

REZEPTIVE MUSIKTHERAPIE

Zur Einführung

ISABELLE FROHNE-HAGEMANN

Seit den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts hat die rezeptive Musiktherapie im deutschsprachigen Raum einen Dornröschenschlaf gehalten, aus dem sie erst allmählich erwacht. Dieser Sammelband, welcher der erste deutschsprachige zur rezeptiven Musiktherapie ist, soll dazu dienen, der rezeptiven Musiktherapie einen gleichberechtigten Platz neben der aktiven Musiktherapie zu verschaffen, denn den hat sie verdient. Doch geht es zunächst darum, eine Bestandsaufnahme zu machen und führende existierende Methoden vorzustellen. Eine übergreifende Theorie rezeptiver Musiktherapie im Rahmen von Musiktherapie zu entwickeln, wäre zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch verfrüht.

Fragt man einen Laien, was er sich unter *Musiktherapie* vorstelle, so bezieht sich die Antwort eher auf das *Hören von Musik* als auf das aktive Improvisieren auf Instrumenten. Die Vorstellung vom Musikhören zu therapeutischen Zwecken liegt auch nahe, da Menschen täglich Musik hören, jedoch Wirkungen eines eigenen Musizierens weniger erfahren (Bruhn, Frank-Bleckwedel 1994, 412). Außerdem ist die Vorstellung, dass Musik die Seele des Menschen in Ordnung bringen könnte, tausende von Jahren alt und tief in uns verwurzelt. Von der Antike bis mindestens in die Neuzeit wurde komponierte Musik als Kunstwerk angesehen, das durch seine ihm innewohnenden Gesetze eine entsprechende Wirkung auf uns hat. Die Frage erscheint deshalb durchaus berechtigt, wie und wodurch Musik denn wirke. Wenn Patienten¹ erwarten, dass Musik in der Therapie wie ein Medikament verordnet werden müsse, ist dies nachzuvollziehen, zumal diese Vorstellung heute immer noch gepflegt wird. Rueger, ein Musiktheoretiker, schlägt in seiner „musikalischen Hausapotheke“ (Rueger 1991, 158) z. B. vor, bei Melancholie die beiden Klavierkonzerte von Chopin zu hören.

1 In diesem Buch werden die männlichen und weiblichen Formen abwechselnd benutzt, um der Sprache keine Gewalt durch umständliche Doppelbegriffe wie „der Therapeut/die Therapeutin“, „er/sie“ usw. anzutun

Musiktherapeuten lehnen solche Empfehlungen ab. Zwar wird nicht geleugnet, dass Musik Wirkungen hat – wie oft fährt sie in die Beine, wie oft löst sie Affekte aus, wie oft wirkt sie wie Balsam für die Seele, wie oft ist sie mit Erinnerungen an bestimmte Situationen verknüpft und löst entsprechende Stimmungen und Gefühle aus –, doch kann sie nicht *per se* den Menschen heilen und seine psychischen Probleme lösen, als ob man Seele und Körper nur wie ein Instrument „stimmen“ müsse.

In der Antike war Musik Ausdruck kosmischer Harmonie und Symmetrie. Es bestand die Auffassung, dass Musik keine individuelle Schöpfung des Menschen sei, sondern kosmische Gesetze widerspiegele (Möller 1977b). Das Universum (der Makrokosmos) sei nach einem musikalischen Code aufgebaut und die Aufgabe des Menschen als mikrokosmisches Instrument sei es, die makrokosmische Ordnung erklingen zu lassen. Dazu müsse er aber gesund sein. Gesundheit war gleichbedeutend mit musikalischer Ordnung, während Krankheit bedeutete, dass das menschliche Instrument eben nicht richtig „gestimmt“ war (vgl. dazu auch Kümmel 1976a, 31 ff, 1976b, 29 ff). Musik hatte eine rein ethisch-moralische Bedeutung und sollte erzieherisch wirken. In den philosophischen Traditionen der Pythagoräer, Platons und Aristoteles hatte Musik die Aufgabe, die Seele zu führen (Seelenführung = *psychagogia*), um wieder in Konsonanz mit der höheren Wirklichkeit zu sein. Dazu gehörte auch die Reinigung der Seele (*katharsis*), wobei Katharsis jedoch nicht als bloßes Abreagieren heftiger Gefühle verstanden wurde, sondern eher als Läuterung.

