bildungsstand haben – alle haben mindestens einen Fachhochschul- oder Hochschulabschluss – wird der Beruf noch nicht anerkannt.

### **Arbeitssituation der Musiktherapeuten heute**

Grundlage zu diesem Abschnitt sind 10 Interviews mit 8 Frauen und 2 Männern. Diese waren Teilnehmer der Musiktherapie-Konferenz im Nov. 2012 in Sofia. Alle haben eine Ausbildung in Musiktherapie. Jedes Gespräch dauerte (mit Übersetzung) 20 bis 30 Minuten. Die Anzahl der Interviews war durch das vorhandene Zeitfenster begrenzt. Die Sprache war Bulgarisch oder Englisch. Der erste Teil enthielt folgende Fragen:

1. Vorbildung: Welches war ihre Ausbildung und ihr Beruf vor der Musiktherapie-Ausbildung?
2. Musiktherapie-Ausbildung: Wo haben Sie Musiktherapie gelernt? Wann haben Sie die Ausbildung abgeschlossen?
3. Berufstätigkeit: Welche Möglichkeiten haben Sie, Musiktherapie anzuwenden?
4. Finanzen: Wie wird ihre musiktherapeutische Arbeit finanziert? Wie verdienen Sie den Lebensunterhalt?

Der zweite Teil war ein freies Gespräch über Motivation, Projekte, Wünsche und Visionen.

Die Kernthemen sind in Tabellen zusammengefasst:



**Tab. 1: Vorbildung der Musiktherapeuten**

Interv.	Vorbildung
1	Bibliothekarin, Handelsschule, MA in klinischer Sozialarbeit, Weiterbildung zur Psychotherapeutin
2	Musikpädagogin, Studium der Musikwissenschaft, MA in klinische Sozialarbeit
3	Fagottistin
4	Pianistin, MA in Jazz Musik
5	Studium der Psychologie
6	Gitarrenlehrer, MA in Psychologie
7	Informatikerin, BC in Psychologie
8	Prof. Dr. in Psychologie, Psychotherapeutin C. G. Jung
9	Schulpsychologie
10	Physiotherapie

Alle Musiktherapeuten haben einen ersten Beruf mit Berufserfahrung. Die Vorbildung ist ähnlich wie wir sie auch in andern Ländern Europas finden, in welchen Musiktherapie ein Zweitstudium ist und nicht als Grundstudium angeboten wird. Fünf von 10 Befragten haben einen Abschluss in Psychologie, zwei in klinischer Sozialarbeit und eine in Physiotherapie; nur drei haben einen Abschluss in Musik. Sieben dieser 10 Musiktherapeuten hätten nach der heutigen Regelung keinen Zugang zur staatlichen Ausbildung an der Nationalen Musikakademie in Sofia! Die Vorbildungen und der oft lange Weg zur Musiktherapie ist beeindruckend. Es ist noch Pionierzeit in Bulgarien. Musiktherapiestellen müssen selber aufgebaut werden. Bis auf eine Kollegin haben alle Befragten eine Möglichkeit entwickelt, musiktherapeutisch zu arbeiten.

**Tab. 2: Berufstätigkeit als Musiktherapeut**

Interv.	Berufstätigkeit als Musiktherapeut		Bezahlung
	selbständig	angestellt	
1	bam	Betreutes Wohnen, Drogen Gruppentherapie	Institution
2	bam	eigene Praxis	privat und von Stiftung
3	bam	Betreutes Wohnen, Obdachlose, Gruppentherap.	Kirche
4	MA	keine Arbeit	keine
5	bam	Teamentwicklung, Krisenintervention	im Grundgehalt inbegr.
6	bam	Kindertherapien	Eltern
7	bam	Mütter in Not, Kindergruppen	zus. zum Grundlohn
8	Ausl	Gemeinschaftspraxis	privat
9	bam	eigene Praxis	privat
10	Ausl	eigene Praxis	Ausbildung, Supervision

Tab. 3 Erwerbstätigkeit

Musiktherapeutische und andere Erwerbstätigkeit		
Interview	Musiktherapie	andere Erwerbstätigkeiten
1	wöchentliche Gruppentherapien	Kochen in andern Institutionen
2	wenig Einzeltherapien	Musikpädagogik und Arbeit am Radio
3	wöchentliche Gruppentherapien	Sozialarbeit und Musikunterricht
4	sucht Arbeit	hat noch kein Einkommen
5	im Beruf integriert	Krisenintervention bei der Polizei, als Psychologin
6	einzelne Kindertherapien	Gitarrenunterricht an der Musikschule
7	Kindergruppentherapien	Arbeitet in einem Callcenter als Informatikerin
8	einzelne Psychotherapien	Professur für Psychologie und Musiktherapie-Ausbildung
9	einzelne Psychotherapien	Schulpsychologie
10	Lehrtherapien, Gruppentherapie	Supervision, Lehrtätigkeit

Von den 10 befragten Musiktherapeuten arbeitet eine Befragte 100% als Musiktherapeutin, Supervisorin und Dozentin. Eine Befragte, (Master Abschluss 2012), ist noch auf Arbeitssuche. Die übrigen acht Befragten arbeiten Teilzeit in ihrem neuen Beruf. Das sieht von weitem nicht schlecht aus. Sobald man genauer nachfragt, erfährt man von existenziellen Problemen. Die Befragten haben meistens ein sehr kleines Pensum oder nur wenige Therapien in der eigenen Praxis. Die Bezahlung ist bescheiden. In Bulgarien beträgt der durchschnittliche Monatslohn weniger als 300 €, Psychologen verdienen um 600 €. Der Mindestlohn ist ca. 150 €. In Notsituationen, bei Krankheit oder nach Unfällen fehlen die finanziellen Mittel für eine Musiktherapie.

Da die Befragten vielseitig ausgebildete und initiative Personen sind, haben sie zum Teil gute Stellen. Eine Professur an der Universität, Krisenmanagerin bei der Polizei, Schulpsychologe, Programmverantwortliche beim Radio, Musiker, Musikpädagogin usw. Sie konnten sich eine Weiterbildung in Musiktherapie erarbeiten. Acht von ihnen können mit Erwerbstätigkeit ihre Existenz sichern, zwei werden noch von ihren Familien unterstützt. Diese beiden weisen je drei Hochschulabschlüsse nach, sind einsatzfreudig und setzen sich berufspolitisch ein.

## Wünsche und Visionen

Sämtliche Befragten wünschten sich mehr Aufklärungsarbeit über den Beruf Musiktherapeut. Auch die Anwendungsmöglichkeiten und die Wirkung von Musiktherapie sollten in Bulgarien bekannter werden. Dazu möchten sie Unterstützung von Musiktherapeuten anderer europäischer Länder, welche durch Forschungen Wirkungsnachweise erbringen können. Was aus dem Westen komme, habe mehr Überzeugungskraft meint eine Dozentin. Die bulgarischen Musiktherapeuten

möchten auch gerne fachliche und materielle Unterstützung, um eine internationale Konferenz durchzuführen. Mit dem Masterprogramm wird voraussichtlich der Zugang zum Erasmus-Austausch erleichtert, was sich wiederum positiv auf diese Ausbildung auswirken kann. In einigen Jahren wird auch die sprachliche Verständigung einfacher werden.

Es herrscht noch Pionierzeit. Wie es überall in Pionierzeiten vorkommt, werden von Institutionen auch eigene Mitarbeiter ohne musiktherapeutische Ausbildung als Musiktherapeuten angestellt, was dem Image der Musiktherapie oft schadet. Die Musiktherapie muss erst bekannt gemacht, Stellen und ihre Finanzierung aufgebaut und Weiterbildung angeboten werden. Die Musiktherapeuten sind noch Einzelkämpfer, welche nur selten Zugang zu erfahrenen Kollegen und Forschern im Ausland haben. Die Kosten, um an Kongresse im Westen zu reisen, entspricht zwei Monatslöhnen. Das können sie nicht aufbringen. Junge Musiktherapeutinnen, welche ich an der nationalen Konferenz kennen lernte, möchten sehr gerne Praktika und Weiterbildungen in andern europäischen Ländern absolvieren. Das Interesse ist groß und der Wille aufzuholen ebenfalls. Die Leiterinnen der Ausbildungen wünschen Unterstützung, um auswärtige Dozenten für die eigenen Ausbildungen zu gewinnen und um den qualitativ ungenügenden Vorlesungen an Universitäten außerhalb Sofia etwas entgegenzuhalten, z.B. Information und Weiterbildung für Dozenten.

## Überblick über die postsowjetischen Länder der EU

Bulgarien ist in Bezug auf andere postsowjetische Länder, keine Ausnahme. In vielen „alten“ europäischen Ländern entwickelte sich die Musiktherapie vor einigen Jahrzehnten ähnlich. Folgende postsowjetische Länder sind in der EMTC vertreten und streben eine Musiktherapie an, die europäischen Standards entspricht: Estland, Lettland, Litauen, Polen, Slowakei, Slowenien, Serbien, Tschechien, Ungarn und Bulgarien. Eine universitäre Musiktherapie-Ausbildung nennen: Estland, Lettland, Litauen, Polen, Tschechien, Ungarn und Bulgarien. Wegen zu kleiner Studentenzahl werden in einigen Ländern die Ausbildungsgänge immer wieder in Frage gestellt. Dabei bleibt zu erwähnen, dass einige nicht universitäre Ausbildungen ein ebenso gutes oder besseres Ausbildungsniveau haben, wie zum Beispiel die in Bulgarien oder Serbien.

Die internationale Zusammenarbeit in der EMTC und der europäische Austausch über das Erasmus-Programm werden als Chance genutzt. Die Ausbildungen in allen Ländern haben sich qualitativ verbessert und die Anerkennung des Berufes und der Leistung Musiktherapie macht Fortschritte. Österreich und Deutschland sind in vielen Belangen Vorreiter. Eben meldet Tschechien die staatliche Anerkennung des Berufes auf verschiedenen Niveaus bis zur Psychotherapie-Anerkennung. Diese Ergebnisse sind Zeugnis einer fruchtbaren europäischen Zusammenarbeit.

## History (Liliya Achtarova)

*The Bulgarian Association for Music Therapy (BAM) was founded in the spring of 1995 in Sofia, following the idea of Professor Joseph Moreno and a group of enthusiastic specialists in diverse fields, who were inspired by Professor Moreno's workshop and confident about the potential of psychological work with music.*

*During the past years the founders and members of BAM have faced numerous difficulties and hindrances in their pioneering work of promoting music therapy, and in starting a training program in a discipline long established in Europe, USA and Canada long ago, but unknown in our country.*

*We would like to share some significant moments of our brief history here:*

*The first project aimed toward the training of our specialists was carried out with support of the British Council in 1997, when two of these specialists, Liliya Achtarova and Ljudmila Kraeva, were sent to the Nordoff-Robbins Music Therapy National Centre in London. From 1999 to 2004, a distant learning program in Music and Imagery, and Guided Imagery and Music (GIM) methodology was held at the Art Therapy Institute in San Francisco, under its director Frances Goldberg, for which we should give credit to Irina Shlesinger, a chairperson of BAM at the time.*

*Faculty:*

- Frances Goldberg*
- Virginia Clarkson*
- Dag Korlin*
- Edith Maria Geiger*
- Irina Shlesinger.*

*Throughout the years, workshops were held by the following lecturers: Joseph Moreno; Bulgarian specialists who graduated abroad and have their own private practices there: Sofia Russinova (Vienna, Austria), Ljubka Mueller (Dresden, Germany), Elena Ilieva (Capetown, South Africa), Milena Lascano (Paris, France).*

*Since its establishment, BAM has organized three national conferences in 2005, 2007 and 2012 (the Third National Conference being with international participation) and, to a lesser degree, regular colloquia.*

*Professor Moreno granted us permission to use the copyright of his book "Acting Your Inner Music: Music Therapy and Psychodrama", which led to its publication in Bulgarian in early 2006. Later on, BAM Board of directors and a creative team managed to compile and publish a volume with the presentations from the Second National Conference (2007). The most recent publication from the association is „Music Therapy and Psychodrama“ by Heidi Fausch-Pfister. The book has been presented by its author in Sofia, in November 2011.*

*In 2008, a four-year training program began in Music Therapy Approaches in Psychotherapy led by Professor Nadejda Vitanova and Liliya Achtarova.*

*Through its members the Bulgarian Association for Music Therapy takes part in different professional forums organized by similar organizations in Bulgaria and abroad.*

*In 2004, BAM was accepted as an EMTC member.*

*In 2009, BAM was accepted as in BAP (Bulgarian Association of Psychotherapy). BAM launched its official web page in 2002.*

*A library containing electronic books, paper literature, journals, video and audio recordings has been in operation since 2003.*

*The funding of the organization relies entirely on regular member financial contribution and volunteer work of its board and members.*

*Members of the organization actively participate in conferences and other forums with seminars and workshops in other Bulgarian cities, as well as abroad.*

*A Master's Degree program in Music Therapy at the National Academy of Music „Prof. Pancho Vladigerov“ was founded during the school year of 2010/11.*

*BAM welcomes this initiative, despite criticism concerning the tuition program and the hours required for a degree, which do not correspond with or reflect European requirements.*

*BAM and the NMA have been collaborating amongst themselves since 2011. BAM has been providing it's resources of lecturers and facilities, as well as the information accessible to the association.*

*Latest initiative from BAM is the Music Therapy Institute "C Sofia, a foundation bringing training in psychotherapy and tuition in music therapy to professionals from the fields of both supportive professions and music, according to BAP and EMTC criteria.*

## Dank

Es war mir eine große Freude mit bulgarischen Kolleginnen und Kollegen zu arbeiten und ihre Visionen und Sorgen zu teilen. Besonderen Dank gebührt der Pionierin Liliya Achtarova, Vertreterin von Bulgarien in der EMTC und Leiterin der berufsbegleitenden Ausbildung für Musiktherapie. Sie lud mich ein, in Bulgarien zu unterrichten und gab mir Einblick in die Situation der Musiktherapie ihres Landes mit den schönen und den schwierigen Seiten. Sie ermöglichte mir, mit Berufskollegen und Studenten verschiedener Ausbildungen offene Gespräche zu führen und organisierte die Dolmetscherin Frau Ekaterina Gyurova, welche einen Teil der Gespräche übersetzte. Herzlichen Dank dem derzeitigen Präsidenten der BAM Neicho Gazpachev und dem Vizepräsidenten Teodosii Tzingilev sowie den weiteren Musiktherapeutinnen, welche sich Zeit für ein Gespräch nahmen und mir vertrauensvoll Einblick in ihre Situation gaben.

Heidi Fausch-Pfister  
 Atelier für Musiktherapie  
 Sennenbergstrasse 11  
 Postfach 7  
 CH-8956 Killwangen  
 hfausch@musiktherapie-fausch.ch

# Musiktherapie – Supervision – Heute Eine typologische Skizze

## Music Therapy Supervision Today A Typological Depiction

Gabriela Scherrer Vollenweider, Rapperswil/Zürich, CH

*Im Laufe der Professionalisierung der Musiktherapie ist die Supervision zu einem gängigen und etablierten Qualitätsinstrument in der Musiktherapie gewachsen. In der Supervision spiegelt sich auch die berufliche Wirklichkeit der Musiktherapeuten mit ihren Nöten und Sorgen. Um die Alltagsrealität der Supervision im Berufsfeld der Musiktherapie einschätzen zu können, wurde 2012 eine Befragung bei den Musiktherapeuten und Musiktherapeutinnen im deutschsprachigen Raum (Österreich, Deutschland, Schweiz) durchgeführt.*

*Dieser Artikel skizziert im ersten Teil den typischen Musiktherapeuten /Supervisanden mit seinem typischen Arbeitsfeld. Welchen Stellenwert hat die Supervision heute im Berufsverständnis des Musiktherapeuten und welche Wünsche und Ansprüche werden an den Supervisor gestellt? Die Frage, ob in der Supervision im Berufsfeld der Musiktherapie mit musiktherapeutischen Methoden und Interventionen gearbeitet wird, wird im zweiten Teil dieses Artikels beantwortet. Die von den befragten Supervisoren favorisierenden Methoden werden mit ergänzenden Fallvignetten dargestellt.*

*In the course of the professionalization of music therapy, supervision has grown to become a salient and established quality control method. Supervision, in fact, mirrors the professional reality of music therapists with its difficulties and concerns. In order to assess the day-to-day reality of supervision in the professional field of music therapy, an opinion survey was conducted in 2012 in German speaking countries (Austria, Germany and Switzerland).*

*The first part of the article outlines the typical music therapist / supervisee in his/her typical professional environment. What value does supervision have today in the professional understanding of music therapists and what type of wishes and demands are brought to the supervisor? The question as to whether supervision in professional music therapy uses music therapy methods and interventions is answered in the second part of this article. The preferred methods of the interviewed supervisors – presented with supplementary case vignettes – are then presented.*

## Einleitung

Das diesjährige Jahrbuch Musiktherapie widmet sich der Frage: „Wo steht die Musiktherapie im Gesundheitswesen?“ Ich weite die Frage aus: Wie geht es den Musiktherapeuten? Wo arbeiten sie? Welche Sorgen und Nöten beschäftigen sie im Berufsalltag? Welchen Stellenwert hat die Supervision heute als Ort der Reflexion und Qualitätssicherung? Wie verläuft eine typische Supervision im Berufsfeld der Musiktherapie? Was wird in der Supervision gemacht? Wer ist die typische Musiktherapeutin/Supervisandin heute? Welche typischen Supervisionsanliegen werden behandelt? Wer ist der typische Supervisor? Was sind die Wünsche an die Person des Supervisors? In diesem Artikel sollen diese Typica aufgrund zweier Forschungsarbeiten herausgearbeitet werden, die anlässlich des Upgrades für den Master in Advanced Studies an der Zürcher Hochschule der Künste eingereicht wurden. Elisabeth Keller-Hartmann hat eine Alumni-Studie zur Entstehungsgeschichte der BAM (Berufsbegleitende Ausbildung Musiktherapie, heute MAS Klinische Musiktherapie an der Zürcher Hochschule der Künste, ZHdK) gemacht und dabei die gegenwärtigen und ehemaligen Musiktherapiestudenten nach ihrer Motivation für die Ausbildung, ihrer Berufszufriedenheit und ihren Berufserfahrungen befragt. In meiner Forschungsarbeit „Musik im Baum des Wissens. Musiktherapeutische Methoden in der Praxeologie der Supervision im Berufsfeld der klinischen Musiktherapie“ habe ich aufschlussreiche Daten zur momentanen Arbeitssituation der Musiktherapeuten und Supervisoren erhalten.

Elisabeth Keller-Hartmann (2012) kommt in ihrer Masterarbeit zu folgendem Fazit: „Die durchschnittliche Schweizer Musiktherapeutin ist weiblich, sie ist im Alter von 35 bis 45 Jahren und hat einen Fachhochschulabschluss. Ihre Grundausbildung ist im sozialen Bereich kombiniert mit einer großen Affinität zur Musik. Sie ist an einer Institution wie auch in eigener Praxis musiktherapeutisch tätig. Mit ihrem musiktherapeutischen Arbeitsplatz ist sie zufrieden“ (Keller-Hartmann, 2012, S. 76).

Obige Schlussfolgerung bringt mich dazu, im weiteren Verlauf dieses Artikels mehrheitlich die weibliche Form für den Musiktherapeuten zu gebrauchen. Selbstverständlich sind unsere männlichen Kollegen mitgemeint. Dies gilt auch für die Kolleginnen, wenn abwechselnd die männliche Bezeichnung gewählt wird.

Keller-Hartmann hat bei ihrer Befragung 87 Kollegen und Kolleginnen in der Schweiz erreicht. Bei meiner Befragung, die an ca. 500 Musiktherapeutinnen in Deutschland, Österreich und der Schweiz gerichtet war, hatte ich einen Rücklauf von 81 beantworteten Fragebögen. Aus der Schweiz beteiligten sich 15 Musiktherapeutinnen, aus Deutschland 29 und aus Österreich 14 an der Umfrage. Die verhältnismäßig niedrige Beteiligung gemessen an der Zahl der Adressaten kann ich mir dadurch erklären, dass es eine Untersuchung zur Supervision war und sich deshalb die nicht supervisorisch tätigen Musiktherapeutinnen weniger angesprochen

fühlten. Außerdem war die Umfrage mit 49 Items eher aufwendig. Als unerfahrene Forscherin habe ich die über Internet erreichbaren Musiktherapeuten und Musiktherapeutinnen mit sehr vielen Fragen zu ihrem Berufsalltag konfrontiert. Ich war eine Sammlerin und gelangte zu mehr Antworten als für die Fragestellung der Masterarbeit notwendig waren. Genau dieses zum Teil überschüssige Datenmaterial möchte ich aber in die folgende Bildung der Prototypen einfließen lassen. Alle Aussagen sind, wenn nicht andere Quellen angegeben werden, durch diese beiden Forschungsarbeiten belegt. Die demographischen Daten beider Studien zeigen Alter, Vorbildung, Nationalität etc. der Prototypen auf.

## Die typische Musiktherapeutin – die typische Supervisandin

Die typische Musiktherapeutin, im folgenden T. M. genannt, ist eine 45 jährige Schweizerin und hat einen pädagogischen, sozialen Grundberuf. T. M. hat eine große Affinität zur Musik und eine lange musikalische Biografie. Musik hat schon in ihrer Kindheit und Jugend eine wichtige Rolle gespielt. Weshalb sie sich gegen ein Musikstudium als Erstberuf entschieden hat, kann viele Gründe gehabt haben. Vielleicht wurde ein solches angestrebt und aus fehlendem Mut, aus einer befürchteten Einseitigkeit oder aus der Motivation, erst einen finanziell gesicherten Beruf zu erlernen dann fallen gelassen. Almut Seidel (2009) beschreibt an acht Teilnehmern in ihrer Studie, dass die Wahl für ein Musiktherapiestudium „mit der musikalischen Entwicklung und Persönlichkeitsentwicklung unlösbar und auf spezifische Weise zusammenkommt“ (Seidel, 2009, S. 173). „... es gibt trotz ausreichender Begabung eine gewisse Verhaltenheit, sich der Musik ganz zu widmen, sie zum alleinigen Lebens- bzw. Berufsraum als ausübender Musiker zu machen. Über die bewussten oder unbewussten Gründe muss man spekulieren...“ (Seidel, 2009, S. 126). Seidel hat in den Interviews Andeutungen für die Gründe gegen ein Musikstudium festgestellt: die schon erwähnte Einseitigkeit, ein möglicher Verschleiß durch die harte Konkurrenz und die Angst, die Begabung und künstlerische Kraft durch Sorgen ums Überleben und Überzeugen zu verlieren (vgl. Seidel 2009, S. 126).

Die hier skizzierte typische Musiktherapeutin, hat sich mit 40 Jahren für eine Musiktherapieausbildung entschieden. Ihre Hauptmotivation war ihre Liebe zur Musik und die Möglichkeit, in einem Beruf „eine Verbindung zwischen dem sozialen Engagement und der Musik“ (Keller-Hartmann, 2012, S. 70) zu finden. Außerdem hat sie an sich selber immer wieder feststellen können, dass Musik in ihrem Alltag auf sie eine kathartische Wirkung hat. Nach dem Studium fand T. M. eine Anstellung zu 20 Prozent in der Psychiatrie. An ihrem alten Arbeitsort konnte sie ein kleines Pensum von 10 Prozent als Musiktherapeutin in der schulischen Heilpädagogik schaffen, weitere 20 Prozent arbeitet sie in einem heilpädagogischen Heim. Daneben bemüht sich T. M. um den Aufbau einer freien Praxis, was nun fünf Jahre nach Ausbildungsabschluss noch immer ziemlich harzig läuft (vgl. Kel-



ler-Hartmann, 2012, S. 75). Um finanziell über die Runde zu kommen, organisiert sie Singnachmittage, Improvisationskurse und unterrichtet vereinzelt Erwachsene. Dank ihrer berufsbedingten Vernetzung mit dem Schulbetrieb werden ihr ab und zu Kinder mit emotionalen und/oder sozialen Schwierigkeiten vermittelt. T. M. ist mit ihrem Berufsalltag im Großen und Ganzen zufrieden. Doch mit einem größeren Pensum, vielleicht 50 bis 70 Stellenprozent an einer Institution, würde sich ihre Berufszufriedenheit wesentlich steigern. Was nach wie vor ärgerlich ist, ist die schlechte Bezahlung (vgl. Keller-Hartmann, 2012, S. 75). Eigentlich verdient sie heute weniger als damals als Volksschullehrerin. Doch die musiktherapeutische Arbeit und die relative Selbständigkeit bringen ihr die gewünschte berufliche Befriedigung, so dass sie auch mit einem niedrigeren Salär zufrieden ist. In der musiktherapeutischen Arbeit „gibt es faszinierende wie auch belastende und/oder anspruchsvolle Aspekte“ (Keller-Hartmann, S. 70). Immer wieder ist T. M. fasziniert von der Wirkung der Musik, den Kontaktmöglichkeiten mittels der Improvisation sowie der nonverbalen Methode. Die Teilhabe an der Entwicklung und am therapeutischen Prozess der Klienten ist ihr aber auch sehr wertvoll (vgl. Keller-Hartmann, S. 71). Die Schattenseite des Berufs erlebt T. M. vor allem in der mangelnden beruflichen Anerkennung als Musiktherapeutin in den Institutionen. Auch belasten sie die schweren Krankheitsbilder und Biographien der Patienten. „Die Verantwortung als Therapeutin, im richtigen Moment die richtige Intervention treffen, Blockaden oder Konsumhaltung der Klientel sind Herausforderungen. Zur Arbeit in der Institution: Flexibilität sowie Zeitdruck, Konkurrenz zwischen Pädagogik und Therapie sowie ein Stellenaufbau in einer Institution gestalten sich oftmals schwierig. Zur Arbeit in der freien Praxis: Sein Klientel finden und aufbauen, Elternarbeit sowie die Arbeit mit verhaltensauffälligen Kindern ist sehr anspruchsvoll“ (Keller-Hartmann, 2012, S. 72). T. M. empfindet die Qualitätssicherung durch Supervision ebenfalls anspruchsvoll, doch sie geht regelmäßig in die Supervision und ist zusätzlich auch Mitglied einer Intervisionsgruppe. Sie beteiligt sich berufspolitisch und nimmt an Weiterbildungsangeboten des Berufsverbandes teil. Ihre Wünsche an Weiterbildungen betrifft vor allem die Musiktherapie. Die ständige Erweiterung ihres Methodenrepertoires liegt ihr am Herzen aber auch Weiterbildung in Psychotherapie interessiert sie (vgl. Keller-Hartmann, 2012, S. 74). Sie ist überzeugt, dass die Musik das zentrale Medium ihrer Tätigkeit ist. Die Musik prägt den Kontakt, die Begegnung mit ihren Klienten. Über die Musik erreicht sie Menschen in Therapie, Pädagogik und Alltag (vgl. Keller-Hartmann, 2012, S. 60–76). Die Musik ist ihr Lebensmittelpunkt, sie engagiert sich in der Musikszene und ist auch immer noch ab und zu aktive Musikerin. Die Daten aus der Alumni-Studie von Keller-Hartmann erhärten eine frühere Alumni-Studie von BAM-Studierenden (Isenschmid, Loeffel, Progin Etter, Rist, Romano, Visco, 2004) in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Fachverband für Musiktherapie SFMT im Rahmen einer Projektarbeit zur Verbleibens- und Zufriedenheits-Forschung bei 109 MusiktherapeutInnen (25% Männer, 75% Frauen) (vgl. Hegi-Portmann, Lutz Hochreutener, Rüdüsüli-Voerkel, 2006, S. 107). Die Alumni-Erhebung der Universität der Künste

Berlin anlässlich der AlumniTage 2008 zu „20 Jahre Studiengang Musiktherapie an der UdK Berlin“ (Schumacher, 2008) bestätigt die zuvor genannten Studien.

## Die typische Supervision

Da T. M. wie alle Schweizer Musiktherapeuten regelmäßig die Möglichkeit der Supervision wahrnimmt, wollen wir uns der typischen Supervision zuwenden. Das Geschehen in der Supervision unterliegt genauso wie in der Musiktherapie der Schweigepflicht. Aus der Musiktherapieforschung kennen wir viele Einzelfallstudien. Aus der musiktherapeutischen Supervision werden hingegen kaum Fallstudien veröffentlicht. Es war bisher verständlich, dass sich die Musiktherapie und die Forschung der Musiktherapie auf die Kerngebiete ihres Fach beschränkten, doch im Anbetracht der Entwicklung und der laufenden Etablierung der Musiktherapie als Profession hat die Supervision an Stellenwert gewonnen. Und es wäre sicher sehr aufschlussreich, wenn die Supervision in unserer Profession vermehrt untersucht und besser erforscht würde. Wir könnten zu wertvollen Informationen, einerseits betreffend der beruflichen, politischen, sozialen Situation und der berufspolitisch dringenden Aufgaben kommen und uns andererseits in der Supervisionslandschaft positionieren.

Zurück zu unserer Schweizer Musiktherapeutin: Während ihrer Ausbildung hat T. M. Erfahrungen mit der Gruppensupervision gemacht. „In der Supervision werden arbeitsbezogene Erfahrungen und Probleme aus den musiktherapeutischen Praktika bzw. aus der eigenen musiktherapeutischen Arbeit mit einer außenstehenden SupervisorIn analysiert und kritisch beurteilt“ (Hegi-Portmann et al., 2006). Mit der Bezeichnung „außenstehender Supervisor“ ist gemeint, dass dieser nicht zum Lehrkörper oder dem Leitungsgremium gehört aber einen Supervisionsauftrag der Ausbildungsstätte hat. In der Gruppensupervision während des Studiums hatte T. M.s Supervisor zur Reflexion der Praxis auch ab und zu musiktherapeutische Methoden angewandt. Er war ein erfahrener Musiktherapeut ohne Supervisionsausbildung. Natürlich kann auch ein Supervisor ohne entsprechende Ausbildung ein guter Supervisor sein, doch die Situation ist heute sechzehn Jahre nach Frohne-Hagemanns Artikel (1997) ‚Überlegungen zum Einsatz musiktherapeutischer Techniken in der Supervision und zur speziellen Supervision musiktherapeutischer Situationen und Prozesse‘ verändert (Frohne-Hagemann, 1997, 2001). Es ist nicht mehr so, dass nur wenige Musiktherapeuten mit Zusatzqualifikation vorhanden wären. Es gibt mittlerweile sechzehn Musiktherapeuten, die über eine Supervisionsausbildung verfügen. Lediglich neun dieser doppelqualifizierten Supervisoren haben einen Auftrag an einer Musiktherapieausbildung, das heißt sieben Supervisoren, die den Qualitätsanforderungen einer Hochschulbildung entsprechen, sind unbeschäftigt (Scherrer Vollenweider, 2012, S. 64).

Nach Abschluss ihres Studiums hat T. M., die typische Musiktherapeutin, mit Kollegen und Kolleginnen eine regelmäßige Intervisionsgruppe ins Leben gerufen und sich zusätzlich einen Supervisor für die Einzelsupervision gesucht.

Anders als in Norwegen, wo gemäß der Studie von Eckhoff, Beruß Gröndahl und Petzold (2007) nur gut die Hälfte der Musiktherapeutinnen eine regelmäßige Supervision aufsuchen, wird in der Schweiz laut Keller-Hartmann (2012) von hundert Prozent der Musiktherapeutinnen eine Supervision und/oder Intervention besucht. Die Befragung zur Praxeologie der Supervision (Scherrer Vollenweider, 2012) bestätigt diese Aussage. Lediglich sieben von fünfzig Supervisoren gaben an, dass sie selber keine Supervision in Anspruch nehmen aber man kann annehmen, dass diese sieben Personen an einer Intervisionsgruppe teilnehmen. Es ist erstaunlich, dass fast alle praktizierenden Musiktherapeuten sowohl die Supervision wie auch die kollegiale Beratung in Form einer Intervention frequentieren.

T. M., die typische schweizerische Musiktherapeutin, geht also regelmäßig in die Einzelsupervision. Als sie sich nach Abschluss der Ausbildung einen Supervisor suchte, war es ihr besonders wichtig, dass dieser langjährige Berufserfahrung als Musiktherapeut hat und sich im Berufsfeld auskennt. Weniger wichtig war und ist für sie, ob er eine Ausbildung in Supervision oder Psychologie hat. Sie hat ihren Wunsch so formuliert: „Für mich ist es leichter über meine musiktherapeutische Arbeit zu sprechen, wenn der Supervisor auch Musiktherapeut ist. So kommen auch musiktherapeutische Interventionsvorschläge zur Sprache und nicht nur verbale. Auch das Hören und Verstehen des musikalischen Ausdrucks des Patienten und mir als Musiktherapeutin erfordert musiktherapeutische Kompetenzen des Supervisors. Durch seine eigene Berufserfahrung sind ihm die Rollenprobleme der Musiktherapeutin in der Institution nicht unbekannt“ (vgl. Scherrer Vollenweider, 2012, S. 81f.). T. M. fand eine Supervisorin, die 13 Jahre älter ist und über eine vielfältige und langjährige Erfahrung als Musiktherapeutin verfügt. Sie hätte auch einen Mann als Supervisor gewählt, doch Männer sind in der Musiktherapieszene seltener.

Das Anciennitätsprinzip, das ein Musiktherapeut mit langjähriger Erfahrung dazu berechtigt sich als Supervisor zu betätigen, ist üblich. So wird dieses Prinzip des Älteren als Berater und Vorbild für jüngere Berufskollegen durch das EMTC (European Music Therapie Register) bestätigt. Zeta aus der Homepage des EMTC: „3. Supervisors EMTR. 3.1 Supervisors are EMTR-MA registered or recognized during transitional period pf 5 years' full time clinical experience in music therapy. 3.2 Additional 120 hours of clinical supervision (minimum) received“ (<http://emtc-eu.com/register>, 08.06.2013). Eckhoff und Breuss Groendahl machen in ihrem Artikel im Jahrbuch 2007 darauf aufmerksam, dass dieses Prinzip des Älteren, das Anciennitätsprinzip, für eine qualitätssichernde Supervision nicht zu empfehlen, ja nicht einmal zu rechtfertigen sei, da hier die Basis der Reflexion in erster Linie auf einem Modelllernen stehe und den hohen Anforderungen an sozialpsychologischen, supervisionstheoretischen, wie auch supervisionsinterventivem Wissen und

Können nicht entsprechen könne (vgl. Eckhoff & Breuss Groendahl, 2007). Die Berufsverbände für Musiktherapie in der Schweiz, Deutschland, Österreich vermerken nichts Explizites zu den Anforderungen an die Supervisoren. Es ist anzunehmen, dass das Anciennitätsprinzip gilt.

## Die typischen Supervisionsanliegen

Die Anliegen, die T. M. in der Einzelsupervision reflektieren möchte, sind in erster Linie Fallbesprechungen mit dem Wunsch nach methodischen Inputs, Anregungen für musiktherapeutische Interventionen und Erweiterung ihrer Methoden. Fragen zu Teamprozessen und ihrer Rolle als Musiktherapeutin in interdisziplinären Teams stehen auch ab und zu im Zentrum einer Sitzung. Gerne würde sie in der Supervision zu ihren Fragestellungen selber mehr musizieren und mit musiktherapeutischen Interventionen ihre Anliegen bearbeiten. Doch meistens wird verbal reflektiert. In der Ausbildungssupervision war dies anders. Ihre berufliche Identität hat sich aus den Berufen als Pädagogin und ihrer Liebe zur Musik und den Menschen herausgebildet. Da Musik das Medium ihres Alltags ist, würde sie dieses gerne auch für ihre Anliegen als Mittel der Wahl anwenden. T. M. sagt ganz schlicht: Ich „möchte mit musiktherapeutischen Methoden in der Supervision arbeiten“ (Scherrer Vollenweider, 2012, S. 120). Eine Doppelkompetenz des Supervisors, d.h. dass er nebst der musiktherapeutischen auch über eine supervisorische Ausbildung verfügt, ist für T. M. weniger relevant. Sie hätte aber nichts dagegen, wenn ihre Supervisorin eine entsprechende Ausbildung hätte. Wesentlicher sind ihr aber die Feldkompetenz, das praxisnahe Wissen, die Berufserfahrung und die Persönlichkeit ihrer Supervisorin (vgl. Scherrer Vollenweider, 2012). Die Fragen zur Feld- und Doppelkompetenz werde ich gegen Schluss dieses Artikels weiter ausführen und zur Diskussion stellen.

Doch wie sieht der typische Supervisor im Jahre 2012/13 aus?

## Der typische Supervisor

Gemäß der Studie Eckhoff, Breuss Gröndahl und Petzold (2007) ist der norwegische Supervisor männlich und etwa sieben Jahre älter als der Supervisand. Die meisten Supervisoren sind Psychologen und nur wenige Musiktherapeuten. In der Studie zur Praxeologie in der Supervision (Scherrer Vollenweider, 2012) sieht es anders aus: Durch die überwältigende weibliche Dominanz (Drei Viertel aller Befragten) ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass der Supervisor ebenfalls weiblich ist. Beim Versuch die typische Supervisorin zu skizzieren, beziehe ich mich auf Daten der genannten Befragung zur Praxeologie in der Supervision (Scherrer Vollenweider, 2012). Die typische Supervisorin ist nicht zwingend Schweizerin, sie kann auch Deutsche oder Österreicherin sein. Nicht wenige der Supervisorin-

nen sind in mehreren Ländern tätig. Die typische Supervisorin ist 58 Jahre alt. Sie arbeitet zusätzlich in der Ausbildungssupervision. Sie hat keine Supervisionsausbildung, dafür aber langjährige Berufserfahrung. Ihren psychotherapeutischen Hintergrund beschreibt sie als tiefenpsychologisch orientiert mit gestalttherapeutischen Elementen. Sie hat ein humanistisch geprägtes Weltbild und sie bevorzugt ein methodenintegratives Vorgehen. Außerhalb der Ausbildungssupervision arbeitet sie vorwiegend im Einzelsetting. Teamsupervisionen oder Führungscoachings kommen kaum zustande, was wohl dadurch erklärbar ist, dass die Supervisorinnen/Musiktherapeuten in einer Institution selten ein Team stellen und höchstens in einem interdisziplinären Team mit Physio-, Ergo-, Bewegungs- und Kunsttherapeuten eingebunden sind. In Führungs- und Leitungspositionen sind wohl auch eher selten Musiktherapeutinnen anzutreffen. Dies ist verständlich in Anbetracht dessen, dass das Auskommen der Supervisorinnen sich aus mehreren kleinen Pensen in diversen Institutionen zusammensetzt. Für eine Führungsposition braucht es in einer Institution ein Pensum von mindestens 80 Prozent. Ab und zu wird die typische Supervisorin von Berufsleuten aus anverwandten Berufen, z.B. aus der Heilpädagogik, Sozialarbeit, Gesundheitswesen, seltener von Berufsleuten aus Musikberufen, um eine Beratung gefragt.

## Die typische Supervisionsitzung

Der Ablauf einer typischen Supervisionsitzung beginnt mit einer Phase des Ankommens. Es kann sein, dass eine Supervisionsstunde mit einem sogenannten Warm-Up beginnt. In einer Einstimmung liegt die Fokussierung auf dem Hier und Jetzt, dem Ich und Wir und dem eventuell auftauchenden Supervisionsanliegen. Das Ziel ist die Bereitschaft für den Einstieg in den supervisorischen Prozess zu schaffen (vgl. Scherrer Vollenweider, 2012, S. 45). Die musiktherapeutischen Methoden bieten eine große Palette von möglichen nonverbalen Einstimmungen an, doch die wenigsten Supervisoren verwenden diese. Man beginnt mit einer Befindlichkeitsrunde, der Rückschau auf die letzte Sitzung und dem Sammeln der Anliegen. Darauf folgt die Auswahl des zu behandelnden Themas, die Festlegung des Ziels. Im Anschluss der Explorationsphase wird ein Recontracting gemacht und die Fragestellung festgelegt. Erst danach geht es in die Aktionsphase, welche durch diverse Methoden und Interventionen zu einer Lösung strebt. Der Supervisor überprüft darauf seine entstandene Einsicht und versucht diese in Verbindung zu Umsetzungsmöglichkeiten und Integration im Alltag in der beruflichen Situation zu bringen.

T. M.s Supervisorin wendet vor allem in der Ausbildungssupervision musiktherapeutische Methoden an, in der Einzelsupervision nur manchmal, meistens um dem Wunsch der Supervisorin nach Erweiterung ihres Methodenrepertoires nachzukommen oder wenn dies speziell indiziert ist. Eine spezielle Indikation kann sein, wenn alle anderen Methoden, das verbale Reflektieren und alle

Gesprächstechniken zu keinem befriedigenden Resultat führen. Ganz speziell haben sich analoge Methoden, auch musiktherapeutische Methoden, als nützlich erwiesen, wenn Atmosphärisches und Übertragungsgeschehen verstanden werden wollen. Da sie über keine Supervisionsausbildung verfügt, fehlt ihr manchmal eine organisations- und supervisionstheoretische Sichtweise, welche vor allem bei Fragen zur institutionellen Einbindung der Supervisorin und bei Konfliktlösungen im Team zum Tragen käme. Bezüglich der Anwendung von musiktherapeutischen Methoden hat sie die Erfahrung gemacht, dass die Methoden *musikalische Inszenierung*, *das musikalische Portrait* und *der räumliche und musikalische Perspektivenwechsel* am geeignetsten sind um supervisorische Anliegen der Supervisorinnen zu bearbeiten. Der Sammelbegriff *musikalische Inszenierungen* beinhaltet die Methoden *Musikalisches Rollenspiel / Rollentausch*, *nonverbales Probehandeln – musikalisches Experiment*, *Aufstellungen mit Instrumenten* und *Symbole als Platzhalter* (sie werden weiter unten genauer beschrieben). Besonders in der Ausbildungssupervision, die in Gruppen stattfindet, wertet sie die Möglichkeit die *Gruppe als Resonanzboden* einzubinden als optimale Bereicherung. „Es kann vermutet werden, dass die Arbeit mit Gruppen sich anbietet, das Wissen und die Einfühlung aller Supervisionsmitglieder in den Lösungsprozess des Supervisionsanliegens in der musikalischen Resonanz einzubinden. In der Arbeit mit dem Resonanzboden können atmosphärische Belange musikalisch für die weitere Reflexion zum Ausdruck gebracht werden. Die gleichen Überlegungen treffen auch auf die *musiktherapeutische Balintarbeit* zu, in der ganz besonders Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen aufgearbeitet werden können“ (Scherrer Vollenweider, 2012, S. 74). Rezeptive Methoden setzt die Supervisorin hingegen kaum ein.

## **Möglichkeiten zur Einsetzung von musiktherapeutischen Methoden in der Supervision**

Im Folgenden möchte ich einige Beispiele und Anregungen zum Einsatz von musiktherapeutischen Methoden in der Supervision vorstellen, welche in der Masterarbeit ‚Musik im Baum des Wissens – Musiktherapeutische Methoden in der Praxeologie der Supervision im Berufsfeld der klinischen Musiktherapie‘ (Scherrer Vollenweider, 2012) aufgezeichnet wurden. Aus der Befragung zu den musiktherapeutischen Methoden stelle ich jeweils das Ergebnis der Befragung dar.

Viele Musiktherapeutinnen wünschen die Anwendung von musiktherapeutischen Methoden in der Supervision. Einerseits ist das Medium Musik Alltag der Supervisorinnen und andererseits haben sie das Verlangen die Wirkung des Mediums, das sie täglich anpreisen, bei eigenen Anliegen zu erfahren. Natürlich ist die Supervision keine musiktherapeutische Selbsterfahrung, doch warum sollen musiktherapeutische Methoden und Interventionen nicht zur Anwendung kommen? In der Supervision werden zahlreiche analoge (kreative) Methoden eingesetzt, doch die Musik wird gescheut. Während meiner Ausbildung in Supervision

an einer Schweizer Hochschule, also außerhalb des musiktherapeutischen Kontextes, erlebte ich nur einmal, dass ein Supervisor Musik einbaute, dies als Symbol der Begrüßung und Teil seines persönlichen Stils:

*Der Supervisor beginnt jede Sitzung mit Musik. Beim Betreten des Raumes werden die Supervisanden mit Musik von einem Tonträger begrüßt. Angefragt nach der Begründung dieser Intervention, meint er, andere stellten einen Blumenstrauß in die Mitte. Er begrüße einfach gerne mit Musik und dies gehöre zu seinem Stil, zu seiner kulturellen Sozialisation und Kultur.*

Verwunderlich erscheint es immer wieder, dass in der Supervision vielfältige Anleihen bei diversen analogen, kreativen Methoden verschiedenster psychologischer Ausrichtungen gemacht werden, aber die musiktherapeutischen Methoden nicht Einsatz kommen. Frohne-Hagemann hat sich diesbezüglich schon 1997 Gedanken gemacht. Sie vermutet, dass dies mit der tradierten Scheu vor Musik zusammenhänge und der Vorstellung, dass wer Musik macht, dies auch erlernt haben sollte. Frohne-Hagemann schlägt in ihrem Artikel sogar vor, dass man den „anderen SupervisorInnen den Einsatz bestimmter musiktherapeutischer Techniken schmackhaft“ machen könnte (Frohne-Hagemann, 1997). Ich möchte hier nicht so weit gehen, sehe aber kaum Einwände, die dagegen sprechen könnten. Es ist in der Tat seltsam, dass mit analogen, kreativen Methoden in der Supervision erlebnis- und konfliktzentriert gearbeitet wird, ohne dass der Supervisor eine Ausbildung in Kunsttherapie oder Psychodrama gemacht hätte. Könnte die Scheu vielleicht damit zusammenhängen, dass die Musik eine starke Trägerin von Emotionen ist und ein musikalisches Erleben oftmals sehr direkt und schwer kontrollierbar in tiefere Schichten des menschlichen Seins eintreten kann? „Das Hören hingegen hält die Welt nicht fern, sondern lässt sie ein. Ton dringt ein, ohne Abstand. Für das Hören sind solches Eindringen, sind Verletzlichkeit und Ausgesetzt sein charakteristisch. [...] Hörend sind wir ungeschützt.“ (Welsch, 1996, S. 249 f.). Oder wie Emil Angehrn, Philosoph und Hermeneutiker, sagt: „In der Musik reflektiert sich die existentielle Befindlichkeit wie die geschichtliche Verfassung des Subjekts; sie ist Ausdruck ihrer Zeit und hat Maß ihrer Authentizität in diesem Bezug“ (Angehrn, 2010, S. 206 f.).

Am Anfang einer Supervision steht eine Einstiegsphase oder Anwärmphase, die sowohl verbal wie auch nonverbal geschehen kann.

## Methoden und Interventionen zur Einstimmung in die Supervision

In den Methoden zur Einstimmung liegt die Fokussierung auf dem Hier und Jetzt, auf dem Ich und Wir und führt zum Supervisionsanliegen. Das Ziel ist die Bereitschaft für den Einstieg in den supervisorischen Prozess zu schaffen.

Das Ergebnis aus der Befragung zeigt auf, dass es anscheinend keine Kultur der nonverbalen Einstimmung in die Supervisionssitzung gibt. Lediglich ein Befragter

beginnt jede Sitzung mit einem nonverbalen Warm-up. 21 Supervisoren beginnen gelegentlich mit einer nonverbalen Einstimmung, 22 befragte Personen verzichten vollständig darauf. Wenn eine nonverbale Einstimmung angewendet wird, so wird vor allem auf eine Improvisation oder eine Körperwahrnehmung zurückgegriffen. Wie kann eine musiktherapeutische Einstimmung in die Supervision konkret aussehen? Eine Möglichkeit zur Einstimmung sowohl in eine einzelne Supervisionsstunde oder zu Beginn eines Supervisionsprozesses möchte ich hier vorstellen. Sie ist im ästhetischen Sinne transmedial und bildet eine Verknüpfung von bildnerischen und musikalischen Medien.

*Kunstkarten – Improvisation: Eine Einstimmung, die sich vor allem für den Beginn eines Supervisionsprozesses eignet, ist die Kunstkarten – Improvisation: Aus einer Vielzahl von Kunstpostkarten wählt sich jeder Teilnehmer eine, die zur momentanen Befindlichkeit (diese Befindlichkeit kann auf Themen eingeschränkt werden wie beispielsweise auf Supervisionsanliegen, berufliche oder allgemeine Situation, auf das wünschenswerte Ziel oder auf die Ressource) und eine gemeinsame Improvisation entsteht. Jeder improvisiert zu seiner ausgewählten Kunstkarte. In der verbalen Runde, erzählen alle von ihrem Erleben und was das Bild für sie in Bezug auf die startende Supervision bedeutet. Dies kann der verbale Start der Anliegensammlung bilden. Die Kunstkarte bleibt im Eigentum des Supervisanden. Bei Ende des Supervisionsprozesses kann diese Übung wiederholt werden und die beiden Kunstkarten werden zu einander in Bezug gesetzt. So kann vom Einstieg in einen Prozess bis zu seiner Auswertung ein Bogen geschlagen werden und die Supervision evaluiert werden.*

## Aktive musiktherapeutische Methoden und Interventionen

Wie vorgängig schon erwähnt kommen aktive musiktherapeutische Methoden vor allem in der Ausbildungssupervision zur Anwendung. Die *musikalische Inszenierung* (Rollenspiel, musikalisches Experiment, Aufstellungen), das *musikalische Portrait* und der *räumliche und musikalische Perspektivenwechsel* sind anscheinend am besten geeignet um Belange der supervisorischen Anliegen zu bearbeiten. Zur Veranschaulichung beschreibe ich folgend einige der am meisten genannten Methoden mit kleinen Fallvignetten aus meiner supervisorischen Tätigkeit.

### Methoden: Musikalische Inszenierung

Unter die Methoden der *musikalischen Inszenierung* fallen alle soziometrischen Methoden, die in der musiktherapeutischen Praxeologie angewendet werden: Mit Instrumenten und musikalischen Mitteln unklare Berufssituationen, Stimmungen, Atmosphären, Gefühle, Räume inszenieren oder reinszenieren, klanglich hörbar machen und so zu Klarheit verhelfen.



### *Musikalisches Rollenspiel / Rollentausch*

Eine berufliche Situation wird als Rollenspiel zum Erklingen gebracht. Supervisand und Supervisor drücken musikalisch eine erlebte Begegnung aus dem Berufsalltag des Supervisanden aus. Beim Rollentausch geht der Supervisand in die Rolle seines Gegenübers aus der erlebten Situation und der Supervisor nimmt gegebenenfalls die Rolle des Supervisanden in der geschilderten Begebenheit ein.

