

## Musiktherapeut

Susanne Metzner

### Angaben zur Veröffentlichung / Publication details:

Metzner, Susanne. 2021. "Musiktherapeut." In *Lexikon der musikalischen Berufe: Geschichte - Tätigkeitsfelder - Ausbildung*, edited by Martin Lücke, 453–58. Laaber: Laaber-Verlag.



## Musiktherapeut

»Musiktherapeuten sind Experten für die Wirkungen von Musik auf die Gesundheit von Menschen. Sie können ihre Kompetenzen anwenden zur Durchführung von Maßnahmen, die die Gesundheit fördern, die Gesundheit erhalten, krankheitsbedingte Leiden lindern, Heilungsprozesse positiv verstärken.« (Troschke 2003, in: Metzner 2004, S. 296) Die in dieser Definition enthaltenen Begriffe bedürfen der Auslegung und Ergänzung. Die Grundlage dafür bilden die Definitionen von Kenneth Bruscia (1998) sowie die sogenannten Kasseler Thesen (Kasseler Konferenz 1998), einem von allen relevanten musiktherapeutischen Verbänden in Deutschland entwickelten, schulenübergreifenden Konsens zum Fachgebiet der Musiktherapie.

### *Anwendung/Praxis*

Musiktherapie ist eine summarische Bezeichnung für sehr unterschiedliche Konzeptionen. Einige konkrete Anwendungsbeispiele veranschaulichen dies:

1. Die vierjährige Johanna kommt als frühgeborenes Kind zur Welt und muss in-

tensivmedizinisch behandelt werden. Während die körperliche Entwicklung ab dem sechsten Lebensmonat altersgemäß verläuft, sind ab dem zweiten Lebensjahr Entwicklungsdefizite insbesondere im Sprach- und im Sozialverhalten nicht mehr übersehbar, so dass die Diagnose frühkindlicher Autismus gestellt wird. Johanna erhält umfangreiche Förderungen ohne nennenswerte Fortschritte und kommt mit dreieinhalb Jahren in die Musiktherapie. Dort lässt die Musiktherapeutin das unruhig herumlaufende Kind gewähren und beginnt nach einer Weile die Bewegungsabläufe musikalisch am Metallophon zu begleiten. Als Johanna unerwartet innehält, hört auch die Therapeutin auf zu spielen. Aus dem Wechsel von Herumlaufen mit musikalischer Begleitung und plötzlichem Innehalten entsteht der erste Kontakt. Später werden die Pausen zum Lautieren genutzt, erst dialogisch, dann gemeinsam in sich immer weiter entwickelnden Kreisen, bis auch wechselseitig die Namen gesungen werden. In dieser Zeit beginnt Johanna außerhalb der Therapie auf Ansprechen zu reagieren.

2. Der 23-jährige Torsten A. wird bei einem Autounfall schwer verletzt und liegt ohne Bewusstsein auf der neurologischen Intensivstation. Angeschlossen an zahlreiche Geräte, die seine Körperfunktionen ersetzen, kann er aber immerhin seit Kurzem schon selbständig atmen. Der Musiktherapeut entscheidet sich für ein Vorgehen, bei dem er die Selbsttätigkeit des Patienten zum Anlass nimmt und eine Gitarrenimprovisation im Atemrhythmus des Patienten spielt. Die Musik ist zwar leise aber nicht ohne harmonische Abwechslungen. Bereits nach einigen Sitzungen vermag der Therapeut winzigste Reaktionen in der Mimik und Finger-

bewegungen auszumachen. Im weiteren Verlauf der neurologischen Rehabilitation wird das Singen von Folksongs wichtig, um Trauer und Hoffnung ebenso wie Vitalität und Ruhebedürfnissen Ausdruck zu verleihen.

