

Wem gehört die Musiktherapie?

Inzwischen auch der Stadtplanung.
Vorwörter für eine zukunftsweisende Arbeit

Bilder stimmen nie ganz. Mit dieser Bescheidung nutze ich eines einmal mehr als Begleitung dieses Buches, das auf einer Masterarbeit aus Berlin basiert, in die weitere Öffentlichkeit.

Das Bild: Eine Brücke als Symbol für Musiktherapie mit einem Praxisfeld-Bezug von derzeitigem Alleinstellungsmerkmal: „Community Music Therapy – ein Baustein für eine gesunde, soziale Stadt“.

Hinter dem manchem spröde erscheinenden Thema erscheint sie, eine Brücke von Vertrautem zu Neuem, von Kleinem zum buchstäblich Großen: Eine Erscheinung der Musiktherapie – CoMT – in Bezug zur Bundeshauptstadt und deren Bedrohung durch Gentrifizierung, der Sanierung ganzer Stadtteile und damit einhergehender Vertreibung bisherigen zugunsten wohlhabender Lebens. Die Kehrseite: benachteiligte Bevölkerung in ebensolchen Stadtteilen.

Die Brücke führt mit drei Pfeilern über einen Grund, einen Boden. Der Raum zwischen Brücke und Standort der Pfeiler wird von Sabine Antony ebenso systematisch wie kreativ gefüllt: Sie verbindet die bisherige professionelle Berufsprägung einer Stadtplanerin mit der einer Musiktherapeutin.

Die Schichten einer Geschichte der Musiktherapie nimmt sie dabei mit auf den Weg über die Brücke hin zu einer „sozialen Stadt“, die bereits in kleinen Teilen des „Quartiermanagements“ erprobt und mitgebaut wurde und wird mittels des Werkstoffs musiktherapeutischer Bausteine.

Erster Pfeiler in der Geschichte hinter dieser Feldstudie: Wir verbinden musiktherapeutisches Fühlen, Denken und Handeln nach den Jahrzehnten der Profilierung durch Annäherung an Medizin und Psychotherapie immer noch überwiegend mit der Intimität künstlerisch-psychotherapeutischer Begegnungsgestaltung. Diese wird auch Kern bleiben – gleichwie sich Musiktherapie als phänomenale Methode aus diesem Kern heraus weiter entwickeln wird.

Zweiter Pfeiler: Die Community Music Therapie (CoMT) weitete mit ihrer Entwicklung seit den 60er Jahren diese unsere Perspektive, indem sie musikmedial Gruppenbildungsprozesse außerhalb des klinischen Denkens und Handelns begleitete. Musik auf Marktplätzen, Musik in Stadtteilzentren, Musik auf Abenteuerspielplätzen. „Community“ wird leider oft zu eng konnotiert in Richtung eher geschlossener denn offener Gesellschaft. Kommunen, Communities in politischen, kirchlichen, spirituellen Bereichen engten den ursprünglichen Bedeutungsrahmen einer Gemeinschaft ein – hier ist das nicht gemeint, sondern der lebensweltliche Raumbezug in den Blick genommen.

Sabine Antonys Konzept stellt das dar, was sie in der bisherigen Literatur suchte und nicht fand: Ein erstes konsistentes Konzept mit eben diesem Merkmal der offenen Planung, ohne das Wissen um die Mitträgerschaft der anderen Pfeiler zu vergessen.

Dritter Pfeiler: Er trug die sich im damaligen Westdeutschland Anfang der 70er Jahre akademisch ausgerichtete Musiktherapie an den neu gegründeten Fachhochschulen für Sozialwesen mit ihren „musiktherapeutisch orientierten“ Lehrveranstaltungen wieder zurück: in das Sozialwesen. Ohne die in der BRD damals fast unbekannte Bezeichnung „Community Music Therapy“.

Im damaligen Ostdeutschland hingegen hatte sich mit Schwabes „Sozialmusiktherapie“ bereits ein Fokus entwickelt, der neben dem klinischen Bereich stand.