In diesem metaphysisch orientierten Weltbild hatte das subjektive Empfinden von Musik keine Relevanz, obwohl die Bedeutung der *Erfahrung* und damit der sensualistischen, subjektiven und hedonistischen Hörempfindung und -erfahrung z. B. von den Sophisten und den Epikuräern durchaus gesehen wurde. Die Erlaubnis, Welt subjektiv wahrzunehmen und zu erleben, konnte sich jedoch auch in den folgenden Jahrhunderten nicht durchsetzen, denn das Hinterfragen des absolut Wahren, Guten und Schönen war in diesem Weltbild nicht denkbar (vgl. dazu Frohne-Hagemann 2001). Die Frage nach der Wirkung von Musik und ihrer entsprechenden therapeutischen Relevanz wurde vor dem Hintergrund des antiken pädagogischen Musikverständnisses in den Jahrhunderten immer wieder mit neuen Theorien zu erklären versucht. Noch Zarlino warnte im 16. Jahrhundert davor, Musik nur zum Genuss zu hören, weil die Wirkung des sinnlichen Hörens den Menschen verderben würde (vgl. dazu Tatarkiewicz 1979, 267).

Im 17. Jahrhundert entwickelte Athanasius Kircher eine interessante Theorie. Unter Rückgriff auf die hippokratische antike Lehre von den Körper-

säften erklärte er, *wie* Musik auf die sog. Lebensgeister (die *spiritus*) wirke und wie Musik deshalb therapeutisch genutzt werden könne (dazu ausführlich Möller 1976a, 35): Die Lebensgeister seien das „Vehikel der Seele“. Ihr Verhalten werde durch die Zusammensetzung und Art der Körpersäfte beeinflusst (daher die unterschiedlichen Temperamente und unterschiedlichen krankhaften Zustände). Die *Spiritus* vermittelten also zwischen Körper und Seele. *Dass* nun Musik auf die Lebensgeister wirken könne, liege am Phänomen der „Resonanz“. Die verschiedenartigen musikalischen Schwingungen, die durch unterschiedliche Tonhöhen und Lautstärken entstünden, führten auch zu verschiedenartigen Bewegungen der Lebensgeister in den Nerven und Arterien und somit zu verschiedenartigen Affekten. Nun wirke Musik so auf die Lebensgeister ein, dass die in Unordnung geratene Mischung der Körpersäfte wieder in ein normales Verhältnis gebracht werde. Ruhige (trophotrope) Musik solle einen krankhaft Erregten wieder „zur Vernunft bringen, indem man seinen *spiritus* ruhigere Bewegungen aufzwingt“, während schnelle und stimulierende (ergotrope) Musik „die trägen Lebensgeister eines antriebslosen, melancholischen Patienten zu rascherer Bewegung ... zwingt ...und ihn die krankmachenden Säfte ausschwitzen ... lasse“ (Möller, 36).

Kirchers Ideen erklärten im Sinne des *damaligen* Weltbildes den Wirkmechanismus recht plausibel, eben weil die Individualität und das subjektive Erleben des Patienten nicht berücksichtigt wurden. Seine Ideen waren dadurch natürlich sehr unspezifisch. Er sah die Wirkung von Musik nicht in Abhängigkeit von Faktoren wie Kontext, Kultur, Hörgewohnheiten, Biographie usw. wie wir es heute tun. Die Vorstellung, dass die Wirkung von Musik u. a. vom Kontext, der Beziehung zum Arzt oder Therapeuten abhängt sowie von biographischen Faktoren und von der momentanen Bereitschaft, sich einzulassen, war ja überhaupt nicht denkbar. *Trophotrope* (beruhigende) und *ergotrope* (anregende) Musiken haben ja nur dann auf die Patienten einen entsprechenden Einfluss, wenn diese dafür bereit sind.