*Fallvignette: Eine Supervisandin spielt die Begegnung, die Interaktion mit einem Kind, das bei ihr in der Therapie ist. Die Supervisandin sucht zwei Instrumente, eines stellvertretend für sich und eines für das Kind. Sie beschreibt und spielt vor, wie das Kind musikalisch klingt, damit die Supervisorin eine musikalische Vorgabe hat. In der ersten Improvisation übernimmt die Supervisandin ihre Rolle als Musiktherapeutin, wie sie sich immer um das Kind sorgt und für dieses das Allerbeste will. Die Supervisorin spielt das Kind. In der Improvisation wird hörbar, wie die beiden Instrumente aneinander vorbeispielen. Je fürsorglicher, leiser und vorsichtiger die Supervisandin spielt, umso weiter weg und wilder erklingt das Instrument des Kindes. In der zweiten Improvisation werden die Rollen und die Instrumente getauscht. Musikalisch beginnt die Improvisation ähnlich, doch dann wechselt die Supervisorin in der Rolle der fürsorglichen Musiktherapeutin in einen neuen dynamischen Impuls und die Supervisandin reagiert musikalisch sofort in eine Bezogenheit, horcht auf und ist interessiert. Es entsteht ein lebhaftes Hin und Her, eine neue musikalische Interaktion entsteht, das in einem Lachen endet. Im anschließenden Gespräch erkennt die Supervisandin, was in der Interaktion im therapeutischen Alltag sich jeweils vollzieht und kommt auf neue Handlungsmöglichkeiten. Im Weiteren reflektiert sie ihre Fürsorglichkeit, die ihr im therapeutischen Prozess mit diesem Kind nicht besonders hilfreich erscheint.*

### *Nonverbales Probandeln – musikalisches Experiment*

In diesem musikalischen Experiment kann geübt werden. Es ist eine von vielen Möglichkeiten, Ressourcen zu entdecken und diese im Experiment weiter zu entwickeln.

*Fallvignette: Ein Anliegen eines Supervisanden ist es, dass er das Gefühl habe in den Teamsitzung nicht ernst genommen zu werden. Er versuche, sich anzupassen und oftmals verpasse er den Moment um seine Statements und seine Meinungen einzugeben. Wie klingt dies in der Musik? Zaghafte einzelne Töne, rhythmisch verzögerte Melodiefragmente erklingen auf dem Xylophon. „Wie müsste die Musik sein, damit Du Dich wohl fühlen würdest?“ Der Supervisand findet eine musikalische Lösung, er spielt klar, prägnant mit einer deutlichen musikalischen Aussage. Im Gespräch versucht der Supervisand, das musikalische Erlebnis auf die Teamsituation zu übertragen und findet für sich eine Strategie, die er in der nächsten Teamsitzung umsetzen möchte.*

### *Aufstellung einer konkreten Berufssituation mit Instrumenten*

Die Arbeit mit Aufstellung heißt, dass mit Musikinstrumenten eine berufliche Situation inszeniert wird. Im Raum werden Musikinstrumente als Stellvertreter für die beteiligten Personen oder Phänomene eines Anliegens verteilt und auch räumlich in Beziehung gestellt. Oftmals kann das Betrachten der Aufstellung schon zu neuen Erkenntnissen führen. Die Situation kann vom Supervisanden aber zum Erklingen gebracht werden, wobei hörbar wird, wo sich der Konfliktherd befindet.

*Fallvignette: H. H. (Musiktherapeutin in einer heilpädagogischen Institution) arbeitet vorwiegend in Gruppentherapien. Die Gruppen sind integrativ formiert. Da die Behinderungen der Kinder ganz verschieden sind, begleiten Assistentinnen die Kinder. Die Assistentinnen mischen sich zum Teil in den Therapieprozess ein, geben Ratschläge, machen Vorschläge oder schmunzeln und zwinkern einander zu. H. H. fühlt sich unwohl und von den Assistentinnen nicht akzeptiert. Auf das Angebot diese mit Instrumenten im Raum aufzustellen, geht sie sofort ein. Sie wählt drei Instrumente und legt sie auf drei Stühle im Raum. Während des Aufstellens erzählt sie von Situationen und beschreibt die Personen. Mehrmals rückt sie die Stühle an einen anderen Ort, verändert die Distanzen, kehrt zu ihrem Instrument zurück, verändert bei den anderen Instrumenten noch einmal etwas. Sie wechselt Instrumente aus, tauscht zum Beispiel eine große Trommel gegen ein kleines Tamburin. Aus einer distanzierteren Perspektive sagt sie, dass sie auch in der Stunde den Assistentinnen klare Plätze zuordnen müsse und sie gegebenenfalls aus der Stunde auch ausschließen könnte. Ihre Aufgabe sei nun klar: Sie wolle sich klarer positionieren und die Leitung der Therapie übernehmen, sie sei die Fachfrau. H. H. hat ganze viele Ideen, wie sie dies im Alltag umsetzen wird.*

### *Symbole (Instrumente oder musikalische Parameter) als Platzhalter*

Der Supervisand drückt eine belastende Berufs-Situation auf einem Instrument aus, die phänomenologisch-ästhetisch wahrgenommen und im anschließenden Gespräch reflektiert wird.

*Fallvignette: N. S. arbeitet als Musikpädagogin in einer Kindertagesstätte. Die Eltern sitzen oft vor dem Raum und warten um ihre Kinder abzuholen. N. S. nimmt einen unerträglichen Druck wahr, der sie in der Arbeit hemmt, da sie daran denken muss, was die Eltern, die das Geschehen im Raum hören können, denken. In der Supervision spielt N. S. auf einer Djembe. Danach übernimmt die Supervisorin das Spiel auf der Djembe und spielt den Druck identisch dem vorgegebenen Spiel der Supervisandin. Die Supervisandin versucht dem Druck musikalisch zu begegnen. Sie wählt das Klavier. Eine Duo-Improvisation entfaltet sich. Erst versucht die Supervisandin mit Lautstärke und Kraft gegen den Druck anzuspielen. Sie hat aber damit keinen Erfolg und so wechselt sie die Strategie und beginnt leise, eindringlich und stark im eigenen Kontakt bleibend zu spielen. Unmittelbar ist es der Supervisorin nicht mehr möglich den Druck aufrecht zu erhalten, interessiert für das klangliche Spiel des Klaviers, beginnt die Djembe dem Klavier zu folgen. In der Reflexion sagt N. S., dass es genau so sein müsse, sie scheide sich dieses Musikerlebnis aus und nähme es mit in die nächste Stunde. Sie habe den Weg gefunden, bei sich bleiben zu können.*

### **Methode: Räumlicher und musikalischer Perspektivenwechsel**

Der Perspektivenwechsel ist in der Supervision ein wichtiges Paradigma. Die Mehrperspektivität ist nach Petzold (2007) die Fähigkeit die Wirklichkeit oder das Supervisionsanliegen aus verschiedenen Blickwinkeln (z.B. des Klienten, des Arbeitgebers, des Patienten etc.) mit unterschiedlichen Optiken (z.B. der ökonomischen, der systemischen, der sozialpolitischen) zu betrachten. Im Metier der Musiktherapie haben wir zusätzlich zur vorhandenen Perspektivenvielfalt auch die Bewegung, die Musik und den künstlerischen Ausdruck zur Verfügung. Der Einbezug von Raum und Zeit, Musik und Bewegung kann als erweiterter Blickwinkel auf ein Anliegen hilfreich sein und bringt oft Bewegung ins Denken. Genauso kann der Supervisand im Anschluss einer Improvisation eingeladen werden, die Instrumente, den Musizierplatz, den er eben verlassen hat, räumlich aus verschiedenen Perspektiven anzuschauen und zu beschreiben. Ebenso kann es hilfreich sein, das gleiche Anliegen unter Einbezug von verschiedenen klanglichen Perspektiven erklingen zu lassen um so neue Lösungsansätze zu gewinnen.

### **Methode: Das musikalische Portrait**

Das musikalische Portrait entspricht der Skulpturenarbeit aus der Systemtherapie. Eine Person aus dem beruflichen Umfeld des Supervisanden wird musikalisch vorgestellt. Die vorgestellte Person kommt im Zusammenhang mit dem Anliegen ins Hier und Jetzt und der Supervisand hat die Möglichkeit in einer veränderten Situation und mit Zeugen in eine neue Reflexion zu treten. Das musikalische Portrait kann die Leiblichkeit des Anliegens in den musikalischen Raum bringen und dieses hör-, fühl- und spürbar werden lassen. Dadurch kann die Sicht auf die betreffende Situation erweitert und differenziert werden.

*Fallvignette: Eine Musikpädagogin ärgert sich immer über einen Knaben in der von ihr geleiteten Singgruppe. Sie stellt den Knaben musikalisch vor, auf dem Xylophon spielt sie hastig, wild mit großen Intervallsprüngen. Es gelingt ihr sein Clown-Verhalten musikalisch einzufangen, doch im Verlauf der Improvisation, nachdem viele Xylophonplatten aus der Halterung heraus gesprungen sind, wird die Musik immer sparsamer, verhaltener und langsamer. Eine Einsamkeit macht sich hörbar. Nach Beendigung der Improvisation scheint die Supervisandin eine Traurigkeit zu empfinden. Sie reflektiert die erlebten Gefühle während der Improvisation und bringt diese in Zusammenhang mit dem Knaben. Der Supervisandin erschließen sich neue Sichtweisen und sie verbalisiert neue, andere Zugänge zu der Situation des Knaben. Ihr Handlungsspielraum für die Singgruppenleitung erweitert sich durch neue Ideen, wie sie auf die nächste Störfried-Situation reagieren wird.*

## Aktive musiktherapeutische Methoden und Interventionen in der Gruppen- und Teamsupervision

Die Gruppensupervision ist insofern eine spezielle Supervisionsform, da mehrere Personen an der Lösungssuche für ein Anliegen eines einzelnen Supervisanden beteiligt sind. Fragen eines Einzelnen können für die anderen Gruppenteilnehmer bereichernd sein, da Parallelen zum eigenen beruflichen Alltag gezogen werden können und so alle Beteiligten zu Reflexionen angeregt werden.

Es gibt aktive musiktherapeutische Methoden, die speziell auf die Gruppen- oder Teamsupervision zugeschnitten sind. In der Gruppe kann ganz speziell die Resonanz, das mehrperspektivische Betrachten eines Anliegens durch die Gruppenmitglieder als Ressource zur Lösungsfindung genutzt werden. Die Weisheit der Gruppe ist eine wichtige Kraft für die Aktualisierung der Lösungskompetenzen. Dem Supervisor ist die Aufgabe beschieden, einen emotionalen Boden für Veränderungsprozesse bereit zu legen und den Gruppenprozess zu leiten. Ausbildungssupervisionen finden überwiegend in Gruppen statt. Ich zeige hier einige Methoden auf, welche in der Befragung am meisten genannt wurden. Auf die musiktherapeutische Balintarbeit gehe ich nicht näher ein, obwohl mehr als die Hälfte der Supervisoren diese anwenden. Die Balintarbeit ist hinlänglich bekannt und kann in der Fachliteratur nachgelesen werden, zum Beispiel die Diskussion in der Musiktherapeutische Umschau 1996 zwischen Strobel, Loos, Timmermann; Rüegg; Seidel; Weymann (1996) und Petersen (2002).

### Methode: Die Gruppe als Resonanzboden

Die *Gruppe als Resonanzboden* (vgl. Petzold, 2007; Frohne-Hagemann, 2001) ist an der musiktherapeutischen Supervision insofern beteiligt, indem sie nach der Darlegung des Beratungsanliegens durch den Protagonisten auf den Instrumenten ihre Resonanz oder ihre Gegenübertragung erklingen lassen. Die *Gruppe als Resonanzboden* versteht sich als grundlegende, offene Methode und ist nicht an eine Schule gebunden.

### Methode: Musikalisches Gruppenspiel/Dreierspiel

Das *musikalische Gruppenspiel* (Dreierspiel) meint die freie oder themenorientierte Improvisation in der Gruppen- oder Teamsupervision. Eine Gruppenimprovisation kann teambildend oder zentrierend sein, sie kann Gruppen- und Teaminteraktionen offen legen oder andere Ziele verfolgen.

*Fallvignette: Eine neue Führungsperson in einem heilpädagogischen Zentrum stand in einer Retraite mit ihrem mittleren und oberen Kader an einem heiklen Punkt. Der Abschied vom alten Institutionsleiter war noch nicht überall vollzogen, viele Änderungen und neue Geschäftsstrategien fanden noch nicht wirklich Zustimmung, irgendwie hatte sich das Leitungsteam noch nicht richtig gefunden und die gemeinsamen Ziele wurden*

*immer wieder hinterfragt. Also befand man sich in einer Sackgasse. Die Supervisorin machte gegen Abend des zweiten Tages folgenden Vorschlag: Alle Personen sollen sich im Schulhaus oder dem Internat auf die Suche nach einem Rhythmusinstrument begeben. Anschließend traf man sich in der Aula, wo das ganze Führungsteam im währsten Sinne des Wortes zusammengetrommelt wurde. Nach dieser musikalischen Aktion war die Arbeitsfähigkeit des Teams wieder hergestellt.*

Zum Ergebnis aus der Erhebung zu den aktiven musiktherapeutischen Methoden in der Gruppensupervision: In der Gruppensupervision wird stark mit der Methode der *Gruppe als Resonanzboden* gearbeitet. Es kann vermutet werden, dass die Arbeit mit Gruppen sich anbietet, das Wissen und die Einfühlung aller Supervisionsmitglieder in den Lösungsprozess des Supervisionsanliegens in der musikalischen Resonanz einzubinden. In der Arbeit mit dem Resonanzboden können atmosphärische Belange musikalisch für die weitere Reflexion zum Ausdruck gebracht werden. Die gleichen Überlegungen treffen auch auf die *musiktherapeutische Balintarbeit* zu, in der ganz besonders Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen aufgearbeitet werden können.

### **Weitere Beispiele aktiver musiktherapeutischer Methoden in der Gruppensupervision**

Stellvertretend für weitere aktive musiktherapeutische Methoden sollen hier *die narrative historische musiktherapeutische Intervention* und *das Reflecting-Team – Resounding-Team* vorgestellt werden. Der narrative Vorgang eignet sich zur Datensammlung in einer Teamsupervision. Das Reflecting-Team ist ein Modell, um die Resonanz und das Lösungspotential der Gruppe zu nutzen und hat seine Wurzeln in der systemischen Therapie (vgl. von Schlippe, A. & Schweitzer, J. 2007, S. 38 f., 199ff.). Ursprünglich wurde das reflektierende Team vom norwegischen Psychiater und Psychotherapeut Tom Andersen entwickelt (Andersen, T. 1990).

#### *Die narrative historische musiktherapeutische Intervention*

In einer narrativen Intervention steht das Erzählen im Mittelpunkt. Zum Beispiel wird die Geschichte eines Teams musikalisch erzählt. Zuerst sollte der Ablauf der Geschichte des Teams gemeinsam chronologisch auf einem großen Papierbogen aufgezeichnet werden. Danach beginnt derjenige, der als erster von den Anwesenden in diesem Team war, zu spielen. Chronologisch zum Eintritt in das Team steigen die weiteren Mitspieler in die Improvisation ein. Was verändert sich musikalisch? Sind in der Musik Spannungen hörbar, die für das Team relevant sind? Spiegelt der musikalische Spannungsbogen die Geschichte des Teams? Danach wird die Improvisation besprochen und die Geschichte des Teams aus einem neuen Blickwinkel reflektiert. Diese Methode ist in Anlehnung an die Methode *die Geschichte*

des Teams, die systemischen Ursprungs ist entstanden (vgl. Rappe-Giesecke, 2009, S. 118).

*Fallvignette: Ein Team einer Singschule, das hervorragend funktioniert hatte und als Vorzeigeteam einer Musikschule galt, hat im Verlauf der Zeit immer größere organisatorische Schwierigkeiten bekundet, auch die Kommunikation und die Aufgabenteilung stimmte nicht mehr. Nachdem die organisatorische Aufarbeitung keine Lösung und keine Verbesserung in der Teamarbeit brachten, wurde die Methode der narrativen musiktherapeutischen Intervention vorgeschlagen. Das Gründungsmitglied begann auf einem Instrument den fulminanten, begeisterten Start des Projektes zu spielen, im Lauf der Improvisation kamen neue Spieler dazu, pausierten wieder, wenn die Mitarbeit durch ein Mutterschaftsurlaub, einen Auslandsaufenthalt oder ähnliches unterbrochen wurde. Im aufarbeitenden Gespräch wurde Bezug auf die Improvisation und die Geschichte des Teams genommen, nachgefragt, das musikalisch Erlebte erzählt und Schwierigkeiten im Team angesprochen. Zum Beispiel konnte das jüngste Teammitglied sich Gehör verschaffen. Das Team kam zu neuen Lösungen in ihrer Zusammenarbeit.*

### *Das Reflecting-Team – Resounding-Team*

In Anlehnung an das Reflecting-Team ist das Resounding-Team als eine Adaption für die musiktherapeutische Gruppensupervision entstanden. Der Ablauf des Resounding-Teams:

Phase 1: Der Supervisor und der Akteur sprechen ca. 3–4 Minuten über dessen Anliegen. Die Gruppenmitglieder hören nur zu.

Phase 2: Der Supervisor lädt den Akteur ein zuzuhören und sich dabei körperlich abzuwenden. Ein Teil der Gruppe (Resounding-Team) improvisiert das Gehörte, der andere Teil der Gruppe (Reflecting-Team) schreibt Sätze, Wörter, Analogien und Metaphern, die sich auf die Improvisation beziehen, auf. Nach der Improvisation werden diese Sätze, Wörter, Vergleiche vorgelesen.

Phase 3: Der Supervisor wendet sich wieder dem Akteur zu, dieser erzählt, wie sich die Resonanz der Gruppe angehört hat und was diese bei ihm auslöst.

Phase 4: Der Supervisor leitet einen verbalen Block ein und geht zum Reflecting-Team mit der Frage: ‚Wie war eure Resonanz? Was klingt nach? Gibt es Fantasien, Ideen oder Gedanken, die für den Akteur hilfreich sein könnten?‘ Ideen-Katalysator ‚welche Ideen gibt es noch?‘

Phase 5: Der Supervisor wendet sich wieder dem Akteur zu mit der Frage: ‚Was vom Gehörten ging in die gewünschte Richtung?‘ Die Assistierenden hören zu und halten keinen Sichtkontakt mit dem Akteur. Diese Phase geht zu Ende mit der Frage: ‚Worüber sollte das Team jetzt sprechen oder spielen, so dass es weiterhin in die gewünschte Richtung geht?‘

Nach zwei bis drei Durchgängen der Phasen 4 und 5 wird die Abschlussphase eingeleitet. ‚Sie haben eine Skala von 1 bis 10. 1 steht dafür, dass ihr Anliegen bisher minimal und 10 dafür, dass ihr Anliegen bisher maximal behandelt wurde: Wo stehen Sie jetzt? Reicht Ihnen das zum gegenwärtigen Zeitpunkt oder möchten Sie

weiter?' Evtl. muss noch mal in die verschiedenen Phasen eingetreten werden. (vgl. Vogt- Hillmann, Eberling, Dahm & Dreesen, 2000, Scherrer Vollenweider, 2011)

## Rezeptive musiktherapeutische Methoden in der Supervision

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass in der Supervision kaum *rezeptive musiktherapeutische Methoden* eingesetzt werden. Die *Körperwahrnehmung zu Musik* und das *Für-Spiel* werden am ehesten angewendet. Man kann vermuten, dass das *Für-Spiel* in Fallsupervisionen zum Einsatz kommt um sich in einen Patienten einfühlen zu können oder sich eine emotionale Erleichterung zu verschaffen. Die *Tonbandanalyse: Beschreibung und Rekonstruktion* wird kaum angewandt, ich vermute, dass diese vor allem von den Morphologen unter den Supervisoren gebraucht wird. Die Methode *GIM (Guided Imagery and Music)* wird von einem der 43 befragten Supervisoren angewandt und ist wahrscheinlich als Supervisionsmethode noch zu unbekannt (vgl. Scherrer Vollenweider, 2012, S. 75).

Erstaunlich erscheint mir, dass die *Methoden der Assoziativen Klangreisen, des Imaginativen Klang-/Musikerleben* kaum zum Einsatz kommen. In der Supervision könnten sie der Ressourcen-Aktivierung, der Zukunftsexploration, der Imaginationen für berufliche Visionen oder für Lösungsstrategien dienlich sein. Im allgemeinen können die assoziativen Klangreisen auch dem Stressabbau und einer imaginierten Handlungsspielraumerweiterung im Sinne einer Gedankenerweiterung, einer Erweiterung der gesamten fiktiven Möglichkeiten dienlich sein. Zuerst ist der Traum, dann die Wirklichkeit, dies gilt auch für berufliche Fragestellungen.

Ich kann mir dies nur dadurch erklären, dass die Supervisionsanliegen in unserem Berufsfeld sich hauptsächlich um Einzelfallbesprechungen, Übertragungsgeschehen und methodischen Repertoirevermittlung drehen. Andere berufliche belastende Anliegen kommen wohl weniger zur Sprache. Ganz sicher werden die Supervisionsanliegen nicht nur durch den Supervisanden sondern auch reziprok durch den Supervisor gewichtet. Damit ist gemeint, dass der Supervisor bei der Auswahl des zu behandelnden Anliegens eine nicht unwesentliche Rolle spielt.

## Was sind die typischen Wünsche an die Person des Supervisors? Braucht die Supervisorin eine Feld- und/oder eine Doppelkompetenz?

In der Befragung zur Praxeologie der Supervision im Berufsfeld der klinischen Musiktherapie wurden zwei freie Fragen zur Relevanz der Feld- und Doppelkompetenz des Supervisors gestellt. Die Auswertung konnte quantitativ und qualitativ (nach der Grounded Theory) vorgenommen werden, wodurch eine Triangulation erreicht werden konnte (Glaser & Strauss, 2010). Untenstehend sind die Schlussfolgerungen zu der Relevanz der Feld- und Doppelkompetenz aus der Masterarbeit zitiert:

„Die **Feldkompetenz** wird als sehr wichtig eingeschätzt. Hier sind Kernaussagen zur Befindlichkeit und der Wirklichkeit der Berufsrealität der Musiktherapeuten zum Ausdruck gekommen. Vor allem in der Auswertung der freien Fragen fällt auf, dass der Wunsch nach Feldkompetenz sehr zentral ist. Es scheint, dass sich viele Musiktherapeuten nur von Musiktherapeuten verstanden fühlen, weil eine gemeinsame Kultur, eine gemeinsame Sprache erwünscht ist. Andererseits wird erwähnt, dass die Rolle des Musiktherapeuten in Institutionen sehr speziell sei. Der Musiktherapeut arbeitet oft als einziger Vertreter seines Berufstandes in einem interdisziplinären Team, in welchem die anderen Gesundheitsberufe stärker vertreten sind. Dies kann Konflikte auslösen, der Musiktherapeut kann sich als Außen-seiter wahrnehmen, daher ist der Wunsch nach einem feldkompetenten Supervisor verständlich. Außerdem wird mehrfach geäußert, dass Musik eine eigene Sprache sei, die nicht von allen Supervisoren verstanden werde. Es kann sein, dass die Musiktherapeuten dies so wahrnehmen, da das Medium Musik ein ästhetisches Erkennen verlangt und im Erleben und Wahrnehmen im direkten Eingebunden-Sein geschieht. Im interdisziplinären Austausch oder in einer feldfremden Supervision kann es sein, dass die Musiktherapie nicht wirklich nachvollzogen werden kann.

[...]

Die **Relevanz der Doppelkompetenz** bewegt sich im mittleren Feld der Ordinalskala und wird nicht so relevant eingeschätzt, eventuell für Teamentwicklungsfragen und Organisations- Anliegen geschätzt. Es besteht aber eine Unsicherheit, ob man die Profession der Supervision kennt. In den freien Fragen wird die Doppelkompetenz von etwa einem Drittel der Statements als unwichtig gewertet, da Berufserfahrung als Musiktherapeut, Lebenserfahrung und die Persönlichkeit die Qualität der Supervision garantieren. Die meisten Begründungen, sowohl diejenigen, die die Doppelkompetenz für sehr wichtig und wichtig erachten, sind sehr differenziert und unterscheiden die Notwendigkeit der Doppelkompetenz je nach Supervisionsanliegen und Supervisionsform. Zum Beispiel brauche es für eine Gruppensupervision nicht zwingend eine Doppel- oder Feldkompetenz, da die Supervisanden diese Kompetenzen mitbringen. Hingegen sollte in der Ausbildungssupervision eine Doppelkompetenz vorhanden sein, genauso für Team- und Organisationsanliegen. Man könnte sagen, dass für Team- und Organisationsanliegen eine supervisorische Kompetenz genügen würde, doch die Überlegungen zur Rolle des Musiktherapeuten in den Institutionen bestätigen den Wunsch nach Feldkompetenz. Der Tenor der Aussagen ist, dass es für Supervision mit ausgebildeten Musiktherapeuten genauso wenig eine Doppelkompetenz braucht wie für Fallsupervisionen. Viele Musiktherapeuten machten die Aussage, dass eine Doppelkompetenz von Psychotherapeut und Supervisor für sie von größerer Wichtigkeit sei. Das ist nachvollziehbar, da vor allem bei Fallsupervisionen saluto- und pathogenetisches, psychodynamisches und psychopathologisches Fachwissen gewünscht wird.“ (Scherrer Vollenweider, 2012, S. 91–92)



## Fazit zur Diskussion

Dass musiktherapeutische Methoden in der Praxis der Supervision angewendet werden, ist überraschend. Anscheinend ist es ein Bedürfnis der Supervisanden zu einer Klärung bei beruflichen Fragestellungen innerhalb der Supervision mit musiktherapeutischen Methoden gelangen zu können. Dies kam in der Stichprobenerhebung aus den Antworten betreffend der *Anliegen der Supervisanden*, den *Begründungen zur gewünschten Feldkompetenz des Supervisors* und in den *Gewichtungen der angewandten Methoden* zum Ausdruck. Es kann vermutet werden, dass vor allem für Berufseinsteiger und Studenten in der Ausbildungssupervision musiktherapeutische Methoden im Sinne einer Methodenvermittlung und als berufliche Identitätsbildung wichtig sind. Doch die starke Gewichtung der Musik als besonderes Medium lässt den Schluss zu, dass auch erfahrene Kollegen und Kolleginnen musiktherapeutische Methoden und Interventionen bevorzugen.

Es ist einsichtig, dass jede Berufsgruppe sich von einem feldkompetenten Supervisor besonders gut verstanden fühlt. Volksschullehrer holen sich eine Supervision, welche im Bildungswesen angesiedelt ist. Banker bevorzugen ein Coaching durch einen Branchenkenner. Somit ist es auch nicht weiter erstaunlich, wenn Musiktherapeuten sich am liebsten von einem Supervisor aus dem eigenen Berufsfeld beraten lassen. Doch die Begründungen lassen aufhorchen. Musik sei etwas Einzigartiges, Spezielles, etwas, das nur ein Musiktherapeut versteht. Was ist mit dem Phänomen Musik los, dass dieses nur die Musiktherapeuten zu verstehen im Stande sind? Natürlich sind wir Musiktherapeuten die Spezialisten in Bezug auf die psychodynamischen Prozesse, welche Musik als Methode in der Therapie auslösen kann. Über die Wirkung des Mediums Musik ist schon viel geschrieben und geforscht worden, aber eine grundlegende philosophische Erkenntnistheorie zur Musik ist in der musiktherapeutischen Grundlagenforschung noch nicht für alle einsichtig und verbindlich erarbeitet worden.

Im Kontext Supervision kommt eine weitere wichtige Frage dazu. Warum sollen feldferne Supervisoren Fragestellungen aus der Musiktherapie nicht verstehen? Ich denke, dass wir Musiktherapeuten uns heute weitgehend einig sind, dass sich die Musiktherapie als Psychotherapie versteht. Und doch ist ein großer Teil der Musiktherapeuten der Meinung, dass nur Supervisoren aus dem eigenen Berufsfeld fähig sind dem Musiktherapeuten zu einer Erweiterung des Handlungsspielraums im beruflichen Alltag zu verhelfen. Dies ist ein scheinbarer Widerspruch. Ich bin überzeugt, dass auch in einer kasuistischen Supervision (Fallsupervision) psychodynamisches Geschehen mit und ohne musiktherapeutische Kenntnis verstanden und analysiert werden kann. Ob die Musiktherapeuten durch ihre berufliche Biographie, die oftmals schon in der Kindheit mit dem Erlernen eines Musikinstrumentes beginnt, in eine Spannung zwischen Omnipotenz und Hilflosigkeit, zwischen Überheblichkeit und Insuffizienzgefühl geraten sind, lässt sich hier nicht beantwor-

ten. Doch die Aussagen der Musiktherapeuten und Musiktherapeutinnen bewegten sich zwischen den beiden Polen von „Musiktherapie ist spezifisch und benötigt daher als Visor professionelle Kenntnis“ – „Musik muss man erlebt haben“ bis zu den Aussagen, dass die Feldkompetenz des Supervisors aus folgenden Gründen nicht wichtig sei: „Psychische Prozesse zu verstehen ist der wichtigere Anteil“ und „es hängt davon ab, mit welchen Anliegen die Supervisorinnen (in diesem Fall Musiktherapeutinnen) in die Supervision gehen.“ Eine weitere Stimme aus der Befragung lässt verlauten: „Das Medium Musik ist nicht kognitiv erfahrbar, ist nicht ohne musiktherapeutische Selbsterfahrung als Supervisor integrierbar. Musiktherapeuten können natürlich nicht musiktherapeutische Supervisoren haben, aber für die musikalische Intervention ist die Erfahrung des Supervisors ein Baustein der Qualität im Austausch.“ (Scherrer Vollenweider, 2012, S. 119 ff.) Meines Erachtens bewegen wir uns immer wieder in der Bipolarität zweier Berufe, dem des Musikers und dem des Therapeuten. Unsere Kontakte zu unseren Klienten und Patienten finden auf der musikalischen Ebene statt, sonst wären wir ja nicht Musiktherapeuten. Die therapeutischen Beziehungen, die wir eingehen und mittels derer Veränderungen des Erlebens des Patienten geschehen sollen, sind psychodynamischer Natur. Wie bringen wir die Polaritäten Musik und Psychotherapie, Begegnungen in Musik und Therapie zusammen? Ich denke, dass wir in der klinischen musiktherapeutischen Praxis den Auftrag haben, im nonverbalen Kontakt mit künstlerischen, musikalischen Medien einen therapeutischen Prozess mit den Patienten aufzunehmen und sie über die leibliche, sinnliche Wahrnehmung in eine Beziehungsfähigkeit zu begleiten.

Wie vorgängig schon erwähnt, haben 26 befragte Musiktherapeuten angegeben, dass sie als Ausbildungssupervisoren angestellt sind, aber nur neun von ihnen haben eine abgeschlossene Ausbildung in Supervision und Coaching. Weitere sieben Supervisoren/Musiktherapeuten arbeiten freiberuflich, nicht gebunden an eine Institution. Von den 81 an der Befragung beteiligten Personen arbeiten 50 als Supervisoren. Lediglich ein Drittel davon oder 16 Personen sind qualifizierte Supervisorinnen. Ich kann mir keinen Reim darauf machen, dass in den Hochschulen an den ungenügend qualifizierten Supervisoren festgehalten wird, obwohl ich mit Frohne-Hagemann (1997, 2001) einig gehe, dass ein Supervisor ohne Ausbildung nicht per se schlechte Arbeit machen muss. „Dennoch ist die Gefahr der Einseitigkeit wegen fehlender Übersicht über die jeweils wesentliche Supervisionsforschung nicht von der Hand zu weisen. Im Rahmen der heute immer stärker geforderten Qualitätsentwicklung und -sicherung wird man sich Gedanken machen müssen, einerseits die Supervision für MusiktherapeutInnen umfassender zu qualifizieren [...]“ (Frohne-Hagemann, 1997, 2001). Ich bin überzeugt, dass viele spezifische und weiterreichende Fragen und Anliegen, die den Berufsalltag der Musiktherapeutinnen in Institutionen und in freier Praxis betreffen, von Supervisoren ohne Ausbildung nicht optimal behandelt werden können. Es kann nicht sein, dass die Supervision, falls nicht ausdrücklich als Fallsupervision deklariert, sich nicht auch mit anderen Anliegen aus der beruflichen

Realität beschäftigt als mit der Erweiterung des Methodenrepertoires, mit Ideen für musiktherapeutische Interventionen und Falldarstellungen.

Eine der letzten Fragen im Fragebogen wurde von einer Teilnehmerin gestellt: „Wäre eine Supervisions-Ausbildung wünschenswert, die musiktherapeutische Feldkompetenz durch Beratungskompetenz in kreativen Therapieformen ergänzt?“ (Scherrer Vollenweider, 2012, S. 127). Ist eine Supervisionsausbildung für Musiktherapeuten, welche organisationstheoretische, sozialwissenschaftliche, supervisionstheoretische, psychotherapeutische Inhalte gepaart mit analogen (kreativen), insbesondere musiktherapeutischen Methoden und Interventionen wünschenswert? Diese Frage beschäftigt wohl noch mehrere Musiktherapeuten. Es sind schon Versuche gestartet worden, eine musiktherapieorientierte Supervisionsausbildung ins Leben zu rufen. Doch ganz wesentlich ist, dass eine solche Ausbildung mit dem Ziel eine Doppelkompetenz der Supervisoren zu erreichen, unbedingt von den jeweiligen Fachverbänden für Supervision und Coaching, dem BSO (Berufsverband für Coaching, Supervision und Organisationsberatung) in der Schweiz, der DGsv (Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V.) oder der ÖVS (Österreichische Vereinigung für Supervision), anerkannt sein und deren Anforderungen entsprechen muss. Ich kann mir auch vorstellen, dass eine Supervisionsausbildung für transmediale, künstlerische Berufe (Musik, Kunst, Theater, Tanz und Psychologie) entwickelt werden könnte. Es wäre eine spannende Aufgabe, zusätzlich zu den organisations- und supervisionstheoretischen Grundlagen eine philosophisch-ästhetische, kunstphilosophische Metaebene für die Supervision zur Qualitätssicherung und -entwicklung der spezifischen Bedürfnissen in den künstlerischen und therapeutischen Berufen zu schaffen, welche auch für weitere Kreise verständlich ist und auch für Supervisoren und Psychologen als Weiterbildung interessant sein könnte. Nicht eine „musiktherapeutische Supervisionsausbildung“ ist wünschenswert, sondern eine Supervisionsausbildung in der musiktherapeutische Methoden gleichberechtigt neben den analogen (kreativen) und kognitiven verbalen Methoden integriert ist. Wenn wir eine musiktherapeutische Ausbildung in Supervision anstreben würden, wie dies von einigen Kollegen geplant ist, dann würden wir uns auch in der Reflexion unserer Arbeit in eine Nische setzen. Genau dies sollte nicht geschehen. Die Musik gehört allen, genauso wie das Denken, Empfinden und Gestalten. Wir sind aber die Spezialisten und Experten für inter- und intrapsychische Prozesse, die durch Musik ausgelöst werden und dürfen uns nicht in einer eigenen, privaten Welt, der Welt der Musiktherapie, verstecken. Sonst geschieht in der beruflichen Ordnung, dasselbe wie im gegenwärtigen beruflichen Alltag unserer Musiktherapeutin, dass wir in allen Institutionen und Organisationen am Rande beschäftigt, ein Inseldasein fristen und wenig beachtet werden.

## Literatur

- Andersen, T. (1990): *Das reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über Dialoge*. Dortmund.
- Angehrn, E. (2010): *Sinn und Nicht-Sinn. Das Verstehen des Menschen*. Tübingen.
- Eckhoff, R.; Breuss Gröndahl, S.; Petzold, H. G. (2007): *Supervision („veiledning“) im Feld der Musiktherapie in Norwegen*. In: *Jahrbuch Musiktherapie 2007*. Wiesbaden.
- EMTC Homepage: <http://emtc-eu.com/register>, (2013), zugegriffen am 08.06.2013.
- Frohne-Hagemann, I. (2001): *Fenster zur Musiktherapie. Musik-Therapie-theorie 1976–2001*. Wiesbaden.
- Frohne-Hagemann, I. (1997): *Überlegungen zum Einsatz musiktherapeutischer Techniken in der Supervision und zur speziellen Supervision musiktherapeutischer Situationen und Prozesse*. *Organisationsberatung, Supervision, Clinicle Management* 4(2), 165–173.
- Glaser, B. G., Strauss, A. L. (2010): *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern.
- Hegi-Portmann, F.; Lutz Hochreutener, S.; Rüdüsüli-Voerkel, M. (2006): *Musiktherapie als Wissenschaft. Grundlagen, Praxis, Forschung und Ausbildung*. Zürich.
- Keller-Hartmann, E. (2012): *Der Einfluss der Gründerpersönlichkeiten auf die Entwicklung der Musiktherapieausbildung in der deutschsprachigen Schweiz. Der lange Prozess früher musiktherapienaher Aktivitäten über die bam zum Master of Advanced Studies in Klinischer Musiktherapie MAS. Unveröffentlichte Theoriearbeit zur Erlangung des Titels Master of Advanced Studies in Klinischer Musiktherapie ZFH, Zürcher Hochschule der Künste, Zürich in Kooperation mit der interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik, Berufsbegleitende Ausbildung in Musiktherapie bam*. Zürich.
- Petersen, D. (2002): *Musiktherapeutisch orientierte Balintarbeit*. *Musiktherapeutische Umschau* 23(2), 153–160.
- Petzold, H. (2007): *Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung. Ein Handbuch für Modelle und Methoden reflexiver Praxis*. Wiesbaden.
- Rappe-Giesecke, K. (2009): *Supervision für Gruppen und Teams*. Heidelberg.
- Rüegg, U. (1996): *Die Bedeutung der Gegenübertragung in der Musiktherapeutischen Balint-Gruppenarbeit*. *Musiktherapeutische Umschau* 17(3), 211–220.
- Scherrer Vollenweider, G. (2012): *Musik im Baum des Wissens. Musiktherapeutische Methoden in der Praxeologie der Supervision im Berufsfeld der klinischen Musiktherapie. Unveröffentlichte Theoriearbeit zur Erlangung des Titels Master of Advanced Studies in Klinischer Musiktherapie ZFH, Zürcher Hochschule der Künste, Zürich in Kooperation mit der interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik, Berufsbegleitende Ausbildung in Musiktherapie bam*.
- von Schlippe, A. & Schweitzer, J., (2007): *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen.

- Schumacher, K. (2010): 20 Jahre Studiengang Musiktherapie an der UdK Berlin. Alumni-Tage 2008. DVD Dokumentation. Berlin.
- Seidel, A. (1996): Intertherapie, musiktherapeutische Balintgruppenarbeit und Supervision. Ein Beitrag zur Begriffsdifferenzierung. *Musiktherapeutische Umschau* 17(3), 196–204.
- Seidel, A. (2009): Musik – Biografie – Therapie. Musiktherapie-Studierende auf dem Weg ihrer Professionalisierung. Wiesbaden.
- Strobel, W., Loos, G. & Timmermann, T. (1996): Die musiktherapeutische Balint-Gruppenarbeit. *Musiktherapeutische Umschau* 17(3), 267–283.
- Vogt-Hillmann, M., Eberling, W., Dahm, M. & Dreesen, H. (2000): Gelöst und los. Systemisch-lösungsorientierte Perspektiven in Supervision und Organisationsberatung. Dortmund.
- Welsch, W. (1996): *Grenzgänge der Ästhetik*. Stuttgart.
- Weymann, E. (1996): Supervision in der Musiktherapie. *Musiktherapeutische Umschau* 17(3), 175–195.

Gabriela Scherrer Vollenweider  
Wiesenstraße 11  
CH-8640 Rapperswil  
[www.wiese11.com](http://www.wiese11.com)  
Mail: [gabriela.scherrer@bluewin.ch](mailto:gabriela.scherrer@bluewin.ch)

**„I want someone who shares the loneliness with me!“  
Chancen, Risiken und Grenzen von Musiktherapie in Schulen  
am Beispiel der Arbeit mit Kindern aus Problemfamilien**

**„I want someone who shares the loneliness with me!“  
Chances, risks and limitations of music-therapy in regular  
schools illustrated at the example of work with children  
from problematic families**

Waltraut Barnowski-Geiser, Erkelenz

*Immer mehr Schüler im dritten Jahrtausend tragen besondere familiäre Belastungen. Diese Kinder und Jugendlichen benötigen oftmals mehr Zuwendung als im klassisch orientierten Unterrichtsgeschehen zur Verfügung gestellt wird und werden kann – kann Musiktherapie eine adäquate Hilfe darstellen? Am Beispiel der Arbeit mit Kindern aus belasteten Familien (hier insbesondere alkohol- und suchterkrankter Eltern) werden Besonderheiten dieser Klientel erläutert. Wie kann musiktherapeutische Arbeit mit dieser Klientel in Schulen im Spannungsfeld von Pädagogik, Sozialer Arbeit und Medizin gelingen? Die musiktherapeutische Forschungsstudie „Hören, was niemand sieht“ und der Einsatz entlastender Hilfefaktoren (AWOKADO-Konzept) werden vorgestellt. Am Beispiel des in Theorie und Praxis erprobten KreTAS-Konzeptes werden Folgen für schulgerechte Diagnostik, Grenzen und Chancen frühzeitiger systembezogener Interventionen sowie Implikationen für die Verortung von Musiktherapie in allgemeinbildenden Schulen kritisch diskutiert.*

*In the third millenium a growing number of children suffer from special familial strains. These children and youths need more care than there is and can be given in regular schools – can music-therapy be an adequate support? At the example of work with children from burdened families (here particularly parents suffering from alcohol abuse and addiction) specific characteristics of this clientele are illustrated. How can music-therapeutic work with this clientele succeed in conflict with pedagogics, social work and medicine in regular schools? The music-therapeutic study „Hearing what no one sees“ and the implementation of exonerating help-factors (AWOKADO-concept) are explained. In the KreTAS-concept, that is approved in theory and practice, are shown exemplary consequences for school-suitable diagnostic, limitations and chances of early system-related interventions. Also implications for the classification of music-therapy in regular schools are critically discussed.*

**My Life**

*When I sit alone on my chair  
 And there is nothing for me to do  
 I want someone who shares  
 The Loneliness with me and stay through  
 This is it my lonely life  
 You might supposed to laugh  
 But when you laugh, it's like a knife  
 I have no one to love... no reason.... For life.*

Ausschnitt aus einem im Rahmen von Musiktherapie selbstverfasstem Rap-Song eines 17-jährigen Schülers mit schwer alkoholkranker Mutter, 17 Jahre (Barnowski-Geiser 2009)

Gute Gesundheit unterstützt erfolgreiches Lernen.  
 Erfolgreiches Lernen unterstützt die Gesundheit.  
 Erziehung und Gesundheit sind untrennbar.

Desmond O'Byrne, WHO/Genf

## **So fern und doch so nah: Bildungs- und Gesundheitswesen**

Dass Lernen und Gesundheit etwas miteinander zu tun haben, schleicht sich bislang nur auf leisen Sohlen in den ein oder anderen, meist innovativ denkenden Kopf – sowohl im Gesundheitswesen als auch in Schulen. Wenn dieser Aspekt Berücksichtigung findet, dann werden oftmals, einem klassischen Gesundheits- und Krankheitsverständnis folgend, körperliche Zusammenhänge fokussiert. Man widmet sich eher klassischen Feldern medizinischer Versorgung, wie etwa Hygieneaspekten, dem Erhalten oder Aufbau körperlicher Fitness (wie etwa das Veloprojekt in Hessen) oder „gesunder Ernährung“. Die Psyche jedoch bleibt in diesem Zusammenklang ungehörtes Stiefkind. Oftmals wird versucht, schwierige Probleme aus dem schulischen Raum auszulagern, etwa an die Jugend- und Suchthilfe zu delegieren. Wer jedoch, wie der Schüler im vorangestellten RAP, aufgrund seiner schweren familiären Belastung keinen Lebenssinn mehr sieht, für den sind einerseits Wege in unvertraute Institutionen außerhalb von Schule schwer zu gehen, für den sind andererseits auch noch so gut aufgearbeitete Lernangebote kaum zu nutzen. Längst wird deutlich, dass gerade Schüler mit einem schwierigen familiären Hintergrund zu den Bildungsverlierern gezählt werden müssen. Das ist die schlechte Nachricht. Die Gute folgt: Ein frühzeitiges Entdecken und Fördern dieser Kinder kann ungeahnte Resilienzen freisetzen und damit das Hochrisiko für Eigenerkrankung deutlich senken (Klein 2005; Zobel 2006).

Dass seelische Gesundheit eine Lernvoraussetzung darstellt, so wie ebenso Schule und familiäre Situationen krank machen können, ist in Wissenschaftskreisen, in jüngster Zeit etwa durch publizierte Erkenntnisse aus den Neurowissenschaften,

einschlägig bekannt – von konkreten Umsetzungen dieser zentralen Einsicht ist in Schulen bislang wenig zu sichten.

Die Kausalität dieser ungunen Entwicklung muss vielschichtig angenommen werden, sie gründet m. E. vor allem in überkommenen Menschenbildern und Denkweisen. Neues Denken und Sehen wird notwendig, denn, um mit Albert Einstein zu sprechen: Probleme lassen sich niemals mit der gleichen Denkweise lösen, durch die sie entstanden sind. Dieses Quer- und Neudenken könnte u. a. eine Annäherung der Bereiche Schule und Gesundheit zur Folge haben – die Disziplin der Musiktherapie bezöge sinnfällig auf dem Fuße einen Schnittfeldplatz, wie so oft als versierte Brückenschlägerin im Dazwischen: Zwischen den beiden noch wenig vertrauten Bereichen Erziehung und Heilung, zwischen Schule und Gesundheitswesen ebenso wie zwischen den in Schulen Tätigen und Lernenden wie zwischen den familiär Belasteten und der im RAP anklingenden sozialen Isolation.

### **Erziehung versus Heilung?**

Schulen haben laut Verfassung des Landes NRW primär einen erzieherischen Auftrag: Ehrfurcht vor Gott, Achtung vor der Würde des Menschen und Bereitschaft zu sozialem Handeln zu wecken, wird als vorrangiges Ziel der Erziehung (Artikel 7 der Verfassung für das Land NRW) beschrieben. Lange Zeit stand dabei, vor allem an weiterführenden Schulen, Selektion und besondere Qualifizierung im Vordergrund.

Während man sich in Schulen, verkürzt ausgedrückt, vor allem „Bildung“ als Ziel auf die Fahne geschrieben hat, steht bei der im Gesundheitswesen verorteten Therapie „Heilung“ im Fokus. Schaut man isoliert auf diese Zielsetzungen, so haben diese Bereiche augenscheinlich tatsächlich wenig miteinander zu tun. Schule wäre in dieser reduzierten Sichtweise als definierte Bildungsinstitution nicht als Ort des Gesundheitswesens anzusehen, ginge es doch demzufolge hier nicht um Heilung. Warum sollte, so schließt man folglich in dieser Denkweise, ein überfrachtetes Gesundheitssystem, in dem zunehmend Kostendämpfung eine Rolle spielt, sich den Ort Schule „aufhalsen“. Zugleich gilt es, medizinische Hoheitsgebiete, insbesondere auf therapeutischem Gebiet, wehrhaft zu verteidigen. Die Institution Schule zeigt immer deutlichere und dringend ernst zunehmende Zeichen eines Krisenpatienten: Immer mehr auffällige Schüler, immer mehr erschöpfte Lehrer, immer mehr entnervte Eltern und vor allem: Schlechte Leistungsergebnisse in nationalen und internationalen Schulleistungsuntersuchungen. Erst allmählich rückt die individuelle Förderung in den Fokus: Wo Pädagogik bestimmten Situationen und Schülern gegenüber ohnmächtig zu sein scheint, entsteht Nähe zu einer als Retterin erhofften, die Unterrichtssituation entlastenden wie auch immer gearbeteten Therapie. Lehrer allgemeinbildender Schulen befinden sich im Umgang mit



schwierigen Schülern oftmals in einer Position zwischen den Systemen Medizin und Sonderpädagogik wieder (Hänsel & Schwager 2000).

Bislang lassen sich in der Finanzierung drei gesetzliche Regelungen unterscheiden, die Gesundheitsgesetze, das Kinder- und Jugendhilfegesetz und die Schulgesetze. Die Zugangskriterien zu den Zuständigkeiten dieser Gesetze sind unterschiedlich. Um eine Förderung zu erhalten, muss der Schüler bislang in eine dieser Kategorien einzuordnen sein (Hänsel & Schwager 2000):

- Chronische Krankheit/Entwicklungsstörung, Bedrohung durch eine Behinderung
- Gefährdete Erziehung
- Nicht hinreichende Förderung in der allgemeinen Schule

In der Regel gehen diese Kategorien jedoch fließend ineinander über. Insbesondere die Umsetzung der Uno-Konvention zur Inklusion überrollt nun allgemeinbildende Schulen und lässt eine Neuorientierung der gängigen Professionen und Zuständigkeiten notwendig erscheinen.

In der medizinischen Sichtweise beschäftigt man sich mit Schülern vor allem außerhalb von Schule, wenn sie denn erkrankt sind (innerschulisch nur etwa in groß angelegten Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen etc. angezeigt)– kranke Schüler werden in der traditionellen Schule selektiert und in spezielle Einrichtungen (Krankenschule, Schule in der Psychiatrie, Schule für sozial-emotionalen Förderbedarf) ausgegliedert. Therapeuten und Ärzte haben demnach nichts mit Schule zu tun, Lehrer nichts mit der Heilung von Krankheiten. Diese klassische Unterscheidung der Bereiche ist vertraut, liefert aber kaum noch passende Antworten auf die Situation der Neuzeit. Hier treffen Lehrer alltäglich auf Schüler, denen sie nicht mit den klassischen Lehrmethoden beikommen können. So ist die Klage der Lehrerschaft lang: Schüler verweigern, reden nicht, schwänzen, sind gelangweilt, stören, sabotieren, sind nicht aufnahmebereit für das so wertvolle Wissen, behindern im Gegenteil sogar die Lernprozesse der anderen. Auf der anderen Seite sieht sich das medizinische System überspült mit einer Unmenge an diagnostisch auffälligen Schülern, die längst nicht ausreichend medizinisch versorgt werden können. Eine Kostenlawine, die zudem erst anrollt, wenn das Kind schon in den Brunnen gefallen ist, spricht medizinisch und klinisch relevante Diagnosen manifest geworden sind.