Die vorliegende Arbeit von Sabine Antony berücksichtigt diese drei Brückenpfeiler und baut mit empirischem Hintergrund an einem „Pilotquartier“ ein er (hoffentlich nicht nur der) Berliner Stadtentwicklung.

Dieser Prozess, dessen Realisierung vorsichtig begonnen hat, ist der Boden, auf dem die Pfeiler die Brücke tragen.

Die Veröffentlichung

- vermittelt Informationen zur rechtlichen Einordnung und benennt erste Umsetzungsschritte einer derart weit gefassten Community Music Therapie in einem Pilotquartier,
- erinnert an kontinuierlich einzuarbeitende ethische Grundsätze,
- listet positive, transferierbare Musiktherapie-Handlungserfahrungen in vorhandener Stadtteilarbeit ebenso auf wie Risiken und Unwägbarkeiten gegenüber Schätzungen aus Gegenwart und Zukunft der Migrationsauswirkungen, der Gentrifizierung usw.

Die Synopse mit Auflistung angeschriebener, bearbeiteter, hinterfragter musiktherapeutischer Aktivitäten in Bezug auf eine quasi musiksoziotherapeutisch mitgeprägte Stadt ist lang, die empirische Grundlage zwar nicht hochsignifikant, dafür aber „pionierhaft“ in dem Sinn, dass jede Generation ihr Pioniertum leben kann und sollte. Wie hier.

Die Musiktherapeutin Antony zeigt sich in Vignetten, in denen sie musiktherapeutische Praxisszenen schildert und diese mit dem Bezug zur CoMT im Berliner Quartiersmanagement rahmt. Allein dadurch wird diese Feldstudie (ein zu bescheidener Begriff) eben nicht theorielastig, wovor die Autorin unnötige Sorge hat.

Pionierhaftes ist nicht unbedingt mit Bescheidenheit verbunden. In diesem „Fall des Aufbaus“ einer sozialen Stadt strahlt sie aber ab: Sonst würde nicht ausdrücklich darauf hingewiesen, dass dieser „Studie für die vorhandene und künftige Praxis der CoMT im Quartiermanagement“ weitere Folgen müssen.

Unbedingt.

Von Resilienz ist in dieser Arbeit die Rede, ein Begriff, den wir aus der Psychodynamik kennen, oft in Verbindung mit „Ressource“. Das Wort wird in der Werk-

stoffkunde genutzt (von lat. resiliri = zurückspringen, abprallen) und meint die Fähigkeit des Stoffes, sich auch bei und nach Belastung wieder rückbilden zu können – für neue Aufgaben der Belastung.

Was unsere Aufgabe beim einzelnen Gegenüber im klinischen Einzelmusiktherapie-Setting ist, ist hier Aufgabe mit den Teilen einer Stadt und deren Menschen als Gegenüber.

Soziale Stadt, soziale Stadtteilarbeit im Bezugsrahmen von CoMT bedeutet die Nutzung des Nichtmateriellen in der Musik als Werkstoff, aus dem anderes, gesünderes Stadt-Leben erwächst.

Hans-Helmut Decker-Voigt im April 2019

Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Gründungsdirektor des Instituts für Musiktherapie der Hochschule für Musik und Theater Hamburg 1990 bis 2010, seitdem Senior-Professor dort und an den Medizinischen Universitäten in Orenburg und St. Petersburg (www.decker-voigt-archiv.de)

Einleitung

Brauchen wir Musiktherapie mit Bezug zum Gemeinwesen?

Dieses Buch stellt eine Verbindung her zwischen meinem bisherigen beruflichen Leben als Stadtplanerin mit den Arbeitsschwerpunkten Städtebauförderung, integrative Stadtentwicklung, Partizipation, Soziale und Gesunde Stadt und meiner musiktherapeutischen Qualifikation, die m. E. in vieler Beziehung mit den oben genannten Themengebieten verwoben ist bzw. sein kann und sein sollte.