Noch im 19. Jahrhundert, als in Frankreich erstmals auch in der Psychiatrie mit dem Musikhören experimentiert wurde, ging man von dem traditionellen Musikmodell aus (Lecourt 1988). Musik galt als das „vorzügliche Mittel, unmittelbar die affektive Region zu erreichen“ (Möller 1976b, 40). Der Franzose Jean Etienne Dominique Esquirol – leitender Arzt der Salpêtrière – ließ Patientengruppen Musikprogramme vorspielen, um die Patienten affektiv im Sinne der ethisch-moralischen Erziehung bzw. einer Sozialisation bzw. des „*traîtement moral*“ (Lecourt 1988, 16) zu beeinflussen. In dieser Erwartung wurde er natürlich zwangsläufig enttäuscht, weil die Gefühlswelt

seiner Patienten auf diese Weise eben nicht vereinheitlicht und „normalisiert“ werden konnte. Er meinte: „Ich schließe aus diesem Misserfolg nicht, dass es unnütz sei, den Irren Musik vorzuspielen ... Wenn die Musik nicht heilt, zerstreut sie, sie verschafft körperlichem und seelischem Schmerz Erleichterung; offenbar nützt sie Rekonvaleszenten; man soll also ihren Gebrauch nicht verschmähen“ (zit. in Möller, ebd.).

Es wurde deutlich, dass das bloße Hören von Musik nicht heilen kann. So wundert es nicht, dass das gemeinschaftliche Musikhören den psychiatrischen Patienten von nun an vielmehr der „Unterhaltung“ oder der „Unterbrechung krankhafter Gedanken“ dienen sollte (R. Schumacher 1982, zit. in Schumacher / Muthesius / Frohne-Hagemann 2004).

1954 interessierte sich der Franzose Jacques Jost für die Wirkung von Musik auf das Individuum und begann auch, mit moderner Technik physiologische Messungen bei den einzelnen Patienten vorzunehmen (Lecourt 1988, 16). Diese Untersuchungen brachten für die psychotherapeutische Arbeit jedoch nicht viel, denn Josts Musikverständnis blieb dem alten Sender-Empfänger-Denken verhaftet. Immerhin experimentierte er ab 1963 in Einzel- und in Gruppentherapien mit ca. 45-minütigen Programmen, bei denen er Ausschnitte aus Musikstücken verwendete. Das erste Stück sollte den psychischen Zustand des Patienten widerspiegeln, das zweite sollte ihn neutralisieren oder lindern (im Sinne einer Katharsis reinigen), während das dritte Stück therapeutisch stimulieren, mobilisieren oder beruhigen sollte (Lecourt, ebd., 36).

Widmete Teirich (1958) noch 10 von 18 Beiträgen in seinem Buch der rezeptiven Musiktherapie, so wurde sie in den 60er Jahren im deutschsprachigen Raum zunehmend abgelehnt. Interessanterweise nicht so in der ehemaligen DDR. Hier florierte die rezeptive Musiktherapie in Form der von Christoph Schwabe entwickelten und praktizierten *Regulativen Musiktherapie* (RMT). Es scheint, als ob hier zwischen dem alten Konzept des „trâtement moral“, das Gefühlsleben *regulieren* zu wollen, und der Wertschätzung subjektiver Wahrnehmungen eine Brücke gebaut wurde. Auch in England und USA behielt die rezeptive Musiktherapie ihren Stellenwert (dazu Gembris 1993, 198 ff). Vor allem in Bezug auf die Verwendung von „Hintergrundmusik“ zur Schmerzlinderung, Entspannung oder zur Verstärkung erwünschter Verhaltensweisen wurde, wie Gembris hervorhebt, intensiv geforscht. Das hier geltende Musikverständnis ist ein pragmatisches: Musik wirkt nicht per se, sondern als „vertraute und daher von vielen Menschen erwünschte akustische Kulisse für therapeutische Zwecke“ (Gembris 1993, 198 f). Was sich also verändert hatte, war die Erkenntnis, dass ein Musikstück nicht auf jeden gleich wirkt und auch bei jedem Einzelnen nicht

immer gleich. Gembris wies schon 1981 darauf hin, dass ein Modell für eine „Konstanz von Rezeptionsbeziehungen“ nicht existiere (Gembris 1981, 96). Die in der rezeptiven Musiktherapie verwendeten Musikstücke könnten deshalb nur „transitorisch, nicht endgültig“ sein (ebd., 97).

Diese Aussage bringt die Problematik allerdings auf den Punkt. Wenn Musikstücke nur vorübergehend wirken, weil „Musik, die heute für bestimmte musiktherapeutische Zwecke geeignet ist, diese Eigenschaft zu einem späteren Zeitpunkt möglicherweise verloren hat“ (ebd., 97), kann die Konsequenz die sein, dass man sie eben nur als Hintergrundmusik verwendet, was die sehr praktisch veranlagten Amerikaner mit guten therapeutischen Ergebnissen machten. Hier handelte es sich dann nicht um Psychotherapie im engeren Sinne, sondern um eine therapeutisch begleitete funktionelle Therapie. In den USA wurden intensive klinische Forschungen unter Berücksichtigung der Parameter der Musik betrieben. Eine andere Konsequenz kann aber auch die sein, dass man das Musikerleben weiter erforscht. Helen Bonny untersuchte z. B. in den USA in den 70er Jahren den Einfluss von Musik auf Menschen in veränderten Bewusstseinszuständen (Bonny 1976). Wie wird Musik wahrgenommen, erlebt, wie unterstützt Musik welche Arten von Imaginationen?