## Familie macht Schule – eine systemische Perspektive

### *Fallvignette 1*

*Frau B., 62 Jahre alt, Tochter einer Alkoholikerin, die von ihrer Geburt an chronifiziert abhängig war, erzählt begeistert, dass sie vor 4 Jahren begonnen habe, das Abitur nachzumachen: „Ich bin völlig überrascht, wie leicht mir das fällt, denn ich war früher eine sehr schlechte Schülerin. Ich konnte mich überhaupt nicht konzentrieren und habe*

*mich folglich für sehr dumm gehalten. Dafür habe ich mich ein Leben lang geschämt. Erst heute ist mir klar, dass der ganze Palaver zu Hause mich derart beschäftigt hat, dass ich mich weg geträumt habe in eine schönere Welt, wo Kinder versorgt und geliebt wurden – das habe ich auch in den Unterrichtsstunden gemacht, konnte das nicht mehr abschalten. Meine Freunde waren Feen und Puppen, andere Kinder einzuladen nach Hause wäre angesichts der Situation meiner Mutter undenkbar gewesen. Da ich meist die Antworten auf Fragen des Lehrers nicht wusste, lachten die anderen Kinder mich aus, einige ärgerten mich damit, dass ich dumm sei. So traute ich mich dann auch nichts mehr zu äußern, wenn ich es eigentlich richtig wusste. Wie sollte ich bei dem Chaos zu Hause noch wissen, was richtig und falsch ist, wonach der Lehrer fragt, wo ich mit ganz anderen Dingen den Kopf voll hatte. Mit all meinen Problemen allein gelassen, hatte ich nur eine Erklärung: Ich muss stockdumm sein! Das war dann wie eine Abwärts-spirale. Ich habe mich nichts getraut und war damit beschäftigt, dass die anderen nicht bemerken sollen, wie dumm ich bin. Ich habe im Rahmen meiner Nachqualifizierung sogar einen Intelligenztest gemacht: Ich konnte es kaum fassen, ich liege mit meinen Werten an der Grenze zur Hochbegabung!“ (Frau B., 62 Jahre)*  
(Praxisdokumentation)

Der im Fallbeispiel anklingenden Verknüpfung von Lernfähigkeit und familiärer Situation wird im schulischen Sektor noch wenig Rechnung getragen. Die Perspektive auf die Familie als für den Einzelnen bedeutsames System wurde vorrangig durch die systemische Therapie in den Fokus gebracht. Familiäre Interaktionsmuster wurden, etwa in ihrer Dependenz und Kausalität zu psychosomatischen Erkrankungen (Minuchin, Rosman & Baker 1978) interpretiert. Familien wurden als sich selbsterhaltende Systeme untersucht und Möglichkeiten der Veränderung dieser Strukturen beschrieben. Zunehmend rückten aus systemischer Perspektive Familienregeln in den Blickpunkt, die das aktuelle Verhalten jedes Einzelnen als Realisierung der zugrunde liegenden Familienmuster verstehen. In epistemologischen Untersuchungen entdeckte man in bestimmten Familien Familiengeheimnisse und Familienmythen als maßgeblich in ihren Auswirkungen auf die Musterbildung der Einzelperson sowie die Interaktionsmuster im System. Permanent sind Kinder demnach damit beschäftigt, eine Balance zwischen dem individuellen Wachsen und Entwickeln und dem Wunsch nach Zugehörigkeit zu finden. Dies rückte den Begriff der Homöostase, (beschreibt die Konstanterhaltung bestimmter physiologischer Größen unter wechselnden Umweltbedingungen), in das Zentrum der Betrachtung von Systemen.

Die Familientherapeutin Satir (1993) beschreibt insbesondere dysfunktionale Familien und ihre Formen der gestörten Kommunikation. Systemisch fokussiert wurde später auch familiäre Belastung durch das Phänomen der Triangulation. „In der Triangulation sucht jeder Elternteil die Unterstützung des Kindes gegen den anderen Elternteil, wodurch Allianzen und starre Bindungen in Koalitionen entstehen“ (Minuchin, Rosman & Baker 1978, 46f.). Insbesondere der Aspekt der familiären „Verstrickung“ wurde als sehr problematisch für die Entwicklung von Kindern angesehen. „Aber in der verstrickten Familie geht das Individuum gewissermaßen

im System verloren. Seine individuelle Autonomie ist so schwach definiert, dass ihm ein Funktionieren auf individuelle und eigene Weise so gut wie unmöglich gemacht ist“ (Minuchin, Rosman & Baker 1978, 43f.). Schul- und Lernschwierigkeiten scheinen dringend eine Untersuchung im Kontext familiärer Probleme zu erfordern.

## Die psychosozial hochbelastete Familie

Schüler aus psychosozial hochbelasteten Familie rücken im dritten Jahrtausend verstärkt in den gesamtgesellschaftlichen Fokus – ihre Situation ist schulisch in vielfältiger Weise bedeutsam. Als familiäre Belastungen werden beschrieben:

- Auflösung der traditionellen Form,
- materielle Probleme,
- beengte Wohnverhältnisse,
- häufiger Wohnortwechsel,
- soziale Isolation,
- häusliche Gewalt,
- hochproblematische Bindungs- und Interaktionsmuster
- Sucht

(Hurrelmann 1991, 2007; Rotthaus 1998)

Als Ursache werden die Zunahme alternativer Lebensformen und ein soziokultureller Wandel, Pluralisierung, Individualisierung (etwa Zunahme der Ein-Eltern-Haushalte), Globalisierung, Komplexitätssteigerung, multikulturelle Entwicklungstendenzen, virtuelle Dauerpräsenz neuer Medien, Verlust der Körperlichkeit, erhöhte Bildungsanforderungen und unzureichende Stressbewältigungsmuster etc. beschrieben. Sie stellen besondere Belastungen und Herausforderungen für Familiensysteme, und damit auch für die Schüler- und Lehrerschaft dar (Lammel 2007). Niedrigschwellige Hilfen sind zum Teil nicht spezifisch auf diese Klientel zugeschnitten und als Solitärmaßnahmen nicht hinreichend (Cierpka 2009). Familiäre Verleugnungsstrukturen und Tabuisierungstendenzen, wie sie insbesondere in Suchtfamilien oder Familien mit psychisch erkrankten Elternteilen auftreten (Lenz 2005), erschweren helfende Zugänge: Schüler aus diesen Familien werden in der Regel schlicht übersehen. Es ist eine Zunahme elterlicher Suchtstörungen zu verzeichnen. Bei ihren Kindern ist von Hochrisikogruppen für eigene psychische Erkrankungen auszugehen (Klein 2005; Trost 2003). Kinder aus sozial belasteten Familien schneiden in den Studien häufig besonders schlecht ab. Schülern aus Broken-Home-Situationen droht langfristig und ohne frühzeitige Hilfestellungen „Extremexklusion“ (Luhmann 1995).

Während die Idee der spezifischen Hochrisikogruppe in der klinisch-psychologischen Forschung und psychiatrischen Forschung fest verankert ist, wurde diese

lange, insbesondere durch einhergehende Stigmatisierungs- und Labelingdiskussionen, in der deutschen psychosozialen Szene kaum zur Kenntnis genommen (Michaelis & Petzold 2010) – diese Erkenntnis hat ebenso in die Lernräume der Schulen noch wenig Einzug gehalten. Und längst ist diese Problematik nicht mehr eine auf bestimmte Schulformen mit niedrigem Bildungsabschluss zu beschränkende.

„Suchtstörungen sind in unseren heutigen Gesellschaften allgegenwärtig. Sie sind nicht nur am Rande der Gesellschaft, etwa bei Drogenabhängigen, Wohnungslosen und Strafgefangenen, zu finden, sondern auch und vor allem bei allen Mitgliedern der Mittel- und Oberschicht“ (Klein 2007, 2).

### **Ein Beispiel: Schüler aus alkoholbelasteten Familien**

Stellvertretend für psychosozial hochbelastete Familiensysteme soll an dieser Stelle die Situation von Schülern aus alkoholbelasteten Familien beschrieben werden. Nach der Definition der WHO sind Alkoholiker „(...) exzessive Trinker, deren Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht hat, dass sie deutliche geistige Störungen oder Konflikte in ihrer körperlichen und geistigen Gesundheit, ihren mitmenschlichen Beziehungen, ihren sozialen und wirtschaftlichen Funktionen aufweisen; oder sie zeigen Prodrome einer solchen Entwicklung, daher brauchen sie Behandlung“ (Tölle 1996, 144). Als Schüler aus alkoholbelasteten Familien sollen somit diejenigen gelten, die über einen längeren Zeitraum den Folgen des Suchtmittelgebrauchs eines oder beider Elternteile ausgesetzt sind oder waren.

### **Epidemiologie**

Es ist davon auszugehen, dass in jeder Schulklasse mehrere alkoholbelastete Schüler vertreten sind. Epidemiologische Kennzahlen sowie Untersuchungen zu den Folgen der Kindheit in einer alkoholbelasteten Familie verdeutlichen die praktische sowie wissenschaftliche Relevanz der Thematik:

- 2.650.000 Kinder bis 18 Jahre und
- 1.300.000 Partner (ca. 75% Frauen) sind von elterlicher Alkoholbelastung betroffen (Klein 2005).
- Die Prävalenzrate der Alkoholembryopathie liegt bei 1–3 Fällen pro 1000 Lebendgeburten (Klein 2005).
- Bei 10000 Fällen pro Jahr ist von Alkoholeffekten auszugehen (Eustace, Kang & Coombs 2003; Löser 1995).
- In Deutschland werden jährlich etwa 2.200 Neugeborene mit Alkoholembryopathie geboren (Zobel 2006).

## Hauptsymptome

Kinder aus alkoholbelasteten Familien schneiden im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern aus Familien ohne Alkoholbelastung in vielen Bereichen schlechter ab: In einer von Klein und Zobel im Jahr 1999 durchgeführten quantitativen Untersuchungsstudie wurde deutlich, dass Erwachsene ihre alkoholbelastete Kindheit retrospektiv im Vergleich zu Erwachsenen ohne alkoholbelastete Kindheit deutlich aversiver einschätzten. Zudem zeigen Kinder alkoholbelasteter Eltern im Vergleich:

- schlechtere Leistungen in Intelligenztests
- schlechtere Schulleistungen und Schulprobleme
- vermehrt Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen
- häufiger Störungen des Sozialverhaltens
- mehr Ängste und depressive Symptome
- vermehrtes Ausgesetzt-Sein sexuellen Missbrauchs
- verstärkte Neigungen zu somatischen und psycho-somatischen Störungen (Zobel, 2006)

Insbesondere das Faktum der Transmission (Weitergabe der Alkoholabhängigkeit von Eltern an Kinder und Kindeskindern), plakativ verkürzt im historischen Ausspruch „Trinker zeugen Trinker!“ (Klein 2005; Zobel 2006) muss bedenklich stimmen, bedeutet sie doch in der logischen Fortsetzung einer ungunstigen Entwicklung durch die Generationen eine schier endlos erscheinende Kette von sich potenzierenden Problemfällen bei Kindern und Kindeskindern.

## Familiendynamik

Unausgesprochene, die Familie bestimmende Regeln wirken auf den Alltag der Kinder aus alkoholbelasteten Familien ein (Wegscheider 1988):

- Zentrierung auf Alkohol als zentrale Wahrnehmungsrichtung.
- Verleugnung von Alkoholismus als Problemhintergrund.
- Willkürlich erscheinende rigide Schulddelegationen.
- Fixiertes Festhalten an familiären Strukturen.
- Familiäre Verstrickungsmuster zum Erhalt der Verleugnungskultur.
- Starke Tabuisierungstendenzen.
- Generelle Tendenz zur Affektvermeidung.

In Studien an betroffenen Erwachsenen zeigten sich diese Familiensysteme oftmals als Festungen, die, Burgbewohnern gleich, hinter dicken Mauern leben, und nur selten Außenstehenden ihre Pforten öffnen (Barnowski-Geiser 2011).

Gerade in frühen Stadien findet eher eine Bagatellisierung der Erkrankung statt. Alkoholabhängige nehmen kaum professionelle Hilfe an. 71% der Alkoholabhängigen suchen niemals Hilfe auf, 14,5% haben geringfügige Kontakte (bis zu fünf Gesprächen mit einem Hausarzt) und nur 14,5% der Alkoholabhängigen nimmt darüber hinaus gehende Behandlung in Anspruch (Rumpf, Bischof, Hapke et al. 2005). Typisch für alkoholbelastete Familien ist ein spezifisches Familienklima. Die Atmosphäre, in der Kinder in alkoholbelasteten Familien aufwachsen, ist von Ambivalenz, Stress, Disharmonie, Instabilität und unberechenbaren Stimmungswechseln geprägt (Zobel 2006; Rennert 2005). „Die integrative Therapie stuft dysfunktionale, belastende ‚Familienatmosphären‘ als potentiell höchst pathogen ein (Masten et al., 2010, dieser Band), weil ‚Atmosphären ergreifende Gefühlmächte‘ (Schmitz 1989) sind, die den Leib in negativer Weise ‚einstimmen‘, negative Physiologien (Disstress) evozieren und so krankheitsauslösend wirken“ (Michaelis & Petzold, 2010, S. 274).

### Fallvignette 2

*„Ich weiß nicht, ob Sie sich so etwas vorstellen können, ich hatte sozusagen keine Kindheit. Bis ich drei Jahre alt war, ging es, aber dann fing mein Vater an, Alkohol zu trinken. Ab da war jeden Tag Hölle und Krieg! Immer wieder hat er meine Mutter vor meinen Augen verprügelt. Völlig betrunken zerrte er mich und meine Geschwister mitten in der Nacht, ohne jede Vorwarnung, aus dem Bett, stellte sich vor uns auf, um uns zu bestrafen und verprügelte uns wahllos für Dinge, die ihm gerade in den Kopf kamen. Mitten in der Nacht. Wenn dann das Strafgericht und die Schläge gerade zu Ende schienen, öffnete sich die Tür erneut, alles begann genauso wie vorher und lief erneut ab, manchmal bis in die Morgenstunden. Mein Vater, wahrscheinlich im Filmriss, erinnerte sich an nichts.‘ Severines Familie war über Jahre wiederholten unberechenbaren Gewalttaten ausgeliefert. Fluchtversuche der Mutter scheitern, Frauenhausaufnahme, dann wieder Zusammenkommen der Eltern: ‚Und wieder ging alles von vorne los. Als meine Mutter uns verlassen wollte, besorgte mein Vater eine Waffe, um zu verdeutlichen, was mit uns Kindern im Falle der Flucht meiner Mutter passieren werde. Ich hatte große Angst. Seit ich sechs bin, habe ich meinen Vater gebissen und getreten, habe mich gewehrt und gesagt, was er meiner Mutter antut, versucht zu sagen, was in der Familie abläuft. Es hat nichts genützt, ich bekam dadurch sogar mehr Schläge. Dann, als ich neun war, hatte mein Vater eine andere Frau. Da wollte meine Mutter sich umbringen, immer wieder. Ich konnte Tag und Nacht an nichts anderes mehr denken, ich war immer in Angst um sie, hatte aber auch Angst, dass mein Vater plötzlich wieder betrunken aufläuft und uns allen etwas antut.‘... Severine sinnt ein wenig: ‚Ich hatte, glaube ich, so etwas wie einen Schutzengel, der mir eine große Sicherheit gegeben hat. Überhaupt fand ich einen Halt in meinem Glauben. Und meine Freundin! Die ist immer für mich da.‘ Zum ersten Mal geht ein Strahlen über Severines Gesicht: ‚Ich schreibe Lieder!‘“ (Severin, 14 Jahre)  
(Barnowski-Geiser 2009, 88f.)*

## Prä- und postnatale Belastung

Unterschätzt in ihren Spät- und Nachwirkungen auf die Schulzeit scheint bislang die Bedeutung der Prä- und Postnatalen Zeit, hier insbesondere die Auswirkungen der Mutter-Kind-Beziehung bei abhängig erkrankten Müttern (Trost 2003; Papousek & Papousek 1999). Es ist davon auszugehen, dass elterliche Feinfühligkeit, im interaktiven Bindungsgeschehen mit dem Säugling zentral für weitere Entwicklung einzustufen, gerade bei suchterkrankten Eltern in nicht ausreichendem Maße gegeben ist. Im günstigen Fall entwickelt sich zwischen Mutter und Kind kommunikative Zwischenleiblichkeit, zwischenleibliche Resonanz und Interaffektivität (Fuchs 2008). Im anderen Fall ist davon auszugehen, dass frühzeitig ungünstige neuronale Bahnungsprozesse verschaltet werden (Spitzer 2002; Hüther 1999). Durch häufig mit der elterlichen Suchterkrankung einhergehende Regulationsstörungen bei Suchtbabies, die vermehrt schreien sowie Schlaf- und Fütterungsstörungen zeigen, ist das Interaktionsklima zwischen Babies und Eltern zusätzlich belastet. Mangel an spielerischen Elementen, Ignorieren oder zögerndes Beantworten von kindlichen Signalen bestimmen den Interaktionsprozess (Trost 2003). Alkoholeffekte als auch Familieneffekte scheinen eine Vernachlässigung basaler kindlicher Bedürfnisse zu bedingen (Zobel 2006). Die Auswirkungen zeigen sich evidenterweise später in der Art und Weise, wie diese Schüler überhaupt in Beziehung treten können, insbesondere aber auch mit Erwachsenen, also ihren Lehrern. Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung wirkt erschwert, da oftmals grundlegende Beziehungskompetenzen fehlen, zugleich das elterliche Tabuisieren der Erkrankung den Kontakt zu Lehrern und anderen im Außen erschwert. In Untersuchungen zur transgenerationalen Transmission (Weitergabe von einer Generation zur anderen) zeigte sich ein deutlich erhöhtes Risiko für Kinder alkoholabhängiger Eltern für eine eigene Suchterkrankung (Zobel 2006). Es ist von einer sechs- bis achtfach erhöhten Auftrittswahrscheinlichkeit gegenüber nicht Belasteten auszugehen. Allerdings ist auch festzustellen, dass etwa 70% der derart Belasteten kein eigenes Suchtproblem entwickeln (Michaelis & Petzold 2010). Zugleich scheint der Blick auf Weitergabe von Suchtstörung allein zu eng, Persönlichkeitsfaktoren, wie etwa die Entwicklung von Selbstbewusstsein und affektive Disposition. Es mangelt weiterhin an Longitudinalstudien (Michaelis & Petzold 2010). Maßgeblich eingearbeitet wurde inzwischen das Konzept der Salutogenese (Antonovsky 1997).

„Werden die familiären Erlebnisse und Erfahrungen vom Kind primär als Herausforderung (challenge) wahrgenommen, widerstehen die Kinder den krank machenden Einflüssen der Familienumgebung und zeigen in ihrer weiteren Entwicklung Stärken und Resilienzen. Wenn die Familienumgebung allerdings in erster Linie als schädigend wahrgenommen wird, liegt dagegen die Entwicklung von Störungen nahe“ (Zobel, 2006, S. 55).

## Zwischen Risiko und Chance: Die salutogenetische Perspektive

Während ein Teil der betroffenen Kinder als vulnerabel gelten muss und Störungen davon trägt, scheinen andere Kinder die Belastungen unbeschadeter zu überstehen (Zobel 2007; Klein), insbesondere dann, wenn sie die familiäre Belastung als Herausforderung, die zu bewältigen schien, begreifen konnten. Studien zur Transmission von Alkoholismus liegen in folgenden Bereichen vor:

- Alkoholkonsum von Kindern und Erwachsenen aus alkoholbelasteten Familien und ihren in familiären Netzwerken
- Zwillingsstudien zur genetischen Disposition
- genderspezifische Unterschiede
- physiologische Reaktionsbereitschaft
- die Rolle der familiären Umwelt in Bezug auf die Transmission (Zobel, 2006)
- Familien-Prozess-Studien über die Lebensspanne (Wright & Heppner 1993)

Als Einflussfaktoren wurden ermittelt (Lenz 2005; Zobel 2006):

### *Risikofaktoren:*

- Co-Morbidität
- Co-Abhängigkeit
- Familiäre Grenzstörungen
- Inkonsistentes Erziehungsverhalten
- Vernachlässigung
- Gewalt
- Parentifizierung

### *Schutzfaktoren:*

- Familiäre Schutzfaktoren
- Personale Schutzfaktoren
- Soziale Schutzfaktoren
- Art und Weise des Umgangs mit den Belastungen (Coping)/Passung
- Verfügbarkeit und Mobilisierung von Bewältigungsressourcen

Wolin und Wolin (1996) entwickelten als erste ein Challenge-Modell. Die subjektive Wahrnehmung und Bewertung durch die betroffenen Kinder wurde hier als entscheidender Faktor für ihre weitere Entwicklung angesehen. Wolin und Wolin (1996) beschreiben sieben hilfreiche kindbezogene Resilienzen:

1. Einsicht
2. Unabhängigkeit
3. Bindungsfähigkeit
4. Initiative
5. Kreativität
6. Entwicklung von Humor
7. Aufbau von Moral



In Studien an erwachsenen Betroffenen konnten erstmals besondere Stärken Betroffener ermittelt werden, hier u.a. Belastbarkeit, Durchhaltevermögen, Loyalität, Soziale Kompetenz, Feingefühligkeit und Organisationstalent (Barnowski-Geiser 2011).

## Musiktherapie und Schüler aus alkoholbelasteten Familien

### *Fallvignette 3*

*„Raffaela bringt eine CD mit in die Therapiestunde, die ihre Lieblingsmusik sei. Sie höre immerzu das eine Stück und Mama würde sich darüber total aufregen, verlangen, dass sie die Musik ausstelle. Raffaela möchte mir das Stück vorspielen. ‚Wo bist du, Mama!‘, singt die Sängerin melancholisch und wiederholt im Refrain. Raffaela lebt von ihrer abhängigen Mutter getrennt und wartet sehnsüchtig, wieder mit ihr leben zu können. Dass die Musik eben diese Sehnsucht enthielt, war ihr noch wenig bewusst. Erst im Gespräch wird ihr deutlich, warum ihre Mutter diese Musik so wütend macht: Auf der CD wird zur Sprache gebracht, was für Mutter und Tochter ein großes Leid darstellt – die Mutter kann durch ihre Sucht Raffaelas Sehnsucht nach mütterlicher Zuwendung noch nicht erfüllen, möchte dies aber nicht sehen oder besprechen. In der Musik und den gesungenen Worten findet Raffaela den Anklang für ihre Sehnsüchte, der ihr in ihrer Familie verwehrt bleibt.“ (Raffaela, 13 Jahre)*

(Barnowski-Geiser 2009, 212)

Während für viele betroffene Jugendliche Musik ein selbstverständliches und unmittelbares Ausdrucksmedium für ihre persönliche Befindlichkeit zu sein scheint, stoßen wir im Forschungsfeld Musiktherapie und belastete Jugendliche auf eine Forschungslücke (Barnowski-Geiser 2009). Lediglich Kapteina (2004) beschreibt praxeologische Erfahrungen im Einsatz von rezeptiver und intermedialer Arbeit. Auf die Möglichkeit, durch Musik an frühe Kindheitserfahrungen anzuknüpfen, verweisen Decker-Voigt und Dunkelziffer e.V. (2005), in ihrer Arbeit mit missbrauchten Kindern. „Und diese Zeit stellt für die meisten von uns die Basisressource für das weitere Leben dar“ (Decker-Voigt & Dunkelziffer e.V. 2005, 23). Sie beschreiben, wie durch musiktherapeutische eine Annäherung an schwierige und traumatische Zeiten erfolgen kann „(...) und dies in einer ressourcenträchtigen Frühsprache – dies dürfte das nun weiter verstehbare ‚Phänomen Musiktherapie‘ ausmachen“ (Decker-Voigt & Dunkelziffer e.V. 2005, 24). Musiktherapie bietet die Chance der Problemaufdeckung und der gleichzeitigen Ressourcenfindung (Decker-Voigt & Dunkelziffer e.V. 2005).

In dieser Arbeit mit missbrauchten Kindern in einem Hamburger Forschungsprojekt zeigte sich die besondere Eignung von Musiktherapie hinsichtlich:

- Der Absenkung und Überwindung von Schwellenangst, der Begegnung mit einer Therapeut/in, die als ein Repräsentant derjenigen Erwachsenenwelt wahrgenommen wird, aus der die Traumatisierung oder Belastung erwuchs.

- Der Möglichkeit, Annäherung an tabuisierte Themen herzustellen, Unausprechliches erklingen zu lassen. „Eine Annäherung, die eingebettet ist in die therapeutische Beziehung zur Therapeutin und die mit dem Medium improvisierter Musik eine zunächst verschlüsselte Symbolsprache ausdrücken lässt, was bisher unaussprechbar war, weil schon die Annäherung abgewehrt werden musste“ (Decker-Voigt & Dunkelziffer e.V. 2005, 17).

Funktionen von Musik in der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in ihrer therapeutischen Indikation beschrieben Frohne-Hagemann & Pless-Adamczyk (Frohne-Hagemann & Pless-Adamczyk 2004). Nawe beschäftigt sich mit dem Belastungsfaktor der Triangulation in der Musiktherapie mit Trennungskindern (Nawe 2010).

### **Forschungsstudie zur Musiktherapie bei Alkoholbelastung: „Hören, was niemand sieht“**

In dieser Forschungsstudie handelt es sich um am Einzelfall orientierte theoretische Praxeologie (durchgeführt von 1999–2009), durch die allgemeine Rückschlüsse auf das Erleben und die Therapie von alkoholbelasteten Kindern möglich werden sollten (Barnowski-Geiser 2009). Hierbei wurde das Erleben alkoholbelasteter Kinder, Jugendlicher und erwachsener Kinder in den Mittelpunkt von Befragungen und Beobachtungen gestellt. Die qualitative Auswertung erfolgte durch leibtherapeutische Modelle und Beschreibungskriterien (Fuchs 2000; Petzold 2004; Baer & Frick-Baer 2004). Grundlage der Betrachtung bildeten leibphänomenologische, leibphilosophische, leibtherapeutische sowie musiksozialtherapeutische (Lenz 1995) Perspektiven.

### **Fragestellung und Ziele**

Folgende Fragestellungen wurden unter anderem in der Forschungsstudie verfolgt:

- Welche Besonderheiten im Erleben zeigen Kinder aus alkoholbelasteten Familien?
- Welche Faktoren (Methoden und Verfahren) lassen Veränderungen im Erleben möglich werden?
- Welche Funktionen kann Musik und Musiktherapie für diese Zielgruppe übernehmen?

## Methodik

Die Stichprobe umfasste 10 betroffene Kinder (weiblich: 7) mit einem Altersdurchschnitt von 12,5 Jahren und 10 betroffene Erwachsene (weiblich: 8) mit einem Altersdurchschnitt von 39,7 Jahren.

Die Auswertung erfolgte anhand einer differenzierten Auswertung dokumentierter Sitzungsprotokolle nach leibtherapeutisch-diagnostischen Kriterien. Weiterhin wurden die in den durchgeführten Interviews benannten Helfefaktoren kategorisiert.

In allen Feldern des Erlebens zeigten sich anhand der Forschungsergebnisse massive Auswirkungen der Alkoholbelastungen bei betroffenen Erwachsenen und Kindern:

- Chronische (verborgene) Hoherregung
- Affektive Beeinträchtigungen (Zentral in den Bereichen: Scham, Schuld, Angst, Leere & Ohnmacht)
- Beziehungsfixierung und Vermeidung
- Verlust von Bewertungsfähigkeit

## Exkurs 1: Beziehungsfixierung und Selbstverlust im Anderen

In Anlehnung an die Ökologische Psychologie wurde ein Modell der Bedeutungsräume entwickelt, das sozial interaktive Aspekte fokussiert. Im vorliegenden Modell wurde das interaktive Geschehen zwischen Kind und Süchtigem im Sinne einer Zwischenleiblichkeit aufgefasst.

Kinder, die über Jahrzehnte die Erfahrung machen, mit dem alkoholkranken Elternteil nicht in Kontakt zu kommen, „leer“ auszugehen, nicht gesehen und gehört zu werden, andererseits in unberechenbarer Weise und zu unbestimmten Zeitpunkten mit grenzüberschreitendem Kontakt überschüttet zu werden, beginnen den Alkoholkranken zu umkreisen, nicht zuletzt um zu kontrollieren, wann Bedrohliches zu erwarten ist. Der nicht gelungene Kontaktvollzug, die fehlende Begegnung, kann maßgeblich das Kontaktverhalten Betroffener bestimmen, bestimmt die Möglichkeit, sich aus Kontakt zu lösen und wieder zurückzuziehen – für viele Betroffene hat dieser Mangel an gelungenem Kontakt eine Fixierung auf den Alkoholkranken zur Folge. Sie kreisen um ihn, sie sind in ihrer gesamten Ausrichtung auf den Alkoholkranken zentriert, in einem Ausmaß, das als erstarrte Beziehungsfixierung benannt werden kann. Dies wird anhand folgenden Modells deutlich:

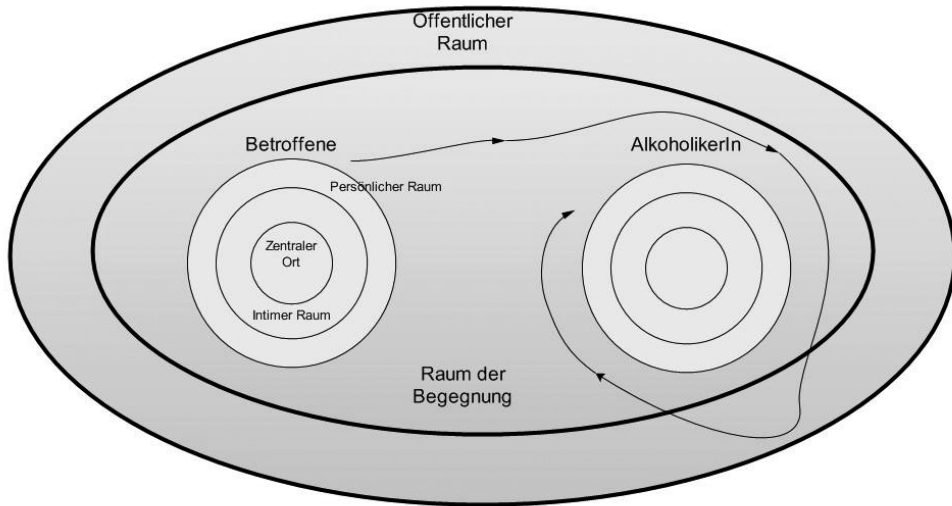


Abbildung 1: Modell der erstarrten Beziehungsfixierung  
(Barnowski-Geiser 2009, 130)

Betroffene erleben einen Selbstverlust, ihre Intimität, das Bewusstsein, wo ihr persönlicher und zentraler Raum aufhört und der des Alkoholkranken beginnt, verschwimmt. Sie verschwinden gleichsam im Alkoholkranken – sie können nur noch schwerlich unterscheiden zwischen Ich und Du. Dies wird anhand folgenden Modells dargestellt:

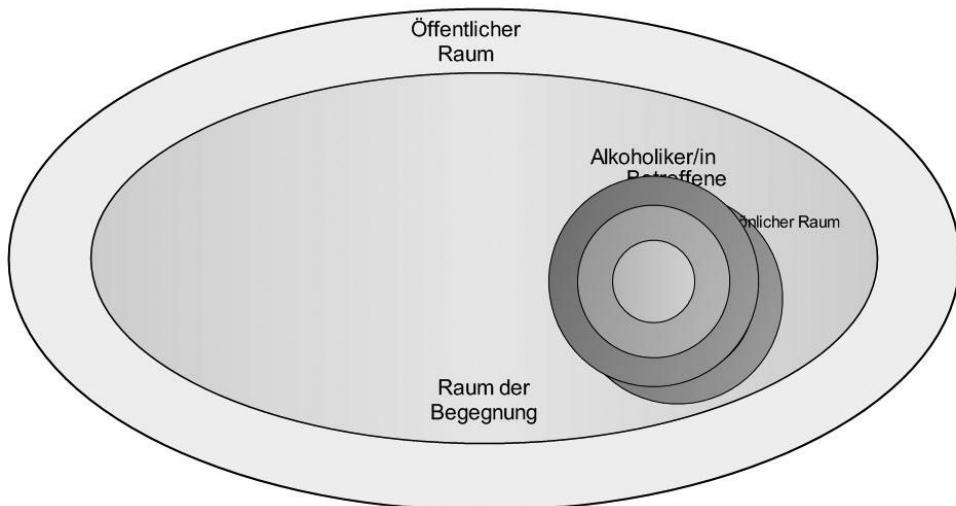


Abbildung 2:  
Modell des Selbstverlustes im Anderen (Barnowski-Geiser 2009, 131)

Besonders schwierig gestaltet sich das Entdecken betroffener Kinder, deren Eltern die Krankheit tabuisieren, Hilfe für sich ablehnen. Es ergibt sich die schizophrene anmutende Tatsache, dass Kinder behandelt werden sollen an Folgen einer elterlichen Krankheit, an der diese ablehnen, überhaupt zu leiden. Häufig sind diese Kinder als „auffällig unauffällig“ einzustufen. Oft fallen sie mit ihren Symptomen in andere Diagnoseraster, wie etwa das des ADHS und werfen unerkannte differentialdiagnostische Probleme auf. Traditionelle Diagnosesysteme reichten zur Erfassung und entsprechenden Behandlung in der Regel nicht aus. In der Untersuchung wurde diagnostisch das Kryptoanalytische Dechiffrieren angewendet, das insbesondere die Aufmerksamkeit auf scheinbar widersprüchliche Aspekte in der Wahrnehmung lenkt und die Symptomatik Betroffener im Sinne einer Geheimsprache auffasst.

## Exkurs 2: Zur Funktion der Musik

Musik wurde in unterschiedlichen Funktionen positiv erlebt. Bei bestehender familiärer Tabuisierung der Problemlage wurde der Einsatz von aktiver Musik jedoch z. Teil bedrohlich erlebt.

Rezeptive Musiktherapie in Kombination mit imaginativen Verfahren erleichterte Zugänge zu verbal schwer Zugänglichem. Brückenschläge zwischen Musik und Malen, Musik und Bewegung, Musik und Poesie, Musik und Imagination erwiesen sich als öffnende Faktoren. Die schwierige Arbeit zwischen „Hilfe wollen und nicht reden dürfen“ erforderte neue Methoden, die zielgruppenspezifisch entwickelt wurden, etwa Musikreisen (rezeptiv als Soap-Fortsetzungsgeschichten/R.L.M.) sowie in Aktiver Musiktherapie (Raumschiff Galactika) und klientelspezifische intermediale Ansätze, etwa „Haus der Stimmungen“ u.a. (Barnowski-Geiser 2009).

## Therapeutische Intervention

Im Rahmen der Forschungsstudie konnten insgesamt sieben Faktoren, die von Betroffenen in der therapeutischen Arbeit als entlastend und heilsam beschrieben wurden, ermittelt werden:

- A – Achtsamkeit
- W – Würdigung
- O – Orientierung
- K – Klarheit
- A – Anklang
- D – Deckung und Deparenting
- O – Offenheit und Öffnung

Diese bilden die Grundlage für das KreTAS-Konzept, das nachfolgend in seiner praktischen Anwendung erläutert wird.

## Lernen am Drahtseil des Tabus

Aus den Ergebnissen der Arbeit mit Kindern aus alkoholbelasteten Familien lassen sich Rückschlüsse und Parallelen für die Arbeit mit Kindern aus suchtbelasteten Familien sowie Kinder psychisch erkrankter Eltern ziehen. Oftmals sind diese Problemlagen auch eng verknüpft mit Familien in Trennungssituationen.

Das Problem der familiären Belastung lässt sich nicht an der Klassentüre ablegen: Das Lernen auf kognitiver Ebene sowie die sozial-emotionale Entwicklung sind durch die familiäre Erfahrung geprägt. Insbesondere bei chronifizierter familiärer Belastung können sich weitgehende und nachhaltige Folgen ergeben: Körper, Seele und Geist sind massiv betroffen.

Das kindliche System ist fortwährend mit dem existenziellen „Überleben-Müssen“ beschäftigt – es mangelt in der Folge an Kapazitäten zur Aufnahme der Lehrinhalte. Zudem mangelt es betroffenen Kindern an der Fähigkeit zur Bewertung: Bei jedem Lernprozess muss entschieden werden, was wichtig und richtig bzw. unwichtig und falsch ist. Diese Fähigkeit kann jedoch im Zuge des Aufwachsens in einer belasteten Familie nur schwer ausgebildet werden. Kinder lernen, was ihnen wichtig ist! Aber was von den Lehrinhalten ist denn wirklich wichtig im Angesicht eines alltäglichen Überlebenskampfes? Zudem erleben Kinder belasteter Familien auch Zuhause alltägliche Werteverstärkungen: Was heute als richtig gilt, kann morgen schon wieder falsch sein. Dies erschwert zudem die Entwicklung einer angemessenen Bewertungskompetenz. Folglich entsteht eine Diskrepanz zwischen der Bewertung dessen, was zwar schulisch wichtig sein mag, und der Bewertung dessen, was dem belasteten Schüler wichtig ist. Ermittelte Lernschwierigkeiten scheinen somit hier weniger eine Frage von Intelligenz, sondern oftmals logische Konsequenz von familiären Wirrungen und Irrungen zu sein.

Auch ungute Bindungsrepräsentationen und negative emotionale Erfahrungen können, folgen wir Erkenntnissen der Neurowissenschaften, frühzeitig zu festgefahrenen Bahnungen im Kopf werden. In der Konsequenz drohen die familiären Bindungserfahrungen, da unbesprechbar und unaufgelöst, im schulischen Beziehungskontexten wiederholt zu werden: Der Lehrer erscheint im Sinne einer Übertragung etwa als „cholerisch“ oder „böse“. Das in der Familie übernommene Rollenstereotyp („Ich bin der Sündenbock“) sowie unaufgelöste dysfunktionale Kommunikations- und Interaktionsmuster drohen zudem im Klassensystem unreflektiert wiederholt zu werden: So können durchaus auch wohlmeinende Lehrer mit großem Misstrauen belegt werden und sich in ihrem Verhalten abgelehnt fühlen. Potentiell hilfreiche Bindungsangebote drohen für derart belastete Schüler ungenutzt zu verbleiben. Demnach können familiäre Beziehungserfahrungen negative Interaktionsketten im schulischen Kontext zur Folge haben und sich in der gesamten Schullaufbahn ungünstig manifestieren.

Schüler aus belasteten Familien erfahren, obwohl benötigt, kaum schulische Unterstützung:

Sie selbst sind oft in Ambivalenzen gefangen: Die familiäre Tabuisierung führt dazu, dass die Schüler sich ohnmächtig zwischen Sprechen und entdeckt werden Wollen bewegen und auf der anderen Seite, Hilfe aktiv annehmen und Sprechen über ihre familiäre Situation als Verrat an den Eltern definieren. Sie sind ihrer Hilflosigkeit gefangen.

Somit benötigen Schüler aus belasteten Familien weniger die bislang verbreiteten außerschulischen Angebote, in denen sie „einmal über ihr Zuhause sprechen können“. Sie benötigen vielmehr beziehungsstiftende und persönlichkeitsstärkende Angebote in der Schule, in denen ihr Selbstbewusstsein, Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit Unterstützung findet. Es scheint ungünstig, diese niedrigschwelligen Angebote an ein Etikett familiärer Belastung zu binden.

### **„Wir sind doch hier keine psychiatrische Anstalt!“ – Fallen in der Krisenbewältigung**

Das Dogma, Therapie habe in Schulen nichts zu suchen, hält sich erfolgreich. „Wir sind doch hier keine psychiatrische Anstalt!“, erregt sich die in der Überschrift zitierte Lehrerin, die erbost ein Gespräch über die Therapiebedürftigkeit eines Schülers ablehnt. Sie wolle unterrichten und Punkt!

Die Krise der Schüler wird jedoch in den Ort Schule getragen, an dem Lehrer und Mitschüler, ob sie wollen oder nicht, mit betroffenen sind. In einer Klasse mit mehreren Schülern, die besondere Belastungen tragen, wird es für Lehrer schwierig, sich schlicht dem Lernstoff zu widmen: Lehrer fühlen sich überlastet, versuchen sich über Bestrafungs- und Belohnungssysteme, meist erfolglos, zu helfen. „Wenn Schulkinder leiden, so leidet immer auch die Schule: Das eigene Lernpotenzial ausschöpfen, kann ein Kind nicht mehr, wenn es allzu sehr mit inneren Konflikten beschäftigt ist. Unbewusste Wirkmechanismen setzen da andere Prioritäten als sich curricular planen lässt ... Vormittags Rechnen lernen und nachmittags traurig sein, wäre vielleicht vernünftig, geht aber nicht. Existenzielle Konflikte haben immer Vorrang“ (Tüpker, Hippel & Laabs 2005, 9).

Schaut man die Krise der Schule unter therapeutischen Aspekten an, so ist diese als existenziell bedrohlich erlebte Erfahrung einzuordnen, die bei Menschen archaische Gefühle erzeugen kann, die wiederum existenziell bedrohlich erlebt werden. Um Krisen zu begegnen, werden in der Regel Krisenbewältigungsstrategien, sogenannte Copings, entwickelt. Dabei sind unter Pädagogen insbesondere zu beobachten (Barnowski-Geiser 2010):

- *Pauschalisierung*: Eigene Lösungen für eine Krise werden auf andere übertragen und generalisiert, mündend in Sätzen wie „alle Kinder brauchen ...!“
- *Vereinfachung und Ideologisierung*: Komplizierte Sachverhalte werden vereinfacht, Vielschichtigkeit übersehen und münden in Aussagen wie „Wir müssen jetzt nur!“ Ob das gesunde Frühstück, Ritalin, QiGong: Das, was diese Pädagogen für sich selbst als hilfreich in Krise empfunden haben, soll allen Schülern zum Seelenheil verhelfen.
- *Verleugnung*: Es wird so getan, als gäbe es die Krise nicht. Im Leugnen ihres Vorhandenseins lässt sich scheinbar ruhig und ohne Veränderungsnotwendigkeit weiter leben.
- *Aktionismusfalle*: Ohne genauer zu schauen, was tatsächlich nun notwendig wäre, werden zusammenhanglos Projektstage und Events aus dem Nichts konstruiert, um zu demonstrieren, dass man etwas tue. Wertvolle Energien verpuffen, weil in diesem Krisencoping die nicht auszuhaltende Hilflosigkeit in blindwütigen Aktionismus gewandelt wird, mündend in der Aussage „Wir brauchen schnelle Lösungen!“
- *Resignation*: Wie auf der einen Seite Menschen völlig unter Druck geraten und in wilden Aktionismus verfallen, so glauben andere gar nichts tun zu können, mündend in Aussagen wie „Ich kann da gar nichts machen, dafür bin ich nicht ausgebildet“.

### Auswege aus der Krise: Das KreTAS-Konzept

In der Gesamtschule Mülfort wird seit 1999 im Rahmen des KreTAS-Konzeptes ein spezifisches Angebot für Schüler aus belasteten Familien durchgeführt, hier als Gruppen- und Einzeltherapie. Grundlage der Arbeit bildeten die AWOKADO-Hilfefaktoren, die im Folgenden in ihrer musiktherapeutischen Anwendungsmöglichkeit erläutert werden:

#### A – Achtsamkeit

- Achtsamkeit als innere Haltung
- Achtsamkeit als Leibgewahrsein  
*Musiktherapeutischer Weg*: Klangentspannung und -trance, Musik im Hier und Jetzt

#### W – Würdigung

- Würdigung der persönlichen Belastungen
- Würdigung individueller Stärken  
*Musiktherapeutischer Weg*: Musik als Ressource, Spiegel, Katalysator erfahren



**O – Orientierung**

- Stärkung von Bewertungs- und Entscheidungsfähigkeit
- Stärkung von Intentionalität und Richtungserleben
- Das Finden eines eigenen Standpunktes  
*Musiktherapeutischer Weg:* Die innere Stimme finden

**K – Klarheit**

- Vom Greifen zum Begreifen
- Von der Diffusität zur Prägnanz (konstitutive Leibbewegungen)  
*Musiktherapeutischer Weg:* „Wo und wie will ich Musik machen?“/ „Wie klinge ich, wie die anderen in meiner Familie?“

**A – Anklang**

- Anklang durch das Medium Musik
- Anklang in der therapeutischen Beziehung (Resonanz Erfahrung)
- Erlebte Zugehörigkeit im dialogischen und Gruppenspiel
- Zugehörigkeit finden  
*Musiktherapeutischer Weg:* Musik als Resonanzquelle & Beziehungstifterin erfahren

**D – Deckung und Deparenting**

- Erlebter Schutzraum
- Möglichkeit zu „kindlichem“ Spiel  
*Musiktherapeutischer Weg:* Freie Improvisation

**O – Offenheit und Öffnung**

- Erfahren einer offenen wertungsfreien therapeutischen Haltung
- Möglichkeit zu Ausdruck durch kreative Medien  
*Musiktherapeutischer Weg:* Spiel abseits ästhetischer Bewertung

Die Arbeit mit dem KreTAS-Konzept erwies sich insbesondere, wie in Befragungen geäußert wurde, als hilfreich, wenn:

- „Störung“ noch nicht im klinischen Sinne relevant war
- sich Beteiligte des Systems Schule in Not befanden, obwohl noch keine klinisch-therapeutische Diagnose und damit keine Induzierung für Therapie vorlag
- Lernleistung durch familiäre Belastung eingeschränkt war
- familiäre Tabuisierung außerschulische Therapie verhinderte
- diagnostizierte und behandelte Störungsbilder Unterstützung in der Schule vor Ort brauchten, um genügend Stabilität als Lernvoraussetzung zu schaffen
- Handlungskompetenzen von Pädagogen ausgeschöpft schienen
- nicht therapiefreundliche Eltern durch die Motivation der erhofften verbesserten Lernleistung nach erfolgter Therapie zur Mitarbeit zu motivieren waren (Barnowski-Geiser, 2010)

Somit stellt das KreTAS-Konzept eine mögliche Antwort auf die Krisensituation in Schulen dar. Es kann als ein Modell für eine sinnvolle Verortung musiktherapeutischer Gesundheitsarbeit am Ort Schule dienen.

### *Fallvignette 6*

(Auszug Abschlussbefragung nach Einzel-Musiktherapie Raffaella)

„Vor der Therapie: ‚Schuld‘  
*‚Ich habe viele Probleme mit meiner Mutter, ich denke aber, dass ich schuld bin. Ich bin sehr, sehr traurig.‘*

Jetzt: ‚Freunde‘  
*‚Es geht mir besser, ich achte mehr auf mich. Mir geht es gut, auch, wenn es meiner Mutter schlecht geht. Ich stürze nicht ab, wenn sie abstürzt, ich bin glücklicher. Ich kann mit meinen Freunden über ganz normale Sachen reden, ich bin nicht mehr nur voller Probleme, ich lache oft. Nachdem ich hier erzählt habe, was los ist, habe ich das auch ein paar anderen aus meiner Klasse gesagt, was mit Mama los ist. Die trösten mich jetzt, wenn was ist. Das hilft. Ich habe jetzt andere Wichtigkeiten. Familie, da ist so viel los, das lass ich hinter mir: ich konzentriere mich auf Freunde und Schule, dann geht’s mir gut. An dem anderen kann ich eh nichts machen.‘*

Zukunft: ‚Zusammen wohnen!‘  
*‚Mama ist trocken und ich wohne mit ihr.‘*

Hilfreich:  
*‚Dass jemand mal Zeit für mich allein hatte, ich konnte hier einfach erzählen und spielen: ich musste aber nicht. Ich habe mich verstanden gefühlt – es war gut, zu wissen, egal was passiert, du hast deine Stunde. Dadurch konnte ich mich sortieren und war nicht mehr so durcheinander. Und dass Sie nicht gleich irgendetwas unternehmen, was ich nicht will, dass das hier im Raum bleibt, wenn ich es will. Dadurch, dass ich hier offen reden konnte, bin ich offener geworden.‘ (Barnowski-Geiser, 2009, 288)*

## **Implikationen und Ausblick**

Schüler aus belasteten Familien benötigen dringend besondere Hilfestellungen aus dem psychosozialen Feld: Präventiv und oftmals auch therapeutisch! Schule erscheint als der hervorragende Ort der Früherkennung, Prävention und Intervention, da Kinder und Jugendliche aus belasteten Familien hier erreichbar sind.

Ein Fortsetzen bestehender Einzel-Projekt-Aktivitäten, aber auch ein Umdenken scheint erforderlich, insbesondere zugunsten musiktherapeutisch-pädagogischer Arbeit in Schulen vor Ort. Angebote für belastete Schüler in die Jugend- und Suchthilfe auszulagern oder erst einzusetzen, wenn bereits klinisch relevante Probleme aufgetreten sind, erscheint so wenig hinreichend wie kostendämpfend. Insbe-

sondere das große Heer der Schüler, die mit Eltern leben, die ihre Belastung nicht als solche sehen oder behandeln lassen (und das ist die erschreckend größte Zahl), wird allenfalls in Schulen vor Ort ansprechbar sein. Zugleich müssen Pädagogen dringend für Fragestellungen psychosozialer und therapeutischer Arbeit sensibilisiert werden. Sie brauchen Hilfestellung, wie sie betroffene Schüler entdecken und ggf. qualifiziert weitervermitteln können.

