

Dr. Dorothea Oberegelsbacher, Wien  
Vortrag am 13.12.1999 beim  
4. Musiktherapie-Jour Fixe des  
Wiener Institutes für Musiktherapie WIM



## 40 Jahre Musiktherapie in Österreich Zur Entwicklung einer Therapieform

In Anbetracht der fortgeschrittenen Zeit und der Vielfältigkeit des zu behandelnden Themas wandern die Gedanken zu Ikebana, der asiatischen Kunst des Blumensteckens. Sie will den Schwung, die Richtung und Geste einer Pflanze in ihrer Aussage hervortreten lassen. Überflüssiges und Verzichtbares wird abgeschnitten damit formvollendete Schönheit erreicht werden kann: Ikebana nicht als hübsches Blumenarrangement, sondern als die Kunst des Weglassens.

In diesem Sinne soll auch hier eine Komposition zum Wesentlichen hin versucht werden. Die Wahrnehmung dieses Jubiläums ist neben dem Zurückschauen und Bilanz Ziehen auch ein Innehalten ist: ähnlich einer Fermate in einem Musikstück – ein time out – das die Hinwendung bündelt.

Es gibt Grund, dankbar zu sein über diese Jahrzehnte der Begegnung mit Menschen in ihrer Krankheit durch Musik, über die schrittweise Herausbildung einer beruflichen Identität, über den fruchtbringenden Austausch mit theoretischen Konzepten anderer Heilberufe und Wissenschaften vom Menschen - auch mit Lehrern der ersten Jahre. So sind Werte und Wirklichkeiten entstanden. Vieles davon ist im Inneren einer Therapiestunde, einer Kollegenrunde, eines Lehrplanes, einer Supervision synthetisiert worden, was heißt, daß es im Einzelfall erarbeitet, erlebt, entdeckt, erlitten, auch erstritten und ertrotzt, erbeten oder erspielt worden ist.

So ist es eine Errungenschaft heute sagen zu können: Bei der Beschreibung der Therapieform Musiktherapie ist es nicht nötig zwischen Psychotherapie und/oder paramedizinischer Entwicklungstherapie zu trennen. Diese Position vertritt das Wiener Institut für Musiktherapie auch im Wörterbuch der Psychotherapie, worin es einleitend unter anderem heißt, daß Musiktherapie „der gezielte Einsatz musikalischer Mittel zur Behandlung von physisch und/oder psychisch erkrankten Menschen ist“ (Fitzthum E., Oberegelsbacher D., Storz D., 2000) und wo später zwischen einer „Musiktherapie als entwicklungs- und persönlichkeitsfördernde Methode“ einerseits und einer Musiktherapie mit psychotherapeutischer Indikation andererseits differenziert wird (ebd.). Diese Auffassung ist sehr weit und hat einen ihr eigenen Schwerpunkt zur Unterscheidung, wenn man sie beispielsweise mit jener vergleicht, die den bundesdeutschen Kasseler Thesen zur Musiktherapie aus dem Jahre 1998 zugrunde liegt. Dort wird die Musiktherapie ihrem Wesen nach als psychotherapeutische charakterisiert und pharmakologischer und physikalischer Therapie abgegrenzt.

---

\* Überarbeitete, geänderte Fassung des gleichnamigen Vortrages

## Musiksprache

Eine Trennung in Psychotherapie ja oder nein ist aus meiner Sicht nicht primär nötig. Wenn sie vollzogen wird, dann erst zu einem späteren Zeitpunkt der Argumentation unter der Bedingung einer zweckmäßigen Unterscheidung in einem umschriebenen funktionalen Kontext. Dies wird damit begründet, daß beide – Psychotherapie und Entwicklungstherapie – auf derselben Achse eines Kontinuums liegen und so die Pole ein und derselben Dimension bilden. Das Kontinuum heißt „Musiksprache“.

Diese Musiksprache hat einen breiten Gültigkeitsbereich und kann durch das Vokabular der Wissenschaft heute so beschrieben werden:

„Musik weist in ihrem Affektgehalt viele Eigenschaften auf, die diesen psychischen Zuständen und seelischen Orten sehr ähnlich sind. Musik eignet sich durch ihr hohes strukturierendes (bzw. destrukturierendes) Potential gleichzeitig auf besondere Weise zur Abbildung, Stimulation oder Transformation eben dieser Befindlichkeiten. Der akustisch-klangliche Sinneskanal ist ontogenetisch der älteste, knüpft an früheste Dialogformen an, erreicht vorsprachliche Erlebniswelten. Gleichzeitig vermittelt Musik hervorragend zwischen Primär- und Sekundärprozeß, enthält sie doch ebensoviele logische und abstrakt-formale Elemente (s. Oberegelsbacher, 1997).