3. Die 61-jährige, schwer depressive und zu Beginn der stationär-psychiatrischen Behandlung anfangs auch katatone Kerstin B. betritt den Musiktherapieraum. Spontan hat es ihr das Paar Congas angetan. Sie schlägt unerwartet schnell mit beiden Händen laut auf die Trommeln. Die Therapeutin reagiert reflexartig mit einigen Schlägen auf das Bassxylofon. Forciert setzt Frau B. erneut beidhändige Congaschläge und blickt anschließend mit einer Mischung aus Entschlossenheit und Suche nach Bestätigung zur Therapeutin. Diese bewahrt eine empathische Haltung und achtet auf die Affektregulation in der Beziehung. Angesichts der Selbst-Unsicherheit von Frau B. kombiniert mit der musikalisch zum Ausdruck kommenden, unmittelbar heftigen und zugleich unterdrückten Konfrontation lenkt sie die Aufmerksamkeit auf einen eher neutralen Bezugspunkt: »Von den großen hier herumstehenden Instrumenten haben Sie das genommen, von dem es zwei gibt, ein etwas größeres und ein etwas kleineres.« Frau B. nickt stumm.

4. Der 43-jährige Martin C. leidet seit 15 Jahren an einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung, die seitdem in Schüben verläuft und mit heftigen Leibes-schmerzen verbunden ist. Anknüpfend an die Charakterisierung des Schmerzes – brennend, wühlend, garstig, höllisch, rau, tierisch – wird der Patient gebeten, einen passenden Klang zu suchen. Herr C. wählt den großen Gong, der über den Teppich gezogen werden soll und dabei ein tiefes, vibrierendes, aufschrei-

des, vor allem aber auch dynamisch unberechenbares Geräusch macht, dessen Nachhall teils dumpf erstickt, teils langanhaltend war, wenn der Gong sich vom Teppich losgelöst in der Luft hängend befindet. Dieses Geräusch wird zum Ausgangspunkt einer Komposition, die am Ende auch Klänge enthält, die der Patient mit der Vorstellung von Schmerzlinderung verbindet.

Was diese sehr unterschiedlichen musiktherapeutischen Situationen verbindet, ist, dass es sich um Einzel- und nicht um Gruppentherapien handelt, die es ebenfalls gibt, und dass Musik live improvisiert oder komponiert (aktive Musiktherapie) und nicht vom Tonträger angehört (rezeptive Musiktherapie) wird. Auch wenn die Patienten unterschiedliche Fähigkeiten haben sich verbal zu äußern, ist Musiktherapie keine nonverbale Therapie per se. Musiktherapeuten arbeiten überwiegend in Institutionen und mit allen Altersgruppen, also im klinischen Bereich (psychotherapeutische, psychosomatische oder somatische Spezialkliniken), im rehabilitativen Bereich (Fördereinrichtungen für psychisch, geistig und/oder körperlich behinderte Menschen, ambulante Nachsorgeeinrichtungen) oder im präventiven Bereich (Beratungsstellen, Tagesstätten, Bildungseinrichtungen).

#### *Maßnahmen/Rahmenbedingungen*

Musiktherapie ist in Abgrenzung zu pharmakologischer und physikalischer Therapie eine Sonderform der Psychotherapie und an die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung gebunden. Damit unterscheidet sie sich grundlegend von anderen Ansätzen, bei denen Musik für das Wohlbefinden eingesetzt wird, beispielsweise Klangtherapie (Tiefenentspannung, klanggeleitete Meditation, Vibrationstherapie) oder Musikmedi-

zin (Einsatz von Musik zur Ablenkung oder Stressminderung in medizinischen Arbeitsbereichen). (→ Musikmediziner)

Musiktherapie beinhaltet einen geplanten und kontrollierten Behandlungsprozess, der über lehrbare Techniken beschrieben werden kann. Sie beruht auf einer (tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutisch-lerntheoretischen, systemischen, anthroposophischen oder ganzheitlich-humanistischen) Theorie normalen und pathologischen Verhaltens. Das bedeutet, dass der Gesundheitsbegriff in der oben genannten Definition auch ein Störungsverständnis impliziert.