In Deutschland erleben wir in den letzten Jahren vor allem in den größeren Städten sich stark verändernde *stadtgesellschaftliche Prozesse* wie

- Zuwanderung durch Migration und Flucht;
- Verdrängung von Bevölkerungsgruppen durch Gentrifizierung (d. h. Besser-verdiene können sich die steigenden Mieten leisten und Geringerverdiene müssen an den Stadtrand oder in die unbeliebteren Quartiere abwandern);
- Ballung von Menschen in belasteten Lebenslagen und mit unterdurchschnittlichem Zugang zu gesundheitsfördernden Ressourcen in Quartieren, in denen häufig zudem auch psychotherapeutische Versorgungsdefizite bestehen.

Diese Prozesse nehmen Einfluss auf die Gesundheitssituation der Menschen und wirken sich körperlich und psychisch negativ aus¹. Die Stadt, das Lebensumfeld als der Ort, an dem physische und soziale Beeinträchtigungen stattfinden, wird aber zunehmend auch als Ort der Prävention und Behandlung der Krankheitsfolgen in den Blick genommen (zu den Themen „Gesunde Städte“ / „Gesundheitliche Chancengleichheit“ siehe Kap. 1). Hier könnte sich die Community Music Therapy² als Vereinigung verschiedenster musiktherapeutischer Strategien, die auf die Stärkung des Gemeinwesens und die Gesundheitsförderung seiner Individuen

1 In den meisten Fällen von psychischen Erkrankungen werden viele Krankheitsfaktoren benannt und unter den Risiko- bzw. Schutzfaktoren neben den biologischen Faktoren ebenfalls soziale/ gesellschaftliche Faktoren dargestellt. Zum multifaktoriellen Krankheitsentstehungsmodell vgl. z. B. Berger, 2015; Möller / Laux / Deister, 2009 sowie Frohne-Hagemann / Pleß-Adamcyk, 2005.

2 Der englische Begriff „Community“ ist schwer ohne Bedeutungsverlust ins Deutsche zu übersetzen. Am ehesten umfasst das deutsche Wort „Gemeinwesen“ die verschiedenen Bedeutungs-inhalte (räumlich, sozial und bezogen auf Allgemeinteressen). In der Fachdiskussion findet man auch den „Lebenswelt“-Begriff, als den Ort, wo das Individuum handelt, Möglichkeiten der Aus-einandersetzung mit der Gesellschaft hat und von deren Rahmenbedingungen unterstützt oder eingeschränkt wird. Community Music Therapy wird in der Literatur leider etwas verwirrend meist abgekürzt mit CoMT, was durch das „Co“ den Eindruck erweckt, es sei keine eigenständige Therapieform sondern eine, die immer nur in Kombination mit anderen Therapieformen ange-wendet wird – trotz dieser Begriffsschwäche verwende ich in diesem Buch das Kürzel „CoMT“ aus Gründen der Einheitlichkeit und Anbindung an die internationalen Gepflogenheiten.

zielen (ausführliche Darstellung in Kap. 3), mit der stadtteilbezogenen gemeinwesenorientierten Gesundheitspolitik treffen. Die Gründe, warum diese musiktherapeutische Praxis in Deutschland noch nicht weiter verbreitet ist, werden später diskutiert.

Die Behandlung von individuellen Krankheitssymptomen insbesondere seelischer Art ist für viele Menschen mit den beschriebenen Mehrfachbelastungen nicht bzw. nur schwer zugänglich, da sie ggf. ihre Symptome gar nicht als Ausdruck einer Erkrankung interpretieren und z. B. aufgrund ihres Bildungshintergrunds der Psychotherapie eher ablehnend gegenüberstehen. Zudem erfahren sie durch das Zweiklassensystem der Krankenversorgung oft weniger Unterstützung und sie können sich häufig Selbsthilfe-, Präventions- und Resilienzförderungsangebote nicht gut erschließen.