All dies mag darauf hinweisen, daß Musik im Schnittpunkt von therapeutischer Beziehung und Reflexion/Sprache eine sehr weitgefächerte Funktion übernehmen kann: von funktioneller Stimulierung oder Relaxation über Ausdrucksmedium, besetztes Objekt, interpersonelles Kommunikationsgeschehen bis hin zu Kunstprodukt und Probehandlung. Überall dort, wo im aufzubereitenden Vorfeld für psychotherapeutisch aufdeckendes und deutendes Intervenieren vorher ein Strukturaufbau und Nachreifung nötig sind, ist eine musiktherapeutische Psychotherapie im besten Sinne indiziert.“ (Oberegelsbacher, 1998, S.64).

Der breite Gültigkeitsbereich der Musiksprache hat es möglich gemacht, daß Musiktherapie historisch gesehen eine Entwicklung durchlaufen konnte: vom eher adjuvantischen Verfahren in den 60-er und 70-er Jahren über eine paramedizinische Therapie im multiprofessionellen Team in den 80-er Jahren, hin zu einer jetzt, seit den 90-er Jahren, eigenständigen Therapieform, die mit Selbstbewußtsein und Qualifikation sowohl ein stationäres als auch ambulantes Wirkungsfeld abdeckt.

Die Annahme von „Musiksprache“ als Hauptmerkmal einer Therapieform erfordert ein Umdenken - geht es doch jetzt plötzlich darum, einen Patienten jener Therapieform zuzuführen aufgrund der Sprache, die er nur in der Lage ist zu verstehen. Die Arbeitsgruppe Musiktherapie im Europäischen Verband für Psychotherapie (EAP) stellt fest, daß ein entsprechendes Bewußtsein in theoretischen Überlegungen noch kaum anzutreffen ist.

„Bislang wird die Indikationsdiskussion vorwiegend auf der Ebene der Vorgehensweise geführt: aufdeckend versus stützend-zudeckend, regressionsfördernd versus regressionsvermeidend u.a. Selten anzutreffen ist eine Indikationsdiskussion auf der Ebene des zur Interaktion verwendeten Mediums. Durch die bislang allzu ausschließliche Bezogenheit auf Sprache als grundlegendes Medium psychotherapeutischen Intervenierens werden Randgruppen, die weder ausreichend verbalisierungs- noch beziehungs-fähig sind, ausgeschlossen von der psychotherapeutischen Versorgung: Es besteht die Gefahr, daß sie bei Geldknappheit innerhalb der Leistungsgesellschaft übersehen werden.“ (Jochims, Halmerstein, Gindel, Oberegelsbacher, 1998).

Folgendes Beispiel möge der Verdeutlichung dienen: Wenn ein Mensch vor mir steht, der nur französisch versteht, werde ich mit ihm französisch reden müssen. Was aber mit dieser Sprache getan wird, hängt von den Bedürfnissen des Patienten, der Patientin und von den Fähigkeiten des Therapeuten, der Therapeutin ab. Die Fremdsprache kann dazu dienen, eine

Schlagzeile in der Zeitung vorzulesen oder zu sagen „Ich brauche einen Laib Brot“ oder sich über diese Stadt zu unterhalten. Manchmal ist es nötig, in die Fremdsprache Musik „auszuweichen“, die der Verbalsprache gleichwertig – wenn auch nicht gleichrangig ist. (Verbalsprache ist höherrangig, weil sie mit Verstehen und Einsicht zu tun hat). Die Zuhilfenahme der Fremdsprache Musik- richtiger wäre ja zu sagen – der „Eigensprache“ Musik, denn sie ist dem Menschen besonders nah, ist zentraler Kern der Musiktherapie. Es braucht nicht erwähnt zu werden, daß unter Musik einzelne Parameter oder auch rudimentäre Bestandteile von Musik gemeint sind.