Voraussetzung für die Anwendung von Musiktherapie ist eine auf die jeweilige Störung oder Beeinträchtigung bezogene und eine therapieprozessbezogene musiktherapeutische Diagnostik, woraus sich Indikationsstellung und Zielformulierung ableiten. So werden je nach Schwere der Störung und Ressourcen des Patienten, nach seinen gegenwärtigen Lebensbedingungen und dem Kontext der musiktherapeutischen Behandlung Entscheidungen über Setting und Frequenz der Behandlung getroffen und entweder eher aktive oder zurückhaltendere Interventionstechniken eingesetzt. Behandlungstechnische Regeln wie Abstinenz sowie eine grundsätzlich offene, fragende (und nicht etwa beherrschende), supportiv-begleitende, spiegelnde oder deutende therapeutische Haltung werden sowohl im Gespräch als auch in den musikalischen Handlungen des Therapeuten umgesetzt.

Gleichzeitig ist aus den sehr verkürzten Fallvignetten deutlich geworden, dass musiktherapeutische Situationen a) einzigartig, b) komplex und vieldeutig, c) interaktiv und d) wertorientiert sind. Das bedeutet, dass eine gesetzmäßige Anwendung von Wissen über den Einfluss von Musik auf die Gesundheit, wie z.B. aus der empirischen musikpsychologischen Forschung bekannt, auf-

grund der Komplexität von Einflussfaktoren nur begrenzt möglich ist. Meist muss der Musiktherapeut seine Entscheidungen über den Einsatz von Musik ad hoc treffen, denn nur so kann er handlungsfähig sein und im interaktiven Prozess mit seinem Patienten bleiben, der den Verlauf jederzeit mitbestimmt. Der Musiktherapeut berücksichtigt die Verträglichkeit seiner Interventionen sowie ethische Gesichtspunkte. Der therapeutische Prozess wird nachträglich dokumentiert, auf der Grundlage wissenschaftlicher Theorie reflektiert und mit Mitbehandlern kommuniziert, so dass zukünftige Maßnahmen optimal auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmt sind.

#### *Musik/Musizieren*

Die Überzeugung, dass Musik in einem Zusammenhang mit dem subjektiven (insbesondere dem emotionalen) Erleben steht, ist weltweit und seit alters her in der Kulturgeschichte, d.h. der Medizin, der Philosophie und in den neuzeitlichen mit der Thematik befassten (musik-)wissenschaftlichen Fächern unumstritten. In diesem Zusammenhang wird Musik überwiegend als Kunstobjekt oder Volks(lied)gut angesehen, von dem eine aktivierende oder beruhigende, in jedem Fall aber harmonisierende Wirkung ausgeht. Die moderne Musiktherapie hingegen setzt bei ihrer begrifflichen Definition von Musik weniger am hörbaren Gegenstand selbst an, sondern betrachtet Musik, wie es auch einige → Musikwissenschaftler tun, phänomenologisch, d.h. als Wahrnehmungsgegenstand (›music as heard‹, Thomas Clifton 1983) oder als Prozess (›musicking‹, Christopher Small 1998) d.h. als ein sinnlich-auditives Erlebnis mit körperlichen, psychischen, sozialen und kulturellen Implikationen, das untrennbar in einen Kontext simultan existierender, außermusikalischer Bezüge eingebettet ist.

