

Decker-Voigt | Oberegelsbacher  
Timmermann

# Lehrbuch Musiktherapie

3. Auflage

### **Eine Arbeitsgemeinschaft der Verlage**

Böhlau Verlag · Wien · Köln · Weimar  
Verlag Barbara Budrich · Opladen · Toronto  
facultas · Wien  
Wilhelm Fink · Paderborn  
Narr Francke Attempto Verlag / expert Verlag · Tübingen  
Haupt Verlag · Bern  
Verlag Julius Klinkhardt · Bad Heilbrunn  
Mohr Siebeck · Tübingen  
Ernst Reinhardt Verlag · München  
Ferdinand Schöningh · Paderborn  
transcript Verlag · Bielefeld  
Eugen Ulmer Verlag · Stuttgart  
UVK Verlag · München  
Vandenhoeck & Ruprecht · Göttingen  
Waxmann · Münster · New York  
wbv Publikation · Bielefeld



Hans-Helmut Decker-Voigt  
Dorothea Oberegelsbacher  
Tonius Timmermann

# **Lehrbuch Musiktherapie**

3., aktualisierte Auflage

Mit 8 Abbildungen und 4 Tabellen

Ernst Reinhardt Verlag München

Prof. Dr. Dr. h.c. mult. *Hans-Helmut Decker-Voigt*, 1990–2010 Direktor des Instituts für Musiktherapie der Hochschule für Musik und Theater Hamburg, seitdem dort Senior-Professor in der Lehre und Forschung für Künstlerische Therapien, Gast- und Stiftungsprofessuren in USA, Japan, Ungarn, Estland, Russland, Gründungsherausgeber der Zt. „Musik und Gesundheit“, freier Schriftsteller. [www.decker-voigt-archiv.de](http://www.decker-voigt-archiv.de)

Von Hans-Helmut Decker-Voigt außerdem im Ernst Reinhardt Verlag lieferbar: „Schulen der Musiktherapie“ (ISBN 978-3-497-01574-0) und „Mit Musik ins Leben“ (ISBN 978-3-497-01928-1).

Dr. Mag. *Dorothea Oberegelsbacher* lehrt Musiktherapie an der Universität für Musik und darstellende Kunst, Wien, und Psychotherapie an der Sigmund Freud Privat-Universität, Wien. Niedergelassene Musiktherapeutin und Psychotherapeutin.

Prof. Dr. *Tonius Timmermann*, leitete die Berufsbegleitende Musiktherapieausbildung am Freien Musikzentrum München und den Masterstudiengang an der Universität Augsburg. Zahlreiche Veröffentlichungen. Freie Praxis in München und Wessobrunn. Nähere Informationen unter [www.timmermann-domain.de](http://www.timmermann-domain.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.d-nb.de> abrufbar.

UTB-Band-Nr.: 3068  
ISBN 978-3-8252-5295-3

© 2020 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in EU  
Einbandgestaltung: Atelier Reichert, Stuttgart  
Foto auf S. 51 von Ulrike Höhmann, Haslach  
Satz: ew print & medien service gmbh, Würzburg

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München  
Net: [www.reinhardt-verlag.de](http://www.reinhardt-verlag.de) E-Mail: [info@reinhardt-verlag.de](mailto:info@reinhardt-verlag.de)

# Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	11
<b>Einleitung</b> .....	15
<b>I Grundlagen</b> .....	17
<b>1 Definition</b> <i>von Dorothea Oberegelsbacher</i> .....	18
<b>2 Praxisfelder und Indikation</b> <i>von Tonius Timmermann und Dorothea Oberegelsbacher</i>	21
<b>3 Forschungsstand Musiktherapie</b> <i>von Dorothea Oberegelsbacher und Tonius Timmermann</i>	27
<b>4 Forschungsstand Musikmedizin und Musikpsychologie oder: „Das Gehirn hört mehr als die Ohren“</b> <i>von Hans-Helmut Decker-Voigt</i> .....	39
<b>5 Das Instrumentarium: Streicheln und Ermorden – Musikinstrumente: ihr Appell, ihre Symbolik</b> <i>von Hans-Helmut Decker-Voigt</i> .....	49
<b>6 Praxeologie</b> <i>von Tonius Timmermann</i> .....	55
<b>7 Improvisation</b> <i>von Tonius Timmermann</i> .....	66
<b>8 Rezeption</b> <i>von Tonius Timmermann</i> .....	70

<b>9</b>	<b>Das Wort in der Musiktherapie</b> <i>von Tonius Timmermann</i> . . . . .	75
<b>10</b>	<b>Anthropologische und ethnologische Aspekte</b> <i>von Tonius Timmermann</i> . . . . .	81
<b>11</b>	<b>Historische Aspekte</b> <i>von Tonius Timmermann</i> . . . . .	87
<b>12</b>	<b>Die Musiktherapie der Gegenwart</b> <i>von Dorothea Oberegelsbacher und Tonius Timmermann</i> . . . . .	96
<b>13</b>	<b>Zusammenfassung</b> <i>von Dorothea Oberegelsbacher, Tonius Timmermann und Hans-Helmut Decker-Voigt</i> . . . . .	102
<b>II</b>	<b>Mensch und Musik: Lebenszyklen – Klinische Praxis – Theoriemodelle</b> . . . . .	105
<b>14</b>	<b>Der pränatale Raum oder: „An-Stoß und An-Spiel“</b>	106
14.1	Normalverlauf und Störungsmöglichkeiten. . . . .	106
14.1.1	Der ungestörte Schwangerschaftsverlauf unter Aspekten der Entwicklungspsychologie und der Rolle der Musik <i>von Hans-Helmut Decker-Voigt</i> . . . . .	106
14.1.2	Pränatale Prävention <i>von Dorothea Oberegelsbacher</i> . . . . .	120
14.2	Beispiele aus der klinischen Praxis – Musiktherapie mit belasteten Schwangeren <i>von Dorothea Oberegelsbacher</i> . . . . .	123
14.3	Theoriebildung <i>von Dorothea Oberegelsbacher</i> . . . . .	126
<b>15</b>	<b>Der perinatale, postnatale und präverbale Raum (0–2): „Da, da, da“</b> . . . . .	129
15.1	Normalverlauf und Störungsmöglichkeiten. . . . .	129
15.1.1	Normalverlauf unter Aspekten der Entwicklungspsychologie und der Rolle der Musik <i>von Hans-Helmut Decker-Voigt</i> . . . . .	129

---

15.1.2	Störungsmöglichkeiten von <i>Dorothea Oberegelsbacher</i> . . . . .	140
15.2	Beispiele aus der klinischen Praxis . . . . .	143
15.2.1	Musiktherapie in der Neonatologie von <i>Dorothea Oberegelsbacher</i> . . . . .	143
15.2.2	Musiktherapie mit einem sog. „Schrei-Baby“ von <i>Dorothea Oberegelsbacher</i> . . . . .	145
15.2.3	Musiktherapie mit einem autistischen Patienten von <i>Dorothea Oberegelsbacher</i> . . . . .	148
15.3	Theoriebildung . . . . .	152
15.3.1	Die Sphäre des Traumatischen in der Musiktherapie von <i>Dorothea Oberegelsbacher</i> . . . . .	152
15.3.2	Narzissmus: Wer klingt am schönsten im ganzen Land?“ von <i>Hans-Helmut Decker-Voigt</i> . . . . .	155
15.3.3	Das Spezifische des Nonverbalen in den künstlerischen Psychotherapien und die Rolle der Musiktherapie von <i>Tonius Timmermann</i> . . . . .	168
<b>16</b>	<b>Kleinkindphase (2–6): „Alle meine Entchen“</b> . . . . .	<b>171</b>
16.1	Normalverlauf und Störungsmöglichkeiten von <i>Hans-Helmut Decker-Voigt</i> . . . . .	171
16.2	Ein Beispiel aus der klinischen Praxis – Musiktherapie mit einem vierjährigen Mädchen nach dem Tod der Mutter von <i>Tonius Timmermann</i> . . . . .	178
16.3	Theoriebildung . . . . .	181
16.3.1	Theorien zum Kleinkindalter von Kohut, Erikson, Piaget und Winnicott: „Kindsein hat viele Theorieväter“ von <i>Hans-Helmut Decker-Voigt</i> . . . . .	181
16.3.2	Entwicklungsretardierungen von <i>Dorothea Oberegelsbacher</i> . . . . .	187
<b>17</b>	<b>Späte Kindheit (6–12)</b> . . . . .	<b>191</b>
17.1	Normalverlauf und Störungsmöglichkeiten von <i>Tonius Timmermann</i> . . . . .	191
17.2	Beispiele aus der klinischen Praxis von <i>Hans-Helmut Decker-Voigt</i> . . . . .	194
17.2.1	Musiktherapie mit Trennungskindern . . . . .	194