Die Rezeptionsforschung ist ein interdisziplinäres Forschungsgebiet und befasst sich mit der „Wahrnehmung, dem Erleben und der Wirkung von Musik“ (Gembris 1996, 321). Das Wissen um neurobiologische, entwicklungspsychologische und emotionspsychologische Verarbeitungsvorgänge beim Musikhören hat sich seit den 70er Jahren immens erweitert, ebenso hat die Sozialpsychologie das Wissen um die Rolle der soziokulturellen Faktoren beim Musikerleben, der musikalischen Sozialisation, der Hörgewohnheiten und -weisen, das Wissen um den Einfluss der medialen Realisierung und der jeweiligen Interpretation von Musikwerken sowie der (u. a. semantischen) Funktionen von Musik bei verschiedenen Höranlässen erweitert (Bruhn et al. 1993). Auch ist aus psychoanalytischer Sicht die Beziehung zwischen Musik, Rezipient und Therapeutin intensiv Gegenstand der Forschung geworden.

Die angloamerikanischen Forschungen werden im deutschsprachigen Raum offenbar wenig zur Kenntnis genommen. Was auch Gembris 1993 schon beklagte (Gembris 1993, 199) gilt auch heute noch: die Wichtigkeit eines fachlichen Austausches in der weltweiten Scientific Community scheint nur wenigen Musiktherapeuten einzuleuchten.

Die Gründe dafür sind sicher vielfältig und können hier nicht diskutiert werden. Was aber die Tatsache betrifft, dass die rezeptive Musiktherapie in den sich etablierenden musiktherapeutischen Ausbildungsgängen ein Schat-

tendesein fristete (Oerter 1993, 340 ff), so sollte man sich doch fragen, warum das so war. Neben der Ablehnung des musikalischen Sender-Empfänger-Modells kann man mindestens noch folgende kulturbedingte Gründe anführen:

In den 70er Jahren lehnten viele Musiktherapeuten mit dem verordneten Musikhören die Manipulation des Erlebens und der Affekte mit der Begründung ab, dass sie nur die Macht der Therapeuten bestätige, nicht aber die Selbstheilungskräfte des Patienten anrege. Vielleicht waren die Deutschen auf Grund ihrer Geschichte auch besonders allergisch in Bezug auf jedwede Manipulationen geworden, so dass sie überreagierten und hier gleich das Kind mit dem Bade ausschütteten. Dass sich die aktive Musiktherapie als Methode der Wahl durchsetzte, mag auch darin liegen, dass mit erfolgreicher Einübung von Demokratie auch die freie Meinungsäußerung und das Tragen von Verantwortung für persönliches Handeln selbstverständlicher wurden und sogar das subjektive Erleben und der eigene Ausdruck stärker gefördert werden wollten. Der Beginn des Siegeszuges der freien Improvisation in der Musiktherapie kann vielleicht ein Ausdruck dafür sein, dass alte metaphysische oder autoritäre Weltbilder überwunden und eigene Gefühle frei ausgedrückt werden wollten und sollten.

Das Bedürfnis, Musik zu *therapeutischen* Zwecken subjektiv zu erleben, sie aktiv zu erschaffen und sich handelnd mit ihr auseinander setzen zu dürfen, begann wohl nicht zufällig zur Zeit der 68er-Generation. Zeitgleich mit der Zerstörung und Überwindung alter Strukturen im Jazz wurde in der Musiktherapie die freie Improvisation „erfunden“, welche Freiheit von festen Normen und Ordnungen versprach. Dies war allerdings ein Phänomen, das sich nicht nur im deutschsprachigen Raum zeigte. Überall wurde die aktive Musiktherapie entdeckt. Aktive Musiktherapie blühte auf und galt in Folge bis heute bei den meisten Musiktherapeutinnen als die eigentliche Musiktherapie.