- Klassische Diagnosesysteme greifen in der Entscheidung über Hilfsbedürftigkeit zu kurz – Hilfs- und Therapiebedürftigkeit erfordert in Schulen vor Ort neuen Umgang mit Diagnosekriterien. Hier muss Hilfe erfolgen, wenn das System in Not gerät – nicht erst, wenn Krankheit im klinischen Sinne vorliegt.
- Es wäre wünschenswert, dass man im Gesundheitswesen die psychische Unterstützung von Schülern im Sinne einer Herstellung von Lern- und Beziehungsfähigkeit als Teil der Profession begriffe.
- Das Erleben von Schülern in familiären Belastungen, das sich häufig einem verbalen Zugang entzieht, muss einen größeren Raum in der Arbeit einnehmen. Musik- und kreativtherapeutische Verfahren bergen hier spezifische Chancen zur Prävention und Intervention, insbesondere zur Potenzialentfaltung und Entlastung, die bislang kaum ausgeschöpft scheinen!
- Praxisprojekte für Schüler aus belasteten Familien (wie etwa auf der Basis des AWOKADO-Konzeptes im KreTAS-Projekt) erscheinen dringend im schulischen Raum erforderlich.
- Dies erfordert, neben Grundversorgung, materielle Unterstützung von staatlicher Seite für dringend notwendige Forschungsvorhaben im Bereich der Implementierung musiktherapeutischer Arbeit in Schulen.
- Eine Verbindung qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden sowie interdisziplinäre Forschungsprojekte im Bereich Musiktherapie, Pädagogische Psychologie, Bildungsforschung sowie Belastungs- und Resilienzforschung scheinen notwendig!
- Wünschenswert erscheint, systemische Spezialgebiete, wie das Feld „Schule“ und „Familiäre Belastung“, in die Ausbildung von angehenden Musiktherapeuten aufzunehmen. Es mangelt an einerseits psychotherapeutisch ausgebildeten Fachkräften (versiert im Umgang mit systemimmanenten Übertragungen und klinischen Krankheitsbildern), die „spielend“ helfend (in einem musiksozialtherapeutischen Sinne) auf niedrighschwelligem Wegen Lernen und Beziehung möglich werden lassen.
- Musiktherapie in der Arbeit mit Kindern aus belasteten Familien kann nicht psychotherapeutisch induzierte Hilfe ersetzen, kann nicht, wie es die Schüler oft wünschen, ihr Zuhause zu einem anderen machen und auch nicht aufsuchende Angebote der Familien- und Jugendhilfe ersetzen. Sie kann jedoch einen wesentlichen Beitrag leisten, die (Er-)Lebenswelt und die Weiterentwicklung dieser Schüler nachhaltig positiv zu gestalten.

## Literatur

- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen.
- Baer, U.; Frick-Baer, G. (2004): Klingen, um in sich zu wohnen. Methoden und Modelle leiborientierter Musiktherapie. Neukirchen-Vluyn.
- Barnowski-Geiser, W. (2011): Vater, Mutter, Sucht. Wie erwachsene Kinder suchtkranker Eltern trotzdem ihr Glück finden können. Neukirchen-Vluyn.
- Barnowski-Geiser, W. (2010): Schule braucht Gefühl. Kinder kreativ-therapeutisch fördern. Neukirchen-Vluyn.
- Barnowski-Geiser, W. (2009): Hören, was niemand sieht. Kreativ zur Sprache bringen, was Kinder und Erwachsene aus alkoholbelasteten Familien bewegt. Neukirchen-Vluyn.
- Cierpka, M. (2009): Keiner fällt durchs Netz. Wie hochbelastete Familien unterstützt werden können. *Familiendynamik* 2, 156–167.
- Decker-Voigt, H.-H.; Dunkelziffer e.V. (Hrsg.) (2005): „Der Schrecken wird hörbar“. Musiktherapie für sexuell missbrauchte Kinder. Bremen.
- Eustace, L. W.; Kang, D. H.; Coombs, D. (2003): Fetal alcohol syndrome: A growing concern for health care professionals. *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing* 32, 215–221
- Frohne-Hagemann, I.; Pleß-Adamczyk, H. (2004): Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter. Göttingen.
- Fuchs, T. (2000): Leib – Raum – Person. Entwurf einer Phänomenologischen Anthropologie. Stuttgart.
- Fuchs, T. (2008): Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. Stuttgart.
- Hänsel, D.; Schwager, H.-J. (Hrsg.) (2000): Hilfesysteme bei gesundheitlichen Belastungen von Schülern. Schule im Netz medizinischer, sozialer und sonderpädagogischer Institutionen. Weinheim.
- Hüther, G. (1999): Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden. Göttingen.
- Hurrelmann, K. (1991): Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf, 2. Aufl., Weinheim.
- Hurrelmann, K. (2007): Zur Situation von Kindern in Familie, Schule und Freizeit: Zunehmende gesundheitliche Belastungen. In: Borg-Laufs, M. (Hrsg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Band 1: Grundlagen. Tübingen.
- Kapteina, H. (2004): Rezeptive Musiktherapie bei Suchterkrankungen. In: Frohne-Hagemann, I. (Hrsg.): *Rezeptive Musiktherapie. Theorie und Praxis*. Wiesbaden
- Klein, M. (2005): Kinder aus suchtbelasteten Familien. In: Thomasius R.; Küstner U. J. (Hrsg.): *Familie und Sucht. Grundlagen – Therapiepraxis – Prävention*. Stuttgart
- Klein, M. (2007): *Kinder und Suchtgefahren*. Stuttgart.

- Klein, M.; Zobel, M. (1999): Kinder in suchtbelasteten Familien – Psychologische Suchtforschung unter transgenerationaler und ätiologischer Perspektive. In: Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V. (Hrsg.): Suchtbehandlung. Entscheidungen und Notwendigkeiten 22. Geesthacht.
- Lammel, U. A. (2007): Phänomenologie einer Jugendkultur in den 90er Jahren und Anfragen an Soziale Arbeit in Praxis und Ausbildung. In: Petzold H.; Schay P.; Ebert W. (Hrsg.): Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung, 2. Aufl., Wiesbaden
- Lenz, A. (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen.
- Lenz, M. (1995): Musik und Kontakt. Grundlagen und Modelle musik-sozialtherapeutischer Gruppenimprovisation. Frankfurt.
- Löser, H. (1995): Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte. Stuttgart.
- Luhmann, N. (1995): Inklusion und Exklusion. In: idem: Soziologische Aufklärung 6. Die Soziologie und der Mensch. Opladen.
- Minuchin, S.; Rosman, B. L.; Baker, L. (1978): Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Stuttgart.
- Michaelis, K.; Petzold, H. (2010): Zur Situation von Kindern suchtbelasteter Familien aus Sicht der integrativen Therapie. Integrativ-systemische Überlegungen zur Entwicklung von Risiko und Resilienz bei Kindern mit suchtkranken Eltern. Integrative Therapie 36(2/3), 252–280.
- Nawe, N. (2010): Musiktherapie mit Trennungskindern. Triangulierungsprozesse in der Einzel- und Gruppentherapie. Wiesbaden.
- Papousek, H.; Papousek, M. (1999): Symbolbildung, Emotionsregulation und soziale Interaktion. In: Friedlmeier, M.; Holodyski M. (Hrsg.): Emotionale Entwicklung, Funktion, Regulation und soziokultureller Kontext von Emotionen. Heidelberg.
- Petzold, H. (2004): Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn.
- Rennert, M. (2005): Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet. Freiburg.
- Rothaus, W. (1998): Wozu erziehen? Entwurf einer systemischen Erziehung. Heidelberg.
- Rumpf, H.-J.; Bischof, G.; Hapke, U. et al. (2005): Ausstiegsprozesse. In: Thomasius R.; Küstner U. J. (Hrsg.): Familie und Sucht. Stuttgart.
- Satir, V. (1993): Selbstwert und Kommunikation. Familientherapie für Berater und zur Selbsthilfe. Dillingen.
- Spitzer, M. (2002): Lernen. Gehirnforschung und die Schule des Lebens. Heidelberg.
- Tölle, R. (1996): Psychiatrie einschließlich Psychotherapie. Berlin.
- Trost, A. (2003): Interaktion und Regulation bei suchtkranken Müttern und ihren Säuglingen. In: Landschaftsverband Rheinland, Dezernate Gesundheit und Jugend/Landesjugendamt (Hrsg.): Suchtfalle Familie?!. Forschung und Praxis zu Lebensrealitäten zwischen Kindheit und Erwachsenenalter. Dokumentation der gemeinsamen Fachtagung

der KFH NW, Forschungsschwerpunkt Sucht, und des Landschaftsverbandes Rheinland, Dezernate Gesundheit und Jugend/Landesjugendamt. Köln.

Tüpker, R. Hippel, N.; Laabs, F. (Hrsg.) (2005): Musiktherapie in der Schule. Wiesbaden.

Wegscheider, S. (1988): Es gibt doch eine Chance. Hoffnung und Heilung für die Alkoholiker-Familie. Wildberg.

Wolin, S.; Wolin, S. (1996): The challenge model. Working with strengths in children of substance abusing parents. *Adolescent Substance Abuse and Dual Disorders* 5, 243–256.

Wright, D. M.; Heppner, P. P. (1993): Examining the well-being of nonclinical college students: Is knowledge of the presence of parental alcoholism useful? *Journal of Counseling Psychology* 40, 324–334.

Zobel, M. (2006): Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen. Göttingen.

Dr. Waltraut Barnowski-Geiser  
Am Hügel 6  
41812 Erkelenz  
Barnowski-Geiser@t-online.de



**Zwischen symptomzentriertem Arbeiten  
und dem Anspruch tiefenpsychologisch orientierter  
psychotherapeutischer Behandlung –  
zu den Möglichkeiten und Grenzen der Musiktherapie  
in der Psychiatrie**

**Between Symptom-Centered Work and the Demands of Depth  
Psychology Based Psychotherapeutic Treatment:  
Possibilities and Limitations of Music Therapy in Psychiatry**

Dorothee von Moreau, Heidelberg

*Musiktherapie gehört seit vielen Jahren zum Therapieangebot psychiatrischer Einrichtungen und ist dennoch in der Fachliteratur wenig systematisch behandelt. Der Artikel beschreibt die Situation der Musiktherapie in der Psychiatrie, benennt Indikation, trägt Forschungsergebnisse zur Wirkung von Musiktherapie zusammen und referiert theoretische Überlegungen zu den Wirkweisen der Musik in diesem Anwendungsfeld. Auf dieser Grundlage wird reflektiert, inwieweit Musiktherapie symptomspezifisch oder tiefenpsychologisch orientiert psychotherapeutisch einsetzbar ist. Den referierten Wirkmodellen wird ein eigenes Kreismodell psychotherapeutischer Wirksamkeit gegenübergestellt.*

*Music therapy has belonged, for many years, to the therapeutic treatment options in psychiatric facilities and yet, has been systematically addressed very little in specialized literature. This article describes the situation of music therapy in psychiatry, designates indication, contributes results of research into the effect of music therapy and discusses theoretical considerations concerning the operating methods of music in this area. On this basis, the extent to which music therapy – symptom-specific or depth psychology oriented – is psychotherapeutically utilizable will be reflected. The reported working models will be compared to an own circular model in their psychotherapeutic effectiveness.*

Zwischen Anspruch und Wirklichkeit, zwischen Vision und Realität – auch so hätte dieser Beitrag etwas plakativer überschrieben werden können. In der Tat beschreibt die Spannung, die sich zwischen diesen Polen abbildet, das Dilemma aller psychotherapeutisch Tätigen – gerade auch im Setting einer psychiatrischen Institution und gerade auch heute in einem Gesundheitssystem, welches zwischen Leit-



linien und Kosteneinsparung dem Ethos einer optimalen, individuellen Behandlung verpflichtet bleiben will.

Beginnen möchte ich diesen Beitrag deshalb bei der Realität, um dann über die spezifischen Möglichkeiten der Musiktherapie zu dem zu kommen, was das Psychotherapeutische an unserer täglichen Arbeit möglicherweise ist.

## Die Settingbedingungen

Seit ihren Anfängen ist die Musiktherapie in Deutschland aus psychiatrischen Kliniken kaum noch wegzudenken: in zwei Drittel der psychiatrischen Kliniken (Engelmann 1995) und in einem Drittel der psychiatrischen Tageskliniken (Kallert et al. 2003, Andritzky 1996) gehört Musiktherapie zum Therapiespektrum.

Sind die Institutionen groß genug, so bilden Musiktherapeuten ein Team aus Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigten, sie fristen kein Einzelkämpferdasein mehr. Dabei arbeiten Musiktherapeuten meist stationsübergreifend. Die Palette musktherapeutischer Arbeitsfelder reicht dabei von offenen zu geschlossenen, von tagesklinisch-rehabilitativen, über akut-psychiatrischen hin zu forensischen Stationen, Musiktherapeuten arbeiten in Kriseninterventions- und Sucht-, in psychosomatisch/psychotherapeutischen und geriatrischen Abteilungen.

Die Anforderungen sind vielfältig: Musiktherapeuten sind eingebunden in unterschiedliche Teams, müssen sich mit unterschiedlichen „Stationskulturen“ auseinandersetzen und in unterschiedlichen therapeutischen Konzepten ihr therapeutisches Angebot einpassen. Je nach Klientel und Ausbildungshintergrund des Abteilungsleiters oder Oberarztes gibt es soziotherapeutische, systemische, sozialpsychiatrisch geprägte Stationen und rein verhaltenstherapeutisch oder tiefenpsychologisch ausgerichtete Vorstellungen von Therapie.

Die Akzeptanz der Musiktherapie ist immer noch häufig geprägt von nicht-fachlichen Bedingungen, beispielsweise vom musikalischen Bildungshintergrund der Oberärztin, des Stationspflegers oder auch von der „Chemie“ zwischen diesen Personen und der Person des Musiktherapeuten. Ein oft nur vages Verständnis gegenüber der Musiktherapie, die ja meist auch noch außerhalb des stationären Rahmens irgendwo auf dem Gelände oder im Keller einer Institution stattfindet, bringen häufig auch die Patienten mit in die Therapie. Aussagen wie „Ich bin nicht musikalisch“ oder „was soll ich hier?“ deuten nicht nur auf die bekannten Berührungängste gegenüber der Musiktherapie, sondern sind oft Ausdruck dieser Unsicherheit bei der Indikationsstellung zur Musiktherapie.

Musiktherapie wird meist als ein niederschwelliges therapeutisches Angebot in Gruppensettings verstanden. Man erhofft sich, dass die Patienten hier etwas Entspannung und im gemeinsamen Musikhören oder Musikmachen Gemeinschaftser-

leben erfahren, sich in der neuen, oft anonymen Atmosphäre einer (Akut-)Station besser eingebunden fühlen dürfen und emotional angesprochen werden. Im Gruppensetting arbeitende Kollegen sehen nicht selten bei täglich ca. 5 Gruppentherapie-Einheiten (in unterschiedlichen Stationen und Settings) bis zu 45 Patienten am Tag, die sie emotional ansprechen, auffangen und psychotherapeutisch begleiten wollen. Im Blick auf den Titel dieses Beitrags drängt sich tatsächlich die Frage auf: geht das überhaupt?

Gerade auch in akutenpsychiatrischen Settings sind die Zuweisungen zu den Therapien oft unklar, uneindeutig oder auch dem Zufall überlassen. Nicht nur auf Stationen mit hoher Fluktuation, bei den generell verkürzten Aufenthaltszeiten und dem oft auch stark schwankenden Befinden der Patienten sind die Gruppenzusammensetzungen meist wechselnd. Wer heute wohl zur Gruppentherapie kommt, wird erst zu Gruppenbeginn klar. Wer dann tatsächlich kommt, hat nicht immer wirklich „Lust“ auf ein therapeutisches Angebot. Er kommt, weil gerade nichts anderes geboten ist, weil er/sie geschickt wird, eher selten aus eigenem Antrieb, aus wirklichem Interesse, aus einer Krankheitseinsicht oder gar aus einer Änderungsbereitschaft heraus. Denn auch von Seiten der Patienten sind die Erwartungen unterschiedlich: die einen möchten sich über die Musik entspannen, andere erwarten, dass sie in ihrer dysphorischen Stimmung aufgehellt werden, einige möchten es gerne mal „krachen lassen“, während andere erhoffen, hier etwas Ordnung, Ruhe und Harmonie zu finden.

## Die Patienten

Aus der musiktherapeutischen Begegnung mit psychiatrischen Patienten kennen wir das, was Jos De Backer (2006) als „*sensorielles Spiel*“ beschreibt: Es ist ein Spiel ohne mentale Vorbereitung (die Patienten beginnen ohne Einstimmung, fallen gleichsam ins Spiel). Darin scheinen sie Töne wahllos aneinander zu reihen, oft in endlosen unveränderlichen Wiederholungsschleifen immer gleicher Tonfolgen wirkt das Spiel starr, ohne Entwicklung, ohne Phrasierung, Dynamik, Variation oder Pausen. Ebenso fehlen körperliche Bewegtheit in Blick, Körperausdruck oder Mimik. Bei aller Wiederholung wirkt das Spiel fragmentarisch, immer wieder zerfallend, unbeständig, haltlos. Dieses Spiel schafft keinen psychischen Raum, es ist isoliert, ohne Bezogenheit zu sich, zum eigenen Tun oder zu anderen. In seiner Wahrnehmung fühlt sich der mitspielende Therapeut gleichzeitig gefangen und nicht wahrgenommen, einer seltsamen Leere und Endlosigkeit ausgesetzt, er erlebt keinen Kontakt, keine Abstimmung.

Wie lässt sich diese Spielweise verstehen? Und vor allem, wie lässt sich hier sinnvoll therapeutisch ansetzen? Welche Menschen, welche Nöte und Bedürfnisse, Ängste und Wünsche verbergen sich hinter diesen Ausdrucksformen?

Es sind Patienten mit wenig *Antrieb*, lethargisch, apathisch, krankheits- und medikationsbedingt stark reduziert in ihrer *Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit*. Bei manchen Patienten ist die Wahrnehmungsorganisation stark eingeschränkt. Sie erleben sich verunsichert, ihren Sinnen zu trauen oder sind kaum in der Lage, ihre Wahrnehmung klar zu ordnen. Es fällt ihnen schwer, die unterschiedlichen Klänge in ihrer Richtung zu bestimmen, einzuordnen, eine Struktur darin zu erkennen und darauf auch noch musikalisch zu reagieren.

Ähnlich mag es Patienten gehen, deren *Denkzerfahrenheit* ein geordnetes Miteinander erschwert. Einem Gespräch können sie nur unter großer Anstrengung folgen und eine musikalische Improvisation erleben sie allenfalls bruchstückhaft. In einer so zersplitterten Welt fühlen sie sich ohne Orientierung und Boden. Diesen suchen sie verzweifelt in einem oftmals unsinnig erscheinenden Verhaftet-Sein an Nebensächlichem. Derart aus der Bahn geworfen, brauchen Sie Struktur und Halt gebende Erfahrungen, ohne das Gefühl eingengt oder manipuliert zu sein.

Viele Patienten sind krankheitsbedingt oder auch unter dem Einfluss von Medikamenten affektiv verflacht, sie sind in ihrer *emotionalen Ansprechbarkeit*, ihrer Schwingungsfähigkeit und Reagibilität stark eingeschränkt oder erstarrt. Manche erleben eine eigenartige innere Taubheit, fühlen sich wie unter einer Käseglocke, die zwar einerseits Schutz bietet, andererseits aber isoliert hält, kontakt- und bezugslos macht. Andere wiederum erscheinen einfach entgleist in ihrer *affektiven Gestimmtheit*. Sie sind in dysphorischen Zuständen und negativen Gedankenkreisen wie in einer Zelle gefangen, ängstlich getrieben oder seltsam euphorisiert. Manche Patienten verhalten sich stark angetrieben, sind schwer einzugrenzen und in ihrem überbordenden, oftmals ängstlich getriebenen Auftreten schwer zu regulieren. Diese Patienten haben das Gefühl, ihre starken Affekte nicht mehr kontrollieren zu können, von ihnen überschwemmt zu werden, nicht mehr Herr ihrer Selbst zu sein. Sie stehen unter großer innerer Anspannung und Not.

Viele Patienten zeigen eine äußerst geringe *emotionale Belastbarkeit*, eine extreme Irritierbarkeit und die Unfähigkeit, Gefühle angemessen zu regulieren. Wechselnden Gemütslagen ausgeliefert, zeigen sie eine stark verringerte bis keine Stresstoleranz. Derart verunsichert ziehen sich viele Patienten extrem in sich zurück. In dieser *Zurückgezogenheit* erleben sie sich isoliert und oftmals unverstanden. Der Versuch, in Bezug zu anderen zu kommen, verstärkt die Ambivalenzen und die Ängste vor Vereinnahmung oder Beeinflussung von außen. Ihr Misstrauen gegenüber der Außenwelt kann sich bis hin zu wahnhaften Vorstellungen verschärfen.

Nicht unwesentlich ist zudem bei sehr vielen Patienten die Auseinandersetzung mit einer *chronischen Erkrankung*. Typisch für psychiatrisches Klientel ist es, dass die Erkrankung von den Betroffenen nicht als solche wahrgenommen, geschweige denn angenommen wird. Bei anderen, chronischen Verläufen wächst die Krankheitseinsicht allmählich, doch findet man die psychiatrischen Patienten gerade in den psychischen Funktionen beeinträchtigt, welche sie so dringend für eine Krankheitsverarbeitung benötigten. Dies zu erkennen und angemessene Be-

gleitung und Krankheitsverarbeitung zu ermöglichen, wird oftmals vernachlässigt, Hoffnungslosigkeit und Resignation werden dann vorschnell einer Depression statt der wichtigen Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenssituation zugeschrieben. Wer lange in psychiatrischen Institutionen gearbeitet hat, weiß, auf welchem Auge man betriebsblind werden kann.

Was hat Musiktherapie diesen Menschen zu bieten? Welche Behandlungskonzepte greifen hier? Gibt es ein auf die jeweilige Störung zugeschnittenes, erfolgversprechendes oder gar evaluiertes musiktherapeutisches Behandlungsangebot? Wie sollte dies aussehen, welche Bausteine, Interventionen und Techniken beinhalten? Und wäre ein solches passgenau zugeschnittenes Therapieangebot angesichts der zuvor geschilderten Settingbedingungen überhaupt realisierbar?

## Indikation zur Musiktherapie

Musiktherapeuten kennen eine Reihe von sinnvollen Interventionen, um dem ein oder anderen Symptom zu begegnen. Sie wissen, welche musiktherapeutischen Interventionen sich eignen, um beispielsweise

- *Aufmerksamkeit zu binden* und die *Konzentrationsfähigkeit zu fördern* (z.B. Imitationsspiele: genau nachspielen, was der andere vorgemacht hat: dies lässt sich variieren von Übungen, welche kurzzeitig Aufmerksamkeit fordern, also von einfachen zu immer komplexeren musikalischen Strukturen)
- die *Wahrnehmung zu ordnen* (z.B. indem wir Patienten auffordern, genau hinzuhören, wie lange der Ton klingt, wie er sich anfühlt, vielleicht sogar was der Klang im eigenen Erleben anspricht, was den Unterschied macht zwischen einem Metallophon und einem Xylophon – und indem wir ihm helfen, die eigene Wahrnehmung zu versprachlichen („klingt der Ton eher weich oder hart, laut oder leise?“), Worte zu finden für das eigene Empfinden („ist das angenehm, tut das vielleicht sogar gut oder fühlt sich das eher unangenehm, verunsichernd an?“).

Wir wissen, welche musikalischen Komponenten sich eignen, um

- *Struktur und Halt zu vermitteln* (dass z.B. rhythmisches Trommeln in der Gruppe Sicherheit vermittelt, Orientierung schafft, dem eigenen Ausdruck eine Struktur gibt. Wir wissen, dass die formale Vorgabe „freies – rhythmisch geordnetes Spiel“ sowohl die Fähigkeit schult, aus festgefahreneren Bahnen auszubrechen, als auch die Fähigkeit, sich selbst wieder zu ordnen, eine Struktur zu geben.)

Mit dem Medium Musik haben wir es relativ leicht,

- *Erlebnismöglichkeiten direkt anzubahnen* (z.B. indem wir weich klingende Instrumente – eher harten, knappen, klaren Instrumenten entgegensetzen; wir können zu einem lauten Spiel auffordern und dann ein leises Spiel entgegensetzen; schnelle, hektische – langsamen Spielen... usf.). All diese Erlebnismög-

lichkeiten lassen sich fein dosieren – je nach emotionaler Reagibilität und psychischer Belastbarkeit der Patienten.

- Ebenso schaffen dynamische Spielbewegungen zwischen den genannten Polen (laut-leise, schnell-langsam) eine allmähliche *Lösung aus der inneren Erstarrtheit*. Zunächst vorsichtig bahnen sie eine emotionale Flexibilisierung an – ganz abgestimmt auf die momentanen Möglichkeiten des Patienten.
- Wir wissen, welche musikalischen Angebote wir machen können, um in einer Gruppe die *Stimmungen etwas aufzuhellen* oder zu beruhigen, um zu aktivieren oder Spannungen zu regulieren. Und auch hier kennen wir die genauen „Dosierungsmöglichkeiten“ und stimmen diese auf die aktuellen Bedingungen der einzelnen Patienten oder der Gruppe als Ganzes ab.
- Nicht zuletzt lässt sich über Musik und geeignete Interventionen eine *Beziehung* zum Patienten oder zwischen den Patienten untereinander *anbahnen* (z.B. über das Spiel „wandernder Ton“, welcher stark in sich zurückgezogene Patienten dazu bringen kann, wieder Blickkontakt aufzunehmen, ein Lächeln zu wagen und so über die Musik Kontakt zu anderen aufzunehmen).

Man könnte hier viele weitere Beispiele auflisten, um zu zeigen, wie Musiktherapie auf Symptomebene ansetzt und möglicherweise wirkt und hilft. Dabei wird das beschrieben, was im Titel unter symptomzentriertem Arbeiten zu verstehen ist und was täglich in psychiatrischen Kliniken zur Anwendung kommt. Für im Feld erfahrene Musiktherapeuten wäre keine große Herausforderung, unter stabilen Settingbedingungen für die ein oder andere Patientengruppe ein geeignetes Therapiemanual zu entwickeln.

Was sagt dazu ergänzend die Evidenzforschung?

## Zur Wirksamkeit von Musiktherapie: Forschungsergebnisse

In dem ersten Cochrane-Review, einer Metaanalyse von Gold et al. (2005) wurde gezeigt, dass Musiktherapie bei schizophrenen Erkrankungen signifikant helfen kann, negative Symptome zu verringern. Als Zusatz zur Standardbehandlung zeigen sich die Effekte v.a. hinsichtlich des Gesamtzustands, des psychischen Zustands (allgemeine und negative Symptome der Schizophrenie) und des sozialen Funktionsniveaus. Gegenüber dem Review von Silverman (2003) mit 19 Studien wurden hier gemäß den strengen Auflagen der Cochrane-Standards nur 4 von 34 Studien mit randomisiertem Kontrollgruppen-Design in der Metaanalyse zugelassen; bei der jüngsten Replizierung dieser Metaanalyse (Mössler et al., 2012) waren es bereits 8 Studien. Auch hier wurden Langzeiteffekte mit hohen Effektstärken v.a. hinsichtlich der Negativsymptomatik ( $\delta = 0.74$ , erfasst mit klinischen Instrumenten wie PANSS (=Positive and Negative Syndrome Scale) und SANS (=Scale for the Assessment of Negative Symptoms)) und des social functioning ( $\delta = 0.78$ , erfasst mit SDSI) bestätigt. Inkonsistente Effekte konnten zurückgeführt werden auf unterschiedliche Therapiedauer und unterschiedliche Therapieansätze.

ze. Gold et al. (2009) führen dazu aus, dass hohe Effekte hinsichtlich des global functioning erst ab einer Therapiedauer von 16 Therapieeinheiten und mehr zu erwarten sind; Therapiezeiträume von weniger als 10 Therapiestunden dagegen eher kurzzeitig stimmungsverbessernd wirken. Bei seiner Metaanalyse von insges. 15 Studien erklärte die Therapiedauer 70 % der Varianz seiner ermittelten Effekte.

Auch die Metaanalyse von Pesek (2007) mit insgesamt 9 Studien zur Musiktherapie bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und anderen psychotischen Störungen unterstreicht dies und weist eine hohe Effektstärke von  $\delta = 0.8$  aus. Bei insgesamt 16 Studien zu Musiktherapie bei affektiven Störungen errechnete sie eine Effektstärke von  $\delta = 0.91$ . Hauptmethode ist auch hier, wie bei Gold die aktive Gruppenmusiktherapie. Und sie ist nach einer Studie von Katrin Knothe (2008) am Leipziger Park-Krankenhaus die effektivste Form der MT im Vergleich zu anderen Formen von Musiktherapie.

Diese Forschungsergebnisse scheinen die tägliche Erfahrung zu bestätigen und können insofern als bedeutsam bewertet werden, als da bislang kaum erfolgversprechende Therapiebausteine identifiziert werden konnten, welche gerade die Negativsymptomatik psychotischer Erkrankungen entscheidend beeinflussen kann. Musiktherapie ergänzend zur sog. Standardbehandlung, in der Regel bestehend aus medikamentöser, sozio-/milieutherapeutischen Angeboten und begleitenden psychotherapeutischen Gesprächen führen also zu ca. 30% Verbesserung gegenüber der Standardbehandlung. Auch bei den geringen Studienzahlen mit insges. knapp 500 Patienten, aber hoher Homogenität der Studien (95%) sind die Ergebnisse doch vielversprechend. Leider werden sie viel zu wenig von klinisch tätigen Musiktherapeutinnen ins Feld geführt, um ihre eigene Tätigkeit zu vertreten.

Diese Effektivitätsstudien können um eine weitere Studie der Ulmer Forschergruppe (Oerter, Scheytt und Kächele) aus dem Jahre 2001 ergänzt werden, in welcher die Erhebung der Patientenzufriedenheit als mögliches Maß für die Effizienz von Therapie überwiegend positive Ergebnisse erzielte.

Dies bestätigte eine systematische Patientenbefragung von Cathrin Carr (2012), in welcher die psychiatrische Patienten Musiktherapie nicht nur als sinnvolle Beschäftigung im Klinikalltag erleben, sie berichten, dass Musiktherapie ihre Stimmungen aufhelle, sie entspanne, motiviere, Spaß («enjoyment») bringe und Symptome reduziere. Auf dem Hintergrund der Ausführungen von Clarkin & Levy (2004), dass Psychotherapieeffekte stark vorhersagbar sind durch Erwartungen und persönliche Erfahrungen der Patienten, sind auch diese Ergebnisse bedeutsam. Der Musiktherapie kommt auch im Kontext einer psychiatrischen Klinik zugute, dass sie meist auf positive Erwartungen seitens der Patienten bauen kann, mit angenehmen Erfahrungen verknüpft wird und die gesunden Ressourcen der Patienten anzusprechen vermag.

Freilich offen bleiben angesichts der Forschungslage weiterhin viele drängende Fragen: So wissen wir noch immer nicht, ob ein Gruppen- oder Einzelsetting für

die Patienten hilfreicher ist, denn die meisten Ergebnisse beruhen auf Studien zur Gruppentherapie. Wir wissen nicht, ob diagnosehomogene Gruppen heterogenen Gruppenzusammensetzungen gegenüber im Vorteil sind; auch sagen die Forschungsergebnisse bislang lediglich über die empfohlene Therapiedauer von mind. 16 Therapiestunden, jedoch nichts über eine geeignete Gruppenstärke oder eine zu empfehlende Therapiefrequenz. Auch wenn die Studienlage die aktive Gruppenmusiktherapie in ihrer Wirksamkeit hervorzuheben scheint – Fakt ist, dass es bislang zu wenig Studien zu ausschließlich rezeptiven Verfahren gibt, um einen systematischen Vergleich zu wagen. Und weiter mag man zurecht bezweifeln, ob die in den Studien erwähnten aktiven Gruppen-Musiktherapien denn alle tatsächlich ähnlich durchgeführt wurden. Die therapeutische Orientierung in Asien mag eine andere sein als in Amerika oder Europa; und selbst innerhalb eines Kontinents, eines Landes unterscheidet sich diese, wie wir alle wissen. Selten finden sich in den Studien genauer Angaben zu den verwendeten Techniken, dem Ausmaß an Strukturiertheit und Reflexion innerhalb der aktiven Gruppenmusiktherapie, und wir alle wissen, dass sich hinter Begriffen wie «freie Improvisation» selbst innerhalb eines Landes höchst unterschiedliche Herangehensweisen verbergen können.

Musiktherapeuten werden in Zukunft noch stärker gefordert sein, hier systematisch und diszipliniert zu arbeiten, zu erklären und ihre Arbeit einer systematischen Forschung zu unterziehen, doch vielversprechende Anfänge sind längst gelegt.

## Das Spezifische an der Musiktherapie

So kommen wir zur Frage, was das spezifisch Musiktherapeutische an der Wirksamkeit dieses Therapieverfahrens ist. Auch da sind die Argumente hinreichend bekannt und sollen hier nochmal zusammengetragen werden:

Das sog. *Heidelberger Wirkfaktorenmodell* (Hillecke et al. 2007) bezieht sich auf neuropsychologische Erkenntnisse zur Wahrnehmung und Verarbeitung von Musik (vgl. Koelsch 2005) und beschreibt übersichtlich, wie Musik

- wie ein Signalgeber die *Aufmerksamkeit anzieht*,
- *auf die Motorik, und damit stimulierend, aktivierend wirkt*,
- *die Emotionen beeinflusst*,
- *Gedächtnisinhalte aktiviert* – und nicht zuletzt
- *Beziehungen knüpft*, Gemeinschaftserleben fördert.

Um das spezifisch Musiktherapeutische zu charakterisieren gehen Frohne-Hagemann und Pleß-Adamczyk (2005) von verschiedenen „*Funktionen*“ der Musik aus, welche im Folgenden umrissen werden sollen:

- Die *Funktion der Musik als basaler Stimulus* beschreibt, dass Musik ohne Umwege über Kognition und Bewusstheit direkt auf subkortikaler Ebene greift, dort als sensorischer Stimulus nicht nur sensorische und motorische, sondern

auch emotionale Zentren erreicht und damit „neue neurobiologische Verknüpfungen“ (S. 97) bahne. Hierzu ist von Seiten der Hirnforschung einiges an Grundlagenerkenntnis beigetragen worden.

- Auf gestaltpsychologischer Ebene beschreibbar wird die Funktion der *Musik als Integrator*. Gemeint ist damit, dass Musik „... unzusammenhängende Gefühls – und Gedankenfragmente... musikalisch als zusammengehörig erfahrbar“ werden lässt (S. 98) und zwischen Atmosphäre, Vordergrund und Hintergrund, Gefühl und Handlung einer Situation vermittelt. So wird es möglich, dass im Erleben des Patienten bruchstückhaft Erlebtes über die Musik als irgendwie zusammengehörig und sinnvoll geordnet erfahrbar wird.
- Ähnlich ist die sog. *Vehikelfunktion der Musik* zu verstehen, welche wechselnde Gefühls- und Erlebnisinhalte in einen zeitlichen Verlauf „einbindet und in der Zeit weiter trägt“ (S. 98). Sie nimmt den Patienten in ein gemeinsames Spiel hinein. Undeutliche Impulse erfahren durch die musikalische Begleitung des Therapeuten Unterstützung, sodass der Patient „spielerisch ins Erleben kommen“ (S. 98) kann. Emotionale Blockaden können so z.B. durch Rhythmus und Dynamik auf sanfte Weise in Bewegung gebracht werden, Gefühle in der Musik in Fluss kommen, durchlebt, evtl. auch verstanden und verarbeitet werden.
- In der *Katalysatorfunktion der Musik* wird dieser Prozess noch verstärkt. Hier hilft die Musik, Affekte musikalisch so auszudrücken, dass ihnen mit Unterstützung des Therapeuten eine Form gegeben und Affekte dadurch reguliert werden können. Dabei geht es nicht nur um bloßes Ausagieren (und schon gar nicht zum Selbstzweck), vielmehr hilft die Musik, Affekte in eine Gestaltung zu bringen, sinnvoll zu phrasieren, sich ihrer gewahr zu werden und die eigene Kraft / sich selbst darin zu spüren.
- Als weitere Funktion wird die *Musik „als Ressource*, (als) Schutzfaktor und Nährsubstanz“ (S. 102) verstanden: Musik legt brachliegende Potenziale frei, weckt und fördert Kreativität und Ausdrucksfreude („enjoyment“ vgl. Carr 2012), nährt, aktiviert, harmonisiert und beruhigt. Sie hilft aber auch, neue Copingstrategien im Umgang mit schwierigen Situationen oder in der Verarbeitung schlimmer Erlebnisse zu entwerfen, auszuprobieren und zu festigen: Seit Menschengedenken gestalten wir Erlebtes in Gedichten und Liedern, um im Gesungenen und Erdichteten Ausdruck für Sehnsucht und Trauer, und gleichzeitig Trost, Halt, Hoffnung und neue Kraft zu finden.

Bei der Nennung weiterer Funktionen der Musik streifen die Autoren genuin tiefenpsychologisches Terrain. Musiktherapeuten dieser Schule beziehen sich heute explizit auf frühe Formen des Erlebens, der Bindungs- und Beziehungserfahrung auf der Basis neuerer entwicklungspsychologischer Erkenntnisse:

Musik wird hier verstanden und eingesetzt als universeller vorsprachlicher Zugang zum Menschen. Sie knüpft an phylogenetisch wie ontogenetisch sehr frühe Erfahrungen an. Denn in den Urformen menschlichen Dialogs sind es die musi-



kalischen Elemente der Sprache, die Beziehung herstellen, Vertrauen schaffen und ein Gefühl von Zugehörigkeit und Gemeint-Sein vermitteln. Diesen Zugang über die Musik machen wir uns zunutze bei allen Patienten, welche über das Wort evtl. nur eingeschränkt emotional erreichbar oder berührbar sind. Ich gehe fest davon aus, dass dieser Zugang aber auch bei anderen Patienten greift, gerade auch bei den oben beschriebenen, extrem zurückgezogenen oder emotional und kognitiv „aus der Bahn“ geworfenen, stark verunsicherten psychiatrischen Patienten.

- Ist dieser Zugang geschaffen, so kann Musik in ihrer universell verständlichen Sprache, in ihrer überschaubaren, harmonisch oder rhythmisch geordneten, auf Wiederholung basierenden Struktur Sicherheit, Orientierung, Stabilität, Boden und Halt vermitteln. Frohne-Hagemann und Pleß-Adamczyk (2005) sprechen hier von der Halte- oder Rahmen- oder *Containingfunktion der Musik*.
- Darüber hinaus ermöglicht die Musik Erfahrungen, welche Daniel Stern als essentiell für die Entwicklung des sog. „Kernselbstempfindens“ beschrieben hat. In der Analyse unzähliger Videobänder mit Kleinstkindern und ihren Bezugspersonen konnte er zeigen, wie wichtig es in dieser frühen Phase für den Menschen ist, in seinen Äußerungen unmittelbar gespiegelt zu werden. Diese Erfahrung des Gehört- und Erwidert-Werdens formt ein Gefühl für das eigene Sein: indem der Mensch Resonanz erfährt, erlebt er, dass er IST. Er wird in seinem So-Sein, in seiner Identität bestätigt und gefestigt. Auch hier bin ich überzeugt, dass diese Art der Erfahrung, das Gefühl Resonanz zu bekommen, nicht nur in der frühesten Kindheit von Bedeutung ist, sondern dass wir diese Erfahrungen unser ganzes Leben immer wieder suchen und benötigen. Und in besonderer Weise benötigen solche Resonanz gebenden Erfahrungen auch psychiatrische Patienten. Derartige Erfahrungen sind Voraussetzung, einen verloren gegangenen Kontakt zu sich selbst wieder aufnehmen und herstellen zu können.

Darauf aufbauend vermittelt Musik „Gemeinsamkeit im Sinne eines geteilten Interesses, worüber Intersubjektivität im Sinne Sterns erfahren wird und schließlich auch direkte zwischenmenschliche Begegnung möglich wird“ (Frohne-Hagemann und Pleß-Adamczyk, 2005, S. 101). In dieser Funktion ist Musik gleichzeitig Halt und Brücke, ein verbindendes Drittes, welches Kontakt zwischen Patienten untereinander oder zwischen Patient und Therapeut herstellt. So sind es Erfahrungen von Intersubjektivität, Interattentionalität, Interaktivität und Interaffektivität (Stern 1993, 2000), welche helfen, sich selbst als abgegrenztes Subjekt zu erleben und sich selbst im Austausch mit anderen als lebendig zu erfahren. Frohne-Hagemann und Pleß-Adamczyk (2005) sprechen hier von der Funktion der *Musik als Intermediärobjekt*, welches erlaubt, affektive Nähe über ein Drittes (die Musik) herzustellen und zu regulieren.

All diese Erfahrungen sind präsymbolische Erfahrungen, die auch Menschen auf niedrigem Funktions- und Strukturniveau erreichen.

Im Weiteren, nämlich auf symbolischer Ebene kann Musik *Projektionsfläche* werden und in dieser Funktion zwischen Unbewusstem oder Vorbewusstem und Bewusstem vermitteln. Ammon spricht hier vom tertiärprozesshaften Charakter der Musik (Ammon 1974). Anknüpfend an Lorenzer und an Winnicott's Übergangsraum sprach Eschen (2002) von der Musik im Dienste der freien Assoziation, welches ein Oszillieren zwischen den Strukturebenen ermöglichen. Wie und in welcher Weise Musik hier seelische Transformationsprozesse ermöglicht, soll hier nicht näher ausgeführt werden. Denn in den seltensten Fällen arbeiten wir auf dieser psychotherapeutischen Ebene mit psychiatrischen Patienten.

Wie sich diese Funktionen im psychotherapeutischen Sinne nutzen lassen sei nun im letzten Abschnitt ausgeführt. Dabei erlauben Sie mir einen knappen geschichtlichen Ausflug.

## Psychotherapeutische Ansätze in der Psychiatrie – Grundüberlegungen

Seit den 90er Jahren des zu Ende gegangenen Jahrtausends hat sich das Schulendenken in der Psychotherapie schleichend aufgelöst und ist einem *schulenübergreifenden Denken* gewichen. Diesem Prozess vorausgegangen war die Erkenntnis, dass psychische Störungen nicht zurückzuführen sind auf eine klar definierbare Ursache. Monocausale Ätiologiekonzepte wurden abgelöst von *multicausalen*. Während sich dabei auch die theoretischen Erklärungsansätze für die Behandlung psychischer Störungen wandelten, machte sich gleichzeitig in den psychotherapeutischen Schulen die Erkenntnis breit, dass die eigenen Methoden alleine nicht ausreichen, um den komplexen Herausforderungen zu begegnen, vor die uns die Therapie psychisch erkrankter Menschen stellt (vgl. Strobel 1985). Die Verhaltenstherapeuten begannen sich mit der Beziehung zum Patienten auseinanderzusetzen und sich für Phänomene wie Übertragung und Gegenübertragung zu öffnen, selbst wenn sie dafür andere Begriffe prägten; auf der anderen Seite hatten Analytiker bereits begonnen, das Paradigma der reinen Übertragungsbeziehung mit dem Postulat der strengen Abstinenz gerade für ich-strukturelle Störungen aufzuweichen und das Konzept der hilfreichen therapeutischen Beziehung (siehe u.a. Heigl-Evers 1983) an dessen Stelle zu setzen. In beiden Schulen hielten nun auch systemische Ansätze Einzug, um den Menschen in der Geschichte vielfältiger (und nicht nur früher) Rollenerfahrungen und -muster zu begreifen.

So sind nicht nur schulenspezifische Denk- und Behandlungsansätze schulenspezifisch gewichen. Gleichzeitig wurden die in den 1980er Jahren noch idealistisch geprägte Therapiebemühungen für psychiatrische Störungen von einem pragmatischen, leider oft aber auch eindimensionalen und einseitigen Vorgehen abgelöst. Denn mit dieser Entwicklung wurde nicht selten auch die Tiefendimension in der Betrachtung psychischer Störungen aufgegeben oder vernachlässigt.

So finden sich in der psychotherapeutischen Behandlung psychischer Störungen heute

- ressourcenorientierte (trotz der massiven Einschränkungen durch Erkrankung sollen noch bestehende psychische Fähigkeiten gestärkt werden, um so Hospitalisierungstendenzen entgegenzuwirken)
- psychoedukative (intensive Aufklärung über die Erkrankung, ihre Behandlungsansätze sowie pathogene Einflussfaktoren sind von großer Wichtigkeit für die Behandlungsmotivation und die Vermeidung bzw. den Aufschub von Rezidiven, sie helfen den Betroffenen sowie deren Angehörigen, mit der Erkrankung besser umgehen und leben zu lernen)
- kognitive (hierbei geht es nicht nur um den Erhalt von bleibenden kognitiven Fähigkeiten, um Aufmerksamkeits- und Konzentrationstraining, es sollen auch relevante Selbstinstruktionen zur Bewältigung belastender Ereignisse gelernt und vertieft werden, um so die psychogenen Einflussfaktoren gering zu halten)
- sozio- und milieutheraeutische Behandlungsansätze (hier geht es um die Aufrechterhaltung eines strukturierten, sinnvollen und die Fähigkeiten erhaltenden Tagesablaufs, es geht um rehabilitative Maßnahmen zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit nach dem Prinzip der kleinen Schritte).

Übungszentrierte, Ich-bildende, stabilisierende, supportive Techniken kommen dabei überwiegend zum Einsatz.

## Tiefenpsychologisch orientierte psychotherapeutische Ansätze in der Arbeit mit psychiatrischen Patienten

Wie aber werden wir bei allem Pragmatismus einem tiefergehenden, tiefenpsychologisch orientierten psychotherapeutischen Anspruch in der Arbeit mit psychiatrischen Patienten gerecht? Lässt sich diesem Anspruch überhaupt gerecht werden?

Ich denke ja, auch und gerade unter den erwähnten Settingbedingungen in der täglichen Arbeit und ich denke, es geht dabei vor allem um die Entwicklung einer therapeutischen Haltung.

Diese speist sich für Psychotherapeuten aus einer Haltung des *Präsent-Seins* für den anderen: Im therapeutischen Kontext stellen wir uns dem Patienten als Gegenüber zur Verfügung, wir versuchen, ihm „ein Ohr zu leihen“. In diesem „Leihgeschäft“ stellen wir dem Anderen nicht nur unser Ohr, sondern damit unsere ganze Aufmerksamkeit, Achtsamkeit, Wahrnehmung zur Verfügung. Gerade Musiktherapeuten sind geschult in der Haltung des *Zuhörens*: Es geht darum, nicht nur „das Symptom“ des Patienten wahrzunehmen, sondern gleichsam *dahinter* zu horchen, hinter einer verworrenen Aussage das vielleicht noch Gemeinte erahnen zu wollen.

Mit der Analyse der bekannten Inhalts-, Gefühls- und Beziehungsebenen kommen wir oft nicht weit bei Patienten, die Worte manchmal widersprüchlich

gebrauchen, deren Sprachbilder nicht einfach zu deuten sind. Dazu eine Patientin (zit. in Sechehaye 1973, S. 94): „sie (die Worte) kamen von ganz allein und sollten überhaupt nichts bedeuten... Es war nur der Klang, der Rhythmus, der einen Sinn ergab.“ Beim Zuhören geht es also mehr um eine Suchbewegung, oft unsystematisch und intuitiv, welche das Ausgedrückte in ein Verhältnis zum momentanen therapeutischen Prozess zu setzen sucht und so dem Patienten hilft beim Entschlüsseln seiner Worte oder beim Symbolisieren seiner Wahrnehmungen.

Aus der Haltung des Zuhörens lassen wir weiter zu, dass wir *berührt werden*, dass der andere einen Eindruck auf uns, oder besser in uns hinterlässt, wir stellen unser Erleben zur Verfügung. Wir verbinden uns innerlich mit diesem Eindruck, *synchronisieren* uns mit dem Anderen, gehen *in Resonanz* mit dem von Anderen Ausgedrückten, und bieten, indem wir Resonanz geben oder eine *Antwort* suchen, Hilfe an beim Entschlüsseln des Erlebens und Empfindens des Patienten. In der Musik tun wir dies gleichermaßen auf eine ernste und spielerische Art und Weise.

Dieses Zuhören ist einerseits gestützt von „*Verstehen*“ – auf der anderen Seite ermöglicht es Verstehen: Tragendes Fundament für Verstehen ist zunächst das *Wissen* um das innere Erleben des psychiatrisch Kranken, die Kenntnis über Symptomatik, Krankheitsverlauf, Denk-, Verhaltens- und Erlebensmuster im Krankheitsverlauf. Vertieftes Verstehen wird jedoch erst möglich, wenn wir uns in unserem eigenen Erleben *einlassen auf das Erleben des Patienten*, uns dem Fremden/Befremdenden annähern. Engelmann (2006) betont, dass es dabei nicht um übergriffiges Sich-Angleichen gehen darf, um eine fiktive Überwindung der Fremdheit. Vielmehr geht es darum, das Anders-Sein anzuerkennen und einen Umgang damit zu finden, welcher die Erfahrung ermöglicht, abgegrenzt, aber nicht alleine zu sein. In dieser Anerkennung der Fremdheit kann, so Ursula Plog (1997, S. 47) „der Andere sich auf den Weg machen, sich verstehen zu wollen“.

Dabei zwingend notwendig ist auch das *Verstehen von Ambivalenz, Abwehr und Widerstand*, welches uns als therapeutisch Tätige ermöglicht, Ruhe und Verständnis und Gelassenheit aufzubringen für die innere Welt des Patienten. Oftmals fürchtet dieser, sich in der Annäherung, im Zulassen von Nähe zu entdifferenzieren und aufzulösen, während ihn auf der anderen Seite das Grundgefühl der Isolation und Einsamkeit, ein Gefühl der Fremdheit und des Unverstanden-Seins auch sich selbst gegenüber bedroht. So schreibt eine Patientin (zit. nach Benedetti 1994, S. 187): „Es ist eine Art Ansteckung; ich vermische mich mit jedem. Es werden mir ganz fremde Teile angeklebt... Irgendwie habe ich auch Angst, aus dem Anderen mich selbst zu machen.“

Dem furchtlos begegnen zu können, setzt ein *Verständnis und einen guten Umgang mit Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühlen* voraus. In der Annäherung an das Erleben des Patienten werden wir allzu leicht erschreckt von den Gefühlen des sich Auflörens und des Zerfallens, der Ohnmacht oder Angst, der

Fremdheit oder Nichtigkeit, wenn alles gleichermaßen „deprimierend sinnlos und erdrückend bedeutungsvoll“ zu sein scheint, wie Sylvia Kunkel (2009, S. 103) dies beschreibt. Und immer drohen wir verwickelt zu werden in Inszenierungen und uneindeutige Beziehungsmuster des Patienten.

Die eigene Abwehr versteckt sich auch leicht in Ungeduld, Aktionismus, Überlegenheit, Abwertung, Etikettierung..., manchmal aber auch in „seelischen Gegenbewegungen“. Dann verausgaben wir uns darin, den Depressiven aufzumuntern zu wollen, dem Uneinsichtigen gut zuzureden oder den Unruhigen mit strenger Strukturiertheit glauben eingrenzen zu müssen.