### **Neurorehabilitation im Spiegel von 30 Jahren**

Eine kurzer Blick in die Geschichte soll zeigen, wie eine Entwicklung in den 60-er und 70-er Jahren begonnen hat und zu dem führte, was wir heute kennen. Dazu dienen zwei publizierte Beispiele aus der Arbeit mit Unfallpatienten, die etwa 30 Jahre auseinander liegen. Das Erste steht in einer Populärzeitschrift aus den 60-er bzw. frühen 70-er Jahren und handelt von der Musiktherapeutin Editha Koffer-Ullrich: „...Bezüglich der Unfallverletzten heißt es: `Diese Menschen´, erklärt Frau Professor, `sind doch in folgender Situation: Ihnen ist langweilig. Außerdem fühlen sie sich nach dem Unfall ungeschickt, manchmal sogar unnötig, und sie haben sich der Zusammenarbeit mit ihren im gleichen Betrieb beschäftigten Kollegen entwöhnt.´ Einfach zu spielende Instrumente wie Xylophone, Trommeln, Pauken, einfache Streichinstrumente, Flöten, Triangeln, Schellen und musikalisch abgestimmte Glocken werden eingesetzt. `Nach kurzer Dauer der Musikübungen spielen sie aber schon zu mehreren mitsammen kleine Melodien und freuen sich, daß das Zusammenspiel so hübsch klingt. Dadurch bekommen die Leute – um es einfach auszudrücken – wieder Vertrauen zu sich und zu ihren Gliedern und empfinden, wie schön es ist, etwas in der Gemeinschaft zu vollbringen.´“ (Oberegelsbacher, 1992, S.).

Verführen diese Gedankengänge vielleicht heute zum Schmunzeln, so enthalten sie im Kern doch die ganze Dichte der Musiktherapie: einerseits den rehabilitativen Anspruch der psychosozialen Eingliederung, andererseits die psychotherapeutische Seite des Arbeitens am Leidensdruck infolge von Minderwertigkeits- und Insuffizienzgefühlen.

Das zweite Beispiel der Musiktherapeutin Silke Jochims ist ebenso knapp gehalten und findet sich drei Jahrzehnte später in einer Psychotherapiezeitschrift: „...UnfallpatientInnen mit Schädel-Hirn-Trauma bzw. erworbenen Hirnläsionen in der Frühphase der Rehabilitation – oft gelähmt, mutistisch und mit Polytrauma – (müssen) einen Zusammenbruch ihrer Identität erleben. Klänge sind oft der einzige noch intakte Kommunikationskanal. Sie können dem Patienten in seiner archaischen Vernichtungsangst Sicherheit geben, ihn irgendwie zu einer Regung bewegen, etwa während die Therapeutin ein Wiegenlied summt. Dieses Lied kann viele Monate später allmählich zu einem Grundgerüst für ein musikalisch gestaltetes Terrain werden: Der Patient trommelt nun in den Refrain des Liedes seine Wut hinein, und wieder Monate später erfindet er spontane Texte zu einem Beatles-Song, wo er erstmals aufzählen und beklagen kann, was er verloren hat. Emotionale Krankheitsverarbeitung und Trauerarbeit werden so möglich, der Aufbau einer neuen Identität wird behutsam begleitet.“ (Oberegelsbacher, 1998, S. 65).

An diesem Beispiel fällt eine Differenzierung der Diagnostik und des prozessorientierten Vorgehens mittels einer Vielfalt an improvisatorischen Techniken ins Auge. Gemeinsam mit dem vorigen Beispiel ist ihm das Augenmerk auf der kommunikativen Behinderung, der depressiven psychischen Lage des Patienten und dem Beziehungserleben durch Musik als heilsamer Faktor.

## **Die Generationen im musiktherapeutischen Lehrgebäude**

Ein weiterer historischer Streifzug betrifft die Entwicklung des Lehrgebäudes anhand realer Gebäude, der Spitäler, in denen die drei klinischen Praktika traditionellerweise (und bis 1992 am Anfang des Kurzstudiums auch ausschließlich) stattfanden und bislang weiterhin stattfinden.

Das Wiener Institut für Musiktherapie hat 1998 den Versuch unternommen, auf dem 4. Europäischen Kongreß für Musiktherapie in Leuven, Belgien, den generationenübergreifenden Prozeß der musiktherapeutischen Wissensvermittlung und Wissensgenerierung in der Wiener Schule für Musiktherapie schematisch darzustellen (Fitzthum, Oberegelsbacher, Storz, 1999, siehe Abb. 1 Historische Aspekte).

(Abb. 1)

Findet sich in der Broschüre der gesammelten Vorträge des ÖBM abgedruckt

Ausgehend von einer Pioniergeneration wird sichtbar, daß klinisches Umfeld und psychotherapeutische Grundorientierung der ärztlichen Leiter einem je spezifischen Grundberuf und Grundorientierung der dort lehrenden 1. Generation von MusiktherapeuInnen gegenüberstanden. Die sog. zweite Generation, zu der sich auch die Verfasserinnen zählen, hatte nach der Ausbildung die Integrationsleistung der verschiedenen erlernten Ansätze zu erbringen, durchlief einen musiktherapeutischen Berufsprozeß mit weiteren frei gewählten ergänzenden Ausbildungen. Dieses erweiterte Wissen wurde synthetisiert und lief durch Lehrtätigkeit der zweiten Generation wieder an die Hochschule zurück. Dort finden sich im großen Haus nunmehr viele kleine Häuser, d.h. viele Praktika, wo wiederum eine dritte Generation ausgebildet wurde – mit einer immer stärkeren Primäridentität in Musiktherapie. So wird der Ausbildungsprozeß weitergetragen werden.