Die klinische Behandlung von seelischen Erkrankungen kann auf einem solchen Lebenshintergrund nur beschränkte Wirksamkeit entfalten³, wenn z. B. vernachlässigte und daher entwicklungsverzögerte Kinder nach einer mehrmonatigen stationären Behandlung wieder in ihre (meist nur ansatzweise veränderten) Elternhäuser zurückkehren oder wenn Menschen, die wegen seelischer Leiden Arbeitsplatz, Freunde und den Partner verloren haben, sich nach der Behandlung in ihrem (früheren) Lebensumfeld zurechtfinden müssen.

Ist dieses Lebensumfeld dann zudem geprägt durch wenig förderliche gesellschaftliche Bedingungen (z. B. Arbeitslosigkeit, Armut, Bildungsferne, soziale Vernachlässigung, Substanzmissbrauch, ethnische oder andere gruppenbezogene Konflikte, Perspektivlosigkeit etc.), wird der Übergang aus dem klinischen Setting in das Alltagsleben zusätzlich erschwert und bedürfte einer besonderen Begleitung.

Auch die Inklusion von Menschen mit angeborenen oder erworbenen Behinderungen oder die Integration von Zuwanderern mit häufig traumatischen Migrations-/Fluchterlebnissen bedarf in einem belasteten/benachteiligenden Umfeld intensiverer Unterstützung als in Milieus mit einer stärker etablierten und stabilen Bürgerschaft, die größere Möglichkeiten für bürgerschaftliches/ehrenamtliches Engagement hat.

Ein weiteres wichtiges gesundheitspolitisches Thema innerhalb des Gemeinwesens ist die mit dem Älterwerden häufig verbundene Vereinsamung und Isolation und deren Auswirkungen auf den gesundheitlichen Status der alten Menschen. Eine Integration in gemeinschaftliches (auch aktiv musikalisches) Leben im Nahbereich ihrer Wohnungen wurde früher meist durch Kirchengemeinden übernommen, die kirchliche Bindung ist aber heute vor allem in größeren Städten zum Teil sehr gering, so dass diese Unterstützungsebene oft nicht zur Verfügung steht.

Die von den genannten Problemlagen betroffenen Menschen sind zumeist in ihrer Mobilität eingeschränkt und leben daher in einer räumlich stark eingegrenzten

3 Dies trifft auf alle psychischen und psychosomatischen Erkrankungen zu, aber auch auf Verarbeitung/Coping/Alltagsbewältigung bei körperlichen Erkrankungen und Behinderungen.

Umwelt, was es umso wichtiger erscheinen lässt, dass die Gesundheitsförderung einen Bezug zum unmittelbaren räumlichen Lebensumfeld hat.

In Berlin (und anderen großen deutschen Städten) sind es die sogenannten „Quartiere mit besonderem Entwicklungsbedarf“ bzw. „Quartiersmanagementgebiete“⁴, in denen häufig Menschen leben, die den oben dargestellten besonderen Belastungen ausgesetzt sind und die über geringere Ressourcen verfügen als der Durchschnitt der Bevölkerung. Durch diese Gegebenheiten leiden die Menschen vermehrt unter psychischen und körperlichen Krankheitsfolgen, während sie zugleich aufgrund ihres Misstrauens gegenüber therapeutischen oder sozialpädagogischen Unterstützungs-Angeboten unversorgt sind. Gerade wegen der Defizitorientiertheit⁵ dieser Angebote fühlen sich Menschen dort häufig unterbewertet, gegängelt, oder nicht wertgeschätzt.

Diese Problemlagen zeigen sich nicht nur in einem erhöhten individuellen Förder- und Behandlungsbedarf, sondern auch in einer Destabilisierung der Nachbarschaften, d. h. in einer Ballung von Menschen mit komplexen Problemlagen, welche sich häufig auch in Verwahrlosung des öffentlichen Raumes, Vandalismus, Aggressionen gegenüber anderen Menschen/Gruppen, Vernachlässigung der Kinder etc. ausdrücken.