Dennoch haben sich im Schatten der aktiven Musiktherapie die verschiedenen in diesem Buche zu Wort kommenden Methoden rezeptiver Musiktherapie weiter entwickelt. Ihr gegenwärtiger Stand zeigt, wie weit (oder wenig) die moderne Rezeptionsforschung zur Kenntnis genommen wurde. Auf jeden Fall muss berücksichtigt werden, dass sich die Methoden erst zaghaft der fachlichen Diskussion in der internationalen Scientific Community stellen können, zumal von der deutschsprachigen Musiktherapieszene her fast nichts auf Englisch publiziert wird.

Das Spektrum moderner Formen rezeptiver Musiktherapie, die in diesem Buche dargestellt werden, ist breit. Es dürfte interessant und bereichernd sein, sich mit diesem Spektrum vertrauter zu machen, um durch Kenntnis der Methoden und ihrer Zielsetzungen einschätzen zu lernen, welche Methoden wann bei wem und warum den Bedürfnissen der Patienten und Klienten am besten gerecht werden könnten.

Rezeptive Musiktherapie weist eine große Vielfalt sowohl klinischer als auch anthropologischer Zielrichtungen und Praxisfelder auf. Neuere Methoden mit spezifisch klinischer Zielsetzung wurden entwickelt. Andererseits brauchen die in unserer Gesellschaft immer drängender werdenden existenziellen Sinnkrisen auch eine Behandlung mit möglicher Orientierung auf seelisches und spirituelles Wachstum. Hilfreich können dabei die alten schamanistischen und spirituellen Traditionen rezeptiver Musiktherapie sein, die sich zu modernen Methoden differenziert haben.

Die Funktion der Musik in diesen Methoden ist unterschiedlich und oft auch gemischt. Methoden mit klinischer Zielsetzung können Musik als Hintergrundmusik oder als *Medium* benutzen, z. B. um die Wahrnehmung zu trainieren (wie bei der Regulativen Musiktherapie), um Strategien zur Tiefenentspannung zu lernen (wie bei der Musiktherapeutischen Tiefenentspannung) oder um über das Musikhören die narrative Praxis zu fördern (wie bei musikalischer Erinnerungsarbeit bei alten Menschen oder Geschichten erzählen bei Adoleszenten).

Andere Methoden geben auch der Musik selber mehr Raum und Bedeutung, (z. B. bei Guided Imagery and Music oder bei der Klanggeleiteten Trance). Hier ist Musik weniger Medium und Mittel zum Zwecke, als dass sie selber zum *musikalischen Erlebnisraum* oder *Behälter* wird, in welchem sich seelische Verarbeitungsprozesse vollziehen. Diese können auch transpersonale Dimensionen der Seele betreffen. Es werden dabei ggf. auch andere Bewusstseinszustände erforscht. Unsere Gesellschaft definiert sich sehr einseitig auf nur eine Art, bewusst zu leben. Es ist jedoch denkbar, dass wir schon bald ganz andere mentale Kräfte brauchen werden, um der Komplexität der biopsychosozialen Wirklichkeiten gerecht werden zu können.

Rezeptive Musiktherapie verlangt eine *Kultur des Zuhörens*. Qualitäten wie zuhören, empfänglich werden, sich über Musik auf das eigene Erleben einlassen, helfen, sich selbst orten zu lernen. Zuhören bedeutet aktiv werden, bewusst wahrnehmen und bewusst erleben. So gesehen ist auch rezeptive Musiktherapie eine aktive Therapie. Und im Grunde beinhaltet auch jede

aktive Musiktherapie das Rezeptive, weil Musik nur entstehen kann, wenn man zuhört, hinhört und sich auf das Erleben einlässt.

Wie wirkt Musik also? Prägnant ist folgendes Zitat, das die Leser dieses Buches als Grundthese durch die Kapitel begleiten könnte: „Der Einfluss von Musik entsteht erst durch den Umgang des Menschen mit der Musik: Musik wirkt nicht dadurch, dass sie einfach vorhanden ist, sondern dadurch, dass ein Klient die Musik aufsucht, ihr zuhört oder selbst aktiv improvisiert“ (Bruhn, Frank-Bleckwedel 1994, 416). Wie vielschichtig sich dies in der rezeptiven Musiktherapie jedoch darstellt und theoretisch und im Einzelnen praktisch geschieht, werden die Autoren und Autorinnen im Folgenden darstellen.