Vor dieser Art sich selbst verausgabendem Handeln schützt uns nicht zuletzt auch das *Wissen um die Entwicklung seelischer Strukturen*. Wir müssen verstanden haben, auf welche Weise der Mensch Identität und Selbstkongruenz entwickelt, oder in welchen Schritten sich Beziehungsfähigkeit entwickelt und manifestiert. Erst so können wir den psychiatrisch Kranken auf eine angemessene Weise unterstützen, diese in der Erkrankung verloren gegangenen Strukturen und Möglichkeiten wieder neu zu gewinnen und zu festigen. Dabei helfen uns die Grundlagenkenntnisse aus der Säuglingsforschung, die uns aufzeigen, wie der Mensch in Beziehung zum Anderen tritt, aus dem Umsorgt- und Umhüllt-Werden heraus schrittweise Kontur als Gegenüber gewinnt und seine Identität über den Austausch, das Bespiegelt-Werden vom anderen ertastet und formt.

Ich hoffe, es ist deutlich geworden, in welcher Weise Zuhören und Verstehen die psychotherapeutische Haltung charakterisieren. Diese kann nun *handlungsleitend* werden in Qualitäten, welche grundsätzlich eine günstige Wirkung auf die psychische Entwicklung haben. Es sind dies Eigenschaften, die zu den „unspezifischen Wirkfaktoren“ von Psychotherapie zählen. Unter Verweis auf Luc Ciompi (1982) nennt Dorothee Storz (2006) hier *Empathie, Geduld und Verständnis, Ruhe und Gelassenheit, Einfachheit und Eindeutigkeit, Verlässlichkeit und Kontinuität, Vertrauen und Toleranz, Authentizität und das Erkennen der eigenen Grenzen*.

Im musiktherapeutischen Handeln zeigen sich diese Qualitäten in musikalischen Spielqualitäten, die sich *„auf ein mitschwingendes Präsentsein, auf eine nachvollziehbare Begleitung und Verstärkung, auf ein aktives und gleichzeitig empathisches Mitspiel beziehen und die sich am Grad der Ausdrucksfähigkeit des Patienten orientieren“* (Storz, 2006, S. 35).

Nun, wie genau vollzieht sich das in der musiktherapeutischen Arbeit?

Betrachten wir die musikalische Improvisation zunächst des Patienten für sich alleine genommen (ohne die Begleitung des Therapeuten): Aufgefordert zum musikalischen Handeln spielt er ein paar Töne auf dem Vibraphon, einem Xylophon oder dem Klavier. Diese Instrumente werden gerne gewählt, denn die abgestuften Klangstäbe bzw. die bekannte Anordnung der Tastatur am Klavier verspricht Überschaubarkeit und Struktur. In ihrer Dissertation über „Grundverhältnisse,

Beziehungsformen und Interaktionsmuster im musiktherapeutischen Erstkontakt mit schizophrenen Patienten“ beschreibt Silvia Kunkel (2009), wie Patienten in diesen ersten Spielversuchen zumeist auf Bekanntes, Vertrautes und (mehr oder weniger) Beherrschtes zurückgreifen. Trotz der stereotyp wirkenden, von Endloswiederholungen geprägten, monoton wirkenden Spielweise mit ihrem unlebendigen, maskenhaften Charakter ist eine solche erste musikalische Aktion „in hohem Maße willentlich intendiert und kontrolliert“ (Kunkel, 2009, S. 105). Über dieses *Handeln* werden „Absicherungen geschaffen, Vorhersagbarkeit und Kontrollierbarkeit“ (Kunkel, 2009, S. 106).

Über die so sich entwickelnde Musik wird Handeln zum *sinnlichen Erleben* – hier möglicherweise im monoton sich wiederholenden Tongefüge ein Gefühl der Vertrautheit und Orientierung. Stören wir den Patienten in diesem Prozess nicht, sondern begleiten ihn darin aufmerksam und geduldig und lassen ihm Zeit, so kann dieses Erleben langsam übergeführt werden in ein *wahrnehmbares Gefühl*, welches im Nachgespräch zum Spiel *reflektiert* und mit anderen Mustern verknüpft werden kann. Aus diesen Verknüpfungen ergeben sich möglicherweise *neue Spielideen und Handlungsmöglichkeiten*, z.B. in der Aufforderung, das eben gespielte leicht abzuwandeln oder zu ergänzen oder der eigenen Wahrnehmung die Wahrnehmung des Mitspielers hinzuzufügen. In diesem kreativen Kreisprozess werden so *Emotion und Kognition, Handeln und Wahrnehmen miteinander verknüpft* und so ein heilsam kreativer Prozess in Gang gesetzt.

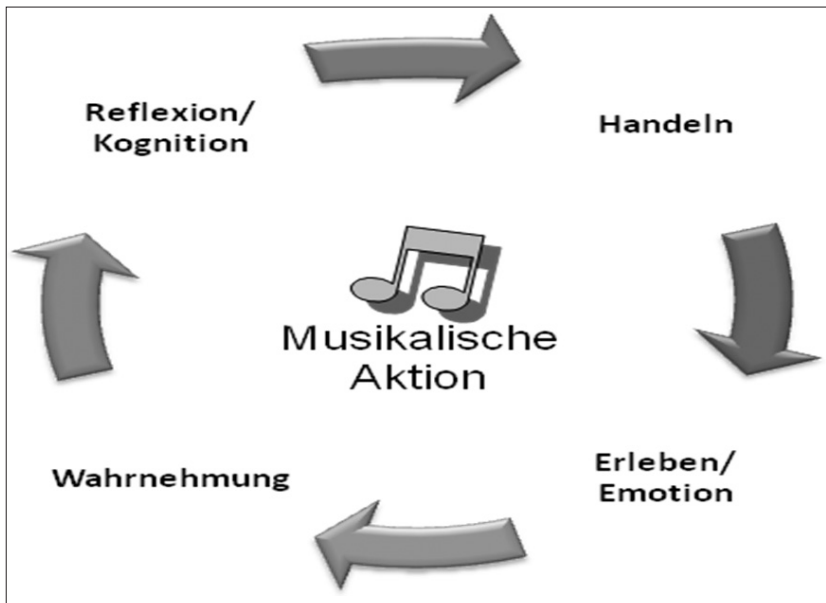


Abb. 1: kreativer Kreisprozess

Zu dieser Erfahrung kommt durch das empathische Mitspielen des Therapeuten noch eine weitere Dimension dazu: Denn der Patient spielt nicht alleine, sondern wird empathisch mitschwingend (Storz, 2006) begleitet vom Therapeuten. Musikalische Aktion wird zur *Musikalischen Inter-aktion*. Mit den Techniken des stützenden Mitspielens passt der Therapeut sein Spiel den Ausdrucksmöglichkeiten des Patienten an, und in der Haltung des Containment macht er die darin zum Ausdruck kommenden seelischen Bewegungen des Patienten mitvollziehend aushaltbar. Der Patient erlebt dabei, dass er *gehört wird*, dass jemand bereit und geschult ist, sein Erleben innerlich *mitzuvollziehen und zu teilen*, ohne dabei „verschlungen“ zu werden oder „Selbstauflösung“ zu riskieren, wie es vielen therapeutisch ungeschulten Helfern zu ergehen droht. Der Patient erfährt dabei *Resonanz* und kann sich dadurch deutlicher seiner selbst gewahr werden. Wenn es nötig ist, so erfährt er im begleitenden Spiel des Therapeuten auch Regulation: Beruhigung oder aber Anregung. Im Spiel oder auch im Nachgespräch erhält er *Antwort* und Bestätigung oder Differenzierung seines Erlebens, und er erfährt im spielerischen Handeln über etwas Drittes (die Musik) *Beziehung*.

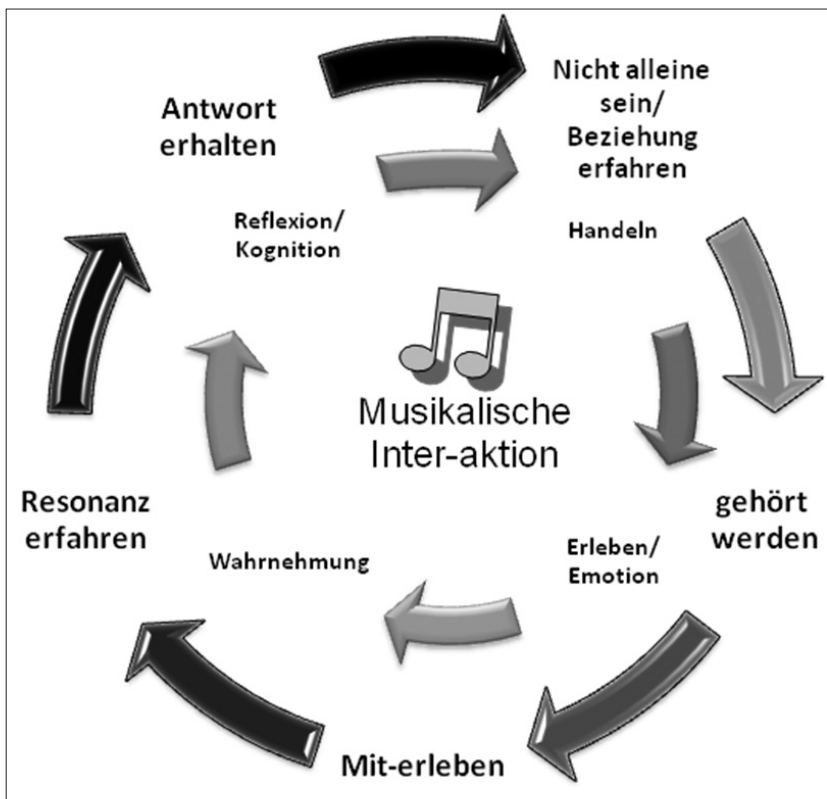


Abb. 2: Kreisprozess der Beziehung und kreativer Kreisprozess

Damit wird der *creative Kreisprozess (Innenkreis)* mit dem *Kreisprozess der Beziehung (Außenkreis)* verknüpft. Der Patient erfährt darin Selbstwirksamkeit und wird bespiegelt – beides bedeutsame Aspekte in der Stabilisierung von Identitätserleben – und beides wichtige Wirkfaktoren in der Psychotherapie psychiatrisch kranker Menschen.

Damit sie im Sinne der Identitätsbildung wirksam werden können, ist es erforderlich, dass diese Kreisprozesse dicht an den seelischen Möglichkeiten des Patienten orientiert sind, an seinen Möglichkeiten, sich aus sich heraus auszudrücken, eigenes Erleben zu formen und Beziehung zuzulassen. Andernfalls verkommt die musikalische Interaktion zu einer sinnentleerten Übung, der Patient fühlt sich fremdbestimmt von irgendwie gearteten Ansprüchen des Therapeuten an seine Entwicklung und Genesung und kann sich nicht mit der neuen Erfahrung verknüpfen. Im passenden therapeutischen Sinne kann der Patient erleben: Ich fühle, also bin ich. Ich werde verstanden, also ist mein Empfinden „richtig“. Ich bin.

Handeln und Wahrnehmen, Erleben und Reflektieren, gehört werden und Antwort erfahren – das passiert in jeder Musiktherapiestunde in jedem Setting in vielen unterschiedlichen Interventionen. Hier liegt in der Tat der Unterschied zwischen rein symptomzentriertem und tiefgehendem psychotherapeutischen Arbeiten in der Psychiatrie. Im besten Falle verknüpfen wir diese beiden Herangehensweisen in unserem therapeutischen Angebot.

## Literatur

- Ammon, G. (1974): From psychoanalytic standard method to analytic group therapy: Common points and differences. *Samiksa* 28(4), 139–157.
- Andritzky, W. (1996): Unkonventionelle Heilweisen in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken Deutschlands. *Gesundheitswesen* 58(1), 21–30.
- Benedetti, G. (1994): Psychodynamic reflections on the delusion of persecution. *Nordic Journal of Psychiatry* 48, 391–196.
- Burghardt, M. (2006): „Musik ist verwandeltes Leid“. Über sprachliche und nicht-sprachliche Symbolisierung in der Musiktherapie. In: Rentmeister, U. (Hrsg.): *Lärmenden Stille im Kopf. Musiktherapie in der Psychiatrie*. Wiesbaden.
- Carr, C. (2012): Group music therapy for patients with persistent post-traumatic stress disorder – an exploratory randomized controlled trial with mixed methods evaluation. *Psychol Psychotherapy* 85(2), 179–202.
- Ciampi, L. (1982) *Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung*. Stuttgart.



- Clarkin, J. F. & Levy, M. (2004): The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: Rationale and methods. *Journal of Personality Disorders* 18(1), 52–72.
- Cohan, J. (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale.
- De Backer, J. (2006): *Musikalische Form und Psychose. Eine klinische Forschung*. In: Rentmeister, U. (Hrsg.): *Lärmenden Stille im Kopf. Musiktherapie in der Psychiatrie*. Wiesbaden.
- Dörner, K. & Plog, U. (1984): *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. Bonn.
- Engelmann, I. (1995): *Musiktherapie in psychiatrischen Kliniken*. *Nervenarzt* 66, 217–224.
- Engelmann, I., (2006): *Von fremden Ländern und Menschen. Rezeptive Musiktherapie „Musikalische Reise“ in der psychodynamischen Psychiatrie*. In: *Jahrbuch Musiktherapie 2006*, Wiesbaden.
- Eschen, J. Th. (Hrsg.) (2002): *Analytical Music Therapy*. London.
- Frohne-Hagemann, I.; Pleß-Adamczyk, H. (2005): *Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen.
- Gold Chr., Haldal T. O., Dahle T., Wigram T. (2005): *Music Therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses*. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 2*. Art. No: CD004025.
- Gold, Chr. (2006): *Wirksamkeit von Musiktherapie bei Schizophrenie. Eine Übersichtsarbeit von randomisierten Studien*. In: Rentmeister, U. (Hrsg.): *Lärmende Stille im Kopf. Musiktherapie in der Psychiatrie*. Wiesbaden.
- Gold, Chr.; Solli H. P.; Krüger V.; Lie S. A. (2009): *Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders. Systematic review and meta-analysis*. *Clinical psychology review* 29(3), 193–207.
- Grawe, K. (1994): *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen.
- Heigl-Evers, A, Heigl, F. (1983): *The interactional principle in individual and group psychotherapy*. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 29(1), 1–14.
- Hillecke, Th., Wilker, F. W. (2007): *Ein heuristisches Wirkfaktorenmodell der Musiktherapie*. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin* 28, 62–85.
- Isermann, H. (2006): *Musiktherapie in der Behandlung schizophrener Patienten. Eine Falldarstellung im Blick auf Analogien zwischen musikalischen und therapeutischen Prozessen*. In: Rentmeister, U. (Hrsg.): *Lärmende Stille im Kopf. Musiktherapie in der Psychiatrie*. Wiesbaden.
- Kallert, T. W.; Schützwohl M.; Matthes C. (2003): *Aktuelle Struktur- und Leistungsmerkmale allgemeinpsychiatrischer Tageskliniken in der Bundesrepublik Deutschland*. *Psychiatrische Praxis* 30, 72–82.
- Knothe, K., Reinhardt, A., Winiecki, P., Kallert T. W. (2008): *Musiktherapie in einer psychiatrischen Tagesklinik*. *Musiktherapeutische Umschau* 29(2), 128–143.

- Kölsch, S. (2005): Investigating emotion with music – neuroscientific approaches. *Annals of New York Academy Sciences* 1060, 1–7.
- Kunkel, S. (2009): Möglichkeiten und Formen emotionaler Differenzierung im musiktherapeutischen Erstkontakt mit schizophrenen Patienten. In: *Jahrbuch Musiktherapie* Bd. 5, Wiesbaden.
- Kupski, G.: (2007): Borderlinestörung und Musiktherapie im Kontext der Dialektisch-Behavioralen Therapie. *Musiktherapeutische Umschau* 28(1), 17–27.
- Möller, H. J., Laux, G., Deister A. (2005): *Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart.
- Mössler, K., Assmus, J., Heldal, T. O., Gold Chr. (2012): Music therapy techniques as predictors of change in mental health. *The Arts in Psychotherapy* 39(4), 333–341.
- Oerter, U., Scheytt-Hölzer, M., Kächele, H. (2001): Musiktherapie in der Psychiatrie. *Nervenheilkunde* 20, 428–433.
- Pesek, U. (2007): Musiktherapiewirkung – eine Metaanalyse. *Musiktherapeutische Umschau* 28(2), 110–135.
- Plog, U. (1997): Die Begegnung mit dem Anderen. *Die Psychotherapeutin* 7, 45–50.
- Sechehaye, M. A. (1973): *Tagebuch einer Schizophrenen*. Berlin.
- Silverman, M. J. (2003): The influence of music on the symptoms of psychosis. A meta-analysis. *Nordic Journal of Music Therapy* 40(1), 27–40.
- Stern, D. (1993): Managed care, brief therapy, and therapeutic integrity. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 30(1), 162–175.
- Stern, D. (2000): Therapy with the elderly: introducing psychodynamic psychotherapy to the multi-disciplinary team. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15(6), 500–505.
- Storz, D. (2006): „In mir fällt alles auseinander“. Fokale Musiktherapie als Unterstützung zur Integration der Psychose. In: Rentmeister, U. (Hrsg.): *Lärmende Stille im Kopf. Musiktherapie in der Psychiatrie*. Wiesbaden.
- Strobel, W. (1985): Musiktherapie mit schizophrenen Patienten. Erfahrungen und Überlegungen. *Musiktherapeutische Umschau* 6, 177–208.

Prof. Dr. Dorothee von Moreau  
Fakultät für Therapiewissenschaften der SRH  
Hochschule Heidelberg  
Maria-Probst-Str. 3  
69123 Heidelberg  
dorothee.moreau@hochschule-heidelberg.de



# Im Garten der Möglichkeiten Kultivierung von Erfahrungsmodi

## In the Garden of Possibilities Cultivation of Experiential Modes

Frank G. Grootaers, Bad Honnef

*Im Folgenden geht es um die Darstellung der methodischen Handhabung von drei Materialien in meiner Musiktherapiepraxis. Dies ist eine ambulante Praxis für erwachsene Selbstzahler. Sie bietet ein Beratungsmodell von etwa 25 Sitzungen an. In diesem Essay soll besonders hervorgehoben werden, welchen Wert die einzelnen methodischen Schritte für die Beratung selbst haben und wie dadurch die Bedeutung einer solchen Beratung als Ganzes einen wirksamen Stellenwert im Leben der Patienten erhält.*

*Die hier dargestellte Musiktherapie versteht sich als Kultivierung von spezifischen Erfahrungsmodi: Spiel- und Hörerfahrung, Erzählerfahrung (Alltagsepisoden) sowie erinnerte Traumberichte.*

*Wir nennen im Folgenden diese ganze Behandlung einen Garten der Möglichkeiten. Die drei Erfahrungsmodi werden hier verstanden als Umgangsformen mit der Wirklichkeit in diesem Garten und darüber hinaus als Kultivierung von Weltumgang schlechthin.*

*Anhand eines leitenden Fallbeispiels wird so jeder Erfahrungsmodus in jeweils vier Schritten ausgelegt.*

- 1. Schritt: Auffindung des Materials*
- 2. Schritt: Zubereitung*
- 3. Schritt: Kultivierung*
- 4. Schritt: Sinnverknüpfung zwischen den Erfahrungsmodi*

*The following article addresses the methodical handling of three materials in my music therapy practice. This is an outpatient practice for adult self-payers. It offers a counseling model for approximately twenty-five sessions. In this essay, particular emphasis is placed on the value of the individual methodological steps, in and of themselves, for counseling and how the meaning of such counseling, as a whole, attains great significance in the patient's life.*

*The music therapy presented here is understood as a cultivation of specific experiential modes: playing and listening experiences, narration experiences (episodes of everyday life), as well as recalled dream narratives.*

*We refer to what follows here, in its treatment entirety, as a "Garden of Possibilities". The three experiential modes are understood as ways of handling the*

*reality in this garden and, furthermore, as a cultivation of everyday interactions per se. By means of an exemplary case study, each individual experiential mode will be laid out in four steps.*

*Step 1: Finding Materials*

*Step 2: Preparation*

*Step 3: Cultivation*

*Step 4: Finding Meaningful Connections Between the Experiential Modes*

„Weil nun alle diese Wirkungen im gleichen Zeitmoment zugleich vorgehen, so kann alles und jedes zu gleicher Zeit eintreten.“

„...; deswegen denn auch das Besonderste, das sich ereignet, immer als Bild und Gleichnis des Allgemeinsten auftritt.“

Goethe, J. W. v.: Maximen und Reflektionen. In: Goethes Werke, Hamburger Ausgabe, Bd. 12, S. 367f

## Eine kleine Vorgeschichte

Noch während meiner institutionellen Anstellung als Musiktherapeut und Psychotherapeut ergab sich seit 2004 die Chance, mich von der Verpflichtung zu suspendieren, weiterhin offizielle Verlängerungsanträge für die Krankenkassen zu schreiben, bzw. therapeutische Epikrisen zu verfassen für die Entlassungsberichte an die überweisenden Ärzte. Ich nahm die Gelegenheit wahr, mich (endlich!) loszusagen von jeglicher theoretischer, therapeutischer, ätiologischer wie diagnostischer Orientierung an Krankheitslehren. Von da an bezeichne ich meine Arbeit den mir anvertrauten Patienten gegenüber als *Beratung* (anstatt Therapie) und den Behandlungsrahmen mitsamt seinen konzeptionellen Implikationen nenne ich einen *Garten der Möglichkeiten*.

Die Implikationen der Gartenmetapher will ich hier ausführen und an einem abgeschlossenen Fall demonstrieren. Ich hebe anhand dieses Konzeptes den Wert und den Stellenwert eines methodischen Vorgehens überhaupt hervor. Ich expliziere, auf welche Art der Auslegung mein Konzept besonderen Wert legt und suche von dort her den Stellenwert von Musiktherapie mit der o. g. Klientel plausibel zu machen.

## Der Garten der Möglichkeiten

### 1. Die Gartenmetapher.

Wenn es um den Wert einer Sache geht oder auch um den Stellenwert einer solchen innerhalb eines Systems, so ist es im Falle der Musiktherapie hilfreich, sich dieser Sache mit einem metaphorischen Begriff anzunähern. Hier scheint mir die Gartenmetapher sinnvoll zu sein.

Die Wirkungswelt Musiktherapie also als Garten des Möglichen. Das Gartenbild verweist zunächst darauf, dass mit einer solchen Wirkungswelt von vornherein ein Kulturraum gemeint ist. Die kunstvolle Installation des Behandlungsraumes als kunstvolle Einrichtung beabsichtigt ebenfalls eine Kultivierung von anderem. Die Wirkungswelt Musiktherapie dient somit einer Kultivierung. Was soll da kultiviert werden? Was heißt in diesem Falle Kultivierung? In welchen methodisch nachvollziehbaren Kultivierungsschritten soll diese Kultivierung vonstatten gehen? Das sind einige Fragen, die im Folgenden behandelt werden.

## 2. Die Grenzen des Gartens

Die Gartenmetapher verweist außerdem auf Grenzen und dies in zweifacher Hinsicht. Zunächst stellen wir die Frage: Wie kommt man hinein, wie geht man hindurch und wie kommt man wieder heraus? Damit wird betont, dass die Wirkungswelt Musiktherapie eine Vorübergehende ist. Das *Übergängliche* (Goethe) erfährt hier eine besondere Würdigung. In Erfahrungsübergängen werden alte Gewohnheiten spürbar gemacht (Konstruktionserfahrung) und ebenfalls im Übergang werden vergessene Übergangsmöglichkeiten eröffnet (Übergangserfahrung). Des Weiteren geht es um interne Grenzen. Fragen werden aufgeworfen wie: Was ist möglich? Welche Bedingungen müssen erfüllt sein, damit die beiden genannten Grunderfahrungen – Konstruktionserfahrung, Übergangserfahrung – überhaupt möglich werden?

Solche Bedingungen zeigen sich in einer ersten Annäherung an die drei Materialien:

Die *Klangproduktionen* finden ihren materialen Anhalt an den zur Verfügung gestellten Musikinstrumenten: Darin toben sich Auswahl und Ausschluss von Seiten des Patienten aus; aber auch die Installation selbst – der gestellte Garten – ist in seiner Wahl wohlbedacht und von vornherein begrenzt.

Die *einfallenden Alltagsepisoden* grenzen ein Alles und ein Allessagen ein, aber eröffnen durch diese Eingrenzung eine narrative Produktionsnot, die sich abhebt von einem Allessagen (Freud). Die Forderung nach einfallenden Alltagsepisoden rückt den gelebten Alltag als All-Tag in die Mitte der Interpretation. Eine weitere besondere Einschränkung liegt darin, dass der Patient sich nur den in der Situation einfallenden Episoden oder / und Träumen zu widmen habe. Dies bewirkt die Kultivierung eines Denkens von dem Einfallenden her. Ein solches Denken hebt sich somit ab von Diskussionen und Allgemeinplätzen. Es geht hier in dieser Kultivierung um eine Wiederbelebung von Erzählen-Können.

Das Aufgreifen von *erinnerten Träumen* eröffnet die Möglichkeit, die Spielmomente und die Alltagsereignisse in Austausch zu bringen mit der produktiven Unruhe eines Seelennachtlebens und sie auf diese Weise nutzbar zu machen für eine allmähliche Verfertigung einer psychologischen Rekonstruktion des konkreten Weltumgangs.

### 3. Das Unmögliche oder das Außerordentliche

Hier nun ein Wort über die Unmöglichkeiten im Garten der Möglichkeiten. Die Negation, die in dem Präfix un- anklingt, bedeutet eine Positivität. Die Unmöglichkeiten sind Randphänomene, die das Mögliche umgeben. So gesehen führen die Möglichkeiten stets etwas Unberechenbares mit sich. Dieses Unberechenbare trachtet danach, über die geregelte Ordnung des Möglichen hinauszugreifen, sie zu überbieten, zu übersteigen. Die Unmöglichkeiten sind ein *wildes Sein* (Merleau-Ponty), welches durch die geregelten Ordnungen an den Rändern derselben mit-ist.

Das Verspüren eines Begehrens nach Unmöglichem weist hin auf die dämonische, ungeheuerliche Kehrseite, die jeder Kultivierung von Wirklichkeit inneohnt. Oder besser gesagt, um im Bild der Randmetaphorik zu bleiben: Die geregelten Kultivierungsordnungen sind Tag und Nacht umgeben von einer unmöglichen, außerordentlichen Kehrseite. Einem solchen Begehren nachzugeben, das kann umschlagen in Vernichtungskatastrophen, es kann aber auch zu einem Überschuss an innovativen Produktionen führen.

So z. B. in der Klangproduktion: Es kann vorkommen, dass jemand alles kurz und klein schlagen möchte. Im Umgang mit den Musikinstrumenten würde dies bei weitem die Grenzen des Spielens überschreiten; dies zu verspüren würde aber das Spielen mit Grenzen erst in den Blick rücken. Im leitenden Fallbeispiel kommt der Patientin in den Sinn, zu rufen: „Halt die Klappe!“ Dies wäre ein solcher Moment einer Berührung mit Unmöglichem. Sie möchte eine Mitbedingung des Spielens weghaben.

In den Alltagsepisoden: Das Erzählen von etwas driftet ab in ein Schimpfen über etwas. Aus der Erzählung erwächst dann eine opernhafte Szene oder sie löst einen Heulkampf aus oder sie führt in Versteinerungen. Auch dieses Szene-Machen ist durchaus produktiv zu verstehen: Die Wucht der Affektionen setzt das Erzählen selbst außer Kraft. Es überschreitet das Erzählte und macht spürbar, was es heißt, das Leben kultivieren zu sollen. Nicht nur die griechischen Dramen liefern Beispiele dafür, sondern eben auch die Patientengeschichten. Hierbei können wir der Nachträglichkeit eines Traumas – welcher Art auch immer – gewahr werden.

In den erinnerten Träumen: Die Traumproduktionen können sich so ausbreiten, dass damit der Alltag völlig überfahren wird. Auch innerhalb der Traumszenen und der Traumbilder kann es nicht krass genug hergehen; die Träumerin setzt sich selbst vor ihren Traum wie das Kaninchen vor die Schlange. Das könnte auch den Therapeuten dazu verführen, sich zu erschrecken.

Fazit: Die offene geschlossene Möglichkeit des Gartens weckt an ihren Rändern immer auch das Unmögliche bzw. das Außerordentliche und das sollte in der Interpretation mit berücksichtigt werden. Wer das Mögliche verspürt, soll das Unmögliche nicht für undenkbar halten.

*„So findet sich ein Außerordentliches, das vereinbar (Hervorg. F. G.) ist mit begrenzten Ordnungen, bei denen Ein- und Ausgrenzung, Ermöglichung und Verunmöglichung Eins sind.“ (Waldenfels 1987, 189)*

#### 4. *Transposition, Übertragung, Brechung*

Wenn Mögliches und Unmögliches, Ordentliches und Außerordentliches *vereinbar* sind, dann will das auch sagen, dass der Garten der Möglichkeiten kein *hortus conclusus* ist, umgeben von einer hohen Burgmauer, sondern dass die ganze Wirrwarrwelt sich im Garten komplett abbildet. Komplett heißt aber nicht vollkommen, sondern ungefähr vollständig oder unvollkommen vollständig.

Anders gewendet: Die habituellen Umgangsformen mit der großen Wirrwarrwelt „da draußen“ werden in jedem Fall (im doppelten Sinne des Wortes) transportiert, übertragen auf die möglichen Materialien im kleinen Garten der Möglichkeiten, im Behandlungszimmer der Musiktherapie.

Bezogen auf die morphologische Brechungsmetaphorik heißt das: Meine gewohnten unsichtbaren Umgangsformen, mit denen ich die Welt „da draußen“ willentlich – unwissentlich zu hantieren suche, brechen sich (prismatisch) im Umgang mit den drei genannten möglichen Materialien: im Spiel, im Erzählen, in den Träumen.

Partiell gilt dies natürlich auch in dem Umgang des Patienten mit der Person des Therapeuten; letzteres wird nur marginal mitberücksichtigt, zumal es sich hier um Kurzbehandlungen handelt. Damit sind Übertragungskultivierungen im engeren Sinne Grenzen gesetzt. (s. auch: Grootaers 2012, 113)

Die Musiktherapie als Wirkungsanalyse, dazu folgendes Zitat: „*Das lässt sich dem Handhaben eines Prismas vergleichen: Das Prisma ist ein Mittel, das verrückt und steigert, das ein Dazwischen freilegt, das ein „Bild“ zugleich in einem schrägen, anderen Ausblick zeigt.*“ (Salber, 1959, 1975<sup>4</sup>, 214).

Das hat Konsequenzen für die Interpretation der Ereignisse im Behandlungsraum. Es bedeutet, dass alles, was dort im Garten geschieht, seinen unverbrüchlichen Bezug hat zu der Lebenswelt des Falles. Hier ein Beispiel: Die Patientin kommt leicht verfrüht ins Behandlungszimmer. Sie stürmt hinein, steht mitten im Raum und fragt: „Darf ich schon hereinkommen?“

Im bürgerlichen Leben könnte man unendlich viele Antworten auf eine solche Frage erfinden. Wenn ich die Frage auf mich bezöge, fühlte ich mich in die Position versetzt, als ein Jemand, der über Erlaubnis und Verbot verfügte. Das kann es nicht sein. Also, worauf bezieht sich denn wohl die Frage? Der Vertrag nämlich sagt ausdrücklich, dass die Patientin über das Ganze der installierten Instrumente verfügt, sie mietet diese. Im Rahmen einer Wirkungsanalyse antworte ich, indem ich diese Frage nicht auf mich bezogen auffasse. Ich antworte sozusagen mit einer Denkpause; ich beziehe die Frage auf das Ganze der Möglichkeiten und als eine zur Zeit für die Patientin existenzielle Frage. Der Handlungsdrang – stürmisch Hereindringen – wird sofort konterkariert mit der bangen Frage, ob es nicht unmöglich sei, so hereinzustürmen und ohne Umschweife anfangen zu wollen. Ich sage der Patientin, dass es nicht meine Aufgabe sei, etwas zu erlauben, noch etwas zu verbieten, weise auf den Arbeitsvertrag hin und bespreche mit ihr die antwortenden Gedanken, die mir auf ihre Frage hin „Darf ich?“ durch den Kopf gegangen sind. Das Gespräch kommt dann auf Befürchtungen, etwas (das Ganze!) zu versäumen. Anders gewen-



det: Die Frage nach dem Dürfen und die Aktion (das Stürmen) werden als eine Szene aufgefasst und diese Szene wird bezogen auf eine habituelle Umgangsform mit Wirklichkeit überhaupt. So wie hier, so auch dort und umgekehrt. Die drangvolle Szene hier im Garten wird aufgefasst als eine *typische* Umgangsform im Alltag der Patientin. Durch eine solche Typisierung wird ein ‚So ist es‘ spürbar (Konstruktionserfahrung). Konstruktionserfahrungen gelingen, wenn man die Ereignisse im Garten der Möglichkeiten auf jeweils spezifische Weise kultiviert. Erfahrung macht man so richtig, wenn man Begriffe für sie hat. Deshalb gipfelt alle Wirkungsanalyse in Sätzen, in benennbaren Sinnfeldern, in denen die Nichtigkeiten mit dem Ganzen einer gelebten Lebenswelt verknüpft werden. Das kleinste Ereignis wird prismatisch gebrochen, in dem man es unter der Perspektive einer typischen Inszenierung von Wirklichkeit betrachtet und benennt.

### 5. *Der Gang der Kultivierung*

Wie alles, was einer Psycho-Morphologie in die Finger kommt, wird der Kultivierungsprozess der drei genannten Materialien (Spiel – Narration – Träume) in vier methodischen Schritten begangen.

In Übersicht: Die Spielerfahrung staffelt sich in folgende psychologische Veranstaltungen:

1. Schritt: Selektion und Exklusion
2. Schritt: Spielen als Kultivierung von Handeln (Notwendigkeit des Spielens)
3. Schritt: Das Abhören der Produktion vom Tonband, d. h. Kultivierung der Hörerfahrung durch mehrfaches Hin- und Herhören und Benennen des Gehörten in einem gemeinsamen Benennungsprozess
4. Schritt: Sinnverknüpfungen zwischen den Grundverhältnissen, den Polaritäten und den autonomen Bewegungen des musikalischen Materials

Die Erzählerfahrung staffelt sich in folgende Veranstaltungen:

1. Schritt: Kultivierung eines anderen Denkens (Denken von den Einfällen her)
2. Schritt: Das Erzählen selbst als Kultivierung von Erzählen (Erzähle dem Fremden etwas von Dir)
3. Schritt: Gemeinsame Entfaltung der Textanalyse (Einführung in psychologisches Analysieren von Texten)
4. Schritt: Die Sinnebene der Erzählung in Austausch bringen mit den Befunden der Spielerfahrung

Die erinnerten Traumerinnerungen werden auch in vier Veranstaltungen zergliedert:

1. Schritt: Träume erinnern überhaupt, Aufgreifen bizarrer Fragmente
2. Schritt: Die Zerlegung des Textes in Elemente bzw. die Zerstörung des zeitlichen Nacheinanders der Traumerzählung (Kultivierung der Elemente: Wie geht das?)
3. Schritt: Suchen und Rekonstruieren einer überraschenden Sinnebene

#### 4. Schritt: Rückkoppelung der Sinnebene des Traums an die Befunde der Spielerfahrung und der Alltagsepisoden (Rückbindung an die eingangs der Beratung geäußerte Problemschilderung)

Der Wert und der Stellenwert all dieser Schritte und Veranstaltungen ergibt sich somit aus den immanenten *Tendenzen des Materials*. (vgl. dazu: Adorno 1958, 2003, 38)

## Prolegomena

### 1. *Wie so etwas anfängt*

Im leitenden Fallbeispiel beginnt die Beratung mit einer Problemschilderung. Die Patientin verspürt ein Leiden im Umgang mit der Wirklichkeit. Die 44-jährige Frau arbeitet als Personalsachbearbeiterin in der Verwaltung einer Industriefirma, und dies seit Jahren. Sie scheint dort die Fähigste zu sein; sie fungiert als die rechte Hand des alten Chefs, ist aber dadurch auch, so beschreibt sie, Mädchen für alles. Wenn es Fragen gibt, wird sie als erste um Rat gebeten.

Trotzdem: Sie klagt darüber, nicht recht zu wissen, wo ihr Platz sei und was sie denn noch vom Leben zu erwarten hätte. Sie spielt ab und zu mit dem Gedanken, sich das Leben zu nehmen. Am Schluss dieser Schilderungen bemerkt sie: Ihr Problem hätte etwas zu tun mit einer Handlung.

### 2. *Der Spielvertrag*

Nach dieser ersten Problemexploration folgt eine erste gemeinsame Klangproduktion. Der Patientin stehen eine begrenzte Anzahl von einfachen Musikinstrumenten zur Verfügung. Der Therapeut beschränkt sein Spiel auf das Klavierspiel. Der Spielvertrag lautet sinngemäß: *All das hier steht Ihnen zur Verfügung, Sie mieten die Spielmöglichkeiten, es ist ganz und gar Ihre Sache, ich gehe nicht an Ihre Instrumente, Sie mögen nicht ans Klavier gehen. Das ist meine Sache. Außerdem gibt es in diesem Garten der Möglichkeiten keine Wegweiser oder Hinweisschilder, so wie es auch keine ausdrücklichen Verbote gibt.*

Das Wirkungsbild dieser ersten gemeinsamen Klangproduktion ist geprägt von einem druckvollen und hektischen Spiel. Die Patientin spielt gewissermaßen vor sich hin. Das Klavier (der Therapeut) versucht da mitzuhalten, fühlt sich aber bald außen vor gelassen; als ob ein Zusammen nicht erwünscht sei. Die Patientin beschreibt das Klavierspiel als ein störendes Dareinpfuschen; am liebsten hätte sie sagen wollen: „Halt die Klappe!“ Sie vermutete aber, dass sie selbst dann auch nicht hätte weiterspielen können, wenn das Klavierspiel tatsächlich dem Befehl gefolgt wäre. Sie befürchtete, dann allein dazustehen. Die Implikationen dieser Beschreibungsansätze werden natürlich weiter besprochen. Die Produktion wird anhand von Tonbandaufnahmen analysiert. Dazu im weiteren Kapitel ausführlich mehr.

### 3. Einfallendes

#### a) Traumfragmente

Nach einfallenden Gedanken gefragt kommen der Patientin zunächst Traumfragmente in den Sinn.

Traum 1: *„Da ist ein Riesenblatt Papier, ich schreie: Hör auf! Das erdrückt mich!“*

Traum 2: *„Ein Gesicht ist mit Eis bedeckt, das Gesicht zerfällt.“*

Der erste Traum führt zu Gedanken an den sie überlastenden Papierkram auf der Arbeitsstelle; sie müsse etwas reduzieren, um mehr freizuhaben.

Der zweite Traum führt zu Gedanken an Eiskristalle auf Autofensterscheiben; Abkratzen, um die Sicht freizumachen, kommentiert sie dazu.

Erste Anmerkungen zur psychologischen Orientierung:

Ein Seelenhaushalt scheint überlastet; etwas soll weg, schreit nach Befreiung. Hör auf, halt die Klappe, wegkratzen, das alles weist in diese Richtung. Zugleich kann sich eine Bildbefreiung nur ins Werk setzen, wenn das, wovon sie weg will, sichtbar gemacht werden kann. Kurzum: Die Befreiungsbewegung stützt sich paradoxerweise auf das Belastende; die seelische Befreiung ist genau darauf angewiesen.

#### b) Eine Alltagsepisode

Nach einer längeren Denkpause fällt der Patientin folgende Alltagsepisode ein:

*„Am Dienstag hab ich angefangen, meinen Kleiderschrank auszumisten, da sind Sachen, die schon viele Jahre da herumbhängen.“*

*Ich denke: Sammele alles zusammen und fahre zur Kleiderkammer der Caritas. Gedacht, getan. Die Einfahrt zum Hof ist eng; also: Aufpassen – und schon war es passiert – Schramme an der Wand. Tür und Kotflügel neu lackieren. Ehrlich, wie ich bin, habe ich dort meinen Namen angegeben, aber ich denk mal: Da kommt nichts... ja, ich wollte was Gutes tun; nicht einfach so wegschmeißen. Seit wie vielen Jahren hängen die Sachen da schon herum? Außerdem will ich Platz machen, ich will endlich schöne Sachen, nicht immer dasselbe!“*

Diesmal bezieht sich die Befreiungsbewegung auf etwas, was viel zu lange schon *herumbhängt*. Dabei scheint das Wort ‚Herumbhängen‘ auf einen Doppelsinn zu verweisen, auf eine andere seelische Seite: „Lass’ Dich nicht so hängen, tu’ was!“ So sagt man umgangssprachlich.

Besprechung:

Eine musiktherapeutische Wirkungsanalyse geht aus von einer Leidenslage, die ihren ersten Anhalt findet in der Problemschilderung des Falles. Im vorliegenden leitenden Fallbeispiel ist diese Leidenslage charakterisiert durch verschiedene Momente, die aber nicht nur auf ein Leiden hinweisen, sondern ebenso auf ein Gutleidenkönnen: In der Reihenfolge der Schilderung:

Die rechte Hand von jemand sein (Können)

Ein Mädchen für alles sein müssen (Können müssen)

Die erste Ratgeberin sein dürfen (Ratlos in eigener Sache)

Unwissend sein: Wo ist mein Platz? (Woher kommt eine Antwort auf diese Frage?)

Ist in einer solchen Leidenslage noch anderes zu erwarten? (Alles hinwerfen als Verlockung; wer oder was kann mich davor retten?)

Die ganze Lage hängt mit einer Handlung zusammen: Etwas tun? Oder eher etwas lassen? Oder sowohl als auch? Entweder oder? Dies ist somit eine schillernde Wirkungseinheit, die sich in einer beeindruckenden Unentschiedenheit austobt.

Diese Leidenslage wird in drei *Materialien* „gebrochen“, analog einer Lichtbrechung. In den drei Materialien: Klangproduktion, Alltagsepisode, Traumerzählung erfährt die geschilderte Leidenslage sich selbst – Selbsterfahrung anders verstanden. Diese drei Materialien haben in Bezug zueinander – und nur so – ihren eigenen *Stellenwert*. Sie *beraten sich* in diesem Austausch untereinander. (vgl. Grootaers 2010 a, 93)

#### 4. Exkurs über den Materialbegriff

In einer musiktherapeutischen Wirkungsanalyse, wie hier vorgestellt, werden in der Regel drei Materialien zur Hand genommen: die musikalische Klangproduktion, die einfallenden Alltagsepisoden und die erinnerten Träume – falls vorhanden.

Dieses Material ist das konkrete Widerlager der Analyse. Eine solche Analyse erweist sich als Produktionsanalyse. Das wiederum will sagen, dass das Material auch schon eine Produktion ist im Sinne einer schon kultivierten Behandlung von etwas. So ist z. B. die Klangproduktion keine *creatio ex nihilo*, sondern in dieser Klangproduktion brechen sich prismatisch Anleihen, Anknüpfungen, Fortführungen und Suchbewegungen (vgl. dazu Salber 1959, 192 sowie 214). Solche *Bruchlinien* (Waldenfels 2002) von mitgebrachten Erfahrungen werden durch das Mitspielen eines anderen (Therapeut) als das Andere schlechthin in der aktuellen Behandlungssituation um ein mehrfaches weitergebrochen (fraktale Ausprägung). Mitgebrachtes von Seiten der Patientin überträgt sich in der Klangproduktion und Mitgemachtes des anderen (Therapeut) überträgt sich auf die gemeinsame Klangproduktion.

In einer Spätschrift: „Konstruktionen in der Analyse“ (Freud 1937) stellt Freud sich die Frage: „*Was für Materialien stellt er (der Patient) uns zur Verfügung, ...*“ (Freud 1937, 2000, 395 – 398). Wo findet man die gesuchten Materialien? : In *Bruchstücken* verlorener Erinnerungen in den Träumen, in produzierten *Einfällen*, in wichtigeren oder geringfügigeren *Handlungen*. Aus solchem *Robstoff* wollte Freud ein *psychisches Objekt*, ein *vollständiges Bild* rekonstruieren. Dieses *Hilfsmaterial*, bestehend aus den im Schutt gefundenen *Resten* wird durch Ergänzung und Zusammenfügung zu einer *Rekonstruktion* aufgebaut und fungiert dann als *Vorarbeit* für die weitere Analyse. Die ausformulierte Konstruktion wird dann dem Patienten vorgeführt und wird gehandhabt als eine umfangreiche „*Vermutung, die auf Prüfung, Bestätigung oder Verwerfung wartet*“. Freud zitiert Nestroy, um diesen Vermutungscharakter zu illustrieren: „*Im Laufe der Begebenheiten* (Hervorh. F. G.) *wird alles klar werden.*“

Auch dabei wird klar, dass er nicht gemeint haben konnte, dass *alles* klar wird, sondern gemeint ist hier wohl, dass der Zusammenhang zwischen den Bruchstücken klar wird.

In der Salber'schen Erweiterung dieser Freud'schen Entwürfe wird der Begriff des Materials in einer frühen Schrift als *psychischer Gegenstand* bezeichnet (Salber 1959, 1975, 14 und 190).

Solche psychischen Gegenstände werden als *Sinneinheiten* weiter bestimmt; diese wiederum werden als *Formenbildung* benannt. Sie folgen offensichtlich einer bestimmten Materialtendenz, in Richtung *beweglicher Sinnordnungen*.

### 5. Der psychische Gegenstand

Gehen wir zunächst einen Schritt zurück und bedenken den Bedeutungshof des Wortes *Gegenstand*.

Etymologisch verweist Gegenstand sowohl auf ein Ding, als auch auf eine Angelegenheit; Ding wiederum führt zurück zu Begriffen wie Sache im Sinne von Versammlung; es führt zu Begriffen wie Verhandlung, zu einem Fall, zu einem Geschehen. Eine Angelegenheit verweist wiederum auf die zeitlich passende Gelegenheit.

In unserem alltagssprachlichen Umgang mit dem Wort Ding oder Gegenstand wird in der Regel die Bedeutung verengt auf ein Objekt, auf ein ‚Dasda‘ als ein dem Subjekt Gegenüberstehendes. In Salber's *Gestalt auf Reisen* (Salber 1991, 52 und 53) heißt es: „*Das Seelische ist nicht innen und nicht außen – es ist gegenständlich. Der Zusammenhang von Verhalten und Erleben, unser Umgang (Hervorh. F. G.) mit der Wirklichkeit im Alltag (Hervorh. F. G.), er ist nicht kognitiv und er ist auch nicht affektiv: er ist gegenständlich, so wie Lebewesen, Werke, Dinge, Bilder gegenständlich sind*“. „*Gegenständlich sind nicht nur Hasen, Mäuse, Wasser, Steine. Gegenständlich – betastbar, anschaulich, Material, spürbar – sind auch Motoren in Bewegung, Plakat-Wirkungen, Gesänge, Kampfspiele, Wanderungen durch die Wirklichkeit; alle Werke (Hervorh. F. G.), in denen Wirklichkeit sich zu behandeln und zu verstehen sucht.*“

Das seelische Geschehen hat in solchen Gegenständen seinen *materialen Rückhalt*.

Der materiale Rückhalt, das Material als Widerlager, ist das Fundament einer Wirkungsanalyse, einer Produktionsanalyse, einer Existenzanalyse, wie in diesem Fall vorgestellt.

Die Materialität der psychischen Gegenstände: Musikalische Produktion, bzw. Tonbandaufnahme, Alltagspisode, Traumerzählung ist der Prüfstein (fr.: pierre de touche), an dem sich eine gelingende Rekonstruktion des Wirklichkeitsumgangs zu bewähren und als plausibel zu erweisen hat. Vom Material gehen die psychologisierenden Vermutungen, die Hypothesen, die Interpretationen aus und finden zu diesem Material zurück; so gesehen ist das Material unser leibliches Zur-Welt-Sein. (Heidegger, Merleau-Ponty). Das ist mehr und anderes als Denken, Fühlen und Wollen. Apropos: Fühlen:

„*Gefühl weist allenfalls auf die Erlebensqualitäten dieser ganzen Fabrikation in Bewegung hin; aber erklären, warum es im Seelischen so läuft, lässt sich immer nur von dem ganzen Betrieb (Hervorh. F. G.) her. „Erleben“ oder „Erkennen“ sind nicht der ganze Betrieb – genau so wenig, wie der manifeste Trauminhalt eine Einsicht in den latenten „Betrieb“ des Traumes mit sich bringt.*“ So heißt es an früherer Stelle in *Gestalt auf Reisen* (Salber 1991, 52). Hier kommen natürlich eine Fülle

neuer Fragen auf. Eine Frage wäre z. B., worauf sich Denken, Fühlen und Wollen in einer Wirkungsanalyse denn hinweisen? Bedeutet deren vermeintlicher Hinweischarakter nicht eine Reduzierung? Wenn ja, was ist damit gewonnen? Dazu später mehr.

### 6. *Freuds Entwürfe, Salbers Weiterführungen*

Der Gegenstandsbegriff bei Salber, so könnte man sagen, ersetzt gewissermaßen den Freud'schen Personenbegriff.

*„Seelisches wird transparent gemacht als ein Gegenstand, der sich entfaltet und dreht, der Probleme hat, der in einer Geschichte zustande kommt, ...“* (Salber 1991, 53)

In diesen Zeilen wird die Akzentverschiebung zu den Freud'schen Entwürfen spürbar.

So heißt es z. B. bei Freud (Freud 1923, 286):

*„Wir haben uns die Vorstellung von einer zusammenhängenden Organisation der seelischen Vorgänge in einer Person (Hervorh. F. G.) gebildet und heißen diese das Ich (kursiv im Orig.) derselben.“ ... „An diesem Ich hängt das Bewusstsein, es beherrscht die Zugänge zur Motilität, das ist: Zur Abfuhr der Erregungen in die Außenwelt; ...“*

Die zusammenhängende Organisation erscheint so als *endopsychisch*, wie es an anderer Stelle heißt.