Das „Heutige“ hat sich also aus dem „Damaligen“ über einen Aneignungsprozeß der Konfrontation mit Grundorientierungen, Verfahren, Konzepten, Pathologien und Persönlichkeiten herausgebildet. Will man im Nachvollziehen dieser Entwicklungen Anleihen bei Asien nehmen, so kann daran gedacht werden, daß auch jede Dynastie ihren eigenen Grundton hatte und dennoch vieles immer klarer beschreibbar wird.

Voller Staunen kann heute festgestellt werden, daß die Musiktherapie in Österreich immer aus einer Fülle von praktischen klinischen Erfahrungen lebte und wirkte - oft ohne die Begrifflichkeit zu haben. So ist es jetzt wie eine Art Erntezeit für all den Reichtum der praktischen Ansätze und tausenden musiktherapeutischen Erfahrungen, wenn wir plötzlich durch angrenzende Wissenschaften in fast beschleunigtem Verfahren zu eigenen Theorien finden – und das mit zunehmender Sicherheit und Eigenständigkeit! Was wir hier erleben, ist ein enormer Qualitätssprung, ausgelöst durch den geschilderten Aneignungsprozeß, aber auch beeinflusst durch Nachbarwissenschaften, die sich ebenso rasant fortentwickeln.

In Zeiten, da sich Psychotherapie als eigenständige Disziplin etabliert hat, mag ein Blick zu ihr hinüber geworfen werden. Gemeinsam mit den PsychologInnen müssen werdende PsychotherapeutInnen in ihren Curricula heute zuerst all die fertigen Konstrukte lernen und mit diesem Ballast an unverdaulichem Wissen in das klinische Feld hinausgehen, um dann in der Lebenswelt des Patienten nach den dazu gehörenden lebendigen Vorgängen suchen können. Sie durchlaufen - spiegelbildlich zu uns - einen Aneignungsprozeß in die andere Richtung, was nicht weniger mühsam oder oft auch leidvoll sein mag.

### **Das überlieferte Material der MentorInnen**

Die Gründlichkeit unseres jahrzehntelang gesammelten Materials geht auf die Ernsthaftigkeit unserer Mentoren und Mentorinnen zurück. Was ihre Methoden im Kern enthielten, geht oft erst jetzt auf (vgl. Oberegelsbacher, 1992, S. 10).

Albertine Wesecky, heute hier anwesend, hat mit Hilfe der musikimmanenten Gesetzmäßigkeit der Quint-Grundton-Spannung die Motivationslage Schwerstretardierter gezielt beeinflusst und diesen behavioralen Ansatz – ob er nun in Mode war oder nicht! – erfolgreich eingesetzt: Sie erreichte Wahrnehmung- und Sprachanbahnung bei Kindern, wo sonst nichts und niemand half. Es sei ein Querverweis zum heutigen Ansatz von Karin Schumacher erlaubt, dessen Wurzeln sich zu einem gewissen Teil vielleicht auch aus dieser strukturbildenden Art Wesecky's heraus entwickelt haben.

Margit Schneider lehrte eine an der klassischen Rhythmik orientierte Animation und Persönlichkeitsentwicklung in Gruppen für retardierte Kinder, was heute wieder ein neues Interesse erfährt – etwa, wenn Studierende der Musiktherapie in ihrer freien Sommermonaten

mit Begeisterung Orff-Kurse belegen. Der zeitweise unterschätzte Wert des klassischen Ansatzes von Schneider ist u.a. der, die Ausbildung transmodaler und crossmodaler Flexibilität im künstlerisch-ästhetischen Bereich anzustreben. Spätestens seit Daniel Stern bedarf die Notwendigkeit dieses auch handwerklichen Könnens im Umgang mit Analogien für MusiktherapeutInnen keiner Begründung mehr.