17.2.2	Musiktherapie mit einem elfjährigen Jungen . . . . .	195
17.2.3	Musiktherapie bei einem sexuell missbrauchten Mädchen . . . . .	199
17.2.4	Gruppenmusiktherapie mit kriegstraumatisierten Kindern von <i>Tonius Timmermann</i> . . . . .	201
17.3	Theoriebildung von <i>Tonius Timmermann</i> . . . . .	202
<b>18</b>	<b>Pubertät (12–16): „Weder Fisch noch Fleisch“</b> . . . . .	<b>204</b>
18.1	Normalverlauf und Störungsmöglichkeiten von <i>Hans-Helmut Decker-Voigt</i> . . . . .	204
18.2	Beispiele aus der klinischen Praxis . . . . .	213
18.2.1	Musiktherapie mit einem 14-jährigen magersüchtigen Mädchen von <i>Tonius Timmermann</i> . . . . .	213
18.2.2	Musiktherapie mit einem 16-jährigen verhaltensauffälligen Jungen von <i>Tonius Timmermann</i> . . . . .	213
18.2.3	Musiktherapie mit einer 15-jährigen Patientin mit Schädel-Hirn-Trauma von <i>Tonius Timmermann</i> . . . . .	215
18.2.4	Gruppenmusiktherapie mit geistig behinderten Jugendlichen von <i>Dorothea Oberegelsbacher</i> . . . . .	216
18.3	Theoriebildung: „Vom Kindsein im Erwachsenwerden“ von <i>Hans-Helmut Decker-Voigt</i> . . . . .	218
<b>19</b>	<b>Adoleszenz (16–28)</b> . . . . .	<b>228</b>
19.1	Normalverlauf und Störungsmöglichkeiten von <i>Dorothea Oberegelsbacher</i> . . . . .	228
19.2	Beispiele aus der klinischen Praxis . . . . .	234
19.2.1	Musiktherapie mit einer 26-jährigen bulimischen Patientin von <i>Tonius Timmermann</i> . . . . .	234
19.2.2	Gruppenmusiktherapie in der stationären Jugendpsychiatrie von <i>Tonius Timmermann</i> . . . . .	236
19.2.3	Musiktherapie mit einem schizophrenen Mann von <i>Dorothea Oberegelsbacher</i> . . . . .	237
19.3	Theoriebildung von <i>Dorothea Oberegelsbacher</i> . . . . .	239
<b>20</b>	<b>Mittlere Lebensphase (28–60)</b> . . . . .	<b>242</b>
20.1	Normalverlauf und Störungsmöglichkeiten von <i>Tonius Timmermann</i> . . . . .	242

---

20.2	Beispiele aus der klinischen Praxis . . . . .	246
20.2.1	Musiktherapie mit einer 29-jährigen bulimischen Patientin von <i>Tonius Timmermann</i> . . . . .	246
20.2.2	Musiktherapie mit einer forensischen Patientin von <i>Tonius Timmermann</i> . . . . .	248
20.2.3	Dora – Eine musiktherapeutische Aufstellungsarbeit von <i>Tonius Timmermann</i> . . . . .	249
20.2.4	Gruppenmusiktherapie in der stationären Behandlung von Alkoholkranken von <i>Dorothea Oberegelsbacher</i> . . . . .	252
20.2.5	Musiktherapie mit einer Dialysegruppe von <i>Hans-Helmut Decker-Voigt</i> . . . . .	253
20.3	Theoriebildung: Systemische Grundorientierung in der Erwachsenentherapie und Aufstellungsarbeit von <i>Tonius Timmermann</i> . . . . .	257
<b>21</b>	<b>Senium (60–75)</b> . . . . .	263
21.1	Normalverlauf und Störungsmöglichkeiten von <i>Dorothea Oberegelsbacher</i> . . . . .	263
21.2	Beispiele aus der klinischen Praxis . . . . .	270
21.2.1	Ein Lebenslauf – musikalisch betrachtet von <i>Tonius Timmermann</i> . . . . .	270
21.2.2	Eine Fallvignette aus der Einzelmusiktherapie mit einer neurologisch erkrankten Patientin von <i>Hans-Helmut Decker-Voigt</i> . . . . .	271
21.3	Theoriebildung von <i>Tonius Timmermann</i> . . . . .	273
<b>22</b>	<b>Letzter Lebensabschnitt (ab 75)</b> . . . . .	278
22.1	Normalverlauf und Störungsmöglichkeiten von <i>Tonius Timmermann</i> . . . . .	278
22.2	Ein Beispiel aus der klinischen Praxis – Musiktherapie in einem Hospiz von <i>Tonius Timmermann</i> . . . . .	282
22.3	Theoriebildung von <i>Tonius Timmermann</i> . . . . .	284

<b>III</b>	<b>Berufsprofile – Ausblicke – Vernetzungen</b>	289
<b>23</b>	<b>Berufliche Identität</b> <i>von Dorothea Oberegelsbacher</i> . . . . .	290
<b>24</b>	<b>Musiktherapie – Psychotherapie – Ausblick auf die Forschung</b> <i>von Tonius Timmermann</i> . . . . .	294
<b>25</b>	<b>Aspekte zu den Musiktherapie-Ausbildungen vor dem Hintergrund der Entwicklungen im Rahmen der EU</b> <i>von Hans-Helmut Decker-Voigt</i> . . . . .	299
	<b>Schlussakkord: „Lieber Herr Kohl ...“ – Friedrich Fröbel im Jahre 1847 an den Komponisten Robert Kohl.</b> . . . . .	306
	<b>Literatur</b> . . . . .	311
	<b>Anhang: Adressen von Ausbildungsstätten und Organisationen</b> . . . . .	323
	<b>Sachregister</b> . . . . .	328

# Vorwort

Persönliches von drei Personen ... denn Sie könnten dem Irrtum verfallen, ein „Lehrbuch“ versammele alles gegenwärtige Wissen zu einem Fach, hier: zur Musiktherapie. Nicht einmal an Lexika oder Handbücher kann dieser Anspruch gestellt werden, obwohl der Anspruch „Lehrbuch“ die Denkrichtung hin zu einem Buch mit enzyklopädischem Wissensinhalt auslöst. Irrtümlicherweise. Lehrbücher zeigen auch immer nur Ausschnitte. Unser Anspruch ist am besten zu umreißen mit einem Zitat von Antoine de Saint-Exupéry:

„Vollkommenheit ist nicht erreicht,  
wenn nichts mehr hinzuzufügen ist,  
sondern wenn nichts mehr da ist,  
was man weglassen könnte.“

Gefunden wurde das obige Zitat von Saint-Exupéry auf der Speisekarte während eines Aeroflot-Fluges von Berlin nach Moskau, und „Speisekarte“ passt gut zum Anspruch dieses Lehrbuches: Auf unserer Speisekarte stehen die Lehrpositionen und Praxisforschungen von uns drei AutorInnen, die der Ausgang für die Entwicklung dieses Buches waren. Auch vor solcher Ausgangsposition gibt es meist einen Anfang: Zunächst wurde dieses Buch vom Ernst Reinhardt Verlag bei Hans-Helmut Decker-Voigt nach seinem allgemeinen Einführungsvortrag in Musiktherapie im Münchner Gasteg in Auftrag gegeben. Bald die Unmöglichkeit einsehend, ein Lehrbuch mit dem Anspruch i. S. des Antoine de Saint-Exupéry allein schreiben zu können, begann Decker-Voigt die Suche nach Mit-TrägerInnen dieses Projekts, und so entstand unser bemerkenswertes AutorInnen-Trio. Bemerkenswert, weil wir in mehreren Jahren immer zusammenrückender Zusammenarbeit keinen einzigen wirklichen Streit hatten – und dies, obwohl unsere theoretischen und wissenschaftlichen Positionierungen nicht identisch sind. Im Blick auf Menschenbild und ethische Ziele trafen wir uns jedoch immer konsensual und in

einer Schnittfläche aus folgenden inhaltlichen Positionen: Tiefenpsychologisch-phänomenologisch, besonders Individualpsychologie und Psychoanalyse, bei Dorothea Oberegelsbacher – tiefenpsychologisch orientiert, dabei humanistische und systemisch-phänomenologische Aspekte einbeziehend, bei Tonius Timmermann. Intermodal-ausdruckstherapeutisch vor dem Hintergrund humanistischer Psychologie und damit auch tiefenpsychologisch-phänomenologisch arbeitend: Hans-Helmut Decker-Voigt. Alle zusammen arbeiten wir am Brückenschlag zwischen qualitativen und quantitativen Erforschungsinstrumentarien zur Rolle der Musik im Menschsein zwischen Gesundheit und Krankheit.