Freud hält fest an einer Verortung seelischer Organisationen *in* einer Person; seine zweite Topik bedient sich bemerkenswerterweise der Pronomina, um solche Organisationen zu benennen: Ich – Es – Über-Ich. Diese seelischen Vorgänge, so Freud, spielen sich ab in den Entwicklungsphasen eines seelischen Apparates (Geschichtlichkeit); die Erklärungen für den Zusammenhang zwischen Verhalten und Erleben (Hemmungen, Symptome, Ängste) sieht er begründet im *„Verhalten des Ichs“*, im *„Verhalten des Über-Ichs“* (Freud 1926, 259 und 261). Dem gegenüber, so Freud, hat das Es keinen einheitlichen Willen, es ist, wenn man so sagen will, eine Un-Person.

*„Es kann nicht sagen, was es will, ...“* (Freud 1923, 325).

*„Das Ich als armes Ding“, „als Grenzwesen“* steht ständig unter *dreierlei Dienstbarkeiten*.

Zugespitzt könnte man sagen: Bei Freud sind es Personen, die Probleme haben, weil im Verkehr zwischen den Instanzen (Ich – Es – Über-Ich – Realität) etwas schief läuft; weil sich dort seelische Strömungen an infantile Gewohnheiten fixiert zu haben scheinen.

Bei Salber heißt es nun: *„Seelisches wird transparent gemacht als ein Gegenstand, der sich entfaltet und dreht, der Probleme hat, der in einer Geschichte zustande kommt, der an die Grenzen seiner Produktion stößt, der sie zu erhalten sucht und der zerfallen kann.“* Dieser Gegenstand ist einfach gesagt: der Fall. Und weiter

im selben Textabschnitt bei Salber: „Für eine Psycho-Morphologie ist das Seelische ein Gegenstand, dessen Betrieb ungeheurerlicherweise so eingestellt ist, dass er sich in alle anderen Gegenstände der Wirklichkeit verwandeln kann – wie die Märchen das zeigen.“ (Salber 1991, 53 und 56)

Bei Salber sind es *psychische Gegenstände*, die Probleme haben, die in Störungen verwickelt werden, die anders werden können.

Bei Freud treten die Gegebenheiten, die psychischen Gegenstände, auf wie Akteure, wie *handelnde Personen* in einem komplexen tragikomischen Intrigenspiel. Dies geschieht innerhalb eines seelischen Apparates, in der Person und im Grenzgebiet zu einer äußeren Realität. Freud denkt den seelischen Apparat selbst aber auch als einen Apparat-in-Entwicklung. Das ist der Hinweis auf die Geschichtlichkeit der seelischen Instanzen.

In der Morphologischen Konzeption verschieben sich die Akzente. Das seelische Geschehen ist nicht verortet in ein Inneres, noch in ein Äußeres. Freuds *seelischer Apparat* mutiert in der morphologischen Psychologie zu einem *Dazwischen*, einem *Indem*, einem *Darüberhinaus*.

„Was sich da vollzieht, bedarf sprachlicher Charakterisierungen, die vielleicht seltsam anmuten: Das von uns Herausgestellte ist etwas und mehr, es ist ein Übergang, ‚dazwischen‘, ‚indem‘, ‚darüber hinaus‘, es tritt auf wie Drehungen und Wendungen, es kann anders werden, umkehren, sich verkehren.“ (Salber 1959, 1975<sup>4</sup>, 189)

Seelisches ist nach dieser Auffassung nur zu haben in Übergängen, es ist nur in Materielem wirksam. Es lebt als Ereignis *quer durch* alle Materialien, Begebenheiten, Personen, Dinge. Es ist nicht prästabiliert in einer Überordnung, noch ist es vorfindlich in neurobiologischen Hirnen. Es *ist*, indem es zum Ausdruck kommt, indem es übergeht in Anderes, im Umgang mit Welt. Unser Zur-Welt-Sein ist *die Wirkungs-Zweieinheit* von Innen und Außen: nichts dahinter, innewohnend. In dieser *Immanenzebene* wird es sich selbst inne. (vgl. Deleuze 1996, 42 ff)

### 7. Unverbrüchliche Zweieinheiten

Es ist eine immanente Implikation der seelischen Gegenstände, dass sie immer erscheinen als Stand der Dinge und als Lauf der Dinge, dass sie hinweisen auf bestehende Grundverhältnisse und als Übergangserfahrungen in diesen Verhältnissen.

Die Unverbrüchlichkeit eines leiblichen Zur-Welt-Seins rührt an eine „*paradoxe, untrennbare Zweieinheit-Gestaltbrechung*.“ (Salber 2008, 41)

In den *Nichtigkeiten des Alltags* verspüren wir eine Kohabitation von *Phänomenen* und *Urphänomenen*.

In den *Nichtigkeiten* ist das Ganze der Lebensführung mit von der Partie; die eine Seite und die andere Seite (vgl. Salber 2008). Beide Seiten sind zugleich im Werk. Dies soll in den drei Materialien des folgenden leitenden Fallbeispiels nochmals im Einzelnen ausgewiesen werden.

Aber Obacht! Wie an anderer Stelle schon erwähnt, das Ganze der Lebensführung als Urphänomen ist nicht schon vorweg in einem ganzheitlichen Ideenhimmel (Platon) vorhanden, ist nicht in eine prästabilierte (fr.: *préétablie*) geistige Ordnung vorweggegeben, etwa in einem Gehirn, um alsdann in einer komplizierten Teilhabe unsererseits in Nichtigkeitswelten zum Ausdruck zu gelangen.

Vielmehr tragen wir uns mit der Vorstellung, dass in den Nichtigkeiten das Ganze der Lebensführung schon zu haben ist, bzw. dass die Nichtigkeiten auch schon ein Ganzes sind. Diese *Fragmente* kann man auch als Teil-Ganze bezeichnen. Das würde dann heißen, dass sich in den Teilen, in den Fragmenten, in den Episoden die typische Konstruktion der jeweiligen Lebensweise ausweist.

„*Ein Teil-Ganzes bedeutet nicht ein Teil des Ganzen, sondern ein Ganzes in all seinen Teilen.*“ (Waldenfels 2009, 108) Oder anders gewendet: Aus diesen Fragmenten als Teil-Ganze wird wie aus Keimen das Leben einer ganzen Kultivierungsform erschließbar.

Indem wir uns mit Nichtigkeiten des Alltags aufhalten (im doppelten Sinne), transformieren, deformieren, destruieren wir eine ganze gewohnte Kultivierungsform. Auch das ist mit untrennbarer *Zweieinheit-Gestaltbrechung* gemeint.

Die Wirkungsanalyse als Kultivierung ist mit ihren Interpretationen darum bemüht, einen *gelebten Zusammenhang* (Kohabitation) zwischen den banalen Nichtigkeiten des Materials und dem Ganzen einer gelebten Kultivierungsform von Wirklichkeit überschaubar zu machen und zu benennen. Das Ganze gibt es nicht außerhalb der banalen Nichtigkeiten. Es gibt keine Welt... außerhalb.

### 8. Der Kultivierungsbegriff

Kultur, ganz allgemein gesprochen, ist Produkt einer Kultivierung. Im Französischen bedeutet *cultiver* zunächst: landwirtschaftliche Bearbeitung, Obstbau, Getreideanbau, Gartenbau und Viehzucht. Das niederländische Wort für Kultur zielt auf einen Aspekt des Kultivierens und heißt: *beschaving* und verweist so auf einen Hobel (ned.: *schaaf*), auf ein Hobeln, ein Glätten und darauf, dass Rohes poliert werden soll.

Anthropologisch gesehen scheinen wir so unbestimmt zu sein, dass wir nicht anders können, als im Umgang mit dem, was wir vorfinden, Anderes zu machen (Umbildung). Diese prim-ordiale Unbestimmtheit lässt Nietzsche sagen: Der Mensch, das nicht festgestellte Tier (festgestellt im Sinne einer Instinktdeterminierung).

Und genau dieses, *Anderes daraus machen*, heißt soviel wie kultivieren. Kultivieren ist unser obsessiver Umgang mit den Dingen der Wirklichkeit. Dieser Umgang geht zunächst nicht von unserem Wollen, Denken und Fühlen aus, sondern erreicht uns als ein mutistischer An-Spruch, der von den Dingen selbst an uns gerichtet zu sein scheint und so einen Umgang weckt, zu dem wir uns ein Leben lang verpflichtet fühlen. So besehen, ist der Umgang mit Wirklichkeit genuin responsiv. In der Ausführung ist er pathisch und voluntativ in einem – einmal jenseits, einmal diesseits von Gut und Böse.



„Sie sprach zu ihm, sie sang zu ihm ...  
halb zog sie ihn, halb sank er hin...“

Wir sind davon besessen, die Gegebenheiten, die Gelegenheiten, die Gegenstände, das Vorfindliche aufzugreifen, *um* es zu verwandeln.

So machen wir z. B. aus Weizen Brot, aus Trauben Wein. Wir suchen im Brot die Sättigung, im Wein den Genuss, in der Wollust die Extase, in der Arbeit den Verdienst (der Verdienst und das Verdienst). Aus Brot und Wein kann man noch andere Verwandlungen herbeiführen. Aber das ist eine andere fakultas.

Einen Gedanken Hegels aufgreifend, paraphrasiert Hogrebe:

„Diese ‚Fäden‘ (im Orig.), die die Welt in uns hat, sind unter der Kalotte im Hirn natürlich nicht zu finden, denn sie sind gesponnen auf dem Webstuhl unseres Umgangs mit der Welt (Hervorh. F. G.), (Hogrebe 2009, 19). Diesen kultivierenden Umgang mit der Welt können wir allgemein als Behandlung bezeichnen.

„Behandeln... ist von vornherein ein Kultivierungsprozess“ (Weber 2006, 49).

Im Wirrwarr dieser Weltwirklichkeit trachten wir nach Ordnungen. Diese Ordnungen, um es noch mal zu sagen, sind nicht prästabilisiert (Leibniz), sondern sie sind sich selbst generierende Ordnungen, die zugleich von uns Antworten abverlangen, die zu erfinden sind. Wir kultivieren solche Ordnungen, halb pathisch, halb voluntativ, die es uns ermöglichen, eine Lebenswelt (Husserl) zu errichten, in der wir leben und sterben mögen.

In all diesem Behandeln und diesem Tun und Leiden kultivieren wir unverbrüchliche, paradoxe Zwei-Einheiten, in denen die Ordnungen unserer Nichtigkeiten kohabitieren mit einer unbewussten Seelenordnung. Anders gewendet: Die Seite der alltäglichen Nichtigkeiten lebt zusammen mit einer anderen Seite, die für den Verstand kaum greifbar ist. (vgl. Salber 2008 b)

Die umfassende Szene, in der sich unsere Behandlungswelt abspielt, ist der Alltag.

„Der Alltag ist der größte – er schafft alles.“

Und weiter: „Der Alltag ist das Seelische... Er ist zugleich das Unbekannte...“

Und weiter: „– seelischer Alltag ist immer und überall ein Kultivierungsprozess“ (Salber 1989, 11 und 13).

## Musiktherapie als Kultivierungsprozess: Das leitende Fallbeispiel

### Kultivierung der Spielerfahrung und der Hörerfahrung

#### 1. Schritt: Das Spielen, Selektion und Exklusion, Suchen und Finden

Nachdem die Patientin sich nun an einem Instrument eingerichtet hat und nachdem ich das Tonband zur Aufnahme eingeschaltet habe, kann das Spiel beginnen. „Sie mögen anfangen“. Das heißt: Die Patientin möge in der Regel anfangen. Dem geht

die Anweisung voraus, dass am Anfang einer jeden Sitzung gespielt werden sollte. Dieses Sollen bringt jeden Patienten in eine zweite Notlage. Die erste Notlage bringt sie in die Verlegenheit, im Garten der Möglichkeiten zu *wählen*, was emotional gesehen schon eine *produktive Unruhe* auslöst. Für meine Beratungsmethode ist es von Belang, den Patienten in dieser Suchbewegung nicht zu stören oder ihm aus solchen Verlegenheiten heraushelfen zu wollen. Hier kommt es vor allem darauf an, dass etwas vonseiten des Patienten in Gang kommt (wählen, beiseitelassen). Die Aufforderung, spielen zu sollen, führt in eine weitere selbst zu überwindende Aporie: „*Ich kann das nicht, wie soll ich das machen, sind das die richtigen Schlägel dafür? Darf ich wechseln zwischendurch? Wie lange soll ich spielen?*“

Die Antwort auf diese Verlegenheitsfragen sollte der Patient selbst *im Tun* beantworten. Auf diese Weise wird er gewahr, dass er diese Fragen sich selbst stellt. Die Unsicherheitsverfassung eines solchen Anfangens weckt in der Regel eine verschütt gegangene Selbstbewegung. Die Forderung nach einer solchen Selbstbewegung taucht auch noch mal auf, wenn es gilt, sich eine Alltagsepisode einfallen zu lassen und diese zu erzählen. Die Spielerfahrung, mit der jede Sitzung anzufangen hat – erst spielen, dann reden – bringt den Patienten in eine außerordentliche Verfassung. Das heißt, die entstehenden Unsicherheiten darin lockern festgefahrene Gewohnheiten und verunsichern gewohnte Erwartungen. Im Garten dieser Möglichkeiten gibt es weder Hinweisschilder, noch ausdrückliche Verbote. Der Patient *mietet* die zur Verfügung gestellten Instrumente: das Viele da. Der Therapeut beschränkt sich aufs Klavierspielen, er geht nicht an die Instrumente des Patienten. Der Patient möge nicht ans Klavier gehen – auch wenn das ein Wunsch sein sollte. (vgl. meine Ausführungen über den Spielvertrag oben im Text)

Im leitenden Fallbeispiel wird die oben geschilderte Eingangsszene bewegt von einem Drauflosstürmen und einem damit einhergehenden „*Darf ich?*“ Dieser Wirkungsmoment kommt im Laufe der 25 Sitzungen öfter zum Ausdruck und lässt sich als ein solcher bedeutungsvoll wiedererkennen und wiederholt besprechen. Die Wahl der Instrumente über die Dauer der 25 Sitzungen hebt ein anderes Wirkungsmoment hervor: Fast in jeder Sitzung wird von der Patientin ein gleichartiges Instrument anvisiert: chromatisches Xylophon oder Metallophon. Die anderen Instrumente scheint sie keines Blickes zu würdigen. Darin ist eine Exklusion wirksam und zugleich eine Art ungewollter Selbsteinschränkung. Die Implikationen dieser Selbsteinschränkungen führen zu einem späteren Zeitpunkt zu bis dahin unbemerkten Selbsthinderungen im Umgang mit dem Alltag.

## 2. Schritt: Grundverhältnis und Störmomente

Das Grundverhältnis zwischen Bewegen und Bewegtwerden gerät immer wieder in Verkehren. Ein Grundverhältnis an sich ist noch kein Problem. Das kann es erst werden, wenn in der Ausformung im Lauf der musikalischen Produktion die Dinge anfangen, verkehrt zu laufen.

Im leitenden Beispiel sieht das dann so aus: Durch ein druckvolles Zuviel an Selbstbewegen- Wollen (Eigensinn) gerät das Stück immer wieder in ein Zuviel an

Richtungsansätzen. Das mitspielende Klavier (Therapeut) gerät in eine (musikalische) Überforderung, weiß schließlich nicht mehr wohin, das Spiel bricht ab, die Patientin weint still vor sich hin.

Die Überbeweglichkeit führt so zu einer kompletten Stilllegung. Das Weinen der Patientin verweist nicht darauf, dass sich etwas löst, sondern eher auf eine leidvolle Verkrampfung. Sie merkt, dass es mal wieder nicht so gelaufen ist, wie sie es sich vorgestellt hatte. Diese paradoxe *bewegte Unbeweglichkeit* bedeutet ein Verkehrt-Laufen innerhalb des Grundverhältnisses: bewegen – bewegt werden. Es wird von beiden Parteien als ungewolltes *Störmoment* empfunden.

Nun sind solche Verkehrungen, solche Störmomente, nichts Krankhaftes und auch nicht unnormale, wenngleich sie ein störendes Leidensmoment bilden.

Solche Störmomente bestätigen sich immer wieder und haben eine feste Ausrichtung im Laufe der 25 Sitzungen. Sie sind das Widerlager für ein späteres Anders-Werden. Die Ressource, wie man heute gerne sagt, ist paradoxerweise das sich selbst festhaltende Störungsmoment. Eine vorübergehende Lösung von dieser Fixierung, eine Abweichung davon, zeigt sich z. B. in der 22. Sitzung.

Beschreibung:

Ein *Tanz* bricht auf, eine musikalische Kohabitation breitet sich aus. Das Klavier *folgt* den Linien und Wendungen des Spiels der Patientin. Nun ist es die Musik selbst, die den Tanz trägt. Das führt hinein in aufregende Höhen und findet zu einem zufriedenen Schluss. Die Patientin lächelt am Schluss.

Bemerkung: Das Befolgen des Gegebenen und das Aufgeben des starren Eigensinns sind neu entdeckte Handlungsentwürfe. Die Ermöglichung einer anderen Beweglichkeit ruht offensichtlich auf einer gegenseitigen Einwilligung in diese andere fließende Richtung. Beide Beteiligten am Spiel verspüren die Notwendigkeit, die Wirksamkeit eines Dritten freiwillig bejahen zu sollen. Das Dritte im Handlungsgefüge ist der Lauf der Musik selbst bzw. dasjenige „*wo das hin will*“ (Tüpker 2012, 136).

Das musikalische Handeln, wie jedes andere Handeln auch, wird bewegt (Beweggründe) von seelischen Grundverhältnissen. Das Handeln wird bewegt von einer Formenbildung.

„*Die Formenbildung ist die Motivation des seelischen Geschehens.*“ (Salber 2007<sup>3</sup>, 158) Auch die musikalische Formenbildung in der gemeinsamen Klangproduktion der Musiktherapie ist, so könnte man paraphrasieren, motiviert von seelischen Grundverhältnissen her. Diese Grundverhältnisse sind nicht – um es ein drittes Mal zu sagen – vorweg schon prästabiliert in einem musikalischen Himmel, noch präformiert in einem Gehirn, sondern setzen sich im Lauf des Spielens ins Werk. *Indem* musikalische Formen zum Ausdruck kommen, werden solche Verhältnisse und ihre Verkehrungen wirksam. (vgl. Deuter, 2010)

Und weiter: Das seelische Geschehen ist nur zu haben in den Nichtigkeiten solcher Formenbildungen; es ist nie und nirgends außerhalb unserer Umgangsformen mit Wirklichkeit. Die psychologische Würdigung dieses Handlungsgefüges in

seinen Exklusions- und Selektionsbewegungen bildet die ersten beiden Kultivierungsmomente (movimentum) einer musiktherapeutischen Wirkungsanalyse aus.

### 3. Schritt: Kultivierung der Hörerfahrung, das Gespielte

Spielen allein genügt nicht. Das Aufgreifen der Produktion in einer ausgedehnten *Hörerfahrung* ist der 3. Schritt im Verfahren. Hierbei geht es um die Kultivierung des Hörens selbst. Die erwähnte paradoxe bewegliche Unbeweglichkeit als vorläufig begriffliche Festlegung war das Resultat einer minuziösen und langwierigen, bzw. oft wiederholten Beschreibungsarbeit von beiden Seiten. Die Implikationen einer morphologischen Beschreibung in vier Schritten wurden von mehreren Autoren an anderer Stelle ausführlich dargestellt. Wir verzichten hier darauf. Mir geht es hier um den Fortgang der Kultivierung.

#### Bemerkungen:

Die Hörerfahrung macht schlagartig klar, dass das Erleben beim Spielen anders ist, als das Erleben beim Hinhören. Nach dem Spielen bringt jeder der beiden Beteiligten erste Eindrücke hervor: Was ist zu sagen über das Spiel als Ganzes? Auch das Zumutesein beim Spielen ist ein erster lückenhafter, aber unerlässlicher Ansatz.

In dieser Methodik ist es wichtig, dass das Gespräch sich zunächst auf die frischen Spielerfahrungen bezieht. Also: kein langes Schweigen über alles Mögliche, sondern eine erste Bemühung, die Spielerfahrung in Worte zu fassen. Diese Bemühung wird oft als schwierig erlebt – auf beiden Seiten. Nicht missverstehen: Der Therapeut fragt nicht etwa: „Wie geht es Ihnen jetzt?“, sondern tatsächlich: „Wie sind Sie mit dem Spiel zurecht gekommen? Wie war der Anfang? War da nicht eine Steigerung? Eine Unterbrechung?“ Man könnte auch sagen, dass solche Fragen selbst hervorgehen aus den musikalischen Qualitäten des Stückes und seinem Verlauf. Werkorientiert, wie man früher sagte.

Das Tonbandhören *transformiert* das Gespielte in eine Erzählung. Das ist mehr und anders als eine Übersetzung in Worte. Die Erzählung vom Ereignis anhand der Höreindrücke vom Tonband – Schritt für Schritt – macht aus einem gespielten Etwas ein geschehenes Etwas als erzählbares Etwas (Historisierung). Hier wird nach dem Werk als Ereignis gefragt, z. B.: Was geschieht dort im Stück selbst?

Das sind Kultivierungsschritte, die das musikalische Spiel als ein Ereignis zu schildern suchen. Dadurch wird es für beide Beteiligten *beschaubar* gemacht. (Grootaers 2010, 51 ff) Eine solche allmähliche Verfertigung eines manifesten Textes ist zugleich weniger und mehr als die gespielte Aktion. Diese Textverfertigung durch beschreibendes Hinhören ist einmal *weniger*, eine Reduktion, weil sie Abstand nimmt von einer allzu privaten Beteiligung, wengleich die subjektive Beteiligung der unerlässliche Anhaltspunkt ist, die zu der Beschreibung eines gesamten Geschehens führt. Das subjektive Erleben während des Spiels wird aufgehoben in eine Einigungsarbeit durch beide Parteien. Die Begriffe werden immer wieder überprüft dahingehend, ob sie adäquat sind mit dem, was beide Parteien hören. Wenn beide eine bestimmte Stelle unterschiedlich hören und beschreiben, so geht

die Formulierungsarbeit weiter, bis ein Begriff gefunden wird, der die unterschiedlichen Höreindrücke als *verschiedene* Höreindrücke rettet. Das führt dann in unserem leitenden Beispiel zu solchen Doppelwörtern: Bewegliche Unbeweglichkeit. Ehe es soweit ist, fängt es natürlich mit vorläufigen Formulierungen an: Es ist sehr beweglich, da sind so viele Richtungen, aber es hört auch immer wieder plötzlich auf, irgendwas ist nicht ausgespielt, bald steht es eigentlich wieder still.

Oft werden auch Produktionen aus vorigen Sitzungen zu einem späteren Zeitpunkt im Vergleich herangezogen: Später noch mal hören. Auf diese Weise öffnet sich die Hörerfahrung zu neuen Perspektiven. Durch das wiederholte Hören wird die Spielaktion jetzt *mehr* als das, was sie vorher war: Es kommen Dinge hinzu, aber die Beschreibung vereinfacht sich, sie wird knapper, lakonischer, zutreffender (*adaequatio rei et intellectus*).

In diesem Mehr der avancierten Beschreibungstexte erfasst die Interpretation etwas *Typisches*. Und an dieser Stelle spätestens kehrt das Subjektive erneut zurück. Diesmal als eine tief empfundene Berührtheit. Tiefe bedeutet, dass eine unhintergehbare Tiefe spürbar wird. Anders gewendet: Die Patientin merkt, dass die Interpretation der musikalischen Produktion, einmal an einem solchen Punkt angelangt, einen *wunden* Punkt trifft. Weniger dramatisch: Sie verspürt an dieser Interpretation, welche sie mit zu Wort gebracht hat, dass das Benannte ein wesentliches Problem in ihrem Umgang mit der Wirklichkeit berührt. Solche Momente bezeichnet die morphologische Psychologie als *Konstruktionserfahrung*. Die Nichtigkeiten des eigenen spielenden Handelns rühren hier an das Ganze einer Umgangsform und geben diesem Ganzen auch einen Ruck. Einfacher ausgedrückt: Solche Konstruktionserfahrungen besagen: „So ist es.“ Eine Reihe solcher Konstruktionserfahrungen ist die Bedingung der Möglichkeit für ein Anders-Werden.

### *Exkurs über mitgedachte Vorannahmen*

Die Beschreibung der gemeinsamen Klangproduktion führt die Patientin an einen für sie typischen Umgang mit Wirklichkeit. Dieser Typus ist an und für sich noch kein Problem, sondern innerhalb dieses Typus treten Störmomente auf. Das soll hier etwas genauer ausgeführt werden. Der Typus ist so etwas wie eine eigene Handschrift, ein eigenes Antlitz oder die Einmaligkeit der eigenen Stimme. Der *Handlungstypus* im musikalischen Handeln bricht sich in Anderem (Klavierpiel). Er wird in zwei Dutzend *Variationen* ins Werk gesetzt und beschrieben. Der Kultivierungsvorgang besteht darin, dass solche typischen Klangproduktionen prismatisch gebrochen werden in einem *antwortenden Mitspielen* von Seiten des Therapeuten. In dieser Methode wird die gemeinsame Klangproduktion weder aufgefasst als ein Abbild einer Interaktionsform zwischen zwei Personen, noch ist sie der Ausdruck eines Krankheitsbildes. Vielmehr nehmen wir an, dass diese Produktionen in ihrem hervorbringenden Charakter (*poietisch*) eine genuine Weltumgangsform des Patienten darstellen – so wie die eigene Handschrift, das eigene Antlitz, die eigene Gangart (*Allüre*), der unverwechselbare Stimmklang. Kurzum: Solche Produktionen folgen einem jeweils eigenen *Stil*. Daran ist zunächst weder

etwas auszusetzen, noch etwas zu ändern. Die prismatische Brechung durch das antwortende Mitspiel des Therapeuten *erhellte* zunächst diesen Stil. Erst im Verspüren von Störmomenten, im Verkehrtlaufen der Spielereignisse werden Impulse des Andersmachens erweckt, mal im Spiel des Patienten, mal im Spiel des Therapeuten. Erst hier wird der antwortende Mitspieler zum Musiktherapeuten. Dies weder, weil die Musik unnormal sei, noch weil sie irgendwie krank sei, sondern um eine Schiefelage zurück zu verwandeln in jenen erwähnten genuinen eigenen Stil des Patienten. Der Therapeut (die Therapeutin) antwortet von Stunde zu Stunde auf das typische musikalische Handeln des Patienten. Die Antworten verwandeln sich auch im Laufe der 25 Sitzungen. Das antwortende Mitspielen muss jeweils eine andere Antwort *finden* oder *erfinden*. Auf diese Weise bringt das antwortende Mitspielen Differenzen in der gewohnten Schiefelage zustande. Dies ist einer der Gründe, warum eine solche Musiktherapie großen Wert legt auf Spielen und Mitspielen als eine Bedingung, an die beide Parteien gebunden sind. Darin liegt eine *methodische* Entschiedenheit, die man eigens bedenken mag.

#### 4. Schritt: Antwortendes Spielen, antwortendes Mitspielen, hypothetische Benennung

Da nun das antwortende Spiel im Dienste einer Schiefelage arbeitet, bringt diese immer wiederholte Lage selbst die Brüche hervor, in denen der verschüttgegangene eigene Stil erneut zur Geltung kommt. Diese responsiven Annahmen bedeuten auch, dass nicht nur der Therapeut antwortend mitspielt, sondern auch, dass die Patientin in ihrem Spielen schon auf etwas antwortet. Der Anblick der Möglichkeiten des Gartens weckt ein genuines Antwortspiel von Seiten der Patientin. Das Spielen der Patientin ist schon eine gefundene Antwort auf die gewährten und unvermutet bemerkten Möglichkeiten und Unmöglichkeiten einer Gartenverfügung. Das Spiel der Patientin wäre so gesehen schon ein handelndes Antworten *erster Ordnung*, das antwortende Mitspielen des Therapeuten dagegen ein handelndes Antworten *zweiter Ordnung*. Und weiter: Wenn man die komplizierte responsive Lage so betrachtet, dann ist das Spielen selbst auf beiden Seiten zwar subjektiv – es geht von spielenden Subjekten aus – aber es ist ebenso *anonym*. Das Spielgeschehen ist im Spielakt getragen von a-personalen Momenten. Es bewegt sich im Spielakt in einer Anonymitäts-Sphäre, in der es zu diesem Augenblick des spontanen Spielens noch keinen Schuldigen oder Verantwortlichen geben kann. Es ist daher von großem Wert, sich bei der allmählich entwickelnden Beschreibung solcher gemeinsamen Produktionen fernzuhalten von einer Personenaufteilung: Du hast das gemacht, ich habe dies getan. Oder auch: Das ist mein Anteil, das ist Dein Anteil. Vielmehr gilt es, die *Unschuld der Produktion*, ihre Anonymität und ihre Eigenheit in der Beschreibung zu würdigen.

Im leitenden Beispiel zeigt sich, dass die überbewegte Spielweise mal auf der Seite der Patientin ist, mal auf der Seite des Therapeuten. Es zeigt sich, dass die Unbeweglichkeitsmomente sich einmal auf der Seite der Patientin, ein anderes Mal auf der Seite des Therapeuten einstellen. Mehr noch: Die Überbeweglichkeit sowie

das Verstummen kommen sowohl im Spiel des einen wie auch im Spiel des anderen zum Ausdruck.

Das *Gemeinsame* der gemeinsamen Klangproduktion bezieht sich nur vordergründig auf zwei Personen; es bezieht sich hauptsächlich auf die *primitiven Spielgesten* der beiden Spieler in Einem, auf das spielende Ganze zweier Antwortsorten.

Das lateinische *primitivus* bedeutet substantiviert: etwas in seiner Art Erstes, eine erste Erntefrucht, etwas das mit dem unbedingt Notwendigen ausgestattet ist. (s. a. Grootaers 2010 a, 105)

In diesen primitiven Spielgesten liegt paradoxerweise eine Aufwertung, die den oft von Patienten geäußerten Selbstentwertungen entgegen steht. Die primitiven Spielantworten der Patientin brechen sich in einem raffinierten Mitspielen des Therapeuten. Beide Antworten haben etwas Urzuständliches, setzen sich gegenseitig voraus, das Eine tritt nicht ohne das Andere auf. In einer solchen Vorannahme wird das zeitliche Nacheinander zurückgestellt zugunsten einer fungierenden Ganzheit eines originären Werkes. Wir betrachten weiterhin dieses getrennt-gebundene Miteinander als ein *autonomes* Werk. Jede einzelne Produktion hat autonome Züge. Seine Autonomie bekundet sich in Anknüpfungen an Bekanntes im Verbund mit nuancierten Antworten, die so noch nicht da waren. Die zwei Dutzend Variationen, über die Dauer von 25 Sitzungen, bilden im Ganzen *das* Spielwerk (vgl. Goethes Urphänomen).

Anders gewendet: Das autonome Werk wird in diesem wirkungsanalytischen Kontext als ein Handlungsgefüge, als ein Wirkbild, verstanden, welches eine innere gewohnte Ordnung ins Leben ruft, nach der es sich selbst entwirft. Dieser Zirkelgedanke ist ein Denktypus, den wir in radikaler und spekulativer Weise in Schellings Schrift über das Wesen der menschlichen Freiheit finden. Da heißt es: „*In dem Zirkel daraus alles wird, ist kein Widerspruch, dass das, wodurch das Eine erzeugt wird, selber wieder von ihm gezeugt werde. Es ist hier kein Erstes und kein Letztes, weil alles sich gegenseitig voraussetzt, keins das andere und doch nicht ohne das andere ist.*“ (Schelling 1809/1977, 31) Wenn man diesen Gedanken herunterbricht auf die Nichtigkeit einer gemeinsamen Klangproduktion, könnte man es folgendermaßen formulieren:

*Die gemeinsame Klangproduktion entwirft im Spiel den Lauf eines Geschehens, dem sie sich zu folgen verpflichtet weiß. Im Folgen aber entwirft sie eine immanente Ordnung, welche auf Übergänge ihrer selbst drängt. Das Spiel überwindet schließlich in solchen Übergängen die Schwellen und Engpässe, die es zuvor selbst ins Werk gesetzt hatte und erreicht so eine anders angeordnete alte- neue Zweieinheit.*

## Kultivierung von einfallenden Alltagsepisoden

Der Bezug zum Alltag wird in diesen ambulanten Kurzbehandlungen eigens hergestellt, indem die Patienten aufgefordert werden, sich eine Alltagsepisode einfallen zu lassen. Das ist eine paradoxe Forderung, denn Einfälle kommen, wie Nietz-

sche uns einschärft, dann, wann *sie* wollen und nicht, wann *wir* wollen. Schon diese Forderung nach Einfallendem führt in ein Anders-Denken. Es führt ebenfalls zu anderen Erzählungen als den gewohnten.

### *1. Schritt: Ein Denken von Einfallendem her, ein Anders-Denken*

Was gefordert wird, sind also keine Allgemeinplätze. Ein solcher Allgemeinplatz könnte z. B. folgendermaßen aussehen: *„Als Schulkind stand ich immer abseits auf dem Schulhof, zu Hause habe ich mich meistens in meinem Zimmer verkrochen; Vater war oft schlecht gelaunt wegen seiner Arbeitslosigkeit; seine Ausbrüche haben in mir eine permanente Angst ausgelöst; Mutter war immer mit meinen jüngeren Geschwistern beschäftigt, wenn sie von der Arbeit nach Hause kam... Nur meine Großmutter, die... u.s.w.“*

Solche Allgemeinplätze sind, wenn sie kommen, oft ein Anlauf zu konkreteren Ereignissen.

Mit Alltagsepisoden ist auch nicht ein Bericht über aktuelle Befindlichkeiten oder Krankheitsverläufe gemeint – es geht ja nicht um Krankheit. Solche Berichte werden gewürdigt, aber die Forderung nach Alltagsepisoden als einfallende Erzählungen wird weiter aufrecht erhalten.

Es geht also um konkrete, banale Vorkommnisse, Nichtigkeiten aus dem Alltag von heute, von gestern, von vorgestern oder von damals. Die geschichtliche Reihenfolge spielt hier nur eine untergeordnete Rolle. Es geht also nicht um die krampfhaftige Suche nach einem Thema wie z. B. ‚mein Selbstwertgefühl‘ oder ‚Neinsagen können‘ oder ‚Gefühle zulassen‘ oder ‚an seine Wut herankommen‘ und vieles andere mehr. Solche Themen sind, wenn überhaupt, aufgehoben in den Alltagsepisoden.

Der erste Schritt der Kultivierung von Erzähltem fängt ähnlich an, wie beim Spielanfang. Es fängt an mit dem Gewährwerden einer offen gelassenen Möglichkeit. Die Patientin gerät dabei in eine nachdenkliche Verfassung, der Therapeut macht sich *„zu Luft“* und wartet – wie Freud sagen würde – einem Ablauf zu. (Sich zu Luft machen: Diesen Ausdruck habe ich entlehnt aus einem Vortrag von Dr. Manfred Schmidt, Köln.)

Die ab und zu vorkommende Situation, dass dem Patienten partout nichts einfallen will, wird hier nicht weiter besprochen. Nur so viel: Das Nicht-Kommen von Einfällen bedeutet keineswegs, dass keine Einfälle kommen können. Das Nicht-Kommen wird als Ereignis besprochen und im Behandlungskontext verortet.

### *Das Fallbeispiel: „Ein Kunde fragt“*

Während die Komplikationen einer unbewegten Beweglichkeit weiter besprochen und zerdehnt wurden, fiel der Patientin folgende Alltagsepisode ein. Es war etwas aus der vorigen Woche:

*„Ein Mitarbeiter aus der Firma kam herein als Kunde; er hatte Fragen wegen einer Versicherungsabrechnung; er fragte mich, ob er diese Angelegenheit mit mir bespre-*



*chen soll oder mit dem alten Chef. Ich sagte zu ihm: Fragen Sie mich! Dann merke ich, dass Unterlagen fehlen. Die liegen im Schrank einer Kollegin. Sie hatte sie dort liegen lassen und hatte deshalb auch ein schlechtes Gewissen. Sie hatte am Vortag dem fragenden Kunden zu voreilig zugesagt, dass sie das schon erledigen würde. Damit hatte sie es mir quasi aus der Hand genommen. Der alte Chef kommt herein und entschuldigt sich bei dem Kunden für dieses Versäumnis der Kollegin; diese Kollegin irritiert mich sowieso, sie mischt sich immer ein in meine Sachen und verbreitet Hektik; sie lässt mich nicht in Ruhe arbeiten. Ich war schon so geladen, dass ich zum ganzen Vorfall nichts mehr sagen konnte.“*

Die vorangehenden Beschreibungen der hektischen musikalischen Momente scheinen diese und keine andere Alltagsepisode geweckt zu haben. In diesem Fall scheint das Einfallenlassen nicht schwer zu fallen, und die Patientin tut sich auch nicht schwer, mir, dem Fremden, spontan diese Begebenheit zu erzählen. Noch wissen weder sie noch der Therapeut, was mit dieser Erzählung erzählt wird – wirkungsanalytisch gesehen. Das Erzählte als wahre Begebenheit macht keine größeren Verständigungsprobleme.

## 2. Schritt: Die Aufbereitung des Textes

In diesem zweiten Kultivierungsschritt geht es darum, was uns dieser Text sonst noch zu sagen hat. Es geht nun um die allmähliche Verfertigung einer darin wirksamen latenten *anderen Seite* – gemäß einem Satz von Salber: „Oft ist es so, als wirkten in unseren Handlungen andere Handlungen.“ (Salber 2008 b, 14)

Damit eine wirkungsanalytische Interpretation an ihr Ziel kommen kann, lässt sich der Interpretationsgang von bestimmten *Vorannahmen* leiten; sie seien hier kurz erwähnt.

Eine solche Vorbedingung besagt etwa folgendes: Wir betrachten die Alltagsepisode nicht wie einen Tatsachenbericht. Zwar halten wir die einfallende Episode für ein kleines Ereignis am Tage X im Leben der Patientin, wir glauben jedes Wort. Wir gehen aber bei der Analyse des Textes davon aus, dass diesem Gesagten ein latentes Wirkungsbild innewohnt, welches es sichtbar zu machen gilt. Dieses Wirkungsbild wollen wir *sehen, herausrücken* und *auslegen*. (Grootaers 2010 b)

Anders gewendet: Die Alltagsepisoden fassen wir auf als eine *Allegorie*, als wäre es ein *Gleichnis*. Dabei werden die a-personalen Beweggründe in dieser Allegorie herausgerückt. Wir nehmen weiter an, dass es diese etwas abstrakt wirkenden Beweggründe sind, die auch sonst den Wirkungsumgang der Patientin unhintergebar betreffen. Das ist ein heuristisches Prinzip per hypothesis.

Eine morphologische Implikation bringt es mit sich, polare Grundverhältnisse als Beweggründe des Seelischen aufzufassen. Das bedeutet zwar ganz ähnlich wie bei der Traumauslegung (s. später), dass Personen, Sachen, Ereignisse, Ortschaften allesamt nicht als solche aufgefasst werden. All dies greifen wir auf, insofern sich *darin* Handlungsentwürfe in Szene setzen, z. B. ein Kunde *fragt*; etwas *fehlt*, ein Chef *entschuldigt* sich; ein Kollege war zu *voreilig*; etwas ist *liegen geblieben*; jemand etwas *aus der Hand nehmen*; *irritiert* sein; *sich einmischen*; *Hektik* verbreiten; *geladen sein*; *nichts sagen* (stumm werden).

### 3. Schritt: Auslegung der isolierten Elemente

Die herausgelösten Textelemente (Freud: Traumdeutung) werden mit dem konkreten Lebenskontext der Patientin in Austausch gebracht. Sie werden in polare Verhältnisse zueinander geordnet.

Am Beispiel: Fragen stellen – Antwort geben; hektisch an sich reißen – ruhig arbeiten; stumm werden – ausrasten; liegen lassen – nicht säumen. Solche abstrakten Polarisierungen lösen in der Regel eine Fülle weiterer Einfälle zum Alltag aus; sie suchen und finden quasi ihren Ort im Leben der Patienten.

### 4. Schritt: Bezugnahme auf die Spielerfahrung

Die herausgerückten polaren Verhältnisse im dritten Schritt werden nun in Bezug gesetzt zu den Grundverhältnissen der gemeinsamen Klangproduktion – eine Rückbindung an ein Handlungsgefüge in der gemeinsamen Spielproduktion. Auf diese Weise scheinen Verbindungslinien auf, zum Beispiel zwischen dem Nichts-mehr-sagen-Können (geladen sein) und dem stummen, gespannten Weinen am Schluss mehrerer gemeinsamer Klangproduktionen. Auch das immer wieder zum Stillstandkommen der Produktion scheint eine Verbindung zu haben zu diesem Nichts-mehr-sagen-Können. Das hektische Handeln und das Sicheinmischen finden ebenfalls eine Parallele im musikalischen Produzieren, so z. B. der Zorn im Kopf: Halt die Klappe! Misch Dich nicht ein! Das ganze hektische Spiel finden wir wieder in der Hektik einer Kollegin am Arbeitsplatz.

Was wird aus so einem ersten Austausch gewonnen? Nun, das Verstummen verweist scheinbar auf etwas, was nicht zum Ausdruck kommen kann und was an grundlegende Fragen rührt (Fragen haben): Muss ich etwas tun? Wen soll ich fragen? Habe ich etwas versäumt? Ist etwas liegen geblieben? Während dieser Explorationen und der Bildung von Hypothesen merkt die Patientin auch, dass ihr ein aktueller Traum einfällt.

## Kultivierung von erinnerten Träumen

### 1. Schritt: Ein Traum fällt ein

Der Traumeinfall scheint auch angeregt zu sein durch die ausgedehnte Besprechung der Alltagsselemente.

Der Traumtext:

*„Ich gehe durch verschiedene Räume, habe nach meinem Freund gesucht und ihn gefunden. Er war aber mit anderen Leuten beschäftigt; er hatte für mich mal wieder keine Zeit; ich habe das Gefühl, ihn nicht zu erreichen; ich komme nicht heran; er redet mit einer anderen Frau, obwohl sie nicht attraktiv ist. Das hat mir einen Stich versetzt; ich mache wieder eine Tür auf, aber es kommt Gegendruck von der anderen Seite. Dann verschwindet die andere Frau; er lacht mich an, aber das gilt ja nicht mir. Eine*

*Frau im Rollstuhl knöpft den obersten Knopf der Bluse zu. Die Tür geht nun auf. Der Freund hat mir die Klinke aus der Hand genommen.*“

Bei diesem ersten Schritt der Kultivierung von Träumen geht es zunächst darum, den einfallenden Traum als Einfall zu merken. Dieser Traum hier vertieft und verrätstelt zugleich die Explikationen der Alltagsepisode. Der Traum wird als Text notiert, und auch hier geht es nun in einem zweiten Schritt um die Zerlegung dieses Textes.

### 2. Schritt: Zerlegung in Elemente, Aufbereitung

Das Nacheinander der Erzählstruktur wird aufgebrochen. Wichtig erscheinende Elemente werden herausgegriffen und aus der Erzählung herausgenommen. Auch hier ist die Auswahl der Elemente darauf bedacht, sie in Polaritäten zueinander zu stellen. So z. B.: Etwas finden – nicht Herankommen; die andere Frau – die Frau im Rollstuhl; Aufknöpfen – Zuknöpfen; Aufmachen – Zumachen; attraktiv – unattraktiv; aus der Hand geben, in der Hand halten. In diesem zweiten Schritt geht es darum, die Story des Traums zu vergessen. Jedes isolierte Element eröffnet stattdessen eine eigene andere Story im Leben der Patientin.

### 3. Schritt: Abstrahieren von Faktischem

Wie bei der Alltagsepisode werden auch hier zwei Vorannahmen wirksam, die der Interpretation die gewünschte Richtung geben. Die erste Vorannahme besagt: Personen, Gegenstände, Räumlichkeiten und Ereignisse im manifesten Traumtext sind *nicht identisch* mit den gleichen Personen, Räumlichkeiten und Ereignissen usw. in der Wirklichkeit. Auch dies nicht, wenn die Träumerin die Identität dieser Sachen bestätigt oder gar betont. Die Elemente sind Produktionen einer nächtlichen Traumarbeit und gehören zu diesem Suchwerk. Das Faktische im manifesten Text ist somit nur scheinfaktisch (Verformung). Die einfallenden Gedanken zu jedem Element werden natürlich bei der Zusammenhangssuche mitberücksichtigt. So ist z. B. „mein Freund“ im manifesten Text, wie die Patientin betont, namensgleich mit einem Freund in der Wirklichkeit, auch sähe er genau so aus. Der einfallende Gedanke der Patientin zum Begriff *Freund* verweist in unerwarteter Weise auf Vorgänge der Fürsorge, des Sich-um-etwas-Kümmerns. Das Sichkümmern führt weiter zu der Begebenheit eines Kusses, durch welchen ein Verlangen geweckt wird. Dazu mehr in der weiteren Interpretation. Eine weitere Vorannahme: Was im Traumtext verteilt erscheint auf andere Personen – Kunde, Chef, Kollegin, Frau – wird in der Interpretation zusammen gelesen und aufeinander bezogen. Mehr noch: Alle Elemente werden allegorisch aufgefasst als zugehörig zu einem *ausgelebten Handlungsentwurf* innerhalb der Umgangsform mit Wirklichkeit im Leben einer Person. Eine solche Textauffassung ist der Interpretation von Märchen entnommen. Auch da merkt man, dass Rotkäppchen und der Wolf miteinander zu tun haben und *zusammen* einen gestörten Entwicklungsgang fördern.

#### 4. Schritt: Austauschen als Methode. Bezugnahme auf die Problemschilderung

Schließlich geht es um den Austausch zwischen den Befunden der gemeinsamen Klangproduktion, der Alltagsepisode und des Traumes. Es geht also um die Rückkoppelung der hypothetischen Sinnebene der Traumelemente an die Befunde der Alltagsepisode und die Befunde der gemeinsamen Klangproduktionen aus den vorigen Sitzungen bis hinauf zu den ersten Daten und zu der Leidensklage und Problemschilderung zu Beginn der Behandlung.

In dieser Rückkoppelung merkt die Patientin, dass sie etwas hat *liegen lassen*, dass etwas *stillgelegt* wurde. Sie verbindet dies zunächst mit ihrer Situation in der Firma: Ich weiß nicht so recht, *wo mein Platz* ist. Sie hat das Gefühl, sich um eine eigene Sache *kümmern* zu sollen. Im Traum: „*Er hatte für mich mal wieder keine Zeit*“. Sie fühlt sich aber mit dieser Aufgabe allein gelassen und erwartet, dass ihr die ersehnte selbständige Position geschenkt wird. Im realen Leben bemerkt sie, dass sie sich selbst andauernd Dinge schenkt, die sie sich von anderen wünscht. An diesem kindlichen Wunsch, etwas geschenkt zu bekommen, wofür man vielleicht auch was tun sollte, schien sie bislang unverrückbar festzuhalten. Dann aber wird sie gewahr, dass sie mit der Fixierung an diesen Wunsch einen eigenen Handlungsvollzug (muss ich es alleine machen?) zu vermeiden sucht und dadurch Gelegenheiten des Anders-Werdens *versäumt*. Die Problemlage erhält im Vergleich zum Anfang der Beratung einen neuen Sinn (Metamorphose der Bedeutung). Sie vermutete zu Beginn schon, dass ihr Problem „*etwas mit einer Handlung zu tun hat*“. Nun ahnt sie, dass es sich wohl um eine, aus noch ungeklärten Gründen, *versäumte* Handlung handeln könnte. Im weiteren Verlauf dieses vierten Schrittes bekommen weitere Elemente aus dem Traum einen unerwarteten, erweiterten Sinn. So z. B. *etwas finden – nicht heran kommen*: Sie verspürt, dass sie immer in direkter Nähe einer Lösung ist und doch nicht daran kommt. Ihre vermeintlich oder tatsächlich gute Nähe zum alten Chef scheint zugleich auf ein Problem zu verweisen. Durch diese Nähe wird die Annäherung an eine eigene Position irgendwie verhindert. In diesem Sinnfeld reiht sich auch der Gegensatz ein zwischen: Tür *aufmachen* und *Gegendruck*. Das Problem rührt offensichtlich an ein Dilemma (Doppelfang). Dies ist also mehr als nur ein Konflikt. Das hektische Treiben in den Klangproduktionen und das stumme Weinen darüber verweisen nun auf eine scheinbare Unlösbarkeit eines solchen tiefgreifenden Dilemmas.

Auch hier berufliche Verknüpfungen: Die Firma steht vor einer Umstrukturierung, die Patientin (die Fähigste, wie gesagt wurde) hat gute Chancen, ein eigenes Büro zu bekommen. Sie käme heraus aus der alten Position eines Mädchens für alles, könnte dann mehr ihre eigene Chefin sein. Das Verlangen danach wurde geweckt im Traum: ein Kuss. Aber dieses Gewecktwerden versetzt ihr auch einen Stich; das Stummwerden am Ende der erwähnten Alltagsepisode erscheint hier jetzt als eine Antwort auf einen solchen Stich. Dornröschenschlaf als Antwort auf eine Kränkung.

Eine weitere Explikation dieses Dilemmas geht etwa so: Als Mädchen für alles bleiben eigene Interessen liegen. So beschreibt sie in einem der Vorgespräche, dass

sie ihren Kleiderschrank ausmisten möchte, wo seit vielen Jahren etwas herumhängt. Sie möchte Platz machen für schöne Sachen.

Die rechte Hand des Alten hält sie fest, sie müsste sich daraus entlassen – muss sie das? So erhalten die erinnerten Traumfragmente aus dem Vorgespräch eine neue Bedeutung. Da hieß es: „*Hör auf, das erdrückt mich!*“ und weiter: „... *das Gesicht zerfällt*“. Ein anderes Gesicht tritt hervor.

Die *andere Frau* im Traum wäre dann vermutlich eine befreite Gestalt – sie selbst als andere Frau. Der Traum lässt unentschieden, was hier attraktiv sei. Das Nichtattraktive wird bevorzugt, aber verschwindet wieder (zukunftspfen, Tür zu). Die *Frau im Rollstuhl* rührt an eine verspürte Selbsthinderung eines freieren, eher autonomen Handelns und Wandeln. Ein freieres Frauenleben halt.

Hier breche ich die Auslegungen ab. Das Arbeitsprinzip der Rückkoppelung (Vor- und Zurückgehen in den Befunden) dürfte hiermit einigermaßen klar geworden sein. Die komplette Falldarstellung ist für eine spätere Publikation in Vorbereitung.