Musik wird vom Menschen gestaltet und konstituiert sich Metzner (2010) zufolge innerhalb der Dimensionen Hörbarkeit (Materialität), Zeitlichkeit (Prozess- und Ereignishaftigkeit) und Bedeutungshaftigkeit (symbolische Repräsentation, Referenz). Bei der musikalischen Gestaltung, sei dies nun improvisierend, komponierend, reproduzierend oder rezipierend, werden Klänge (auch Geräusche) in rhythmische, melodische und harmonische Struktur- und Sinnzusammenhänge gebracht. Dieser Vorgang, der Grundlage aller musikalischen Schaffensprozesse ist, kann auch von Menschen ohne musikalische Fachkenntnisse vollzogen werden, denn eine basale Musikalität, derzufolge jeder Mensch angenehme von unangenehmen, d.h. spannungsvollen, dissonanten Klängen unterscheiden kann, ist angeboren. Darüber hinaus bilden der entwicklungspsychologisch gleich nach Geburt angelegte Gebrauch der eigenen Stimme, die Fähigkeit, die emotionale Tönung am Stimmklang der erwachsenen Bezugsperson zu erkennen (Anna Blasi u.a. 2011) sowie das in den ersten Lebensmonaten einsetzende Spiel mit Klangkörpern die präverbale Erfahrungsbasis für Expression und Kommunikation mit klanglichen Mitteln ein Leben lang.

#### *Wirkungen / Gesundheit*

Musiktherapeuten arbeiten auf Grundlage des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells, bei dem Genese, Verlauf und Schweregrad einer Erkrankung oder Behinderung durch das Zusammenwirken vielfältiger innerer und äußerer Faktoren bedingt sind und zu Funktions- und Fähigkeitsstörungen sowie zu Beeinträchtigungen der Lebensgestaltung führen. Die Erkenntnis, dass Patienten über Potenziale der Krankheitsbewältigung verfügen, die gefördert werden und genutzt werden sollten, setzt sich berufsgruppenübergreifend immer mehr durch und ist

nunmehr für alle präventiven und therapeutischen Maßnahmen von Bedeutung. Musiktherapie als Bestandteil multiprofessioneller Behandlungsansätze findet zunehmend als Empfehlung in nationalen Behandlungsleitlinien Eingang (u.a. Depression, Demenz, Schmerz, Posttraumatische Belastungsstörung, verschiedene Krebserkrankungen).

Übereinstimmung herrscht unter Musiktherapeuten darüber, dass die Wirkung von Musik nicht einem Reiz-Reaktionsmuster folgt, demzufolge Art, Dauer und Intensität von Schall bestimmte Effekte hervorrufen. Vielmehr lassen sich unter Berücksichtigung der gegenseitigen Bedingtheit von äußeren Zugangs- und inneren Rezeptionsbedingungen stets mehrere, mehr oder weniger unverbunden nebeneinander stehende Teilwirkungen von Musik auf bio-psycho-soziale, die Gesundheit betreffende Prozesse beschreiben und erfahrungs-wissenschaftlich, klinisch und experimentell nachweisen. Es handelt sich um physiologische, psychologische, soziologische und kulturelle Wirkungen, um hier nur die wichtigsten Oberkategorien zu nennen. Thomas Hillecke (\*1966) und Friedrich-Wilhelm Wilker (\*1944) (2007) schlagen ein heuristisches Wirkfaktorenmodell vor

Rezeption, Produktion oder Reproduktion von Musik setzen vor allem intrapsychische und interpersonelle Prozesse in Gang. Dabei bildet die Musik den gemeinsamen Bezugspunkt für Patient und Therapeut in der materialen Welt. An ihm können sich Wahrnehmungs-, Erlebnis-, Symbolisierungs- und Beziehungsfähigkeit des Individuums entwickeln. Auf eine sehr knappe Formel gebracht, liegt aus therapeutischer Sicht die Wirksamkeit von musikalischen Prozessen für den Menschen in dem Gewinn von ästhetischen (performativen, mimetischen, responsiven) und semiotischen (interpretativen, translationalen, reflexiven)

Kompetenzen sowie in einem damit einhergehenden Selbstmodellierungsvorgang. Dieser berührt die physiologischen und neurophysiologischen Prozesse, das unmittelbare Verhalten und die psychosozialen Erfahrungsbereiche des Menschen.