Wir schauen mit Dankbarkeit auf das halbe Jahrzehnt unserer Zusammenarbeit als Trio zurück – immerhin die Zahl, die die normalerweise anstrengendste Gruppierung im menschlichen Miteinander bedeutet.

Insgesamt haben wir vier Jahre an diesem Buch gearbeitet, geschätzt hatten wir am Anfang – ein Jahr! Bei 360 Seiten – vom Verlag vorgegeben durch den Reihencharakter bei UTB – klang ein Jahr geradezu viel: „Nur“ 120 Seiten pro AutorIn ... Wir haben uns selten in unseren zusammengezählt 85 Jahren Berufs- und Publikationserfahrung derart geirrt! Denn die verabredete Pflicht, die jeweiligen Themen der beiden anderen AutorInnen zu bearbeiten, zu redigieren i.S. eines teaminternen Fachlektorats, wurde zur Lust, und zwar zur zeitraubenden. Denn diese „kreuzmodale“ Bearbeitung und Begleitung der anderen löste wiederum lebhaftes tags- und nachtsüber geführte Gespräche aus. Wir gerieten zu einem Dauer-Symposion.

In diesem Zusammenhang muss unbedingt zur Lektüre unserer Danksagung motiviert werden. Denn unsere professionelle Lektorin im Verlag und unsere nächsten Menschen (Familie, KollegInnen, StudentInnen) wurden während der Dauerankündigung, wir befänden uns in der Fast-Schlussphase und das Buch erschiene in einem halben Jahr, auf eine für sie harte Geduldsprobe gestellt. Sie antworteten mit Sanftmut und Verständnis für diese Ablösungsprobleme von einem gemeinsamen geistigen Kind – gezeugt, getragen, geboren zu Dritt. Neben der Heimarbeit trafen wir uns zweimal jährlich wechselnd an unseren Wohnsitzen

- im bayerischen Wessobrunn,
- in Allenbostel/Lüneburger Ostheide und – als zugehöriges Gegenteil zum dörflichen Teil
- in der Metropole Wien.

Lachen Sie nicht: Die Orte und ihre Einbindung in unterschiedlichste Land- und Stadtschaft prägten auch dies Buch: Es ist gefüllt mit Einladungen zu Überblicken, zu Overviews, mit denen Bewohner von Flachlandschaften leben. Es ist gefüllt mit Tiefengrabungen zu vielen unserer Spezifizierungen in der Musiktherapie, zu denen der Blick von Bergen in Täler einlädt. Und es ist gefüllt mit der Dichte von beidem, Überblicke und Spezialisierungen, die sich teilweise bedingen, teilweise widersprechen, nur erkennbar in der Dichte einer lange gewachsenen Metropole.

Tiefsinnigerweise arbeiteten Dorothea Oberegelsbacher und Tonius Timmermann lange in der Stadt Sigmund Freuds mit seinen Verzweigungen zu C.G. Jung, zu Skinner. Sie, später wir drei, arbeiteten in der Stadt, in der der erste Studiengang für Musiktherapie im deutschsprachigen Westeuropa an der damaligen Hochschule für Musik und Darstellende Kunst gegründet wurde; wir wanderten nach Hamburg, von wo aus die ersten Hochschulstudiengänge für Musiktherapie in der (damals westlichen) BRD gegründet wurden und trafen uns am meisten in der fast geografischen Mitte bei München, das im Freien Musikzentrum eine der führenden nicht staatlichen Ausbildungen in Musiktherapie anbietet und von dem wesentliche Impulse für neuere Studiengangsgründungen aus gingen (z.B. Augsburg).

Addiert verfügen wir drei über genau 85 Jahre musiktherapeutische und psychotherapeutische Berufserfahrung sowie pädagogische Erfahrung in der Ausbildung junger Menschen in diesem Beruf. Das machte uns angesichts des großen Netzwerks zu anderen KollegInnen und deren Institutionen auch mutig genug, verschiedene Musiktherapieströmungen in dieses Buch zu integrieren – mindestens durch eindrucksvolle Fallbeispielvignetten, die nicht unbedingt unsere eigenen musiktherapeutischen Repertoires spiegeln müssen.

Wir stellten fest, dass wir langsam „weise“ zu werden im Begriff sind – „weise“ i.S. von den beiden Baltes, die 1990 Weisheit definierten als „Expertenwissen im Bereich grundlegender Lebensfragen“ und weiter ausführten, dass zur Weisheit gehören:

- viel Faktenwissen zu verschiedenen Lebensbereichen,
- reichhaltiges Handlungswissen,
- ein hohes Maß an Verständnis der unterschiedlichen (oft widersprüchlichen) Kontextgebundenheiten des Lebens,
- Wissen, dass jedes Urteil immer nur relativ zu persönlichen und kulturellen Wertsystemen gültig ist und
- die Erkenntnis, dass jede Analyse von Lebensproblemen zwangsläufig unvollständig bleibt (Baltes/Baltes 1990).

So viel zu unserer gewachsenen und wachsenden „Weisheit“, die wir denjenigen entgegensetzen wollen, die die Weisheit aus einem Pott löffelten, dessen Inhalt bekanntlich ebenso absolut richtig wie begrenzt ist. Der immerwährende rote Faden: Wir wollten ein Lehrbuch zur Musiktherapie schreiben,

- das wir gerne in unseren eigenen Jahren als StudentIn gehabt hätten,
- das wir als Musiktherapie-Lehrende unseren heutigen Studierenden als Arbeitsmittel an die Hand geben und
- welches KollegInnen unserer und mehr oder minder benachbarter Disziplin sowie
- allgemein Interessierte als Wissens-, Anregungs- und Motivationsquelle hoffentlich mit Gewinn nutzen können.

Mögen Sie, liebe Leserinnen und Leser, ruhig und nüchtern mit diesem Buch arbeiten, mögen Sie dieses und jenes gut finden und anderes zu einseitig – dann holen Sie sich andere Bücher zu Rate.

Gewidmet unseren Studierenden in Augsburg, Hamburg, Wien, Zürich, Tallinn, Budapest, Orenburg/Russland, München, Bozen, Assisi sowie jenen aus unseren freien Seminaren.

*Hans-Helmut Decker-Voigt,*  
Hamburg/Allenbostel – Lüneburger Heide  
*Dorothea Oberegelsbacher,* Wien  
*Tonius Timmermann,* Wessobrunn, München

# Einleitung

## Hinweise zum Aufbau dieses Lehrbuchs

Wir gingen folgendermaßen an dieses Projekt: Weniger i. S. eines „Synkretismus der Musiktherapie“ („synkretismus“ griech. = Verschmelzung verschiedener Lehren und Kulte mit der Gefahr unkritischer Übernahme von Argumenten anderer). Vielmehr mit der Annäherung, das in diesem Lehrbuch versammelte Wissen eklektizistisch aufzubauen und zwar i. S. des ursprünglichen Eklektizismus (griech. = Denkweise, die neben den eigenen, auch die Argumente der Denkmodelle und Handlungsmodelle anderer einbezieht und den Leser auf die Suche schickt, welche Richtung ihm oder ihr gegenwärtig am nächsten kommt). Es ist diejenige Denkweise, nach der wir auch unsere Studiengänge leiten: Das Lehrbuch folgt – entfernt – dem Aufbau einer Sonate (A-B-A’):

Teil I („Exposition“) beschäftigt sich mit den Grundlagen der Musiktherapie. Hier findet man Historisches, Definitorisches, Theoretisches, Praxeologisches ...

Teil II („Durchführung“) orientiert sich am Lebenskreis und wie Musiktherapie darin zu wirken vermag. Dieser Mittelteil nimmt den größten Lese- und Denkraum ein und folgt heutiger entwicklungspsychologischer Betrachtung menschlichen Lebens – bezogen auf seine ganze Lebensspanne – in unserem Kulturkreis. So folgen alle Aspekte zur Rolle und Bedeutung der Musik in der jeweiligen Lebensphase dem Dreierschritt:

- Normalverlauf und Störungsmöglichkeiten,
- Beispiele aus der Praxis,
- Theoriebildung (s. Inhaltsverzeichnis).

Teil III („Reprise und Coda“) greift das thematische Material des ersten und zweiten Teils in Form schlussfolgender Reflexionen auf: Berufliche Identität, Einordnung in den Rahmen der Psychotherapie, Ausblick auf Forschung und Ausbildung sowie Adressmaterial zu Organisationen.