Georg Weinhengst brachte mit seiner Identität als Berufsmusiker – er war Soloflötist im ORF-Symphonieorchester - ein reichhaltiges Musikrepertoire an kompositorischen Kleinformen und tiefsinnigen Kanons (Vertonungen von Mörike-Gedichten) in die Geriatrie ein. Er vermittelte das Vertrauen in die emotions- und interaktionsverändernde Wirkung von Musik per se: Einmal stritten zwei verwirrte alte Frauen vor Beginn der Gruppentherapie sehr heftig miteinander. Als sie räumlich weit voneinander sitzend mit dem Spielen einer Terz auf je einem Metall-Klangbaustein betraut wurden, mittels derer in Gruppe ein Lied begleitet wurde, verließen sie nach dieser über die Terz harmonisch induzierten Gemeinschaftsproduktion friedlich und gelöst den Raum... Nichts war reflektiert oder analysiert worden. Hier wirkte das gemeinsame musikbezogene Tun allein! Das war die Genialität von Weinhengst. Der Wirkfaktor des trieb- und spannungsregulierenden Potentials von Musik, aber auch ihre ästhetische Wirkung werden sichtbar.

Erwähnt werden muß auch der Musikunterricht von Walther Nußgruber, heute unter uns, einem Komponisten und begnadeten Korrepetitor der legendären Rosalia Chladek und ihrer Ballett-Truppen. Er lehrte uns tonales Improvisieren am Klavier, eine Mazurka zu erfinden, half die gestalterische Kraft und Wendigkeit auf den Tasten zu entwickeln- unabhkömmliches Handwerk, wenn das Spiel auf der Triangel einmal nicht ausreicht. Wie bereits bei Schneider wird hier wieder die Bedeutung für die Stern'schen Gedanken manifest.

Auch Karl Kral, der klassische Harmonielehre und die funktionale Begleitung von Melodien vermittelte - auch von Melodien, die er selbst während der Besatzung der Nachkriegszeit in den Clubs der Russen und Amerikaner spielte - er war uns ein lebendiges Beispiel dafür, wie man mit einer musikalischen Persiflage ungestraft in der Musik Dinge tun und sagen kann - inmitten übermächtiger zerstörerischer Kräfte. Die Geschmeidigkeit dieser humorvoll subversiven Waffe kann heute bei schweren Pathologien mit Spaltungstendenzen ein wahrer Segen sein.

Schließlich muß auch Herwig Reiter – sein Vorgänger war Ewald Breunlich – erwähnt werden, dem in der Sing- und Dirigierpraxis unsere Stimmen, das persönlichste Instrument, anvertraut waren. Die musikalische Gestaltung von Gruppen mit diesem direkten Ausdrucksmittel und die Ästhetik feiner Intonation wurden hier wieder gefördert. Untrennbar damit verbunden war die Erfahrung reiner Freude, was nicht erst durch die Erkenntnisse der Psychoimmunologie sanologisch bedeutsam ist.

Es scheint wichtig, die eigenen Wurzeln nicht zu vergessen, vor allem nicht die musikalischen und entwicklungspsychologischen. Mag es auch Zeiten gegeben haben, in denen das reine Therapieren mit Musik ohne kritische Reflexion als das nur Zweitbeste galt, so kann doch heute festgestellt werden: Diese zwei Genannten und die Lehre vom Menschen sind tragende Säulen.

Jeder von uns weiß, wie unerträglich ein zu lange gehaltener Ton im harmonikal schon fortschreitenden Gefüge klingt. Im übertragenen Sinn heißt es, wir müssen alte Positionen auch loslassen können. In Zeiten, wo sich beispielsweise Psychoanalytiker offen für neurobiologische Traumforschung interessieren (F. Mendelssohn), wo die Gehirn- und Emotionsforschung fast jährlich Neues entdecken, etwa die Logik der Affekte (L. Ciompi),

wo die Psychoneuroimmunologie Botenstoffe beschreibt und den Wert der Freude nachweist, wo paradigmatisch neue frühe Interaktionspsychologien geschrieben werden (Stern), da ist es auch für die Musiktherapie nicht mehr verfänglich, sich ihrer biologischen und kognitiven Grundlagen zu besinnen und sie zu integrieren. Noch vor fünfzehn und weniger Jahren wäre sie damit in ein diskriminierendes paramedizinisch-mechanistisches Eck gestellt worden. Heute ist es anders, das Bild des Menschen ist umfassender geworden.

Die Auffassung des Menschen wurde von unseren Pionieren und Pionierinnen jedoch nicht nur über die Musik an sich gelehrt. Das belegen die Ansätze von Otto Hartmann: Er hat als erster sein psychiatrisches Primariat für die Begegnung mit PatientInnen geöffnet, uns sensibilisiert für Übertragung und Gegenübertragung, für den Wert des Analytischen in der Arbeit mit Psychotikern. Das ist ein nicht hoch genug einzuschätzendes und dankbar zu würdigendes Verdienst.