### *Ausbildung*

Musiktherapie ist eine Disziplin, die sich aus interdisziplinären Interaktionen entwickelt hat. Einen historischen Überblick geben Wigram u.a. (2002, S. 17–29). In ihrer modernen Ausprägung hat diese Entwicklung mit der Akademisierung in den 1960 bis 1970er Jahren begonnen (ebenda, S. 267f.). Disziplin wird hier verstanden als eine kognitive und soziale Einheit innerhalb eines größeren Wissensgebietes, in diesem Fall einer Schnittfläche zwischen den (angewandten) Humanwissenschaften, Geistes- und Kulturwissenschaften. Die disziplinäre Identität entsteht aus gemeinsamen Forschungsgegenständen und der Einigkeit über die als relevant erachteten Forschungsprobleme, aus einem (tradierten) Korpus an Wissen und einem Repertoire an Methoden, Vorgehensweisen und Problemlösungen, aus einem relativ homogenen Kommunikationszusammenhang (Verbandsstrukturen, Interessenvertretungen) sowie aus einer spezifischen Karrierestruktur mit institutionalisierten Sozialisationsprozessen (Ausbildung). Musiktherapeuten erwerben ihre Kompetenzen in Bildungsinstitutionen auf akademischem Niveau mit Bachelor- oder Masterabschluss sowie der Möglichkeit der Promotion. Als einziges Land in Europa hat Österreich seit 2008 ein eigenes Berufsgesetz für Musiktherapeuten.

Die deutschsprachigen Ausbildungsmöglichkeiten sind in der sogenannten Studienlandschaft aufgeführt, die von der Deutschen musiktherapeutischen Gesellschaft herausgegeben und in regelmäßigen Abständen ak-

tualisiert wird. Darin spiegelt sich die Pluralität an musiktherapeutischen Konzepten, die für unterschiedliche Bedarfe aufseiten der Klienten entwickelt wurden sowie den unterschiedlichen psychotherapeutisch-theoretischen Neigungen und musikalischen Fertigkeiten der Berufsausübenden Rechnung tragen. Allerdings haben die musiktherapeutischen Verbände und Ausbildungsinstitutionen einen Konsens darüber erzielt, dass berufsqualifizierende Aus- oder Weiterbildungen einen Umfang von zwei Jahren (Vollzeit) nicht unterschreiten und gleichermaßen wissenschaftlich-theoretische, musiktherapeutisch-methodische, berufspraktische, musikpraktische und selbstreflexive Lernbereiche in einem ausgewogenen Verhältnis umfassen sollen.

Informationen über Zahlen der berufstätigen Musiktherapeuten sowie die aktuellen Bedingungen der Berufsausübung gibt ebenfalls die Deutsche musiktherapeutische Gesellschaft heraus.

Internet:

<http://www.musiktherapie.de> (Deutsche musiktherapeutische Gesellschaft)

Literatur:

*Thesen der Kasseler Konferenz*, in: Musiktherapeutische Umschau 19 (1998), S. 232–235 • K. Bruscia, *Defining Music Therapy*, Gilsum 1998 • C. Small, *Musicking: the meanings of performing and listening*, Hannover 1998 • T. Wigram / I. Nygaard Pedersen / L. O. Bonde, *A comprehensive guide to music therapy: theory, clinical practice, research, and training*, London 2002 • S. Metzner, *Alterierte Akkorde. Musiktherapie im Wandel*, in: Musiktherapeutische Umschau 25 (2004), S. 291–299 • T. K. Hillecke / F.-W. Wilker, *Ein heuristisches Wirkfaktorenmodell der Musiktherapie*, in: Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin 1/28 (2007), S. 62–85 • S. Metzner, *Musiktherapeutisch-musikologische Interdisziplinarität in Lehre und Forschung*, in: Musiktherapeutische Umschau 31 (2010), S. 333–343 • A. Blasi u.a., *Early Specialization for Voice and Emotion Processing in the Infant Brain*, in: Current Biology (2011) (online).

Susanne Metzner