## **Hinweise zur Benutzung**

- 1) Lehrbücher sind nicht nur zum Durchlesen, sondern zum Nach- und Vorarbeiten und Beschäftigtsein mit Teilthemen. Deshalb verschaffen Sie sich zunächst einen Überblick durch die Kenntnisnahme der Gliederung im Inhaltsverzeichnis.
- 2) Zur Vertiefung mit einem Teilthema finden Sie am Schluss eines jeden Kapitels Literaturempfehlungen, mit denen wir gute Erfahrungen beim Ausweiten, Vertiefen und Einbinden des Teilaspekts gemacht haben.
- 3) Wenn Sie zitieren, so bitten wir Sie, den Namen des jeweiligen Autors eines Kapitels zu nennen und nicht nur das Lehrbuch mit allen drei AutorInnen.
- 4) Der Adressteil mit Angaben zu Organisationen und Verbänden wurde im besten Wissen der Aktualität erstellt. Da sich aber Adressen am schnellsten ändern, stehen wir gerne für Auskünfte dann bereit, wenn Sie keinen sofortigen Kontakterfolg haben.
- 5) Wir stehen nicht nur bereit, sondern hoffen auf und danken für Feedbacks, für Anregungen aller Art – aus Ihrer Arbeit mit diesem Buch heraus!

I

## Grundlagen

# 1 Definition

von *Dorothea Oberegelsbacher*

„Was sich überhaupt sagen lässt, lässt sich klar sagen;  
und wovon man nicht reden kann, darüber muss man schweigen.“  
(Ludwig Wittgenstein)

Musiktherapie ist die gezielte Verwendung des Mediums Musik oder seiner Elemente zu therapeutischen Zwecken. Sie ist immer in eine bewusst gestaltete therapeutische Beziehung eingebunden und verwendet nicht sprachliche und sprachliche Kommunikation sowie psychologische Mittel und Techniken.

**präverbaler  
Zugang**

Musiktherapie wendet sich an Menschen mit Leidenszuständen, Verhaltensstörungen und Entwicklungsrückständen, um an der Wiederherstellung, Erhaltung oder Verbesserung von seelischer, geistiger und körperlicher Gesundheit mitzuwirken (Oberegelsbacher 2004). Ihre spezifische Möglichkeit ist, dass sie Menschen über einen präverbalen bzw. extraverbalen, emotionsbetonten Zugang erreicht, in allen Lebensaltern und Störungen einen Wiederanschluss an diesen Bereich findet und von dort aus ihr Wirken entfaltet.

**Ausdruck und  
Resonanz**

Musiktherapie kann einzeln, in Gruppe sowie unter Einbeziehung von Angehörigen stattfinden. Im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen der Musik erlebende und sich durch Musik ausdrückende Mensch sowie die Resonanz, die er im Therapeuten und bei den anderen Beteiligten auslöst, mithin das Beziehungsgeschehen in all seinen Aspekten (Timmermann 2004a, 4).

**Beziehungsgestaltung durch  
Musik**

Die Resonanz umfasst die äußere und innere Wirklichkeit der Beziehung, also die Realbeziehung und auch die begleitend auftretenden Phantasien dazu. In der musiktherapeutischen Situation wird der behandelte Patient/Klient in seinem Umgang mit Musik und seinen Reaktionen auf das musikalische Geschehen wahrgenommen. Besondere Berücksichtigung finden dabei die sich herausbildenden Erlebens-, Einstellungs- und Verhaltensmuster, unbewusste (Re-)Inszenierungen, aber auch psychovegetative und physiologische Reaktionen. Der Therapeut gestaltet die musikalischen Handlungen oft aktiv mit, beachtet dabei die Indikation und den Zeitpunkt im therapeutischen Prozess. Spielen, Reden und Zuhören wechseln einander ab.

Die Angebote der Musiktherapie, *aktiv* – auf leicht spielbaren

Instrumenten und mit der Stimme – oder *rezeptiv* – im vorbereiteten Hören gezielt angebotener Musik –, dienen folgenden Zielen:

### Ziele der Musiktherapie

- Anbahnung von Kommunikation und Beziehung;
- Öffnung von psychovegetativen Kommunikationskanälen;
- Offenlegung und Veränderung sozialer Interaktionsmuster;
- Nachreifung krankheitswertiger früher Defizite;
- Probehandeln im Dienste von Problemlösung (Oberegelsbacher 2004, 1555).

Weitere Ziele sind:

- klinische Diagnostik;
- kathartisches Freilegen verschütteter Emotionen und Traumata;
- Darstellung intrapsychischer Zustände und Konflikte;
- nonverbale Konfliktbearbeitung;
- Transformieren und Strukturieren von Desintegrationszuständen bei Zerfall der Persönlichkeit;
- Herstellung von Realitätsbezug über Symbolisierung;
- Anregung freier Assoziation; Bewusstmachung von krank machenden Einstellungen;
- Förderung der Erlebnis- und Genussfähigkeit.

Die Definition der Musiktherapie im Rahmen von Psychotherapie bedarf einer Abgrenzung zu entwicklungs- und persönlichkeitsfördernden Methoden (Fitzthum et al. 2000, 445); zu Psychotherapien oder Kunsttherapien, die fallweise Musik verwenden, sowie zur Musikmedizin (Oberegelsbacher/Rezzadore 2003, 98).

Als Pioniere einer psychotherapeutischen Musiktherapie in Europa können Edith Lecourt, Gertrud Loos, Mary Priestley, Alfred Schmölz, Christoph Schwabe und Harm Willms genannt werden. Viele ihrer Gedanken bereiteten eine Kultur, die dem heutigen „Mainstream“ der Musiktherapie zugrunde liegt.

### Pioniere

Die Kasseler Konferenz Musiktherapeutischer Vereinigungen in Deutschland hat zehn *Kasseler Thesen zur Musiktherapie* vorgestellt (1998, 232f.): Musiktherapie gilt dort als Sammelbegriff für eine praxisorientierte Wissenschaft, die interdisziplinär und – in Abgrenzung zu pharmakologischer und physikalischer Therapie – psychotherapeutisch ist.

### Kasseler Thesen

Es wird von einem bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnis ausgegangen und von einem Methodensystem, das sich auf therapeutische, rehabilitative und präventive Aufgaben einstellen kann. Die Methoden sind abhängig von Theorie und Kontext, vor allem bei Indikation, Zielen, Praxeologie, Umgang mit Dynamik der Gruppe und Dyade. Es bedarf eines Settings und einer therapeutischen Beziehung, damit sich die Wirksamkeit der Therapie im Wahrnehmen, Erkennen und Handeln des Patienten entfalten kann. Niemals wirkt dabei nur ein Faktor.

Die gestaltete Musik mit ihren Tönen, Klängen und Geräuschen, mit Rhythmus, Melodie und Harmonie ist zeitstrukturierend. Sie artikuliert menschliches Erleben, hat die Funktion von Ausdruck, von Kommunikation und ist ein subjektiver Bedeutungsträger für verinnerlichte Erfahrungen. Musik wird als präsentatives Symbolsystem verstanden, aber auch unter semiotischen und ästhetischen Aspekten betrachtet.

Die musiktherapeutischen Methoden folgen tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutisch-lerntheoretischen, systemischen, anthroposophischen und ganzheitlich-humanistischen Theoriebildungen und Handlungskonzepten. Gefordert wird auch eine eigene musiktherapeutische Diagnostik, welche Krankheitsbild, Therapieprozess und musikalische Phänomene mit den körperlichen, seelischen und sozialen Vorgängen in Verbindung bringt.

Ein Versuch, die Definitionen verschiedenster Musiktherapien zu kommentieren, wurde im angloamerikanischen Raum von Kenneth Bruscia (1989) unternommen.



- Bunt, L. (1998): Musiktherapie. Eine Einführung für psychosoziale und medizinische Berufe. Beltz, Weinheim/Basel
- Decker-Voigt, H.-H. (1993): Aus der Seele gespielt. Eine Einführung in die Musiktherapie. Goldmann, München
- Timmermann, T. (2004): Tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie. Bausteine für eine Lehre. Reichert, Wiesbaden

## 2 Praxisfelder und Indikation

von *Tonius Timmermann* und  
*Dorothea Oberegelsbacher*

„Die Zukunft der Medizin als Heilkunst  
liegt in der Reaktivierung der Künste.“  
(*James Hillman*)

Musiktherapie hat sich im Laufe der letzten fünf Jahrzehnte zunehmend in einer breiten Skala von Tätigkeitsbereichen etabliert, und zwar dort, wo Klienten oder Patienten zu finden sind, bei denen eine musiktherapeutische Behandlung indiziert ist. Dies ist der Fall, wo psychotherapeutische Behandlung bzw. psychohygienische Begleitung krankheits-, behinderungs-, störungs- oder krisenbedingter körperlich-seelisch-geistiger Zustände und Prozesse am wirkungsvollsten unter Einbezug des Mediums Musik geschehen kann. Hier ein erster Überblick, der Altersstufen und klinische Bereiche unterscheidet:

Im Bereich *Kinder* und *Jugendliche* finden wir zunächst den Einsatz von Musiktherapie bei neugeborenen und frühgeborenen Kindern in der Neonatologie (Nöcker-Ribaupierre 2003a). In der Altersentwicklung danach anzusetzen ist die musiktherapeutische Arbeit mit sog. „*Schrei-Babys*“ (Lenz 2001). In der Folge sind alle Formen von Entwicklungs-, Verhaltens- und emotionalen Störungen, alle Krankheitsbilder der Kinder- und Jugendpsychiatrie relevant. Musiktherapie kann ambulant oder in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen durchgeführt werden. In der psychothera-

### Überblick Praxisfelder

**Babys, Kinder, Jugendliche:** Neonatologie, „Schrei-Babys“, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychotherapie.