Die hier vorliegende Studie will beispielhaft anhand einer Bestandsanalyse in Berliner Quartiersmanagement-Gebieten untersuchen, ob Community Music Therapy (ggf. die Einzel-/ Gruppen-Psychotherapie ergänzende) wichtige Angebote für die unterstützungsbedürftigen Menschen in einem solchen Quartier bieten kann und welche. Dazu stellt sich die Frage, ob und welche Effekte auf das Gemeinwesen beschrieben werden können.

Hierzu stelle ich zunächst den lebensweltbezogenen Gesundheitsbegriff und die deutsche Rechtslage dar, in die sich das Konzept der CoMT einbetten lässt (Kap. 1 und 2). Darauf folgt die Zusammenfassung der historischen Entwicklungslinien und der internationalen Diskussion zum Konzept der CoMT (Kap. 3). An die empirische Analyse CoMT-naher Angebote in Berliner Quartiersmanagementgebieten und der ihnen von den Durchführenden zugeordneten therapeutischen Werte schließe ich einige Überlegungen darüber an, was CoMT für die benachteiligten Quartiere leisten könnte (Kap. 4).

Einen Exkurs zur bundesweit wachsenden Tendenz der musiktherapeutischen Arbeit im nicht-klinischen Setting (hier insbesondere Musikschulen und Schu-

-
- 4 Vom Berliner Senat aufgrund eines Sozial-Monitorings förmlich festgelegte Gebietskulissen, in denen das Städtebauförderprogramm „Soziale Stadt“ zum Einsatz kommt, um die Nachbarschaft zu stabilisieren und den Bewohnerinnen und Bewohnern gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen. Das Programm kommt bundesweit zum Einsatz (und speist sich aus EU-, Bundes- und Landesmitteln).
 - 5 Menschen bemerken, wenn Ihnen Angebote gemacht werden, damit sie sich verändern, also ihre bisherigen Lebensbewältigungsstrategien als defizitär angesehen werden – das führt oft zu Ablehnung. Ebenso kann das Etikett „Therapie“ irritierend und abstoßend wirken und wird daher von CoMT-therapeut*innen meist vermieden. Dies ist ein ungelöstes Dilemma, da so kein therapeutischer Auftrag explizit erteilt wird.

len) und den damit verbundenen Überschneidungen aber auch Abgrenzungen zur CoMT bietet Kapitel 5.

Abschließend diskutiere ich mit Praktikern in einem ausgewählten Quartier in Berlin-Hellersdorf die Idee der CoMT und in welchen Schritten ein Pilotquartier für Community Music Therapy zu etablieren wäre (Kap. 6).

Die internationale Diskussion zu Community Music Therapy bezieht sich meist auf qualitative Untersuchungen der von Community-Musiktherapeuten durchgeführten Praxis. Aus diesen Wirkungsbeschreibungen ergeben sich Hinweise, dass der CoMT-Ansatz vielversprechend für die quartiersbezogene Gesundheitsförderung auch in Deutschland sein könnte. Hierzu bestehen m. W. noch keine raumbezogenen, institutionsübergreifenden Untersuchungen, aber insbesondere bei den Konzepten von Christoph Schwabe (2000, 2008 Sozialmusiktherapie / ressourcenorientierte Musiktherapie) interessante konzeptionelle Überlegungen, die auch in Kap. 3 einbezogen werden.

Die Befragung von Einrichtungen der Stadtteilarbeit, Bildungseinrichtungen sowie Einrichtungen für spezielle Zielgruppen zum Vorhandensein und den Rahmenbedingungen von CoMT-Angeboten ist über einen Fragebogen erfolgt. Damit sollte das Vorkommen von CoMT-Angeboten bzw. CoMT-nahen Angeboten erkundet werden.

Eine weitergehende Absicht war es zu prüfen, ob eine Erweiterung im Bereich der (musik-) therapeutischen Versorgung, die über den klinischen bzw. individualtherapeutischen Kontext hinaus geht⁶, von den Vertretern der unterschiedlichen Einrichtungen als hilfreich für die Bevölkerung eingeschätzt wird und ob Musiktherapeut*innen⁷ in diesem Feld der Gesundheitsversorgung tätig sind.