Frau Castellitz, die viele in der Ausbildung nicht mehr kennenlernen konnten, heute ist sie hier mit uns. Sie ist bekannt für den Einsatz der legendären englischen Handglocken in der Psychiatrie. Wenn an die Glocke als Instrument gedacht wird, so wissen wir, daß sie ruft, Signalcharakter hat und daß sie physikalisch ausschließlich aus Obertönen besteht, zu denen das menschliche Gehör den zwingend passenden Grundton dazuhört. Die Identität wird also letztlich gestiftet, indem Einzelteile zueinander in Beziehung gesetzt werden. Die modernen Theorien der Vernetzung klingen hier an! Für Frau Castellitz hatte der auch kranke Mensch eine Berufung, Sinn und Würde.

Die gruppendynamischen Gesetzmäßigkeiten und Möglichkeiten des Psychodramas vermittelt Stella Mayr. Sie lehrte, daß Töne nicht nur Intervalle bilden können, sondern auch der Abbildung zwischenmenschlicher Hierarchien und Machtstrukturen dienen, also etwas Außermusikalisches verdeutlichen. So wurden wir geschult, das Wesen all jener therapeutischen Ansätze zu begreifen, die szenisches Verstehen bzw. analog Dargestelltes benötigen.

Schließlich will das große, weit entwickelte Werk von Alfred Schmölz gewürdigt werden. Von ihm hat Christoph Schwabe schon vor 25 Jahren gesagt: „Schmölz kommt das uneingeschränkte Verdienst zu, die aktive Einzel-Musiktherapie von einer tiefenpsychologisch orientierten komplexen Psychotherapie aus am weitesten entwickelt zu haben“ (1975, zit. nach Gathmann und Schmölz, 1991, S.265). Im Partnerspiel führte er den Patienten an die reifste Stufe der Auseinandersetzung mit dem Leben heran. Hier – und auch auf die Person Schmölz selbst – mag wohl zutreffen, was Adolf Frohner zu seinem Kunstwerk „Europa“ in der Passage des Wiener Westbahnhofes sagt: „Das Bild des Künstlers wird für mich ständig unschärfer, doch die „Besessenheit“ des Tuns bleibt für mich ungebrochen. Kunst bedeutet für mich, abgesehen von allen möglichen kunstimmanenten Problematiken, das Inangriffnehmen des Lebens.“ (A. Frohner, 1993).

Etwas Ähnliches hat Schmölz gelehrt und bis zuletzt ganz sicher auch selbst gelebt.

Wenn an Schmölz gedacht wird, darf eine wichtige Person nicht vergessen werden: Christl Mölzer, seine Sekretärin, die als Schaltstelle mit großer Geduld und Treue ihre Arbeit tat.

## **Theoriebildung**

Heute gibt es ein Bewußtsein zu musiktherapeutischer Theoriebildung und dieser Prozeß ist voll im Gange. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt nimmt sie unter anderem zu folgenden Themenbereichen Stellung: Wissenschaftstheorie (Eklektizismus, hierarchische Einordnung), musiktherapeutische Techniken, musiktherapeutische Wirkfaktoren, Indikation, Forschung. Einige dieser Punkte sollen nun kurz angeleuchtet werden.

### Vier Hypothesen

können das Bewußtsein im Prozeß der musiktherapeutischen Theoriebildung fördern und darüberhinaus handlungsleitend werden. In Belgien stellte das WIM 4 Grundannahmen zur Diskussion (Fitzthum, Oberegelsbacher, Storz, 1999, siehe Abb.2 „hypothesis“). Sie besagen, daß 1. Musiktherapie ohne eine Kultur der Kompromißbildung nicht existieren kann, was oft in Vergessenheit gerät, daß 2. Musiktherapie sich in ständigem Austausch mit ihren Nachbardisziplinen entwickelt hat und weiter entwickeln wird müssen. Zeitströmungen, Moden und persönliche Entscheidungen spielen dabei eine besondere Rolle, wenn es einmal mehr die Medizin, dann Psychologie, Psychotherapie, Kunst oder etwas anderes ist. Es ist keine Schwäche der Musiktherapie, daß sie sich überall etwas holen muß und mit allen im Gespräch sein will, sondern eine Notwendigkeit, die aus der Komplexität dieser Therapieform erwächst. Die Konflikthypothese besagt 3., daß Musiktherapie immer auch das Resultat eines persönlichen Konfliktes in der Biografie dessen ist, der sich ihr zuwendet. In der Regel ist er sublimiert, beruflich integriert und schließlich auch ein Kulturgut. Die Zukunftshypothese schließlich besagt 4., daß Integration nur möglich ist, wenn ein ausreichendes Bewußtsein hinsichtlich der drei vorangegangenen Punkte existiert.