**Psychotherapie und Psychosomatik:** die klassischen Indikationen für psychotherapeutische Maßnahmen: neurotische und Essstörungen, Belastungs-, Persönlichkeits- und somatoforme Störungen.

**Psychiatrie:** große Bandbreite von Erkrankungen und Störungen: verschiedene psychotische Krankheitsbilder wie Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, affektive Störungen; Suchterkrankungen; zunehmend gerontopsychiatrische Patienten; zunehmend psychotherapeutische Stationen mit Borderline-Störungen.

**Menschen mit Behinderung:** geistige, körperliche und mehrfache Behinderung.

**Neurologische Rehabilitation:** z. B. Schädel-Hirn-Traumen, Komata, Aphasien.

**Innere Medizin:** emotionale Verarbeitung körperlicher Erkrankungen.

**Onkologie:** Coping, Akuthilfe bei der Krankheitsbewältigung, insbesondere bei schweren, lebensverändernden Krankheiten.

**Geriatric:** Betreuung und Behandlung alter Menschen.

**Palliativmedizin:** moribunde Patienten.

**Hospiz:** Begleitung beim Sterbeprozess.

peutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen spielt die Arbeit mit Medien, wie z.B. Musik oder Malstiften, eine besondere Rolle, da spontanes unbewusstes Ausdrucksverhalten, die Gestaltung von Konflikten und die Suche nach Lösungen hier im Allgemeinen sinnvoller ist als das Reden über Konflikte (s. Füg 1991; Mahns 1997; Haffa-Schmidt et al. 1999; Büchele 2000; Aurora/Seidel 2002). Ein Schwerpunkt liegt auf Nachreifung, beispielsweise bei autistischen Kindern (Schumacher 1994; 2004).

**Psychotherapie,  
Psychosomatik**

Im Bereich *Psychotherapie* und *Psychosomatik* werden im Allgemeinen sprachfähige erwachsene Menschen behandelt, bei denen jedoch die Ursache ihrer Konflikte sehr häufig in frühen, vorsprachlichen Phasen der Persönlichkeitsentwicklung liegt – man spricht daher von frühen Störungen oder Grundstörungen. Die präverbalen Schichten der Persönlichkeit haben also wesentlichen Anteil an der psychischen Erkrankung oder Störung. Deswegen wird Musiktherapie angeboten, um Zugang zu diesen Schichten zu ermöglichen. Nonverbaler musikalischer Ausdruck und Kommunikation ist hierbei Mittel der Wahl, da sie eine erlebnishaft Analogie zu frühen lautmalerischen Dialogen mit der Mutter und das schwingungsmäßige Sicheinstellen i.S. von Sterns (1992) „tuning in“ auf Kommunikationspartner darstellen (s.z.B. Schmölz 1985; Loos 1986; 1996; Gathmann et al. 1990; Schmidt 1999; Kächele et al. 2003). Musiktherapeuten arbeiten in den entsprechenden Kliniken in einem Team aus Ärzten, Psychologen, verschiedensten Therapeuten, Schwestern und Pflägern.

**Psychiatrie**

Aufgrund der großen Bandbreite von Erkrankungen und Störungen werden in der *Psychiatrie* Patienten auf den verschiedenen Stationen mit unterschiedlichen therapeutischen Konzepten behandelt, auf die der Musiktherapeut sich jeweils einstellen muss. Außer auf den explizit psychotherapeutischen Stationen ist Musiktherapie oft die einzige Form von Psychotherapie (also nicht medikamentöser Therapie), die diese Patienten erhalten. Insofern ist dieser Bereich für die Musiktherapie wichtig und zukunftssträftig (Willms 1977; Strobel 1985; Baumgartner/Mahns 1986; Strobel/Huppmann 1991; Burghardt 1996; De Backer 1996; Metzner 1997; Storz 2003).

**Behinderung**

Die Arbeit mit *geistig, körperlich und mehrfach behinderten Menschen* ist eines der ältesten musiktherapeutischen Betätigungsfelder, da diese im Allgemeinen sehr stark auf Musik ansprechen (Koffer-Ullrich 1971; Rett/Wesecky 1975). Gerade im Hinblick darauf, dass Musiktherapie an frühe Interaktion an-

knüpft, ist sie für die Arbeit in diesem Bereich besonders gut geeignet (Alvin 1988; Becker 2002; Oberegelsbacher 2001, Halmer-Stein 2001; Orff 1985; 1990; Schumacher 1994; Niedecken 2003).

Seit etwa 20 Jahren wird Musiktherapie, und zwar in zunehmendem Maße, in der *Neurologischen Rehabilitation* eingesetzt. Die speziellen nonverbalen Qualitäten kommen gerade den Patienten zugute, bei denen aufgrund ihrer Hirnverletzung das Sprachzentrum gestört ist (Gadomski/Jochims 1986; Jochims 1990; 2005; Gustorff/Hannich 2000).

**Neurorehabilitation**

Für die Bereiche *Onkologie, Palliation* und *Hospiz* wurde in den letzten Jahren zunehmend das sog. Coping in seiner Bedeutung für ein humanes Gesundheitssystem erkannt. Dabei handelt es sich um ein Angebot seelischer Begleitung bei schweren, lebensverändernden Krankheiten, wie z.B. Krebs (Steidel-Röder 1993; Bossinger/Griessmeier 1994; Verres 1999), und beim Sterbeprozess. Es geht um das Recht auf einen würdigen Tod daheim bei den Angehörigen oder in speziell dafür eingerichteten Häusern, sog. Hospizen. In diesen arbeiten seit einigen Jahren zunehmend MusiktherapeutInnen, da sich künstlerische Medien hier oft besser eignen als klassische verbale Psychotherapie (Munro 1986; Dehm 1997; von Hodenberg 1999; Heinze 2003).

**Onkologie,  
Palliation, Hospiz**

Ebenfalls ein eher neuerer Arbeitsbereich für die Musiktherapie ist die *Innere Medizin*. Auch hier geht es um die emotionale Verarbeitung körperlicher Erkrankungen. Dies soll den Heilungsprozess unterstützen, indem der Patient Kontakt zu seinen gesunden Anteilen (Ressourcen) findet und Blockaden gelöst werden, die dem im Wege stehen (Röhrborn 1992; Decker-Voigt/Escher 1994; Aldridge 1999).

**Innere Medizin**

Moderne technologische Gesellschaften mit hoher medizinischer Kompetenz bei gleichzeitig geringer Zahl von Neugeburten sind überalternde Gesellschaften. Daher ist die Versorgung, Betreuung und Behandlung alter Menschen in Einrichtungen der *Geriatric* eine zentrale Zukunftsaufgabe. Unser Gesundheitssystem hat die ethische Aufgabe, für das Senium einen würdigen Rahmen anzubieten. Musiktherapie kann helfen, Momente von Lebendigkeit und Heiterkeit zu spenden, wo Ermüdung und Depressionen leicht das Leben quälend werden lassen (Bright 1984; Aldridge 2000; Themenheft der Musiktherapeutischen Umschau 1997/2, Nr. 18). Musiktherapie kann darauf eingehen, dass die Erinnerung bei alten Menschen eine zentrale Rolle spielt. Musik

**Geriatric**

und Lieder aus wichtigen Lebensphasen (Muthesius 2003), aber auch eine adäquate Aktivierung durch eigenes Musizieren und achtsame Bewegung wird angeboten. Neben der psychiatrischen Geriatrie geschieht dies in speziellen Institutionen wie Altenheimen oder geriatrischen Rehabilitationskliniken.