Community Music Therapy kann nach meiner Auffassung auch für Stadtteile, die nicht die in Quartiersmanagementgebieten vorliegenden Problemlagen haben, ein nützlicher Ansatz sein. Sie wird aber von ihren Protagonisten explizit mit (gesundheits-) politischen Zielen wie sozialer Gerechtigkeit, Armutsbekämpfung und gesundheitlicher Chancengleichheit verbunden. Daher wird hier zunächst auf die Stadtquartiere das Augenmerk gelegt, deren Bevölkerung – wie oben erläutert – einen besonderen Bedarf haben könnte. Eine vertiefende Betrachtung von musiktherapeutischen Ansätzen in Bildungsinstitutionen soll hier das Bild vervollständigen. Diese Institutionen in belasteten Stadtquartieren haben zunehmend Schwierigkeiten, den Bildungsauftrag zu erfüllen, und haben daher bereits begonnen, therapeutische Ansätze in die Institution holen.

6 Auch in einer herkömmlichen Gruppenmusiktherapie (in einer zufälligen Gruppe auf Zeit) geht es schwerpunktmäßig um das Individuum und seine Gesundung, daher wird die Gruppen-MT hier unter „individualtherapeutischer Kontext“ subsumiert.

7 Der besseren Lesbarkeit halber verwende ich unter dem Gender-Gesichtspunkt teils die männliche und teils die weibliche Form mit dem eingestellten *, um alle Menschen in die Darstellungen miteinzubeziehen. Ggf. nicht ausdrücklich benannte Geschlechter sind selbstverständlich auch angesprochen.

Ich habe dieses Buch in der Hoffnung verfasst, durch die Analyse und Positionsbestimmung zu Angeboten, Bedarfen und Wirkungen bezüglich des Community-Music-Therapy-Ansatzes in Berlins Quartiersmanagement-Gebieten dazu beizutragen, dass Musiktherapeut*innen ihre Kompetenzen zukünftig auch vermehrt in diesem weit über Berlin hinaus gehenden, gesundheitspolitisch wichtigen Arbeitsfeld anbieten. Ich schließe an die Analyse daher Überlegungen zur strukturellen Förderung dieses Arbeitsfeldes an und zeige erste Umsetzungsschritte auf. Ich freue mich auf weiterführende Diskussionen zu den Themen dieses Buches. Nehmen Sie gerne Kontakt auf unter *s.antony-MuT@web.de*.

Damit ich Ihnen als Leserinnen und Leser die Inhalte und Arbeitsweise der Community Music Therapy anschaulicher machen kann, habe ich verschiedene CoMT-Beispiele in sehr subjektiver Darstellung aus meinem eigenen Erleben in die Kapitel eingestreut.

Ich danke herzlich Allen, die mich bei der Erarbeitung dieses Themas unterstützt und kritisch begleitet haben: insbesondere Prof. Dr. Dorothea Muthesius, die durch Ihre konstruktiven Fragen einige Perspektivwechsel auf mein Thema ermöglicht hat. Ein herzlicher Dank geht auch an Prof. Dr. Dr. Hans-Helmut Decker-Voigt für sein sehr unterstützendes Vorwort sowie an Prof. Karin Holzwarth und Dr. Anne-Katrin Jordan, die sich mehrfach für weiterführende Gespräche Zeit genommen haben. Auch Allen, die an der Befragung sowie an den Interviews teilgenommen und mir so Material für dieses Buch geliefert haben, sei herzlich gedankt. Besonders dankbar bin ich meiner Mutter und meinen Söhnen, die nie an mir gezweifelt haben. Und ein großer Dank geht an Marcus Düwell: von der Themenfindung bis zur letzten Version des Buches waren die Gespräche mit ihm eine große Hilfe, meine Gedanken zu ordnen und Thesen zu schärfen.

„Gesundheit ist weniger ein Zustand und mehr eine Haltung.
Und sie gedeiht mit der Freude am Leben.“

(Thomas von Aquin zugeschrieben)