(Abb. 2)

Findet sich in der Broschüre der gesammelten Vorträge des ÖBM abgedruckt



### Eklektizismus

Wir werden immer wieder damit konfrontiert, daß wir aus allen möglichen Theorien, Weltbildern und Behandlungstechniken Anleihen nehmen, was uns da und dort den Vorwurf des Eklektizismus einträgt. Viele KollegInnen aus anderen Fachgebieten sind sogar der verkürzten Überzeugung, dieser Pragmatismus mache die Identität der Musiktherapie aus. Dem ist nicht so. Heute wird erkannt, daß musiktherapeutisches Handeln und Planen nicht in jeder Ebene eklektisch ist, sondern daß die spezifische Aneignung und Adaptation, die ständig getätigt werden (ob wir es wissen oder nicht), den Terminus „differentiell“ anstatt „eklektisch“ als geeigneter erscheinen lassen. Demzufolge sind wir keine Patchwork-Decke, sondern haben etwas maßgeschneidert integriert und können es unterscheiden.

Das WIM meint dazu:

„Differentielle Therapie nach Quekelberghe (1979): Sie ist eklektisch, „wenn damit gemeint ist, daß die Anwendung verschiedenartiger Therapietechniken befürwortet wird. Da sie aber gleichzeitig für eine einheitliche Grundlegung dieser Techniken sorgt, indem sie beispielsweise ihre „kognitiv-psychologische Umformung“ durchführt, scheint wohl die Bezeichnung „differentiell“ – d.h. den Unterschied zwischen Störungen, Klienten, Therapeuten, Techniken, Therapiezielen etc. rechnerisch tragend – zutreffender zu sein wie „eklektisch“, „pragmatisch“ u.ä.m.“ (Fitzthum., Oberegelsbacher, Storz, 1999).

### Wissenschaftshierarchische Positionierung

Oft befinden wir uns in einer verwirrenden Orientierungssuche, wenn wir ein musiktherapeutisches Menschenbild, wissenschaftliche Bezugsmodelle und z.B. eine Liedform unter einen Hut bringen wollen. Es ist das Verdienst von Elena Fitzthum (1998), hier eine wissenschaftliche Hierarchie des Gestalttherapeuten Petzold auch für die Musiktherapie als Raster zur Positionierung dieser Elemente aufgezeigt zu haben. Diesem noch auszufüllenden Raster zufolge werden vier Ebenen unterschieden: die Grundorientierungen (z.B. Tiefenpsychologie, Behaviorismus etc.), die Verfahren (z.B. Psychoanalyse, Individualpsychologie, Verhaltenstherapie etc.), die Methoden (z.B. Analytische Musiktherapie, Wiener Schule der Musiktherapie etc.), die Techniken (z.B. Assoziative Improvisation, Partnerspiel etc.). Letztere sind transferierbar.

### Musiktherapeutische Techniken

Das Bewußtsein, von musiktherapeutischen Techniken zu sprechen ist noch sehr jung. Das WIM definiert: „Musiktherapeutische Techniken realisieren sich in der bewußten Verbindung von psychotherapeutischen Techniken und dem gezielten Einsatz musikalischer Qualitäten und sind den Kategorien Produktion/Reproduktion/Rezeption zuzuordnen“ (Fitzthum, Oberegelsbacher, Storz, 1999). Diese Formulierung hat trotz ihrer Kürze und Trockenheit unseres Erachtens axiomatischen Wert. In besonderer Weise widmet sich auch Dorothee Storz diesem Themengebiet, wenn sie im Wörterbuch der Psychotherapie Musiktherapeutische Techniken ausführt (Storz, 2000).

### Menschenbild

Der bereits erwähnte Vortrag des WIM in Belgien enthält auch einen Musiktherapeutischen Basis-Konsens bei verschiedenen psychotherapeutischen Theorien. Das dort aufgezeigte Menschenbild versteht sich als ausbaufähiger Versuch:

#### „Menschenbild:

- Der Mensch als hörendes und gehört werden wollendes Wesen
- Der Mensch als kreatives und ästhetisches Wesen
- Der Mensch als bio-psycho-soziales Wesen
- Der Mensch mit Mängeln und Ressourcen, mit Vergangenheit und Zukunft“ ((Fitzthum., Oberegelsbacher, Storz, 1999).