Das Grundrepertoire an musiktherapeutischen Vorgehensweisen (s. Kap. 6 Praxeologie) wird in den verschiedenen Bereichen in jeweils der Situation adäquater modifizierter Form angeboten. Auf bestimmte Angebote muss dabei dann auch verzichtet werden, ohne dass dabei auf die Musiktherapie überhaupt – i.S. einer Kontraindikation – verzichtet werden muss. Bei genauerer, differentialdiagnostischer, Betrachtung werden auch die Möglichkeiten und Grenzen der Musiktherapie im Vergleich zu anderen nicht sprachlichen, zu leiborientierten und zu anderen künstlerischen Therapien deutlich, z.B., wann es für den Patienten in seiner momentanen Verfassung sinnvoller sein kann, in Stille für sich ein Bild zu malen und dabei ein konstantes Objekt zu schaffen (s. Timmermann 2004a, 166 ff.)

**Indikation**

Die Indikation zu Musiktherapie kann neben den dargestellten Praxisfeldern auch aus einer phänomenologischen Beschreibung von typischen Patienten der Musiktherapie sichtbar werden. Es sind dies:

- Menschen, mit denen sprachliche Kommunikation erschwert oder unmöglich ist, wie etwa Mutisten und Autisten, deren Verbalisierungsfähigkeit reduziert ist oder deren Störungen und Defizite aus der präverbalen Zeit stammen. Personen, die auch Bedarf an Nachreifung und Weckung von Ressourcen haben (Strobel 1990, 334f.);
- Menschen, die einen erhöhten Bedarf an Ausdruck und Gehörtwerden haben; bei geringer Fähigkeit zu Triebaufschub und erhöhtem Bedarf an Katharsis und Regression; bei fehlender Symbolisierungsfähigkeit, Alexithymie; bei schwerster Ich-Desintegration; in existenziellen Extremsituationen (Oberegelsbacher 1998, 64);
- Menschen, die zu den benachteiligten psychosozialen Randgruppen unseres Gesundheitswesens zählen, weil sie wegen der oben beschriebenen Defizite von der Gesundheitspolitik als nicht therapiefähig eingestuft und damit von Therapie ausgeschlossen werden (Jochims 2001).

Auch die Frage der Kontraindikation von Musiktherapie stellt sich mit zunehmender Spezifität des Verfahrens. Allgemeine Kontraindikationen können sein: fehlende Motivation des Patienten; sehr hoher sekundärer Krankheitsgewinn oder Rentenwunsch; wenn Musiktherapie institutionell dauerhaft als Ersatz für mögliche reale Beziehungen dient oder aus Prestige Gründen angeboten wird. Musiktherapie ist beispielsweise nicht indiziert als Kompensationsangebot für strukturelle Mängel in der Gesellschaft oder in ihren Institutionen, wie z.B. Behindertenwerkstätten (Oberegelsbacher 1990, 176). Oft werden auch bestimmte Personengruppen genannt, etwa akute Psychotiker, Berufsmusiker, suizidale Patienten, Suchtpatienten, die Musik wie eine Droge verwenden (Schroeder 2000, 289 f.). Bei vielen dieser Beispiele gilt, dass mit zunehmender Berufserfahrung die nötige Feinabstimmung und Dosierung des musiktherapeutischen Angebotes ein solches durchaus sinnvoll erscheinen lässt.

**Kontraindikation  
allgemein**

Damit kommt die differentielle Kontraindikation in den Blick. Diese gilt viel häufiger als eine umfassende und wird als ein selektiver, maßgeschneiderter Verzicht auf gewisse Angebote unter bestimmten Umständen verstanden.

**Kontraindikation  
differentiell**

In der Neurorehabilitation ist z. B. für einen Komapatienten im künstlichen Tiefschlaf Musiktherapie für jenen Zeitraum tabu, in dem er noch Sedativa erhält. Diese halten ihn in Ruhe, während Musik ihn gleichzeitig aktivieren würde. Das wäre eine gegensätzliche Botschaft (Gustorff/Hannich 2000). In der stationären Psychotherapie ist für eine angespannte Borderline-Patientin eine abendliche letzte Therapiestunde, in der sie kathartisch frei trommelt, zu spät. Sie kann anschließend die Kontrolle über ihren Triebdurchbruch vielleicht nicht mehr wiedergewinnen und riskiert einen Zusammenbruch, selbstdestruktive Handlungen bis hin zum Suizidversuch (Oberegelsbacher 2003, 100). Die vorübergehende emotionale Destabilisierung durch Musiktherapie und Ergotherapie – beide sind nicht so reflexiv wie eine analytische Gesprächstherapie – wurde bei dieser Störung in der Psychotherapieforschung von Löffler-Stastka und Kollegen festgestellt (2003; 2006).

**B**

Im interkulturellen Vergleich kann es ebenfalls Kontraindikationen geben. Der Ausdruck von Emotionen, der in einer extravertierten Kultur problemlos zugelassen wird, kann in einer introvertierten mehr Vorbereitung benötigen. Denken wir an die verbale Aufarbeitung nach einer Musikrezeption durch sofortiges Reden über intime eigene Empfindungen. Eine europäische aufdeckende Fragetechnik ist für den asiatischen Kulturkreis ungeeignet, wenn sie nicht abgewandelt wird. Stattdessen kann das

**kulturelle  
Kontraindikation**

Beschreiben von Gemütsbewegungen oder deren instrumentaler Ausdruck über Metaphern, Farben und Naturbilder angebahnt werden, wofür die japanische Kultur eine große Neigung hat (Shiobara 2006).



- Bradt, J., Dileo, C., Shim, M. (2013): Music Interventions For Preoperative Anxiety. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. Art. Nr. CD006908. John Wiley & Sons, Ltd.
- Evers-Grewe, B., Körber, A. (2012): Zum Stand der Leitlinienarbeit der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft (DMtG). In: *Musiktherapeutische Umschau* 4, 2012, Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 363 – 369
- Frohne-Hagemann, I., Pleß-Adamczyk, H. (2005): Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter. *Musiktherapeutische Diagnostik und Manual nach ICD-10*. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Gold, C., 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. In: *Clinical Psychology Review* 29, 193 – 2007
- Gühne, U., Weinmann, S., Arnold, K., Ay, E.-S., Becker, T., Riedel-Heller, S. (2012): Künstlerische Therapien bei schweren psychischen Störungen. Sind sie wirksam? In: *Der Nervenarzt* 2012 / 83, 855–860
- Hauck, M., Metzner, S., Rohlfs, F., Lorenz, J., Engel, A.K. (2013): The influence of music and music therapy on pain-induced neuronal oscillations measured by magnetoencephalography. *PAIN* (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2012.12.016>
- Illner, J., Smetana, M. (Hrsg.) (2011): *Wiener Schule der differenziellen klinischen Musiktherapie – Ein Update*. Wiener Beiträge zur Musiktherapie, Bd. 9, Praesens, Wien, 47–109
- Kraus, W. (Hrsg.) (1998): *Die Heilkraft der Musik*. C.H. Beck, München
- Münzberg, Ch. (Hrsg.) (2010): *Musiktherapie in der Psychosomatik*. Reichert Verlag, Wiesbaden
- Mössler, K., Chen, X., Heldal, T.O., Gold, C. (2011): Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. In: *The Cochrane Library* 2011, Issue 12.
- Nöcker-Ribaupierre, M. (Hrsg.) (2009): *Musiktherapie und Schmerz*. Reichert Verlag, Wiesbaden
- Rentmeister, U. (Hrsg.) (2006): *Lärmende Stille im Kopf*. Musiktherapie in der Psychiatrie. Reichert Verlag, Wiesbaden
- Schmidt, H.U., Kächele, H. (2009): *Musiktherapie in der Psychosomatik. Entwicklung und aktueller Stand*. Zeitschrift Psychotherapeut 1/2009
- Wigram, T., Nygaard Pedersen, I., Bonde L. (2002): *A Comprehensive Guide to Music Therapy. Theory, Clinical Practice, Research and Training*. Jessica Kingsley Publishers, London
- Zhang, F., Liu, K., An, P., You, C., Teng, L., Liu, Q. (2012): Music therapy for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. In: *The Cochrane Library* 2012, Issue 8.

### 3 Forschungsstand Musiktherapie

von *Dorothea Oberegelsbacher*  
und *Tonius Timmermann*

„Die Brille des Forschers steuert seinen Gegenstand,  
weswegen der Forscher erforscht werden muss.“  
(*Wissenschaftstheorie nach Maturana*)

Wenn man an eine musiktherapeutische Wirkung denkt, scheint es zunächst immer um eine musikalische Wirkung zu gehen. Ist das wirklich so? Ist die Musik das Medikament in der Musiktherapie? Sind die Worte das Medikament in einer Gesprächstherapie? Oder was alles wirkt da in hoher Komplexität zusammen?