## Ausblick

### *Für den neugierigen Leser*

Nun möchte man vielleicht wissen, wie die Beratung ausgegangen ist. In der Kattamnesesitzung ein halbes Jahr nach Beendigung der Beratung fällt der Patientin folgende Alltagsepisode ein:

*„Bei einer Autobahnfahrt verpasse ich die richtige Abfahrt, ich parke und will mein Navi-System einschalten; konnte aber die Einstellung nicht ändern, hatte wohl in der Aufregung zu schnell auf den Knopf gedrückt. Es klopft an mein Fenster, jemand fragt, ob ich ein Problem hätte. Er weiß mir auch nicht zu helfen. Ich versuche noch mal, das Gerät anzustellen, vergebens! Denke dann: Es wird auch so ohne Navi funktionieren, ohne dieses blöde Ding, und ich bin dann tatsächlich aus dem Kreis herausgekommen.“*

Der geneigte Leser mag daran eigene Auslegungen versuchen. Welche Fragen hätten Sie an diesen Text? Als Denkhilfe sind ein paar Elemente unterstrichen! Für mich schimmert in diese Episode die Nachricht eines *unspektakulären* Erfolgs einer musiktherapeutischen Beratung. Wohin gelangen Ihre Auslegungen?

### *Nachträgliches*

Wohl ist es wahr: Es gibt kein erstes und kein letztes Wort. Wenn man einmal zu Ende kommt mit einem Thema und man verlässt den Schreibtisch, um zu anderen Dingen überzugehen, dann fallen einem unversehens noch ein paar Gedanken ein – nachträglich. Die will ich hier nicht vorenthalten.

Das antwortende Spiel der Patientin sowie das antwortende Mitspiel des Therapeuten, beide Antwortereignisse sind *Gaben*. Die Patientin gibt etwas, was sie nicht schon hat, sondern was sie als antwortendes Spiel beim Spielen erfindet. Der

Therapeut greift auf, was ihn aus fremden Händen erreicht und gibt eine Antwort, die noch nicht vorher da war. Die spielenderweise entstehenden Einfälle der Patientin sind auch schon Antworten auf das beredte Stillsein der dort zur Verfügung stehenden Instrumente, über die sie per Vertrag verfügt und nur sie. Eine *erste Antwort* ist schon unterwegs beim Anblick und Gewahren der Möglichkeiten des Gartens. Darin ist auch schon eine doppelte Ansprache wirksam: Der Appell der Spielsachen und sogenannte innere Ansprüche, die jeder stillschweigend mitbringt, wenn er sich auf eine Wirkungsanalyse einlässt. Das Spielen der Patientin wäre dann schon ein *zweites antwortendes Handeln*. Der Therapeut antwortet auf diese doppelte Gabe mit einem antwortenden Mitspiel und gibt so eine *dritte Antwort*, die es zu erfinden gilt. Hier schließt sich der Kreis und leitet über in eine weitere Drehung. Eine Fülle neuer Fragen tut sich auf. Eine Frage will ich herausgreifen: Gibt es Autorenrechte auf einfallendes Spielen, auf einfallende Gedanken, auf erinnerte Träume? Geht es wirklich *nur* um Personen, denen etwas einfällt, die etwas finden oder erfinden müssen? Gibt es Eigentumsrechte bei solchen Wirkungsanalysen? In einem Hin und Her von Antwortgeben und Antwortnehmen wird Anders-Antworten erst kultiviert, aber nicht aus dem Nichts erschaffen (ex nihilo nihil fit). Auch das Nichtnehmen der Gabe bleibt eine Antwortgabe und ist ein voll gültiges psychologisches Ereignis. Der Begriff der gemeinsamen Klangproduktion erfährt so eine Binnendifferenzierung und sticht somit ab von einem allzu vereinheitlichenden Improvisationsbegriff (s. weiterführend: Tüpker, R. 2001, 44 – 69; sowie Weymann, E. 2004). Die Frage führt an die nächste heran: Hat Einfallendes nicht auch anonyme, allgemeine, a-personale Züge, die ein Surplus (Überschuss) für die persönliche Grenze bedeuten? Und noch etwas: Die Einfälle als Gabe haben etwas von einer Invasion. Die vorfindliche gegebene Garteninstallation wirkt wie eine Zumutung. Die fremde Gabe der Patientin bringt den Therapeuten in ein Suchen und Finden. Die Antwort, die ich erfinden muss, – es liegt nicht in meinem Belieben, zu antworten – gibt dem jeweils Anderen eine neue, alte Antwortaufgabe, nolens volens. Und schließlich: Die multiple Eingabe von antwortendem Handeln und Reden *gibt* dem Procedere, über 25 Sitzungen, etwas *vor*. Die Vorgaben, die Spielgaben und antwortenden Benennungen auf beiden Seiten geben dem Analysewerk von Stunde zu Stunde eine Ausrichtung. Auch hier ist die Figuration, die Formenbildung der Ausrichtung zutreffend zu benennen. So kann z. B. eine mehrfach sich wiederholende Vagheit als konkrete Ausrichtung der Formenbildung auftreten oder – wie im leitenden Fallbeispiel – eine sich immer wieder ins Werk setzende bewegte Unbeweglichkeit. *Das* ist Thema und psychologischer Inhalt, morpho-analytisch gesehen.

„Die Formenbildung ist die Motivation des seelischen Geschehens.“ (Salber 2007, 158)

„Psychologisch erklären heißt, Wirklichkeit in Behandlungsformen (Hervorh. F. G.) zu Wort kommen lassen; genauer: ihre Figurationen als Erklärungs-Gefüge (Hervorh. F. G.) ausdrücklich nachbilden.“ (Salber 1999, 145)

Die im Analysewerk gegenseitig investierten Antwortgaben richten außerdem etwas an. Sie bringen das jeweils Erreichte in einen weiteren Übergang oder behin-

dern denselben, wengleich die Behinderungen ihr Übergehen in Befreiung mit anmelden. Behinderung und Revolte gehen hier Hand in Hand. Das Anders-Werden der Umgangsform mit Wirklichkeit im Leben der Patientin hat nichts mehr mit Aufhebung von Krankheitssymptomen zu tun und ist zugleich mehr, anders und weiter, als eine Klärung zwischenmenschlicher Beziehungen. Wie eingangs in meiner kleinen Vorgeschichte schon angedeutet: Wenn man Musiktherapie nicht mehr als Therapie versteht, sondern als Kultivierung von Erfahrungsmodi, gilt es sich zu lösen von theoretischen, institutionellen und konzeptionellen Denkgerüsten, die eine solche angestrebte Kultivierung ver- oder behindern. So werden im Garten der Möglichkeiten Übergänge zu einem Anders-Werden begehbar.

Das *Insgesamt* einer Kultivierungsform und das *Total* einer Wirrwarrwirklichkeit leben sich aus in den Nichtigkeiten eines All-Tags, Tag und Nacht.

Eine musiktherapeutische Wirkungsanalyse, wie hier dargestellt, bindet sich an die Materialität von Spiel und einfallendem Denken, d. h. sie bindet sich an das *Insgesamt* einer Umgangsform mit Wirklichkeit, sie bindet sich an die gelebte Umgangsform mit dem *Total* des Wirklichen. Die Formenbildung ist hierbei die Motivation.

Die autonomen Tendenzen der Materialien von Spiel und Einfall, von Mitspiel und Antwort zeigen uns, wie es möglich wird, dass der nächste (Garten-) Tag anders werden kann. Dann verschiebt sich auch die Wertbestimmung von Musiktherapien schlechthin.

## Literatur

- Adorno, Th. W. (1958, 2003): Philosophie der neuen Musik. Frankfurt am Main.
- Deleuze, G.; Guatari, J. (1996): Was ist Philosophie? Frankfurt am Main.
- Deuter, M. (2010): Polaritätsverhältnisse in der Improvisation. Wiesbaden.
- Freud, S. (1923, 2000): Das Ich und das Es. Studienausgabe Bd. III. Frankfurt am Main.
- Freud, S. (1926, 2000): Hemmung, Symptom und Angst. Studienausgabe Bd. VI. Frankfurt am Main.
- Freud, S. (1937, 2000): Konstruktionen in der Analyse. Ergänzungsband. Frankfurt am Main.
- Grootaers, F. G. (1987): Gefühle verweisen... In: Institut für Musiktherapie und Morphologie (Hg.): Materialien zur Morphologie der Musiktherapie, Heft 3. Bad Zwesten.
- Grootaers, F. G. (2010a): Im Hören sehen. In: Eschen, J. Th. (Hg.): Zu den Anfängen der Musiktherapie in Deutschland. Wiesbaden.
- Grootaers, F. G. (2010b): Bilder sehen, herausrücken, auslegen. In: Jahrbuch Musiktherapie 2010. Wiesbaden.
- Grootaers, F. G. (2012): Hören: Ein Indem. In: Jahrbuch Musiktherapie 2012. Wiesbaden.

- Salber, W. (1959, 1975<sup>4</sup>): Der psychische Gegenstand. Bonn.
- Salber, W. (1989): Der Alltag ist nicht grau. Bonn.
- Salber, W. (1991): Gestalt auf Reisen. Bonn.
- Salber, W. (1999<sup>4</sup>): Märchenanalyse. Bonn.
- Salber, W. (2007<sup>3</sup>): Wirkungseinheiten. Bonn.
- Salber, W. (2008a): Wie geht es? Nichtigkeiten und Ganze. Bonn.
- Salber, W. (2008b): Die eine und die andere Seite. Reise in ein Verzauber-Land. Bonn.
- Schelling, F. W. J. (1809, 1997): Philosophische Untersuchungen über das Wesen der menschlichen Freiheit und die damit zusammenhängenden Gegenstände. Hamburg
- Tüpker, R. (2001): Zum Musikbegriff der musiktherapeutischen Improvisation. In: Berufsverband der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten in Deutschland e.V. (Hg.): Einblicke. Heft 12, 44–49
- Tüpker, R. (2012): Musikalisch hören – musikalisch zuhören. In: Jahrbuch Musiktherapie 2012. Wiesbaden.
- Waldenfels, B. (1987): Ordnung im Zwielficht. Frankfurt am Main.
- Waldenfels, B. (2002): Bruchlinien der Erfahrung. Frankfurt am Main.
- Waldenfels, B. (2008): Grenzen der Normalisierung. Erw. Ausgabe. Frankfurt am Main.
- Waldenfels, B. (2009): Ortsverschiebungen, Zeitverschiebungen. Frankfurt am Main.
- Weber, T. (2006): Therapie und Modulation. Was Psychotherapeuten von Komponisten lernen können. In: Tüpker, R.; Schulte, A. (Hg.): Tonwelten: Musik zwischen Kunst und Alltag. Gießen, 31–50.
- Weymann, E. (2004) Zwischentöne. Gießen.

Dr. Frank G. Grootaers  
Hauptstrasse 96  
53604 Bad Honnef  
Tel.: 02224/7796519  
frank.grootaers@johanneswerk.de





## Musiktherapie als Teil des Musiklebens

### Music Therapy as a Part of Musical Life

Rosemarie Tüpker, Münster

*Die Musiktherapie hat sich in den letzten dreißig Jahren vor allem um eine Etablierung im Gesundheitswesen bemüht. Als Kontrapunkt dazu werden in diesem Artikel diejenigen Aspekte beleuchtet, durch die Musiktherapie auch Teil des Musiklebens ist. Dies ist verbunden mit Warnungen vor einer Verengung des Blicks durch den Einfluss medizinischer Paradigmen und gesellschaftlicher Zwänge und einem Plädoyer für den Erhalt der Aspekte von Mannigfaltigkeit, Offenheit und Beweglichkeit als charakteristische Merkmale kulturellen Lebens. Der Beitrag versteht sich als Anregung zur Diskussion.*

*In the past thirty years, music therapy has striven primarily for establishment in the health care system. As a counterpoint, this article sheds light on those aspects through which music therapy is also a part of musical life. This is associated with warnings for a limited view, influenced by medical paradigms and social pressure, as well as a plea for maintaining the aspects of diversity, openness and flexibility – characteristic features of cultural life. This paper is meant to foster further discussion.*

Die Musiktherapie hat sich in den letzten dreißig Jahren vor allem um eine Etablierung im Gesundheitswesen bemüht. Dies zu gutem Recht: fachlich, weil sie sich als eine besondere Form der Psychotherapie versteht, die ihrerseits Teil der medizinischen Versorgung geworden ist; berufspolitisch, weil sie sich über diese Zuordnung eine gesicherte Finanzierung ihrer Leistungen verspricht. Das hat aber einen hohen Preis, in der Praxis wie in der Forschung. Wie bei der Metapher vom „Marsch durch die „Institutionen“ in der Politik besteht meines Erachtens auch für die Musiktherapie die Gefahr, auf dem mühevollen Weg in die Versorgungsleistungen des Gesundheitssystems das eigene Wesen, die Andersartigkeit und Eigenheit zu verlieren und damit paradoxerweise wiederum die Berechtigung, Teil des Gesundheitswesens zu sein.

Ferner bestünde die Gefahr einer Verengung, wenn Arbeitsfelder im Bereich von Kultur, Bildung, Schule und sozialer Arbeit an den Rand geraten würden. Während Musiktherapie zunächst gleichermaßen in der Heil- und Sonderpädagogik und in der Sozialen Arbeit wie im Gesundheitswesen verankert war, kann

man den Eindruck gewinnen als müsse dieses Feld erst über den neuen Begriff der „Community Music Therapy“ (Ansdell/Pavlicevic 2004) zurückerobert werden<sup>1</sup>.

Mit diesem Aufsatz möchte ich ein Plädoyer für den Gedanken halten, dass Musiktherapie *auch* ein Teil unseres Musiklebens ist und dass die Pflege *dieser* Heimat und Zugehörigkeit möglicherweise dazu beitragen kann, dem Ausverkauf des Wesens der künstlerischen Therapien an die Zwänge des Gesundheitswesens und die Enge des wissenschaftlichen Paradigmas der Medizin die Beweglichkeit und Mannigfaltigkeit kulturellen Lebens entgegen zu setzen. Damit ist weder eine Abkehr von den berechtigten Bemühungen um die Integration der Musiktherapie in das Gesundheitswesen gemeint noch sollen diese diskreditiert werden. Im Zusammenhang dieses Jahrbuchs versteht sich diese Erinnerung, denn mehr ist es ja nicht, vielmehr als Kontrapunkt, damit die Frage der Kassenzulassung nicht zum Ohrwurm wird und die Klänge der Musiktherapie und der anderen künstlerischen Therapien in ihrer Besonderheit hörbar bleiben.

## Musiktherapie und Medizin

Musiktherapie und die anderen künstlerischen Therapien waren im Gesundheitswesen *auch* angetreten, um einer zunehmend auf das Körperliche zentrierten Medizin etwas entgegenzusetzen bzw. zurückzugeben. Zu behandeln gab und gibt es eine Reduzierung der modernen Medizin auf den Körper als komplexe – im Krankheitsfall reparaturbedürftige – Maschine (vgl. von Braun 1985). Diese vereinfachende Metapher ist dabei längst nicht mehr auf die Maschine im mechanischen Sinne reduziert, sondern inkludiert die komplexen chemischen, genetischen, neurobiologischen und hirnpfysiologischen Prozesse und Modelle, die von einer völlig neuen Seite her darauf verweisen, dass die Dichotomie Soma – Psyche ein Konstrukt mit vielen Lücken und Unstimmigkeiten ist. Das Merkmal einer Maschine ist ihre Regelmäßigkeit, Rationalität und Reproduzierbarkeit, auch wenn die Steuerung der „Körpermaschine“ zunehmend ins „Gehirn“ verlegt wird, welches dabei seltsamerweise seine Zugehörigkeit zum Körper zu verlieren scheint. Das prägt das Forschungsparadigma der Medizin (Stichwort: evidence based medicine) ebenso wie die Praxis (Stichwort: Effektivität, Kosten-Nutzen-Relation) und bedeutet für die Musiktherapie eine nicht ohne Wesensverlust zu erfüllende Auflage<sup>2</sup>.

1 Eine umfangreiche Diskussion findet sich in der in diesem Jahr erscheinenden Dissertation von Christine Simon.

2 Eine differenziertere Auseinandersetzung zu den Forschungsparadigmen der Medizin und den künstlerischen Therapien habe ich an anderer Stelle dargestellt (s. die beiden Beiträge in der Neuveröffentlichung Petersen/Gruber/Tüpker 2011).

Im Unterschied zum Menschen als perfekte Körpermaschine<sup>3</sup> ist der Mensch als Seelisches durch seine Offenheit und Individualität gekennzeichnet. Und wenn der seelische Raum auch nicht als unabhängig frei angesehen werden kann, sondern verbunden mit dem Körperlichen wie dem Sozialen, so imponiert er doch durch seine Charakteristik als nicht regelhafter Möglichkeitsraum. „Jeder Mensch ist ein Künstler“ ist hier ein wegweisender Gedanke von Josef Beuys. Wilhelm Salber fügt mit der Formulierung „Der Mensch ein Kunst-Werk“<sup>4</sup> eine weitere Variante hinzu. Mit dem Konzept der Psychoästhetik weist er immer wieder auf den kunstanalogen Charakter des Seelischen hin, auf das „Seelische als erste Kunst und die Kunst als zweites Seelisches“<sup>5</sup>.

Zum Wesen von Kunst und Kultur aber gehören Vielfalt, Mannigfaltigkeit, Offenheit, Schaffung von Noch-nicht-Dagewesenem, Spiel, Unvorhersehbarkeit, Freiheit und Gusto. Daraus entsteht kulturelles Leben. Das verschafft der Kultur ihre gesellschaftliche Berechtigung und sinnlich-ästhetische Qualität und Wirkung. Daraus entsteht ihre Fähigkeit, Gegensätzliches und Unverstandenes auszuhalten und zu halten<sup>6</sup>. Das ist es, worauf wir in „kultivierten Gesellschaften“ einen Anspruch haben. Das „Recht auf Kultur“, auf „kulturelle Teilhabe“ wird dort, wo die Inanspruchnahme erschwert ist, z.B. durch Alter, sozialen Stand oder Krankheit als Menschenrecht eingefordert und seine Erfüllung sagt maßgeblich etwas über Qualität und Grad einer als human zu bezeichnenden Gesellschaft aus.

Das, was an Kunst und Kultur wesentlich ist, lässt sich – im Unterschied zum derzeit vorherrschenden medizinischen Paradigma – mit keinem noch so komplexen Maschinenmodell abbilden. Es passt nicht in fertige, in sich abgeschlossene und dann zusammensetzbare Module (Bausteine) und kann vor allem nicht für alle gleich sein. Es macht keinen Sinn, einen Museumsbesuch im Hinblick auf eine wie auch immer geartete Effektivität mit einem Konzertbesuch zu vergleichen. Wer Saxophon lernen möchte, sollte nicht in den Geigenunterricht geschickt werden, wer Free Jazz liebt, möchte nicht den Musikantenstadl hören müssen (und umgekehrt) und es bleibt zu hoffen, dass die Proklamation, dass „Singen [...] nachgewiesenermaßen ein Gesundheitsverhalten im Sinne der Weltgesundheitsorganisation (WHO)“ ist<sup>7</sup> nicht zur Abschaffung der Malerei oder des Instrumentalunterrichts führt, weil für diese ein solcher Nachweis nicht geführt wurde.

Droht durch das unreflektierte Ausufern des medizinischen Paradigmas doch schon im Hinblick auf natürliche (und homöopathische) Heilmittel eine Schieflage, weil von jedem Kraut, für das keine randomisierte kontrollierte Studie vorliegt, sogleich in der

3 So heißt es im Titel und Klappentext eines Lehrbuchs für Kinder im Lingen-Verlag treffend: „Der Körper des Menschen. Die perfekte Maschine“: „Der menschliche Körper ist ein Wunderwerk der Evolution, er funktioniert wie eine clever ausgestützelte Maschine.“ (Klappentext: Newton 2004).

4 Salber 2003.

5 Insbesondere in Salber 1999.

6 Vgl. den Gedanken der „Negative Capability“ von Bion bzw. Keats (Bion 1992)

7 Adamek im Program von Il Canto del Mondo

Umkehrung behauptet wird, es sei „*nachweislich nicht wirksam*“. Dabei ist dieser Umkehrschluss natürlich ein logischer Schnitzer ersten Ranges und die fehlenden Studien zu Kamille, Kapuzinerkresse und Spitzwegerich sind natürlich auch darin begründet, dass keine Pharmafirma an dem verdienen kann, was zum Glück noch immer in Fülle auf den Wiesen und im eigenen Garten zu finden ist. Erst wenn es sich lohnt, einen Wirkstoff zu isolieren und mit Konservierungs- und anderen Zusatzstoffen versehen als Medikament auf den Markt zu bringen, kommen Studien überhaupt in Frage.

Im Unterschied zur Suche nach dem richtigen Medikament geht es in der Musik nicht darum, den ein für alle mal richtigen Ton zu finden, wie es ein bekannter Cellistenwitz ins Blickfeld rückt: „Ein Cellist spielt den ganzen Tag nur einen Ton. Seine Frau beschwert sich: ›Es gibt Leute, die können auch noch andere Töne spielen.‹ Der Cellist: ›Die Anderen suchen den richtigen Ton. Ich habe ihn gefunden.‹“

Der Arzt und Psychoanalytiker Peter Petersen hat das, was die künstlerischen Therapien in die Medizin bringen, mehrfach beschrieben. Im Zusammenhang mit der High-Tech-Medizin stellt er den direkten Maßnahmen des *Ausschaltens*, *Korrigierens* und *Ersetzens* der modernen Medizin die indirekten Wirkungsweisen der künstlerischen Therapien gegenüber: „Den Patienten zum eigenen körperlichen, seelischen und geistigen Tätigsein zu aktivieren. Den psychosomatischen Organismus zur Selbststeuerung (Selbstheilung) anzuregen (entsprechend dem Prinzip der Salutogenese)“ (Petersen 2006, 5). Dabei weist er den Künstlerischen Therapien eine bedeutsame Rolle zu, die er aus der verloren gegangenen hippokratischen Tradition heraus begründet in den Kontext der Entwicklung der Tiefenpsychologien und in Zusammenhang mit aktuellen Entwicklungen in den Künsten stellt: „Künstlerische Therapien haben die Kraft, nicht nur die Heilkunde, sondern auch unsere Zivilisation neu zu durchdringen und wesentliche Anregungen für die kulturelle Gestaltung zu geben (ebd. 5).“ Die von ihm genannten Stichworte aus der hippokratischen Tradition verweisen auf das, was die Künstlerischen Therapien einer biotechnologisch ausgerichteten Medizin zurückgeben sollten: *behutsame Vorgehensweise*, *Verbindung zu den Sinnen und der Sinnlichkeit*, *Heilung als Transformationsprozess krankheitsimmanenter Phasen*, *Prozessdenken und das Offensein für eine unkalkulierbare Zukunft* (ebd. 6). Als Besonderheit der „Lebenshaltung der künstlerischen Therapeuten“ betont er den „unbedingte(n) Respekt des Therapeuten für seinen Patienten im therapeutischen Dialog [...], die ebenso unbedingte Anerkennung des sich selbst steuernden therapeutischen Prozesses zwischen Therapeut und Patient“ und die „intensivierte und erweiterte sinnliche Ästhetik“ (ebd. 7). Als Folge der Eliminierung der therapeutischen Beziehung, die er als „wichtige wissenschaftstheoretische Brücke zum Verständnis der *Tiefenwirkung* Künstlerischer Therapien“ bezeichnet, werde „ein wesentlicher Fortschritt der Heilkunde insgesamt blockiert. Die Zukunft einer reichen, durch Sinnenfülle und personale Beziehung differenzierten Heilkunde wird zerstört zugunsten einer öden, durch abstrakte Leitlinien-Normen beschränkten High-Tech-Medizin“ (Petersen 2011, 14).

Wenn Petersen aus ärztlicher Sicht von der „Notwendigkeit der Kunst in der Medizin“ (2000, 405) spricht, so ist es unsere Aufgabe dafür zu sorgen, dass der Charakter des Künstlerischen, des Kulturellen sich nicht dem Diktat des derzei-

tigen medizinischen Forschungsparadigmas und der vorrangig ökonomisch begründeten Effektivität unterwirft. Das heißt auch, dass das Gesundheitssystem aushalten muss, dass es nicht immer und in allen Bereichen darum gehen kann, wissenschaftlich nachgewiesene Verfahren lediglich anzuwenden. Kunst und Praxis müssen notwendigerweise der Wissenschaft vorausgehen, insbesondere dort, wo es darum geht, menschliche Erlebensweisen zu erkunden und zu behandeln, die sich an den Grenzen abspielen und sich dem kognitiven Zugriff entziehen.

## Musiktherapie und Musikleben

Geht man der Frage nach, ob die Musiktherapie Teil unseres Musiklebens sei, stößt man auf die Kuriosität, dass der Begriff des Musiklebens so allgemein und allgegenwärtig ist, dass eine Definition kaum zu finden und schwer zu geben ist. Treffend erscheint mir die umfassende Bestimmung, dass das „Wirken mit und durch Musik kennzeichnend für das Musikleben“ sei<sup>8</sup>. Die „Kulturelle Vielfalt“ ist dem Musikleben ebenso wesensimmanent wie die Abstimmung und Auseinandersetzung mit den sich immer wieder wandelnden gesellschaftlichen Bedingungen (vgl. Höppner 2011). Zum aktuellen Musikleben in Deutschland gehören neben den Orchestern, Musiktheatern, Chören und Festivals ebenso wie die musikalische Bildung in den Schulen und Musikschulen, die musikalischen Ausbildungen an den Hochschulen, die Musikberufe, die Laienmusik, aber auch die Musikwirtschaft, das Musikverlagswesen, die GEMA und die alten und neuen Medien, also Rundfunk, Fernsehen, mp3 und das Internet. Vertreten finden sich fast alle Organisationsformen rund um die Musik in der „größten Bürgerbewegung im Kulturbereich“<sup>9</sup>, dem Deutschen Musikrat und den – entsprechend der föderalen Organisation der Bundesrepublik organisierten – Landesmusikräten. „In der Überzeugung, dass sich Deutschland zu einer Wissens- und Kreativgesellschaft entwickeln muss und dass dabei Bildung und Kultur die entscheidende Rolle spielen, engagiert sich der Deutsche Musikrat zusammen mit seinen Partnern in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens, die mit der Musik in einem Zusammenhang stehen, für ein lebendiges Musikland Deutschland“, heißt es im aktuellen Leitbild des Deutschen Musikrats (s. Fußnote 9). Neben den wichtigen Themen der Musikalischen Bildung und Ausbildung, der klassischen Interessenvertretung der Berufsorganisationen, von der Orchestervereinigung über die Rockmusik-Stiftung bis zum Musikverlegerverband, der Klavierindustrie und der Militärmusik der Bundeswehr, den bekannten Wettbewerben wie „Jugend musiziert“, Komponisten-, Chor- und Orchesterwettbewerben und den aktuellen Projekten wie „Jedem Kind sein Instrument“ und „Jedem Kind seine Stimme“, kommen zunehmend auch Themen wie „Musik und Alter“, „Musik und Medizin“ und die Musiktherapie ins Blickfeld. Auch die DMtG ist Mitglied im

---

8 Eva Luise Roth, Projektmanagerin des Landesmusikrats NRW: Mündliche Mitteilung

9 [www.musikrat.de/musikrat/leitbild.html](http://www.musikrat.de/musikrat/leitbild.html), abgerufen am 19. März 2013

Deutschen Musikrat und es gibt unterschiedliche Verbindungen musiktherapeutischer Organisationen oder Einzelpersonen zu einzelnen Landesmusikräten.

Erscheint es zunächst naheliegend, den Begriff des „Musiklebens“ an das Merkmal des *öffentlichen* Lebens zu binden, so fallen bei näherem Hinsehen auch die „stilleren“ zum musikalischen Leben gehörenden Situationen auf wie die Hausmusik, das Singen beim Wandern, die prägende Musik der frühen Kindheit und die Bedeutung des Musikhörens „im stillen Kämmerlein“ (des Kopfhörers) für die Lebensqualität und Identitätsentwicklung. Auch das Unterrichten und Lernen von Musik ist ja eine zum größeren Teil nicht öffentliche Angelegenheit. Ein Teil dieses nicht öffentlichen Musiklebens wiederum ist auf die Öffentlichkeit ausgerichtet wie dies beim Üben professioneller Musiker am evidentesten ist. Andere Teile aber sind sich selbst genug: Viele Menschen ziehen Kraft, Entspannung, Erholung und Sinn aus dem privaten Musizieren, allein für sich oder mit ein paar Freunden oder geben nur gelegentlich etwas „zum Besten“, ohne dass dies der Hauptsinn dieser oft ja lebenslänglich und täglich ausgeübten Tätigkeit ist. In anderen Teilen ergeben sich aus der Frage der Öffentlichkeit spannende Diskurse: Dienen der Instrumentalunterricht und die vielen Stunden des Übens, die mit ihm verschwistert sind, hauptsächlich der Herausbildung derer, die dann mit der Musik ihren Lebensunterhalt verdienen und öffentlich als „unsere Musikkultur“, als „musikalische Leistungsträger“ hervortreten? Und ist der größere Teil derer, die dies nicht tun werden, eher ein unumgängliches und bedauernswertes Nebenprodukt, ohne eigenen Sinn, notwendig zum Auffinden der „wahren Begabungen“? Oder stehen vielmehr beide in einem dialektischen Verhältnis zueinander und zwar nicht als „Herr und Knecht“, sondern in einem immer wieder neu zu findenden Liebes- und Spannungsverhältnis, sich gegenseitig bedingend, hervorbringend und erhaltend.

Die Frage der Öffentlichkeit ist für die Musiktherapie deshalb von Bedeutung, weil es eine Besonderheit der Musiktherapie ist, dass sie kein Publikum, keine Öffentlichkeit verträgt, sondern die intime Situation zwischen Patient und Therapeut oder innerhalb einer Gruppe ein charakteristisches Merkmal dieser musikalischen Live-Situation ist. Und dennoch ist auch sie Teil der musikalischen Erfahrung von Menschen, des musikalischen Lebens in unserer Kultur.

Die Antworten auf die Frage, was das Musikleben sei und was alles dazu gehöre, hängen immer auch von der Perspektive des Fragenden ab. Aus der Perspektive der GEMA oder des Rundfunkrates sieht das anders aus als aus der Perspektive eines Menschen, der im Krankenhaus liegt, Bewohner einer Behinderteneinrichtung oder eines Altenheimes ist oder aus der eines Kindes, das Musik als „live“ erlebtes Miteinander in der Familie und als eigene Tätigkeit erfährt oder eines anderen, dem dies nicht begegnet. Auch die extrem unterschiedlichen Positionen um die Fragen des Urheberrechts in der Musik zeigen, neben vielem anderen, dass Musik von den einen als Handelsware gesehen und von anderen als ein Lebensrechtsgut erlebt wird wie Wasser und Luft. Umgekehrt ist das Gefühl, ohne Musik nicht mehr leben zu können, nicht identisch mit der Frage, ob man denn von der Musik leben kann.

Was charakterisiert die Musiktherapie, wenn wir sie unter dem Aspekt des Musiklebens, des Wirkens mit und durch Musik betrachten? Musiktherapie schafft besondere musikalische Situationen, Formenbildungen und ist Teil des Lebens in Phasen der Krankheit, der Hilfsbedürftigkeit und Not. Sie greift immer wieder Formen und Neuerungen aktueller Musikentwicklung auf und wirkt auf andere Bereiche des Musiklebens zurück, so z.B. durch die besondere Bedeutung der Improvisation. In der Arbeit mit Menschen mit späten kognitiven Einschränkungen spielt ihre Gestaltstabilität und ihr Erinnerungspotenzial eine bedeutsame Rolle. In der Arbeit mit Menschen mit noch unausgebildeten psychischen Strukturen oder solchen, deren seelisches Fassungsvermögen übermäßig in Anspruch genommen wurde, gewinnen ihre Bindungskraft und ihr Potenzial, auch Unbegreifliches zu fassen und zu verwandeln, an Bedeutung. In Krisensituationen des Lebens kann sie helfen, Trauer und Schmerz, Leid und Erschütterung, Bestürzung und Kummer zu fassen, mit anderen zu teilen, mitteilbar zu machen und zu verwandeln. Sie kann uns trösten, besänftigen, ernähren und aufmuntern und wir können uns von ihr verstanden fühlen, wenn anderes versagt. Diese Aufzählung ist nur ein kleiner Teil dessen, was uns mit Musik gelingen kann. In der Musiktherapie geschieht dies immer im Zusammenhang einer therapeutisch gestalteten und gestaltenden Beziehung. Das ist das Spezielle. Aber die Musiktherapie greift dabei (nur) auf etwas zurück, was die Musik als kulturelle Errungenschaft immer schon verfügbar macht und worin sich die Teilhabe am Musikleben als Menschenrecht in einer Kultur ebenso begründet wie an den ästhetischen Eigenschaften. Die methodisch reflektierte Behandlung der Musiktherapie greift in ihren wesentlichen Aspekten auf die Selbstbehandlungsmöglichkeiten mit und durch Musik zurück, aus denen heraus das Musikleben entsteht und die es unterhält. Eine Unterscheidung von „Musik als solche“ und „Musik als Mittel“ übersähe die Dialektik dessen, dass alle Kultur immer nur für und durch den Menschen existiert.

Wenn z.B. die Musikerziehung auf das Erlernen von Musik zielt, so zielt sie doch als „Bildung“ gleichermaßen darauf, dass sich mit dem Erlernen eines Instruments etwas in demjenigen kultiviert und bildet, der dies tut. Auch wenn dies bekanntermaßen keinen „besseren“ Menschen aus ihm macht, so verändert uns das Musizieren ebenso wie alles andere, was wir tun oder lassen und bei manchen Menschen nimmt die Musik eine besondere psychologische Rolle in ihrem Leben ein. Wenn wir Musik machen und hören, so macht die Musik immer auch etwas mit uns. Zu einer Funktionalisierung der Musik kann es dann kommen, wenn das Erlernen eines Instruments *bloß* dazu dienen soll, das eigene Kind schlauer und erfolgreicher zu machen oder wenn gar nicht mehr das Kind gefördert werden soll, sondern unter Umgehung der Person gleich sein Gehirn. Die Gefahr einer solchen Funktionalisierung von Musik und musikalischem Tun findet sich an den Rändern der Musikpädagogik ebenso wie der Musiktherapie.

Musiktherapie als Teil des Musiklebens zu verstehen und als kulturelles Geschehen zu verorten meint hingegen, dass nicht eine Krankheit, eine Störung oder eine Schädigung mit Musik behandelt werden, sondern die Menschen, die von Krankheit, Leid, Krisen, Behinderung und Gebrechen betroffen sind und die durch



musikalisches Tun, Hören und Erleben etwas in sich umbilden können. Das kann ein verändertes Erleben in diesem Moment sein oder die Überwindung einer Krise, eine Gesundung oder ein besserer Umgang mit einer Krankheit oder Situation. Es kann eine Einsicht schaffen oder Einfühlung erlebbar machen, innere Freiräume entstehen lassen, wenn äußere Einschränkung den seelischen Spielraum begrenzt oder Bindung schaffen, wo Zersplitterung überhandnimmt. Insofern verwirklicht auch die Musiktherapie an ihrem Ort, was Lorenzer als eine bedeutsame Aufgabe der Künste in der Gesellschaft beschreibt: die Rückgabe des aus dem Konsens Ausgeschlossenen, dessen, was in Sprache nicht verfügbar ist wieder zugänglich zu machen (Lorenzer 1973).

In noch einem weiteren Aspekt unterscheidet sich das Idealbild der Kultur von dem der Medizin. Das Musikleben ist in verschiedenen Ländern, Regionen, unter verschiedenen gesellschaftlichen Systemen und politischen Verhältnissen und zu verschiedenen Zeiten je anders. Im Kontext des Laienmusizierens betont Höppner den Zusammenhang zwischen den Formen des Musiklebens in Deutschland und zivilgesellschaftlichem Engagement: „Für viele Bürgerinnen und Bürger, gleich welcher sozialen oder ethnischen Herkunft, ist das Musikerleben und Musizieren in allen Stilrichtungen ein unverzichtbarer Teil ihres Lebens. Durch das Laienmusizieren eröffnen sich im Dialog der Kulturen und der Generationen Begegnungswelten, die Voraussetzung für eine humane Gesellschaft von heute und morgen sind. Die rund sieben Millionen Menschen im Bereich des Laienmusizierens zeigen ein hohes Maß an Motivation, Identifikation und Mitverantwortung für die Zukunft unserer Gesellschaft“ (Höppner 2011, 3).

Auch hierin finden wir durch die Konzeption der Musiktherapie als kulturelles Phänomen eine gedankliche Hilfe, sich falscher Ansprüche einer verengten Auffassung von Krankheit und Heilung entgegenzustellen. Die Medizin, insbesondere die Pharmakonzerne, streben nach weltweit und überkulturell wirksamen Mitteln und Konzepten. Anders als ein Medikament oder eine Operationstechnik aber können kulturelle Mittel nicht in allen Ländern und unter unterschiedlichen gesellschaftlichen Bedingungen gleich sein. Das verbindet die Musiktherapie nicht nur mit den anderen künstlerischen Therapien, sondern im Grunde mit der gesamten Psychotherapie, die ebenfalls zu versanden droht, wenn sie sich ihrer Kulturabhängigkeit nicht bewusst bleibt.

## **Musiktherapie als Musikberuf**

Noch aus einer weiteren Perspektive ist die Musiktherapie Teil des Musiklebens, fügt sie doch den Möglichkeiten, sich mit der Musik nicht nur einen Lebenstraum zu erfüllen, sondern auch den Lebensunterhalt zu verdienen, eine inzwischen begehrte Option hinzu.

Die moderne Musiktherapie wurde nicht nur von Musikerinnen und Musikern wie z.B. Paul Nordoff, Mary Priestley, Gertrud Orff, Gertrud Katja Loos und Christoph Schwabe erfunden, sondern blieb zunächst ein Zweitberuf für Menschen mit einer umfassenden musikalischen Ausbildung und oft auch einer jahrelangen Tätigkeit als Musiklehrer oder ausübende Musiker in unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern. Auch heute noch setzen die Masterstudiengänge Musiktherapie entweder ein musikalisches Erststudium voraus oder überprüfen die Bewerber individuell auf ihre musikpraktischen Kompetenzen und musikalischen Erfahrungen hin. Den wenigen grundständigen Studiengängen geht – wie allen anderen Musikstudiengängen – eine (auch) musikalische Aufnahmeprüfung voraus und der musikpraktische Teil der Ausbildung nimmt hier einen ebenso bedeutsamen Teil ein wie etwa in einem Schulmusikstudium. Meist wird wie in anderen Musikausbildungen von der Konstruktion: ein Hauptinstrument, ein Nebeninstrument, eines davon kann Gesang, eines muss ein Harmonieinstrument sein, ausgegangen.

Spezifisch ist demgegenüber die Ergänzung durch die vielen leicht zugänglichen Instrumente, die auch dem Patienten der Musiktherapie zur Verfügung stehen und die Bedeutung der Improvisation. Beides bildet oft die Grundlage zu der Möglichkeit lebenslänglichen Lernens, denn auch die „Musiktherapieinstrumente“ können Anlass zu einer intensivierten Auseinandersetzung sein, man denke etwa an die Leier oder Chrotta, aber auch Marimba und andere auch professionell zu spielende Percussion-Instrumente, Obertonflöten, die chinesische GuZheng und andere Instrumente aus anderen Kulturkreisen.

Wie in anderen Musikberufen steht meist die Leidenschaft zur Musik und der Wunsch, soviel Zeit wie möglich mit der Musik verbringen zu können, für junge Menschen bei der Berufswahl im Vordergrund. Viele changieren eine ganze Weile zwischen den verschiedenen Möglichkeiten, auf diese Weise dann „auch noch“ den eigenen Lebensunterhalt verdienen zu können, hin und her. Bisweilen sind es zunächst durchaus nachrangige Aspekte, die zur Entscheidung für diesen oder jenen Musikberuf führen. In den oft bewegenden Motivationsschreiben zur Bewerbung auf einen Studienplatz finden sich immer wieder Sätze wie: „Musik war bereits in meiner Kindheit ein wichtiger Bestandteil meines Lebens.“ „Musik wird in meiner Familie hoch wertgeschätzt, weswegen ich mit Musik aufgewachsen bin.“ „Später wurde Musik für mich Mittel zum kreativen Selbstaussdruck, so dass ich sehr viel Erfahrung im Songwriting, gemeinsamen Musizieren in verschiedenen Bands und Produzieren von Musik gemacht habe.“ „Musik hat auch mir selbst in verschiedenen Phasen meines Lebens geholfen, mich selbst auszudrücken und mit anderen in Kontakt zu treten.“ „Ein Leben ohne Musik kann ich mir nicht vorstellen.“ „Musik ist der wichtigste Teil meines Lebens.“ Hinzu kommen die ersten faszinierenden Erfahrungen mit Musik in den sehr persönlichen Situationen mit kranken, alten oder behinderten Menschen in den Praktika, die meist als eine Intensivierung auch des Umgangs mit Musik erlebt werden: „Mir wurde klar, wie schnell durch Musik eine Verbindung zwischen Menschen geschaffen werden kann und sie darüber kommunizieren können, auch wenn sie sich beispielsweise völlig fremd

sind.“ „Faszinierend war es, wie die zunächst völlig apathisch wirkenden Teilnehmer durch die Lieder ansprechbar waren, mitsingen und wieder lebendig wurden.“ „Musiktherapie ist für mich faszinierend, da der Therapeut über die Musik Emotionen und Gefühle widerspiegeln kann, die der Klient nicht ausdrücken kann oder bewusst für sich behält. Die Musik legt somit dar, wer der Mensch ist.“ „Die Wirkung von Musik auf den Menschen und das intensive Arbeiten mit ihnen sowie das Integrieren von Instrumenten unterschiedlicher Kulturen und die jeweilige Identität eines Menschen, sind jene Bereiche der Musiktherapie, die mich seit einigen Jahren beschäftigen und interessieren.“

Ein musiktherapeutischer Masterstudiengang wird manchmal als Berufswechsel, manchmal aber auch als Erweiterung der beruflichen Möglichkeiten begonnen: „Ich hoffe, mit dem Masterstudiengang auf die Grundlage meiner musikpädagogischen und künstlerischen Vorerfahrungen des bisherigen Studiums aufbauen zu können. Dabei wäre es für meine berufliche Zukunft schön, das Spektrum von Arbeitsmöglichkeiten durch die Ausbildung sowohl im musikpädagogischen als auch im musiktherapeutischen Bereich zu erweitern und somit einen abwechslungsreicheren und spannenderen Arbeitsalltag zu schaffen.“

Viele bleiben Zeit ihres Lebens in mehreren musikbezogenen Bereichen tätig, konzertieren, mit viel Freude, aber vielleicht ohne damit viel Geld verdienen zu können, unterrichten ihr Instrument oder halbtags in der Schule, singen in halbprofessionellen Zusammenhängen oder leiten einen Chor, spielen sonntags Orgel oder abends in einer Band, bauen Instrumente, produzieren CDs, schreiben Musikkritiken für die Regionalzeitung, haben eine halbe Stelle als Musiktherapeut oder verbinden in einer Selbständigkeit unterschiedliche musikbezogene Tätigkeiten. Auffällig ist auch hier die Offenheit und die Lust auf Neues: Vielleicht noch mal ein neues Instrument lernen, sich noch einmal neu mit der eigenen Stimme beschäftigen, sich mit einer neuen, bisher nicht ausgeübten Musikrichtung auseinandersetzen, nach der jahrelangen Arbeit mit Kindern, jetzt mal mit Erwachsenen, nach einem halben Berufsleben in der Psychiatrie, nun einmal mit gesünderen Menschen, sich durch eine Fortbildung noch einmal eine neue musiktherapeutische Methodik aneignen oder jetzt die Erfahrungen in das Schreiben einer Promotion oder eines Buches einmünden lassen. Haupt- und Nebentätigkeit stehen dabei oft in immer wieder wechselnden Ausgleichen: Mal verdient man mit dem einen mehr Geld, aber das Herz ernährt sich von dem anderen. Mal ist die Unterrichtstätigkeit der emotionale Ausgleich für die Belastung in der tief bewegenden, aber auch anstrengenden musiktherapeutischen Arbeit mit Sterbenden. Mal sind die zahlenmäßig wenigen „in Nebentätigkeit“ durchgeführten Einzelmusiktherapien das sinnerfüllende Gegengewicht zu der aufreibenden „musikalischen Bildungsarbeit“ mit zu vielen Schülern in zu vielen verschiedenen Klassen. Musiktherapie ist ein Beruf, der, negativ gesehen, „immer zwischen den Stühlen“ (fest-)sitzt und, positiv betrachtet, sich dort eine große Beweglichkeit verschafft, bei der sich mit der Musik sehr unterschiedliche berufliche Erfahrungen erschließen, ausloten und verwirklichen lassen.

Die Bundesagentur für Arbeit kategorisiert Musiktherapie sowohl unter dem Berufsfeld „Gesundheit“ (dort unter „Berufe in der Therapie – nichtärztlich“ und „Berufe mit Psychologie“) als auch unter „Berufe mit Musik“, dort als Untergruppe des Berufsfeldes „Kunst, Kultur, Gestaltung“. Unterschieden nach dem Bachelor und dem Master taucht er als zwei von insgesamt 63 Musikberufen auf. Die Einordnung als Musik- oder Gesundheitsberuf hat im Alltag bedeutsame berufsrechtliche, steuerrechtliche und versicherungstechnische Folgen, die meist insbesondere bei einer freiberuflichen und selbständigen Ausübung recht kompliziert sein können, gerade weil damit zugleich Identitätsgefühl und Selbstverständnis der MusiktherapeutInnen berührt sind. Hier ist nicht nur Kreativität gefragt, sondern derzeit vor allem auch die Fähigkeit, Widersprüchliches aushalten zu können, denn Identitätsgefühl und die Frage der Umsatzsteuerpflichtigkeit sind manchmal ebenso wenig stimmig übereinzubekommen wie das Selbstverständnis der eigenen Arbeit und die Bezeichnung, die etwas haben muss, um in einem bestimmten beruflichen Umfeld verortet werden zu können. Die Tendenz zur Vereinheitlichung, um berufspolitisch mehr „Schlagkraft“ zu gewinnen, beinhaltet m.E. ebenso die Gefahr, die „kulturelle Vielfalt“ der individuell passenden Lebensentwürfe und Berufslaufbahnen einzuschränken, wie es dazu führen könnte, Wesen und Eigenart der Musiktherapie aufzugeben, um besser auf einen der beiden Stühle zu passen, nur um dann möglicherweise festzustellen, dass dieser ohnehin schon besetzt ist. Vielleicht ist hier das Bild einer bewusst angenommenen multikulturellen Identität förderlicher und besser geeignet, kreative eigene Wege zu finden und den Neugewinn aus der besonderen Position zwischen den etablierten Bereichen zu schöpfen.

## Musiktherapie und Musikwissenschaft

Die gleiche Thematik lässt sich noch einmal im Hinblick auf die Frage der Verortung der Musiktherapie in wissenschaftlicher Hinsicht durchdenken. Nehmen wir hier als Indikator die musiktherapeutischen Promotionsmöglichkeiten und die abgeschlossenen Promotionen in den Blick, so zeichnet sich die wissenschaftliche Zuordnung der Musiktherapie zu den Musikwissenschaften als der Disziplin ab, die sich mit allen Aspekten der Musik wissenschaftlich auseinandersetzt. Auch wenn die Liste der musiktherapeutischen Promotionen und Habilitationen, die vom Musiktherapieinstitut der Universität Augsburg in Kooperation mit den übrigen musiktherapeutischen Studiengängen erstellt wurde, möglicherweise nicht vollständig sein sollte, so zeigt sie doch die deutliche Tendenz, dass ein größerer Teil der wissenschaftlichen Beschäftigung mit der Musiktherapie sich an den Musikinstituten der Musikhochschulen und Universitäten zu etablieren beginnt. Dies macht m.E. auch inhaltlich Sinn, zumindest dann, wenn wir auf die sich parallel ebenfalls enorm entwickelnde Vielfalt und Offenheit der Systematischen Musikwissenschaft blicken. Persönlich machte ich schon in den frühen 1980er Jahren positive Erfahrungen mit der Aufnahme der Musiktherapie in die Musikwissenschaft.

Während naturgemäß die Historische Musikwissenschaft wie auch die Musikethnologie jeweils nur für besondere Teilfragen der Musiktherapie eine Heimat bieten konnten und können, erwies sich die „Systematische Musikwissenschaft [...] als der Teil der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Musik, der [...] von seinem Selbstverständnis her offen für die Musiktherapie als einem sich neu etablierenden ‚Teil des Musiklebens‘ war“ (Tüpker, 2003, 402).

Die Musikwissenschaft teilt sich klassischerweise in drei Hauptgebiete auf: Historische Musikwissenschaft, Musikethnologie und Systematische Musikwissenschaft. Diese Teilgebiete sind nicht nur in ihrer quantitativen Vertretung ungleich, sondern auch inhaltlich und methodisch heterogen. So finden wir z.B. in den ersten beiden eine stärkere methodische Einheitlichkeit vor, während die Systematische Musikwissenschaft mit ihren sehr unterschiedlichen Teilgebieten wie musikalische Akustik, musikalische Wahrnehmung und ihre physiologischen Voraussetzungen, Musikästhetik, Musiksoziologie, Musikpsychologie etc. auch von den Methoden her sehr vielgestaltig ist. Sie war immer schon interdisziplinär ausgerichtet und verwendet oft jeweils die Methoden, die der Fragestellung angemessen ist.