Unbestritten ist zunächst einmal die Musik als Medium in der Musiktherapie – wie auch immer mit diesem Medium konkret gearbeitet wird (s. Kap. 6 Praxeologie). Auch gibt es in zeitgenössischen Richtungen der Musiktherapie Ansätze, die sich auf spezifische Wirkfaktoren musischer Elemente (z.B. bestimmter Intervalle, Skalen bei bestimmten Beschwerden) bzw. daraus resultierende methodische Systeme begründen, z.B. die Anthroposophische (s. Ruland 1981) und Altorientalische (Tucek 1997) Musiktherapie. Allerdings stehen noch immer kontrollierte Studien aus, die sich der psychischen Wirkung der verwendeten musikalischen Elemente systematisch annehmen. Somit bleiben die postulierten Wirkqualitäten bislang Arbeitshypothesen, die allerdings im jeweiligen Setting auch ohne Objektivierbarkeit durchaus wirksam sind.

Es mag an der Sehnsucht des Menschen nach schmerzfreien Heilungsprozessen liegen, jedenfalls nimmt die Suche nach universellen Wirkfaktoren in der langen Geschichte der musiktherapeutischen Literatur einen relativ breiten Raum ein (s.a. Kap. 16 und Timmermann 1983b). Immer wieder geht es dabei um Grundfragen an das Medium, mit dem therapeutisch umgegangen werden soll: Wie wirkt Musik bzw. ihre Elemente? Gibt es verlässliche Standards oder ist alles beliebig oder nur situationsabhängig?

Die Mehrzahl der heutigen MusiktherapeutInnen stimmt darin überein, dass Verallgemeinerungen bezüglich der Musikwirkung in der alltäglichen Erfahrung nicht bzw. nur sehr begrenzt

**Spezifischer  
Wirkfaktor  
Musik?**

**keine  
generalisierte  
Wirkung**

feststellbar sind. Gleichzeitig will auch moderne Musiktherapie nicht ohne funktionelles Wissen über Musikwirkung im Bereich der Stimulation oder Relaxation auskommen, also beispielsweise

„ohne den beruhigenden Sechachteltakt eines Wiegenliedes, ohne ein Metrum in der Frequenz des Ruhepulses, ohne tranceinduzierendes Klanggeschehen, ohne sinnstiftende Melodieverläufe oder auch Textpassagen“ (Oberegelsbacher/Timmermann 1999).

Hegi entwickelt in seinen Büchern (1986; 1998) fünf Wirkungskomponenten der Musiktherapie: Klang, Rhythmus, Melodie, Dynamik und Form (1998, 51 f.). Diese können in musiktherapeutischen Interventionen gezielt eingesetzt werden. Allerdings gilt auch hier, dass die Intention des Therapeuten bezüglich des musikspezifischen Effektes und die tatsächliche Wirkung beim Klienten von vielen weiteren Faktoren abhängen.

Der Beweis einer Objektivierbarkeit von Musikwirkung ist der Musikpsychologie und ihren wissenschaftlichen Methoden der empirischen Wirkungsforschung bisher nicht gelungen (Gembris 1996). Zu groß ist die Zahl von Variablen, so dass man die Wirkung einer Musik kaum trennen kann von der Wirkung der Umstände, unter denen sie gehört wird (persönliche Erlebnisse mit dieser Musik, Geschmacksfragen, momentane Stimmung, die Beziehung zum Versuchsleiter und den anderen Versuchspersonen, die Atmosphäre der Testsituation usw.). Gleichzeitig erhebt sich aber auch die Frage, inwieweit ein moderner Musiktherapeut überhaupt an einer messbaren Objektivierung von Musikwirkung interessiert ist, wenn es ihm eigentlich um die individuellen Erfahrungen des Klienten geht?

In der tiefenpsychologisch orientierten Musiktherapie geht es jedenfalls nicht um eine „pharmakologische“ oder „mechanistische“ Verwendung von Musik und ihren Elementen. Sie geht aus von der grundlegenden Bedeutung der therapeutischen Beziehung, die hier mit Hilfe der Musik als wesentlichem Faktor mitgestaltet wird. Die Wirkungen der Musik selbst werden innerhalb des Gesamtwirkungsgeschehens unter zwei grundsätzlichen Aspekten betrachtet: dem sich aktuell Ereignenden und diesem biografischen Hintergrund. Die entstehende Beziehungs- und Musikwirklichkeit wird weder als zufällig noch als beliebig betrachtet. Die Musik ist sinnvoll eingebettet in diesen Gesamtzu-

„keine  
Musikpharmakologie“

sammenhang der Situation. Insofern ist sie nichts, was von außen hineingetragen wird. Sie repräsentiert die Gebundenheit an das Gegebene und Gewordene ebenso wie den Spiel-Raum im jeweiligen Schicksal. Sie folgt den Gesetzmäßigkeiten der Musik und den Freiheiten der Intuition.

Die Musiktherapeutin lernt im Rahmen ihrer Ausbildung einerseits den Umgang mit der Musik als künstlerischem Medium, andererseits den Umgang mit seelischen Prozessen, mit ihrer Wahrnehmung, mit Gegenübertragungsphänomenen usw. Die geschulte Intuition führt dann beides zusammen.

Im musiktherapeutischen Beziehungsgeschehen kommen Struktur und Dynamik des Unbewussten in Verbindung mit der persönlichen Geschichte des Klienten zum Ausdruck und können leidstiftende Elemente wandeln. Dies bildet den Hintergrund für das Erleben von Musik, für frei improvisierten, musikalischen Ausdruck und musikalische Interaktion. Von besonderer Bedeutung für die Musiktherapie sind außerdem entwicklungspsychologische Erkenntnisse, insbesondere die Ergebnisse der Säuglingsforschung bezüglich der frühen, präverbalen Interaktion (Stern 1992).

Im therapeutischen Setting konnte dieses Beziehungsgeschehen als zentraler Heilfaktor nachgewiesen werden. Das zentrale Ergebnis der Psychotherapieforschung ist: *Nicht die Methode, die angewendet wird, ist das eigentlich Bedeutsame, sondern die Qualität der therapeutischen Beziehung* (Czogalik 1988). Das gilt dann natürlich sowohl für verbale Psychotherapie als auch für die Therapien, die mit künstlerischen Medien arbeiten. Im Besonderen ist es allerdings entscheidend für die Wirkung, ob Medium und Methode nicht nur der Persönlichkeit des Therapeuten, sondern auch der des Patienten und seiner Problematik entsprechen, also einer speziellen Indikation gemäß gewählt werden.

**Heilfaktor  
Beziehung**

Nach dieser allgemeinen Einleitung möchten wir im Folgenden einen Überblick über den Stand der Forschung in der Musiktherapie geben. Hier zunächst ein Überblick über die wichtigsten Zentren für musiktherapeutische Forschung im deutschsprachigen Raum:

- Universität Ulm: Aufbau eines musiktherapeutischen Forschungsfeldes seit 1987; von 1988 bis 2008 jährliche, d.h. 1. bis 20. „ulmer werkstatt für musiktherapeutische grundlagenforschung“ (ab 2009 an der Universität Augsburg, s.u.).

- Heidelberg: Deutsches Zentrum für musiktherapeutische Forschung seit 1995; <http://www.dzm.fh-heidelberg.de/deutsch/index.htm> (31.1.12).
- Deutsches Institut für angewandte Therapieforchung (DIAT e.V.) Heidelberg, [http://www.musiktherapie.de/typo3/sysextrtehtmlarea/htmlarea/plugins/TYPO3Browsers/img/external\\_link\\_new\\_window.gif](http://www.musiktherapie.de/typo3/sysextrtehtmlarea/htmlarea/plugins/TYPO3Browsers/img/external_link_new_window.gif), (31.1.12), [www.fh-heidelberg.de](http://www.fh-heidelberg.de).
- Universität Witten-Herdecke: Institut für Musiktherapie, Lehrstuhl für qualitative Forschung. <http://www.musictherapyworld.de>
- Hochschule für Musik und Theater Hamburg: Institut für Musiktherapie. Promotion zum Dr. mus. [www.rrz.uni-hamburg.de](http://www.rrz.uni-hamburg.de)
- Forschungsstelle Musik und Gesundheit an der Philosophisch-Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Augsburg. Seit 2009 jährliche „werkstatt für musiktherapeutische forschung augsburg“ Promotion zum Dr. phil. Erstellen einer kompletten deutschsprachigen Dissertationsliste [http://www.musiktherapie.de/typo3/sysextrtehtmlarea/htmlarea/plugins/TYPO3Browsers/img/external\\_link\\_new\\_window.gif](http://www.musiktherapie.de/typo3/sysextrtehtmlarea/htmlarea/plugins/TYPO3Browsers/img/external_link_new_window.gif), [www.philso.uni-augsburg.de](http://www.philso.uni-augsburg.de), 31.1.12

In Norwegen befasst sich die Forschergruppe rund um Christian Gold (Grieg Academy Music Therapy Research Center, Uni Research, Bergen, Norwegen) mit der Erforschung musiktherapeutischer Wirkweisen (Effektforchung) und Wirkmechanismen (Process-Outcome Forschung). „Wie wirkt Musiktherapie?“ und „Was wirkt in der Musiktherapie?“ sind die zentralen Themen, die überwiegend im Bereich psychischer Erkrankungen erforscht werden.

**heterogene  
Forschungsland-  
schaft**

Als nächstes blicken wir auf ihren situativen Kontext. Die Forschungslandschaft der Musiktherapie ist derzeit in ihren Untersuchungsgegenständen und Methoden sehr heterogen. Die Vielfalt rührt daher, dass

1. unterschiedliche *musiktherapeutische Identitäten* existieren;
2. verschiedene *Klienten, Patienten und Indikationen* zu finden sind;
3. musiktherapeutisches Geschehen an sich einen hohen *Grad an Komplexität* hat;
4. mehrere wissenschaftliche *Forschungstraditionen* bestehen;

5. viele abgestufte *Forschungsebenen* existieren;
6. unterschiedliche *Zielrichtungen* möglich sind.

Treffen nun diese sechs Dimensionen aufeinander, so gibt es zwischen ihnen nahezu unendliche Kombinationen, aus denen eine mögliche Fragestellung entsteht. Die Fragestellung wird zu einer Untersuchung, einer Studie oder einem Projekt führen. Alle können ihr Gutes haben und Ausdruck von Sehnsucht nach mehr Klarheit sein.

**Dimension „musiktherapeutische Identität“:** Die unterschiedlichen Identitäten reichen von Musiktherapie als mehr künstlerischem Verfahren hin zu einem mehr medizinischen oder psychologischen. Dementsprechend wird die Forschung auf bestimmte Paradigmen (griech. = Beispiele) zurückgreifen und somit tendenziell eher ausgehen von:

a) *Kunst*, ihrem kreativen Prozess, ihren Wirkfaktoren, den Gestaltungsmitteln und -formen, Instrumenten, dem gestaltenden Subjekt, dem Kunstprodukt usw.,

b) der *Heilkunde*, ihren Spezialgebieten, ihren angewandten Heilmitteln, dem Medikamentenmodell, ihren funktionellen Organsystemen, den Orten der Heilung, wie z.B. ambulant oder stationär, usw.,

c) der *Psychologie*, ihren Spezialgebieten wie etwa den Bereich der Kognition, der Lernprozesse, vor allem aber der Interaktion und Beziehung, der Emotion, der Kommunikation; des Weiteren die zugehörigen Konstrukte und Messinstrumente (Fragebogen und Tests), mehr oder weniger operationalisierte (d.h. planmäßige) Behandlungssysteme.

**Dimension „Klientel“:** Die verschiedenen Klienten und Indikationen haben einen Einfluss darauf, welche Beobachtungsschemata und Manuale Einsatz finden. Die in den letzten 20 Jahren zur Pflicht gewordene „Erforschung der Forscher und ihrer Beziehung zu den Forschungsobjekten“ hat als Hintergrund das Phänomen, dass die Sichtweise des Forschenden sein Objekt wesentlich mit steuert und damit das Forschungsergebnis. Von Forschern und ihren Sichtweisen hängt auch ab, ob eher entwicklungstherapeutische Stufenmodelle herangezogen werden, z.B. von Daniel Stern oder Jean Piaget, wenn es um Nachreifung geht;

ob eher persönlichkeits-theoretische Modelle gewählt werden, z.B. Charakter- oder Emotionspsychologie, wenn es um Veränderung der Persönlichkeit geht; ob eher psychosoziale Konzepte verwendet werden, z.B. jenes der Vulnerabilität (lat. = Verletzlichkeit), wenn es um Rehabilitation geht usw.

**Dimension „musiktherapeutische Komplexität“:** Die Komplexität des musiktherapeutischen Geschehens wurde bereits eingangs aufgezeigt. Wiederholend sei gesagt, dass die Wirkung der Musik, der Einfluss der therapeutischen Beziehung, der Aspekt des aktiven Handelns und das Verhältnis von Verbalsprache und Musiksprache usw. zu bedenken sind. Alles wirkt ineinander und kommt in der therapeutischen Situation nicht isoliert vor. Forschung wird in ihrem Design versuchen, die Mischungsverhältnisse so zu variieren, dass einzelne Wirkgrößen isoliert hervortreten können.

**Dimension „Forschungstradition“:** Die Forschungstraditionen schließlich sind in unserer abendländisch-mitteuropäischen Kultur seit jeher zwei (s. a. Kap. 4). Sie stehen gleichberechtigt nebeneinander, obwohl dies einige Forschungs- und Lehrstätten ablehnen.

- Die *idiografische Tradition* (griech. „idios“ = eigen; „graphein“ = schreiben; d.h. eigenhändig) will das Einzelne in seiner geschichtlich bestimmten Gestalt erforschen. Sie steht den Geisteswissenschaften und dem Menschenbild der Romantik nahe. Erkenntnis entsteht durch Konzentration auf das Individuum, das Subjekt (Innenschau). Die Methodik ist, durch Erzählen und Beschreiben Sinn zu finden.. Die Entsprechung in der Analogie (d.h. Ähnlichkeit) ist ein vollgültiger (ana)logischer Weg der Erkenntnis. Zugehörige Begriffe sind z.B. Narrativ, Heuristik, Einzelfallforschung.
- Die *nomothetische Tradition* (griech. „nomos“ = Zahl, Gesetz; „thesis“ = Lehrsatz) geht von der Erkenntnis allgemeiner Gesetze aus und steht den Naturwissenschaften und dem Menschenbild der Aufklärung nahe. Erkenntnis entsteht durch Hinwendung zum Objekt und zur großen Zahl. Die Methodik ist Zählen, Zergliedern, Messen und Verallgemeinern. Die Kausalität von Ursache-Wirkung ist logischer Weg der Erkenntnis.

Musiktherapieforschung hat heute Anteil an beiden Paradigmen, oft auch innerhalb eines Forschungsvorhabens, und benötigt beide für ihre Weiterentwicklung. Sie lehnt sich im Wesentlichen an die Psychotherapieforschung an.

**Dimension „Forschungsebene“:** Ergänzend zu den Forschungstraditionen wollen auch Forschungsebenen unterschieden werden. *Drei hierarchische Ebenen der Musiktherapieforschung* unterscheidet bereits 1985 der Niederländer Frans Schalkwijk (zit. n. Oberegelsbacher 1985):

a) *Die allgemeine Musiktherapie:* Dazu zählen Grundlagenforschung, einzelne Parameter betreffend, Abgrenzungsbemühungen zu verwandten Therapieformen, Erwartungen an die Musiktherapie, Befragungen von Therapeuten, Inhaltsanalysen von Stellenangeboten usw.

b) *Die Entwicklung von Methoden:* Diese sei in der Psychiatrie am weitesten, in der Geistigbehindertenarbeit am wenigsten entwickelt. Viele Praktiker halten ihre Methoden kaum fest und arbeiten nach impliziten Theorien. Durch systematische Befragung, Beobachtung durch Einwegspiegel oder Fallbeschreibungen durch die Forscherin kann die Methode erforscht werden.

c) *Die Prüfung von Methoden:* Diese sei in den USA am weitesten fortgeschritten, wobei dort derzeit noch ein vorwiegend lerntheoretischer Hintergrund bestehe. Die Ergebnisforschung („Ist eine Therapie wirksam?“) erfolgt mit psychologischen Messmethoden. Oft ist in dieser Phase der Musiktherapeut gewissermaßen sozial ausgeschaltet. Häufig würden vielen Wissenschaftlern geeignete Messinstrumente und das Wissen um die zentralen Vorgänge in der Musiktherapie fehlen. Ergebnisforschung werde oft zu früh angepeilt, lange bevor eine formulierte Methode vorliege.

„Für Musiktherapieforschung muß als eine erste und notwendige Bedingung die Beteiligung von ausgebildeten MusiktherapeutInnen an den sensiblen Stellen des Forschungsvorganges, v. a. im Planungsstadium, aber auch bei der Durchführung der Therapie und bei der Interpretation gefordert werden.“ (Oberegelsbacher 1993, 86)

**Dimension „Forschungsziel“:** Die Zielrichtung einer Forschung hat mit der „causa finalis“ (der „Zielursache“, dem letzten „Zweck“) zu tun. Will ich mikroskopisch fein in die Musiktherapie hinein-