Der auf Guido Adler (1885) zurückgehende Begriff, der seinerzeit von der rein historischen Musikwissenschaft ein Gebiet der spekulativ-musiktheoretischen, musikästhetischen und musikpädagogischen (ebd. 11) Auseinandersetzung mit Musik abhob, hat sich seither stetig erweitert und differenziert. Als Indikator dafür lässt sich die Gegebenheit hervorheben, dass Carl Dahlhaus in dem vor allem auch für Standardwerke bekannten musikwissenschaftlichen Laaber-Verlag in den 1980er Jahren eine Handbuchreihe der Musikwissenschaft herausgibt<sup>10</sup>, bei dem *einer* von insgesamt zehn Bänden der Systematischen Musikwissenschaft gewidmet ist, zwei entfallen auf den Bereich der sogenannten „Außereuropäischen Musik“, die übrigen sieben behandeln musikhistorische Themen. Dreißig Jahre später erscheinen im selben Verlag *sechs* Bände einer neuen Handbuchreihe<sup>11</sup>, die insgesamt dem Gebiet „Systematische Musikwissenschaft“ gewidmet sind. Aufgeteilt sind sie in die Themenbereiche: Musikästhetik, Musiktheorie, Musikpsychologie, Musiksoziologie, Akustische Grundlagen der Musikwissenschaft und ein alle Bereiche umfassendes Lexikon der Systematischen Musikwissenschaft. In beiden Handbuchreihen kommt die Musiktherapie bereits vor: in dem 1982 erschienenen innerhalb eines von Günter Kleinen und Helga de la Motte-Haber verfassten Kapitels zur „Wissenschaft und Praxis“, in den aktuellen Bänden, im Band Musikpsychologie und im Lexikon, als eigenständige Artikel (Tüpker 2005 und 2010).

Eine günstige Grundlage für die wissenschaftliche Einordnung der Musiktherapie in die (Systematische) Musikwissenschaft stellt die schon von Adler postulierte Methodenvielfalt dar, die Anleihen bei den jeweils interdisziplinären verbun-

10 Neues Handbuch der Musikwissenschaft, hg. von Carl Dahlhaus, ursprünglich 10 Bände, später auf 14 erweitert.

11 Hg. von Helga de la Motte-Haber und weiteren Autoren.

denen Gebieten, wie Physik, Soziologie und Psychologie nimmt und für die schon Adler eine modern anmutende Formulierung findet: „Die Methode der musikwissenschaftlichen Forschung richtet sich nach der Art des zu Erforschenden...“ (ebd. 15), die sich bei ihm sogar auf das gesamte Gebiet der Musikwissenschaft bezog. Bei de la Motte-Haber heißt es in der Einleitung zur Musikpsychologie explizit: „Auch die Beschäftigung mit tiefenpsychologischen Fragen und solchen der klinischen Psychologie verbunden mit dem Wunsch zur musiktherapeutischen Intervention gehören zum Spektrum der Musikpsychologie“ (de la Motte 2005, 16). Auch Purncutt, der Leiter des Zentrums für Systematische Musikwissenschaft in Graz fasst zusammen: „The practically oriented fringes of musicology – music medicine, music therapy, and music education – are more closely linked to systematic musicology than to historical musicology or ethnomusicology. To the extent that they are theoretical and research based, they may be regarded as belonging to a broad definition of musicology“ (Purncutt 2007, 7).

## Plädoyer

Sorgen wir – gemeinsam mit den anderen künstlerischen Therapien – dafür, dass die Merkmale kulturellen Lebens wie Offenheit und Mannigfaltigkeit, kulturelle Vielfalt und das Recht auf individuelle Vorlieben und Wege weiter Einzug ins Gesundheitswesen halten. Fühlen wir uns weiterhin verantwortlich dafür, durch den Rückgriff auf die Künste unserer Kultur Spielräume zu schaffen, wenn Menschen sich in die Enge getrieben fühlen, Verbindungen zum ästhetischen Erleben wieder herzustellen, wenn Entfremdung und Technisierung den Kontakt zu den Sinnen und der Sinnlichkeit abzuschneiden drohen und dafür, dass das Recht auf Kultur sich auch dort verwirklicht, wo Menschen durch Krankheit, Alter oder Behinderung nicht selbständig am „normalen“ kulturellen Leben teilnehmen können. Nutzen wir unsere musikalische Ausbildung dazu, den Symptomen der Einzelnen wie der Gesellschaft zuzuhören statt mit dazu beizutragen, dass ihre Botschaft übertönt wird<sup>12</sup>.

Beharren wir auf der Bedeutung des Subjekts und des therapeutischen Dialogs in allen Prozessen der Heilung, insbesondere denen der psychologischen Behandlung und darauf, dass Musik ein „Lebensmittel“ ist und ein Mittel der Kommunikation von Mensch zu Mensch und kein Medikament. Setzen wir einen Kontrapunkt zur Herrschaft des Gedankens der Operationalisierbarkeit aller menschlichen Lebensbezüge und der Illusion der Abschaffbarkeit des Leidens, indem wir dem Leiden ein Recht darauf zugestehen, gehört und manchmal verstanden, manchmal geheilt, manchmal aber auch „nur“ geteilt oder mit getragen zu werden. Tragen wir mit der Musik und vielleicht mehr noch durch das, was wir gelernt haben durch

---

12 Vgl. hierzu die Ausführungen Tillmans zur Geschichte des Hörens im Zusammenhang mit der gesellschaftlichen Bedeutung des Tinnitus (Tillmann 2010, 23–47)

die Musik, bei zu einem menschenwürdigen Umgang mit denen, die fremd sind, anders, ausgeschlossen oder denen die Welt fremd geworden ist<sup>13</sup>.

## Literatur

- Adler, G. (1885): Umfang, Methode und Ziel der Musikwissenschaft. Vierteljahrsschrift für Musikwissenschaft 1, 5–20.
- Ansdell, G.; Pavlicevic, M. (Ed.) (2004): *Community Music Therapy*. London.
- Bion, W. (1992): *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt am Main.
- Braun, C. von (1985): *Nicht ich: Logik, Lüge, Libido*. Frankfurt am Main.
- Dahlhaus, C.; de la Motte-Haber, H. (Hg.) (1982): *Systematische Musikwissenschaft*. Neues Handbuch der Musikwissenschaft, Bd. 10. Wiesbaden.
- Höppner, C. (2011): *Musikleben in Deutschland*. Deutsches Musikinformationszentrum (s. [www.miz.org](http://www.miz.org))
- Ivanov, I. M. (2010): *Altsein in der Fremde. Musiktherapie mit einer an Demenz erkrankten Iranerin*. Wiesbaden.
- Lorenzer, A. (1973): *Spracherstörung und Rekonstruktion*, Frankfurt am Main.
- de la Motte-Haber, H.; Rötter, Günther (Hg.) (2005): *Musikpsychologie*. Handbuch der Systematischen Musikwissenschaft, Bd. 3. Laaber.
- de la Motte-Haber, H. et al. (Hg.) (2010): *Lexikon der Systematischen Musikwissenschaft*. Laaber.
- Newton – *Der Körper des Menschen. Die perfekte Maschine* (2004). Köln.
- Petersen, P. (1998): *Künstlerische Therapien und High-Tech-Medizin*. *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie* 9(2), 64–71.
- Petersen, P. (2000): *Von der Notwendigkeit der Kunst in der Medizin*. In: Nijs, P. (Hg.): *Alles hat seine Zeit. Gynäkologische Psychosomatik in Bewegung*. Leuven, 405–431.
- Petersen, P. (2006): *Künstlerische Therapien – einige ihrer Prinzipien und mein wissenschaftliches Verständnis*. Vortrag in der Reihe „Künstlerische Therapien“ innerhalb des MHH-Forums Kunst, Medizin und Künstlerische Therapien, 29.11.2006. Online verfügbar unter: [www.uni-muenster.de/Musiktherapie/Literaturdienst/downloads.html](http://www.uni-muenster.de/Musiktherapie/Literaturdienst/downloads.html)
- Petersen, P. (2011): *Künstlerische Therapien – Vorreiter einer zukünftigen Heilkunde*. In: Petersen, P.; Gruber, H.; Tüpker, R. (Hg.): *Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien*. Wiesbaden.
- Petersen, P.; Gruber, H.; Tüpker, R. (Hg.) (2011): *Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien*. Wiesbaden.

<sup>13</sup> Aus dem Bereich der Arbeit mit Menschen mit Demenz sei für das, was hier gemeint ist, auf die Arbeiten von Ivanov (2010) und Sonntag (2013) verwiesen.

- Purncutt, R. (2007): Systematic Musicology and the History and Future of Western Musical Scholarship. *Journal of Interdisciplinary Music Studies* 1(1), 1–32.
- Salber, W. (1999) : Kunst – Psychologie – Behandlung. Werkausgabe Bd. 7. 3. Aufl. Köln.
- Salber, W. (2003): 75 Notizen zur Metapsychologie – Der Mensch ist ein Kunstwerk. Bonn.
- Simon, C. (2013): Community Music Therapy – Musik stiftet Gemeinschaft. Heilsame Wege in einer sich wandelnden Kultur. Klein-Jasedow.
- Sonntag, J. (2013): Demenz und Atmosphäre. Stimmung und Wahrnehmung in der Musiktherapie gestalten. Frankfurt am Main.
- Tillmann, M. (2010): Tinnitus. Gesellschaftliche Dimension, Psychodynamik, Behandlungskonzepte. Gießen.
- Tüpker, R. (2003): Zur Bedeutung der Musik in der Musiktherapie In: Niemöller, K.; Gätjen, B. (Hg.): Perspektiven und Methoden einer Systemischen Musikwissenschaft. Frankfurt am Main, 401–410 oder online: <http://www.uni-koeln.de/phil-fak/muwi/fricke/401tuepker.pdf> (abgerufen 12.03.2012)
- Tüpker, R. (2005): Die therapeutische Nutzung von Musik: Musiktherapie. In: de la Motte, H.; Rötter, G. (Hg.): Musikpsychologie. Handbuch der Systematischen Musikwissenschaft, Bd. 3. Laaber, 339–356.
- Tüpker, R. (2010): Musiktherapie. In: de Helga de la Motte et al. (Hg.): Lexikon der Systematischen Musikwissenschaft. Handbuch der Systematischen Musikwissenschaft, Bd. 6. Laaber.
- Tüpker, R. (2002/2011): Forschen oder Heilen? – Kritische Betrachtungen zum herrschenden Forschungsparadigma. In: Petersen, P.; Gruber, H.; Tüpker, R.: Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Wiesbaden.
- Tüpker, Rosemarie (2002/2011): Auf der Suche nach angemessenen Formen wissenschaftlichen Vorgehens in kunsttherapeutischer Forschung. In: Petersen, P.; Gruber, H.; Tüpker, R.: Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Wiesbaden.

Prof. Dr. Rosemarie Tüpker  
Insitut für Musikwissenschaft und Musikpädagogik der Universität Münster  
Philippstr. 2  
48149 Münster  
tupker@uni-muenster.de



## Rezension

### Dorothee von Moreau (Hg.): Musiktherapie in der präventiven Arbeit

Dr. Ludwig Reichert Verlag (Wiesbaden) 2012, 88 Seiten, ISBN 978-3-89500-868-9, 18,00 €

Bereits im Vorwort führt Dorothee von Moreau sensibel in die Thematik ein, zu der die Autoren ihre Vorträge auf der 19. Musiktherapie-Tagung im März 2011 am Freien Musikzentrum München gehalten hatten. Prävention ist eine gesellschaftlich hoch aktuelle Aufgabe, der wir uns zum Wohlergehen und zur Gesunderhaltung ihrer Mitglieder in allen Altersbereichen widmen sollten. Zu Beginn wird der Begriff *Bindung* in den Blick gerückt. Mit Musiktherapie lässt sich die Bindungsentwicklung unterstützen. Hier sieht Monika Nöcker-Ribaupierre eine Weiterentwicklung aus der Entwicklungsforschung. Sie begleitet den Leser mittels eines forschungsgeschichtlichen Überblicks bis zu den spezifischen Chancen der musiktherapeutischen Arbeit heute. Um ein gesundes Bindungsverhalten zu ermöglichen, müssen mögliche Risikofaktoren erkannt und bearbeitet werden, die auf beiden Seiten, bei Mutter oder Kind, sowie in deren Psychodynamik entstehen können. Dabei scheinen es besonders die *nicht auflösbaren* Stressbelastungen zu sein, welche die Bindungserfahrungen beeinträchtigen. Entscheidend ist schließlich die *Qualität* der Interaktionen. Verlaufen die Prozesse der Bindung nicht positiv, können Bindungsstörungen entstehen, die sich psychisch auswirken. Verhaltensstörungen können mit früheren unsicheren Bindungen korrelieren und sogar neurophysiologische Auswirkungen von Bindungsstörungen lassen sich feststellen. Demnach scheint eine gute und sichere Bindung einem lebenslangen Schutzfaktor als Grundlage zu dienen. Die lebenslange Veränderbarkeit neuronaler Netzwerke lässt sich psychotherapeutisch nutzen, indem neue Bindungserfahrungen gemacht bzw. alte bearbeitet werden können. Auf der anderen Seite wird die wachsende Bedeutung der Frühförderung deutlich, da sich Bindungsstörungen oftmals auf Entwicklungsstörungen zurückführen lassen.

An eine Schnittstelle zwischen Pädagogik und Therapie führt Michaela Weyand mit ihrem Beitrag. Sie zeigt, wie wichtig es für ihre Arbeit ist, sich der eigenen Rollenklärung bewusst zu sein und umreißt dabei kurz ihr Menschenbild. Bedeutsam sind ihr vier Grundannahmen: Die *Kulturgebundenheit* der Kinder, die für alle Kinder gilt und dabei unter transkulturellen Aspekten beobachtet werden soll; die *beidseitige Anpassung* als Grundlage von Integration; die *Problematik von Integrationskursen*, die manchmal die Unterschiedlichkeit verschleiern sowie die *gesellschaftliche Anerkennung*, also die Wertschätzung *aller* Kinder. Erkenntnisse der interkulturellen Psychologie unterstützen den Gedanken, dass Migration ein „Mehr“ an Entwicklungsaufgaben mit sich bringt und die Musik/-therapie mit ihren Instrumenten im Sinne eines Übergangsobjektes dienen oder zur Symbolbildung beitragen kann. Ihr *Brücken-Charakter* wird deutlich. Im „szenischen Ver-

stehen“ sieht Michaela Weyand das Bindeglied zwischen Praxis und Forschung und bringt dem Leser mittels eines Fallbeispiels ihr praktisches Vorgehen näher. Die Möglichkeiten der Musiktherapie liegen hier in Stärkung und Aufbau von Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit, im Zuhören und *Sich-Gehör-Verschaffen* und in der Versorgung von Nachholbedarf, der je nach kulturellem Stil unterschiedlich sein kann. Das Erfahren von Gruppenzugehörigkeit ist in sozialen und hier leistungsfreien Räumen gut möglich. Mit einem Blick auf die Balance von Produkt- und Prozessorientierung werden allerdings auch die Grenzen des genommenen „Allheilmittels“ der musikintegrativen Angebote sichtbar. Zuletzt schlussfolgert sie drei Ebenen von Integration: die psychische, die interpersonelle und die der gesellschaftlichen Integration. Es bedarf eines angemessenen Settings und eines „Mehr als nur Pädagogik“.

Andreas Wölfl führt den Gedanken weiter und stellt sein Konzept der Trommelpower vor, das im Rahmen primärer Gewaltprävention im schulischen Rahmen eingesetzt wird. Im Miteinander zu kommunizieren und zu kooperieren, sich Ausdruck zu verschaffen, gehört zu werden sowie die unterschiedlichen Affekte zu regulieren ist dabei bedeutsam. Vier musiktherapeutische Grundelemente bestimmen sein Projekt, dessen Kernstück die Trommelimprovisation ist. Dazu kommen Klangwahrnehmung, Stimmausdruck und das musiktherapeutische Rollenspiel. Musikalische Inszenierungen werden genutzt, um durch Verständnis für einander Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten. Anders als in der Therapie, wo der Leidensdruck bedeutsam für den Entschluss ist, gilt in der präventiven Arbeit die Motivation als entscheidender Faktor. Das Handeln der Trainer muss mit gleichzeitiger Prozess- und Zielorientierung einhergehen. Am Ende der Darstellung des Projektes wird deutlich, dass die „Trommelpower“ mit guten Wirkungspotentialen ausgestattet ist, die, behutsam und situationsangemessen eingesetzt, präventiv wirken können.

Mit dem Ziel der Förderung und Erhaltung seelischer und körperlicher Gesundheit erweitert Marie-Luise Zimmer den Blick des Lesers, wenn sie von der möglichst frühzeitigen psychischen Stabilisierung der betroffenen Kinder und Familien berichtet. Ihr gelingt es anhand von Fallbeispielen, diese Inhalte beeindruckend und anrührend zugleich zu vermitteln. In der Beschreibung der Situation von Kindern und Jugendlichen, die ihre kranken Eltern betreuen, wird deutlich, unter welcher Überforderung die Kinder in dieser Situation leiden. Die Diagnose Krebs wird zur „Familiendiagnose“ erweitert. Es zeigt sich, dass die Sorgen der Kinder erheblich höher sind, als die Eltern dies ahnten. Kinder schwer kranker Eltern stellen eine Risikogruppe dar, die oftmals ängstlicher, depressiver und auch verhaltensauffälliger sind. Wenn über die Belastungen gegenüber anderen geschwiegen wird, kann es zu einer Abgrenzung von der Umwelt kommen, was wiederum Konflikte birgt, da die Kinder sich gleichsam auf Identitätssuche befinden und immer wieder in Loyalitätskonflikte geraten. Die Entlastung der Kinder ist demnach von großer Bedeutung. Wie bei den anderen Projekten auch, ist ein angemessenes Setting wichtig, zu dem neben Offenheit und Ressourcenorientierung die Frage gehört,

inwieweit eine Abstinenzregel in diesem Setting möglich ist. So wie sich der Begriff der Prävention durch das gesamte Buch zieht, so wird auch deutlich, wie wichtig der Kontextbezug ist und wie sensibel, wie individuell und mit welcher therapeutischen Grundhaltung die unterschiedlichen Angebote umgesetzt werden müssen.

Im abschließenden Artikel des Buches werden von Tonius Timmermann weitere Zusammenhänge beleuchtet. Zum einen thematisiert er das übergreifende Phänomen der transgenerationalen Aspekte mit ihrer gesellschaftlichen Bedeutung, zum anderen schlägt er mit einer Fallvignette den Bogen zur Bedeutung für den Einzelfall. Die transgenerationale Dimension sollte in der psychotherapeutischen Arbeit bewusst mitbetrachtet werden. So gesehen geht Prävention über den familiären Rahmen hinaus. Es zeigt sich, wie im Verlauf des Buches, vom Einzelnen ausgehend, beginnend beim Säugling, der Bogen über die Familie bis zur Gesellschaft übergreifend gespannt wird. Prävention ist also von Beginn an und dauerhaft bedeutsam. Zunächst befasst sich Tonius Timmermann besonders mit der Darstellung von historischen Phänomenen wie kollektiver psychotraumatischer Erlebnisse, die uns heute im (therapeutischen) Alltag immer wieder begegnen. Menschen sind auf Beziehung und Bindung angewiesen, daher wird deutlich, wie schwerwiegend desorganisierte Bindungsmuster, die durch traumatische Erfahrungen entstanden sind, weiter über die Generationen hinauswirken. Demnach benötigen wir auch eine kollektive Erinnerungskultur. Nur so lässt sich dem entgegen wirken, dass die nachfolgenden Generationen zum Container der unverarbeiteten Erfahrungen werden und ihnen die einst tatsächlichen Traumata quasi als phantasierte Traumata weiterhin übertragen werden. In der Fallvignette wird dies im Detail deutlich gemacht. Es erschließen sich die praktischen therapeutischen Möglichkeiten, wenn durch die Arbeit mit Stellvertretern Irritationen schließlich gelöst werden können. Die Non-Verbalität der Musiktherapie ist an dieser Stelle von großem Wert. Es geht auch in seinem Artikel um frühe Beziehungen, um Bindung. In „klingenden Systemen“, so nennt er seine Arbeit, können Beziehungen sinnlich erfahrbar werden. Prozesse können wieder ins Fließen kommen, der Therapeut kann durch sein Mitschwingen die Arbeit an der Individuation unterstützen. Hier schließt sich wieder der Kreis zur Prävention. Darüber hinaus äußert er sich kritisch gegenüber bestehenden gesellschaftlichen Verhältnissen und fordert auf, sich auf allgemein gültige Menschenrechte wie Bildung und damit die musikalische Bildung unserer Kinder zu besinnen. Vor dem Hintergrund einiger Untersuchungen formuliert er „Musik ist nicht schmückendes Beiwerk, sondern existenzielle Lebensgrundlage und Nahrung für die Seele.“ Zum Abschluss verdeutlicht er seine Forderungen am Beispiel des Projektes „Friedensstadt Augsburg“ und zeigt auf, wie die universitäre musiktherapeutische Forschung zu einer gesunderhaltenden gesellschaftlichen Entwicklung etwas beisteuern kann. Mit diesem Bild im Kopf begleitete mich das Buch nach dem Lesen noch einige Zeit – die vielfältigen Möglichkeiten der Musiktherapie können ihren Beitrag dazu leisten, Menschen menschlich zu behandeln.

Oliver Schöndube, Dipl.-Musiktherapeut, Osnabrück

## Die Autoren

### **Waltraut Barnowski-Geiser**

Musiktherapeutin (Dr. sc. mus), Promotion am Institut für Musiktherapie der Hochschule für Musik und Theater in Hamburg, Lehrbeauftragte Musiktherapie an der Universität zu Köln und an der Hochschule Darmstadt. Viele Jahre Leitung von therapeutischen Ausbildungsgruppen, Aufbau und Entwicklungsarbeit im Bereich Kreative Kinder- und Jugendlichentherapie. Forschungsschwerpunkt: Familiäre Suchtbelastung. Projektleitung KreTAS, Freie Praxis, Musiktherapeutin an der Gesamtschule Mülfort. Autorin, Vortragstätigkeit. Webseite: [www.Barnowski-Geiser.vpweb.de](http://www.Barnowski-Geiser.vpweb.de)

### **Prof. Dr. Hans-Helmut Decker-Voigt**

Prof. h.c. der Kunstwissenschaften und Dr. h.c. der Rostropovitch-Hochschule Orenburg/Russ.

Mitbegründer und Direktor des Instituts für Musiktherapie an der Hochschule für Musik und Theater Hamburg von 1990 bis 2010, seit der Emeritierung 2010 weiter als Senior-Professor tätig in der Leitung des Promotionsstudienganges (alter Ordnung) und der Forschungsstelle künstlerische Therapien. Musiktherapeut (CMT, DMTG) Ausdruckstherapeut (CMT) Psychotherapeut (HPG), Hypnosetherapeut (VHD), Schriftsteller (Gründungsmitglied des Verbandes deutscher Schriftsteller) und Publizist, ehrenamtl. Präsident der Akademie der Herbert von Karajan-Stiftung Köln (vorm. Berlin). Übersetzungen seiner Bücher in 14 Sprachen u.a. in Korea, Russland, Japan, USA.

### **Dorothea Dülberg**

geb. 1962, Diplom-Religionspädagogin, Rhythmuspädagogin (BWR), graduierte Therapeutin für Klinische Musiktherapie (FPI), Musiktherapeutin DMTG, Heilpraktikerin Psychotherapie, GIM – Therapeutin, FAMI. Sie arbeitet in eigener Praxis in Soest, ist Lehrbeauftragte für die EAG (Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, FPI) und Lehrbeauftragte für rezeptive MT an der Universität Münster, Masterstudentin bei Prof. Dr. Metzner, Methoden musiktherapeutischer Forschung und Praxis' an der Universität Magdeburg-Stendal

### **Heidi Fausch-Pfister**

geb. 1943, Volksschullehrerin, Musikpädagogin und Methodik-Lehrerin an der Lehrerbildung in Zürich. Es folgten Studien in Pädagogik, Psychologie und Musikwissenschaft Universität Bern, in Psychoanalyse am C. G. Jung Institut Küsnacht, das berufsbegleitendes Studium in Musiktherapie in Zürich. Sie war Präsidentin des schweizerischen Fachverbandes für Musiktherapie, seit 1997 Delegierte der Schweiz in der EMTC und seit 2005 EMTC Vorstandsmitglied. 1998 folgte der Abschluss als Psychodramaleiterin am Moreno-Institut Überlingen. Musikthera-

peutische Berufstätigkeit: Neurorehabilitation, Jugendpsychiatrie, Kinder und Familientherapien am Schulpsychologischen Dienst in Urdorf und Musiktherapeutin am Limmatspital. Nach Pensionierung studierte sie weiter und schloss mit dem MAS in klin. Musiktherapie ab. Heute arbeitet sie als Lehrtherapeutin, Supervisorin, Gastdozentin an verschiedenen europäischen Musiktherapie-Ausbildungen, ist aktive Musikerin, Mutter von drei erwachsenen Kindern und Großmutter.

**Dr. sc. mus. Elena Fitzthum,**

eigenverantwortliche Musiktherapeutin gem. MuthG, Österreich, Psychotherapeutin, Supervisorin. Seit 1990 innerhalb der Musiktherapieausbildung in Wien tätig, seit 2003 auch in Zürich. Psychotherapeutisches Arbeiten in freier Praxis. Seit 2004 Elternberatung in einem Ambulatorium im ländlichen Raum. Mitbegründerin des WIM (Wiener Institut für Musiktherapie) und Mitherausgeberin der Buchreihe „Wiener Beiträge zur Musiktherapie“. Österreichische Delegierte im EMTC seit 2006. Kontakt: fitzthum@aon.at.

**Dr. Frank G. Grootaers**

geb. 1943, hat von 1981 bis 2008 als Diplom-Musiktherapeut in der Rhein-Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Bad Honnef gearbeitet. Seit 2009 ist er freiberuflich tätig in seiner Praxis für Musiktherapie. Zeitgleich hat er ein Atelier für Kulturmorphologie eröffnet in Zusammenarbeit mit Chris Mömesheim und Christof Kolb. Dort werden schwerpunktmäßig Fragen der Interpretation von Kultivierung entwickelt.

**Prof. Dr. Dorothee von Moreau**

Musiktherapeutin (DMtG), Lehramtsmusiktherapeutin (DMtG), Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Professorin für Angewandte Musiktherapie und Psychologie, Studiendekanin Maturstudienangang Musiktherapie und Leiterin der Musiktherapeutischen Lehrambulanz an der SRH Hochschule Heidelberg, Fakultät für Therapiewissenschaften. Langjährige klinische Tätigkeit in Psychosomatik, Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie in Calw, Würzburg und Frankfurt/Main, ehemalige Leiterin der Berufsbegleitenden Ausbildung Musiktherapie BWM am Freien Musikzentrum München.

**Prof. Dr. med. Hans Ulrich Schmidt**

Studium Klavierpädagogik, Musiktherapie, Humanmedizin. Facharzt für Psychotherapeutische Medizin. Stellvertretender Studiengangsleiter des Augsburger Masterstudienganges. Ärztlicher Psychotherapeut Ambulanzzentrum u. Poliklinik für Psychosomatik u. Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Wissenschaftlicher Beirat DMtG. [www.hu-schmidt-psychotherapie.de](http://www.hu-schmidt-psychotherapie.de)

**Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Stegemann**

Seit 2011 Professor für Musiktherapie an der Universität für Musik und darstellende Kunst Wien (Musiktherapeut DMtG, eigenverantwortlicher Musiktherapeut gem. MuthG, Österreich), Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Gitarrenstudium in Los Angeles, USA. Medizinstudium in Mainz und Kiel. AiP an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen. Aufbaustudium Musiktherapie an der Hochschule für Musik und Theater, Hamburg. Von 2002 – 2010 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf; zuletzt leitender Oberarzt.

**Prof. Dr. rer. biol. hum. Tonius Timmermann**

Studium Pädagogik in Münster (Diplom); Studium der Musiktherapie an der Hochschule für Musik u. darstellende Kunst u. der Universität Wien; seit 2003 Professor für Musiktherapie: Leitung des berufsbegleitenden Masterstudienganges u. der Forschungsstelle Musik u. Gesundheit am Leopold-Mozart-Zentrum der Universität Augsburg. [www.timmermann-domain.de](http://www.timmermann-domain.de)

**Prof. Dr. phil. Rosemarie Tüpker**

geb. 1952, Dipl.-Musiktherapeutin (Psychotherapie HP), Studium der Instrumentalpädagogik an der Musikhochschule Köln sowie der Musikwissenschaft, Psychologie und Philosophie an der Universität zu Köln. Praktische musiktherapeutische Arbeit im Bereich der Psychosomatik und Psychotherapie. Mitbegründerin des Instituts zur Morphologie der Musiktherapie (IMM), der Gesellschaft für Psychologische Morphologie (GPM) und der Deutschen Gesellschaft für Musikgeragogik (DGfMG). Mitglied des wissenschaftlichen Beirats in der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Intensivbehandlung/Psychotherapie (WGI). Seit 1990 Leiterin der Musiktherapie an der Universität Münster (früher Diplom, jetzt Master Klinische Musiktherapie). 2005 Habilitation an der Universität Dortmund, seither Betreuung musiktherapeutischer Promotionen. 2012 Ernennung zur apl. Professorin der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Forschungsschwerpunkte: Morphologische und psychoanalytische Aspekte der Musik und Musiktherapie. Musik und Alter. Musik und Sprache. Musik und Märchen. Aktuelle Monografien: „Durch Musik zur Sprache“ (2009) und „Musik im Märchen“ (2011).

**Gabriela Scherrer Vollenweider**

geb. 1957, MAS Klinische Musiktherapeutin SFMT, Lehrmusiktherapeutin, DAS Supervisorin BSO, Musik- und Theaterpädagogin, Musikerin. Nach der Ausbildung am Konservatorium Winterthur Arbeit im musikpädagogischen Bereich, elementare Musikerziehung, Instrumentalunterricht. 1990 Abschluss in Klinischer Musiktherapie bam. Berufserfahrung als Musiktherapeutin in Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Erwachsenenpsychiatrie und Heilpädagogik. Entwicklung der Begabtenförderung im Bereich Kunst + Musik in der Volksschu-

le. Idee und Realisation von zahlreichen Performance-Produktionen, im Bereich Kunst, Musik, Theater, Bewegung mit Kindern und Jugendlichen. Als Musikerin in diversen Formationen (sowohl alte Musik, wie auch freie Improvisation), transmediale Projekte, Performances im Kunstbereich. Hauptinstrumente: Viola da Gamba, Gesang, Blockflöten. NDK in Theaterpädagogik am Tll, ZHdK Zürich. Supervision Coaching Studium an der PHSG/aeb-sob. Zurzeit im Studium Universitätslehrgang psychotherapeutische Psychologie MSc, Donau-Universität Krems und Schweizer Charta für Psychotherapie, Abschluss Sommer 2014. Heute vorwiegend freischaffend tätig als Klinische Musiktherapeutin, Lehrmusiktherapeutin, Musik- und Theaterpädagogin und Supervisorin in den Berufsfeldern Psychotherapie, Musiktherapie, Pädagogik und Musikpädagogik.

## Sachregister

- Anciennitätsprinzip 114f  
Antwortendes Mitspiel 197  
Antwortendes Spiel 197, 204  
Arbeitsgemeinschaft der Musiktherapie-  
Ausbildungen 22  
Aufbaustudium 38–40, 50  
Ausbildung 15f, 22, 33f, 38f, 42f, 45,  
47, 49, 51f, 54, 56f, 59f, 62f, 65–74,  
76–83, 86, 90–94, 97, 99–106, 108, 110,  
113–115, 118, 129–131, 221, 154, 213,  
217f, 221  
– Augsburger Ausbildung 56  
– Ausbildungsbereiche 69  
– Ausbildungscurricula 51, 88  
– Ausbildungsdauer 54, 55  
– Ausbildungsinhalte 56, 69  
– Ausbildungsinstitutionen 51, 54, 62  
– Ausbildungskonzept 38, 72, 95  
– Ausbildungslandschaft 51f, 55, 57,  
69, 71, 78, 90f, 95  
– Ausbildungsleiter 52, 55, 69, 91  
– Ausbildungsmodule 52  
– Ausbildungsstandards 52, 93  
– Ausbildungsstätten 24, 78  
– Ausbildungsstruktur 56  
– Ausbildungsvoraussetzungen 77  
– Musiktherapeutische Ausbildung 51f,  
54, 56, 59f, 66, 68, 70–74, 76, 80, 83,  
87–91, 102, 106, 111, 113, 130  
– Musiktherapie-Ausbildungen 38, 52,  
228  
– Psychotherapie-Ausbildungen 100f,  
105  
– Therapieausbildungen 52  
– Wiener Ausbildung 54, 56  
– Zusatzausbildung 35, 39  
Ausdruckstherapie 35  
BAG 87, 91, 96  
Bedeutung des Subjekts und des therapeu-  
tischen Dialogs 221  
Berufsalltag 66, 110–112, 120, 129  
Berufsverband der Musiktherapeutinnen  
und Musiktherapeuten (BVM) 15, 41,  
45, 91  
Berufsverband klinischer Musikthera-  
peuten 41  
Berufsverband/Berufsverbände 72f, 112,  
115, 130  
Bildungsbereiche 88  
– quartär 88, 93  
– tertiär 19, 22, 76, 88  
BVM 15, 41  
core content 51, 71  
Deutscher Qualifikationsrahmen  
DQR 93  
deutschsprachige staatlich anerkannte  
Musiktherapie-Ausbildungen 69  
Diagnosesysteme 148, 154  
Diplom-Aufbaustudium Musikthera-  
pie 38f  
Doppelkompetenz 115f, 126f, 130  
EMTR 67ff, 114  
Entwicklungspsychologie 16, 43f, 80,  
91, 104  
Eschen-Förderpreis 74  
Fächerspiegel 57, 62, 66, 78  
Fachhochschulausbildung 47  
Fachhochschule 19–25, 29–33, 35, 38f,  
43, 49, 54, 68  
Feldkompetenz 115, 117, 127–130  
Forschungsmethoden 80, 154  
Freie Improvisation 21, 26, 30, 36f, 40,  
152, 166  
Gesundheitssystem 71, 81, 135, 159, 209,  
213  
Heilberuf 19, 87, 91, 94  
Heilhilfsberuf 19  
Heilwirkung 14f  
Herdecke-Mentorenkurs 33–37, 39f, 54,  
56  
historical aspects 91  
Historie 70  
Hochschulausbildung 88  
Inklusion 136  
interdisciplinary linking 71  
Intervention 62f, 109, 112, 114–119,  
123–125, 128–130, 133, 148, 153f,  
163–165, 221  
Intervision 81, 114  
Intervisionsgruppe 112, 114  
Kasseler Thesen 87  
Klinische Musiktherapi 110



- Kultivierung 179, 181f, 184, 191f, 195f, 198f, 201f, 206  
 Kunsttherapie 35, 91, 100f, 118  
 Lebenslanges Lernen 93  
 Lehrmethode 39, 136  
 Lehrtherapie 52, 55, 66, 71, 75, 77, 82, 88, 90, 105  
 Lesley College Grad. School Cambridge/USA 38  
 Lesley Institut für Medien- und Ausdrucks-therapie (LIMA) 35, 38f  
 Masterausbildung 78  
 Methode 12f, 18, 24, 31, 34, 36f, 39, 46, 61, 68, 72, 74, 82, 86, 93, 100, 102, 109f, 112f, 115–119, 122–126, 128, 130, 145, 148, 165, 169, 193, 196, 203, 220f  
 – Methodenanwendung 62  
 – Methodenrepertoire 13, 37, 112, 116, 130  
 – musiktherapeutische Methoden 43, 110, 113, 115–117, 119, 123f, 126, 128, 130  
 Modellentwurf 71, 73  
 Modellversuch der Bund-Länder-Kommission Diplom-Aufbaustudium Musiktherapie 39f, 42, 50  
 morphologische Psychologie 190, 196  
 Musik in der Medizin/MusikMedizin 15, 23, 34, 45  
 Musik und Emotion 31  
 Musik und Kommunikation 31, 35  
 Musik 13–15, 17–23, 25, 27, 30f, 34–37, 45, 51f, 55, 58, 75f, 78–80, 86f, 92, 97–102, 104, 110–112, 115, 117f, 120, 122, 126–130, 144f, 148, 151f, 159, 161, 163f, 166–169, 171, 194, 197, 213f, 220–222  
 – Musikhochschule 16f, 19, 28, 30, 32, 38, 56, 77  
 – Musikleben 209f, 213–216, 220, 222  
 Musikpsychologie 17, 24, 32, 220f  
 Musikpsychotherapie 17, 25, 45, 55, 64  
 Musiktherapie als Musikberuf 216  
 Musiktherapie in der Schule 133  
 Sonderpädagogik 20, 24, 27f, 38, 85, 136, 209  
 Sozialpädagogik 19, 22, 24, 101  
 Sozialarbeit 19, 22, 24, 31, 75, 101, 104f, 116  
 Musikwissenschaft 15, 19, 23f, 29, 80, 104, 219, 220f  
 Orff-Musiktherapie 18, 21  
 Praxeologie 61, 110, 114f, 117, 119, 126, 145  
 Privatrechtliche Ausbildung 86, 90  
 Problemfamilien 133  
 Promotionsrecht 39  
 Promotionsstudiengang 39, 42f  
 Psychiatrie 18, 21, 31, 43, 62f, 82, 99, 111, 136, 159, 169, 175, 218  
 Psychologie 15, 32, 35, 38, 43, 49, 51f, 64, 72, 77, 80, 104f, 114, 130, 146, 154, 219, 221  
 Psychotherapie 17, 25f, 32, 45, 47, 51f, 64f, 73, 80, 82, 85, 87, 90, 92–94, 99, 101, 105f, 112, 128f, 169, 172, 175, 209, 216  
 Qualitätssicherung 66, 75, 91, 93, 103, 110, 112, 130  
 Rezeption/rezeptiv 16, 61f, 79, 81f, 86, 92f, 117, 126, 144, 156  
 SAMT 91–93, 95  
 Schulpsychologie 104f  
 Selbstwirksamkeit 150, 175, 225  
 Sucht 133f, 138f, 142, 144, 146, 149, 153, 160  
 Supervision 55, 63, 71f, 74f, 81, 90, 92, 98, 100–105, 109f, 112–115, 117–119, 121–123, 126–130  
 – Ausbildungssupervision 115–117, 119, 123, 127–129  
 – Supervisionsausbildung 113, 116f, 130  
 – Supervisionsmethode 126  
 symptomzentriert 159, 164f  
 Therapiemethoden 76  
 Tiefenpsychologie 20, 212  
 Training therapy 71  
 Vierphasenmodell 48  
 Weltkongress 31, 42, 44f  
 Wirksamkeit 159, 164, 166, 194  
 Zusatzstudium 16, 26, 28, 36

## Personenregister

- Achtarova, L. 98, 100, 107f  
Alvin, J. 13, 25  
Andersen, T. 124, 131  
Angehrn, E. 118, 131  
Bach, J. S. 14  
Barth-Scheiby, B. 35  
Behrendt, K. 15  
Benenzon, R. O. 25  
Bolay, H.-V. 18, 33, 41  
Breuer 19, 23  
Breuss Gröndahl, S. 115, 131  
Buzasi, N. 34f  
Calvet, C. 21  
de Backer, J. 52, 161, 176  
de la Motte-Haber, H. 17, 220ff  
Decker-Voigt, H.-H. 11f, 54, 72, 83,  
144f, 155, 227  
Eckhoff, R. 114f, 131  
Eschen, G. 42  
Eschen, J. Th. 11–14, 20, 23–25, 27,  
29–34, 36, 38–43, 45, 50, 169, 176, 206  
Finkel, K. 19  
Fitzthum, E. 43, 51, 57, 71f, 78, 84, 228  
Frankl, V. 15  
Freud, S. 15, 20, 24, 30, 50, 181, 187,  
189f, 199, 201, 206,  
Friedemann, L. 31, 36  
Frohne-Hagemann, I. 4, 90, 95, 113, 118,  
123, 129, 131, 145, 155, 166, 168, 176  
Füg, R. 35  
Fuhrmann 19  
Gazpachev, N. 98, 108  
Gebser, J. 13, 18  
Glaser, B. 126, 131  
Grootaers, F. G. 35, 179, 183, 187, 195,  
198, 200, 206, 228  
Gyurova, E. 98, 108  
Haage, U. 28  
Harrer, G. 32  
Hegi-Portmann, F. 112f, 131  
Hegi, F. 43f  
Hochstein, W. 28  
Jaedicke, H.-G. 14  
Jahn-Langenberg, M. 35  
Karajan, H. v. 23f, 32, 227  
Keller-Hartmann, E. 110–112, 114, 131  
Kemmelmeyer, K.-J. 20, 38  
Klaiber, W. 18  
Klüppelholz, W. 19  
Knill, P. J. 35  
Krysteva, N. 101  
Kunkel, S. 4, 172f, 177  
Landsiedel-Anders, S. 4  
Laqua, M. 4  
Curiz, L. 13  
Liebetrau, G. 32  
Loos, G. K. 15, 18, 23, 41, 123, 132, 217  
Lutz Hochreutener, S. 52, 112, 131  
Mahns, W. 34, 35  
Maler, T. 17f  
Mecklenbeck, F. 44  
Mengedoth, T. 44  
Metzner, S. 18, 43, 87, 227  
Meyberg, W. 35  
Meyer-Denkman, G. 31  
Müller, K. B. 32  
Niedecken, D. 24  
Nordoff, P. 25, 34, 38, 48, 100, 107, 217  
Nygaard-Pedersen, I. 35  
Orff, G. 18, 21, 217  
Ostertag, J. 35  
Pahlmann, K. 25  
Perls, F. 15, 48,  
Petersen, D. 14, 123, 131, 210, 212, 222f  
Petzold, H. G. 48, 86, 88, 90, 95f, 114f,  
122f, 131, 139, 141f, 145, 156  
Pontvik, A. 14, 17  
Priestley, M. 13, 24f, 34, 37, 217  
Probst, W. 20, 38  
Pütz, W. 19  
Quadflieg, C. 46  
Rappe-Giesecke, K. 125, 131  
Rau, J. 34, 40  
Rauhe, H. 15–17, 19, 21, 25, 27–29,  
31–34, 37–39, 42,  
Reinecke, H. P. 15f, 25  
Rittner, S. 28  
Robbins, C. 34, 48, 100, 107  
Rüegg, U. 123, 131  
Scherrer Vollenweider, G. 109, 113–117,  
126f, 129–131, 229  
Schily, K. 33f, 38

- Schirmer, H. 4, 9  
 Schmölz, A. 16, 26, 57  
 Schubert, H. 31  
 Schumacher, K. 21, 43f, 52, 113, 132  
 Schwabe, C. 16, 25f, 32, 45, 86, 217  
 Schweitzer, J. 124, 131  
 Seidel, A. 19, 23, 31, 44, 111, 123, 132  
 Seitz, E. 4  
 Simon, C. 49, 210, 223  
 Singer, K. 14, 17,  
 Smeijsters, H. 44  
 Spintge, R. 45  
 Stegemann, T. 14, 43, 48, 51, 57, 70–72,  
 78, 229  
 Stern, D. 31, 44, 168, 177  
 Storz, D. 43, 172, 174, 177  
 Streich, H. 15  
 Streicher, L. 35  
 Strobel, W. 123, 132, 169, 177  
 Tabel, H.-J. 19  
 Teichmann-Mackenroth, O. 24, 36  
 Teirich, H. R. 14f, 17  
 Timmermann, T. 26, 35, 37, 43, 51f, 57,  
 59–61, 64f, 69, 71f, 84, 123, 132, 229  
 Tüpker, R. 35, 37, 43, 85, 150, 157, 194,  
 205, 207, 210, 220, 222f, 229  
 Tzingilev, T. 98, 108  
 Vitanova, N. 100f, 107  
 Vogelsänger, S. 19  
 Vogt-Hillmann, M. 126, 132  
 Schlippe., A. v. 124, 131  
 Vorel, W. 32  
 Weber, T. 35, 192, 207  
 Welsch, W. 118, 132  
 Weymann, E. 23, 35, 37, 43, 45, 123, 132,  
 205, 207  
 Willms, H. 15–17, 19, 21, 25, 32f, 36  
 Winter, U. 35





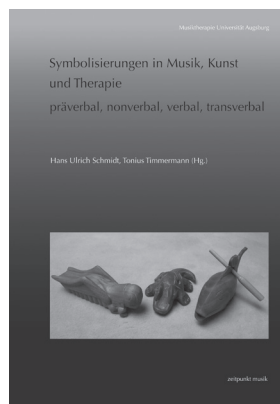
forum zeitpunkt · zeitpunkt musik

**Symbolisierungen in Musik,  
Kunst und Therapie –  
präverbal, nonverbal, verbal, transverbal**

Hg. von Hans Ulrich Schmidt  
und Tonius Timmermann

2012. 8°. 208 Seiten, 29 Farb- und 2 s/w-Abb.,  
7 Notenbeispiele, 1 Tabelle, kart.  
(978-3-89500-894-8)

*Augsburger Schriften zur Musiktherapie, Bd. 2*



Es gibt Begriffe, die scheinen jedem so klar definiert zu sein, dass es scheinbar kaum mehr lohnt, darüber zu diskutieren – z. B. der auch in der musiktherapeutischen Theorie und Forschung häufig benutzte Begriff „Symbolisierung“. Allerdings enthält dieser bei näherem Hinschauen ein so breites Spektrum verschiedener Auffassungen und Definitionen, dass es mehr denn je lohnt zu klären, wer denn nun warum was darunter versteht. Insbesondere für die nonverbalen Aspekte von Psychotherapie generell, vor allem aber für diejenigen Psychotherapieformen (wie Musik- und Kunsttherapie), die nonverbale Medien anbieten, erscheint es unumgänglich, hier mehr Klarheit zu schaffen, daher der Untertitel des Tagungsbandes: präverbal, verbal, nonverbal, transverbal. Reicht z. B. ein Symbolisierungsbegriff, der sprachliches Denken voraussetzt, heute noch aus, um die Phänomene in Musik, Kunst und Psychotherapie zu beschreiben und zu verstehen? Ist also Sprache Voraussetzung für Symbolisierung oder wird auch spontan symbolisiert? Vertreter verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen legen hier unter verschiedenen Aspekten Grundlegendes zu diesem Thema dar. Psychotherapeuten, Musiktherapeuten, aber auch z. B. Musikwissenschaftler und Philosophen kommen zu Wort. So können hierdurch anregende Impulse gesetzt werden für mehr Bewusstheit und Klarheit in Bezug auf das Verständnis und die Nutzung des Begriffes „Symbolisierung“.



## forum zeitpunkt · zeitpunkt musik

### **Jahrbuch Musiktherapie**

Band 1 (2005): Forschung und Entwicklung  
196 S., kart. (978-3-89500-460-5)

Band 2 (2006): Schöpferisches Potential der  
Musiktherapie vor dem Hintergrund gegen-  
wärtiger Rahmenbedingungen  
196 S., kart. (978-3-89500-488-9)

Band 3 (2007) Kultursensibilität und Musik-  
therapie  
224 S., 2 s/w-Abb., kart. (978-3-89500-578-7)

Band 4 (2008) »Drittes Reich«, Zweiter Welt-  
krieg und danach – Spuren der Vergangenheit  
214 S., 3 Notenbeisp., kart. (978-3-89500-687-6)

Band 5 (2009) Musiktherapie und emotionale  
Differenzierung  
200 S., kart. (978-3-89500-733-0)

Band 6 (2010) Imagination in der Musiktherapie  
200 S., 14 s/w-Abb., kart. (978-3-89500-797-2)

Band 7 (2011) Grenzen und Übergänge  
208 S., 11 s/w-Abb., kart. (978-3-89500-866-5)

Band 8 (2012) Das Hören des Therapeuten  
192 S., 7 s/w-Abb., kart. (978-3-89500-931-0)

### **Atemweisen**

Wurzeln und Gestalt der Atemlehre  
von Cornelis Veenning  
2013. 8°. 218 S., 10 s/w-Abb., kart.  
(978-3-89500-971-6)

### **Krankheit – Trauer – Wandlung**

Musiktherapie mit schwer kranken Kindern,  
Jugendlichen und ihren Eltern  
Von Astrid Lorz-Zitzmann und Bettina Kandé-  
Stahelin  
(= Zürcher Schriften zur Musiktherapie, Bd. 2)  
2012. 8°. 224 S., 10 s/w-Abb., 9 Tabellen, kart.  
(978-3-89500-893-1)

### **Der Wirkung von Musik auf der Spur**

Theorie und Erforschung  
der Komponenten  
Von Fritz Hegi und Maja Rüdisüli  
2011. 8°. 216 S., 3 s/w-Abb., 29 Schaubilder,  
6 Tabellen, kart. (978-3-89500-736-1)

### **Die Bedeutung von Liedern in der Lebensgeschichte**

Das Liedinterview als therapeutisches Instrument  
Von Marc Neufeld  
2011. 8°. 464 S., 1 s/w-Abb., kart.  
(978-3-89500-838-2)

### **Musiktherapie und Psychodrama**

Von Heidi Fausch-Pfister  
2011. 8°. 164 S., 14 s/w-Abb., 6 Tabellen, kart.  
(978-3-89500-856-6)

### **Ess-Störungen und musiktherapeutische Diagnostik**

Eine morphologische Studie  
über 24 Erst-Improvisationen  
Von Bernd Reichert  
2012. 8°. 264 S., zahlr. Tabellen und Diagramme,  
kart. (978-3-89500-881-8)

### **Musik als Medium in der Sozialen Arbeit – Kinder fördern**

Von Johanna Vogel  
2011. 8°. 124 S., 3 s/w-Abb., kart.  
(978-3-89500-810-8)

### **wach bleiben – Musiktherapie und Wachkoma**

Zur Phänomenologie des menschlichen  
Bewusstseins  
Von Karin Holzwarth  
2013. 8°. 160 S., 4 s/w-Abb., kart.  
(978-3-89500-932-7)

### **Hören – Brücke ins Leben**

Musiktherapie mit früh- und neugeborenen  
Kindern. Forschung und Praxis  
Hg. von Monika Nöcker-Ribaupierre  
2012. 8°. 256 S., 8 s/w-Abb., kart.  
(978-3-89500-869-6)

### **Musik- und Hörtherapie bei Tinnitus und Hyperakusis**

Eine musikmedizinisch-hörtherapeutische  
Untersuchung  
Von Elisabeth Sigron Krausse  
(= Hamburger Schriften zur Musiktherapie, Bd. 2)  
2012. 8°. 256 S., 44 Tabellen, 28 s/w-Abb., kart.  
(978-3-89500-888-7)

### **Atem und Musik in der Heilkunst**

Uraltes Erfahrungswissen  
und neue wissenschaftliche Erkenntnisse  
Von Hanspeter W. Dvorak  
2012. 8°. 252 S., kart. (978-3-89500-862-7)

*in Vorbereitung:*

### **Jedes Wort ein Klang**

Tagebuch einer Musiktherapeutin  
Von Friederike von Hodenberg  
2013. 8°. ca. 200 S., kart. (978-3-89500-983-9)