### Hauptaufgabe der Musiktherapie

Nach gegenwärtigem Selbstverständnis der Musiktherapie sind folgende uns allen geläufige Hauptaufgabengebiete der Musiktherapie zu nennen. Es sind dies: "Klinische Diagnostik, Darstellung intrapsychischer Zustände und Konflikte, nonverbale Konfliktbearbeitung, Nachreifung krankheitswertiger früher Defizite, Öffnung von psychovegetativen Kommunikationskanälen, Transformieren und Strukturieren von Desintegrationszuständen bei Zerfall der Persönlichkeit, Herstellung von Realitätsbezug über Symbolisierung, kathartisches Freilegen verschütteter Emotionen und Traumata, Anregung freier Assoziation, Probehandeln im Dienste von Problemlösung, Offenlegung und Veränderung sozialer Interaktionsmuster, Behandlung schwerer krankheitswertiger Beziehungs- und Kommunikationsstörungen u.a.m." (Oberegelsbacher, Schmidtmayr, Fitzthum, 1999, S. 4).

Es kann im Laufe der Zeit von einer immer größeren Differenzierung der Musiktherapie gesprochen werden, einerseits im Bereich schwerster Störungen, wo es um Traumata und Fragmentierung geht, andererseits im Bereich höchster kognitiver Beanspruchung, etwa bei analytischer Erkenntnis und Einsicht bei höherstrukturierten Neurotikern.

Zur Musiktherapie-Forschung möge an dieser Stelle erwähnt werden, daß es sie gibt. Musiktherapie braucht Forschung in Freiheit und mit guten Designs und Erkenntnisinstrumenten, die den Kriterien der Musiktherapieforschung und Psychotherapieforschung entsprechen müssen. Die drei Ebenen der Grundlagenforschung, Methodenforschung und Effizienzforschung müssen je nach Zweck und Ziel den Inhalt je neu definieren. Einem vagen Aufruf nach mehr Forschung sollte die sorgfältige Überprüfung der Bedingungsstruktur folgen, bevor arbeitsintensive Projekte begonnen werden: Nicht immer werden wir erleben, daß uns jene, die Forschung verlangten, dann das geben werden, was wir uns von der Forschungstätigkeit erhoffen. Politische, ökonomische und wissenschaftliche Fragestellungen sind hier zu unterscheiden.

### **Abschließende Bemerkungen**

Vieles kann Musiktherapie leisten. Manchmal erreicht sie auch gar nichts: Dann hat sie die Grenzen des Machbaren, des Bewegbaren erreicht. Sie ist ja eine dynamisierende, verändernde Therapie, eine vermittelnde Therapie. Wir erleben, manchmal hat Musiktherapie auch keine Botschaft überbracht. Vielleicht, weil niemand da ist, weil die Sinne zugefallen sind, weil das Instrument kaputt geworden ist.

Ein Haiku drückt aus, worum es stets auch gehen könnte. Es soll den Abschluß dieser Ausführungen bilden.

Die Harfensaite zerriß.  
Warum zerriß die Harfensaite?  
Die Saite der Harfe zerriß,  
weil ich ihr einen Ton abringen wollte,  
den sie nicht geben konnte.

## Literatur:

Fitzthum, E. (1998). Einzel-Lehrmusiktherapie im institutionellen Rahmen. In E. Fitzthum, D. Oberegelsbacher, D. Storz (Hrsg.), *Wiener Beiträge zur Musiktherapie*, Bd 1. (S. 193-216). Wien: Edition Praesens.

Gathmann, P. & Schmölz, A. (1991). Musiktherapie. In G. Stumm, B. Wirth (Hg.), *Psychotherapie. Schulen und Methoden*.(S.262-266). Wien: Falter Verlag

Oberegelsbacher, D. (1992). Zur Wiener Schule der Musiktherapie. Versuch einer historischen Bestandsaufnahme und Ausblicke. *Zeitschrift des Österreichischen Berufsverbands der Musiktherapeuten* Jg. 8 Nr.3/1992 (8-13).

Oberegelsbacher, D. (1997). Musiktherapeutische Improvisieren als Mittel der Verdeutlichung in der Psychotherapie. In E. Fitzthum, D. Oberegelsbacher, D. Storz (Hrsg.), *Wiener Beiträge zur Musiktherapie*, Bd 1. (S. 42-66). Wien, Edition Praesens.

Oberegelsbacher, D. (1998). Musiktherapie in der Psychotherapie. *Psychotherapie Forum Supplement* Vol.6 No.2 1998 (64-65).

Oberegelsbacher D, Schmidtmayr, B. Fitzthum, E., (1999). Institut für Musiktherapie an der Universität für Musik und darstellende Kunst Wien nach KUOG 1998. Disposition der Arbeitsgruppe „Institut für Musiktherapie“ vom 3.2.1999. Wien: Eigenverlag.

Jochims, S., Gindel, B., Halmer-Stein, R., Oberegelsbacher, D.(1998). Psychosocial Minorities – a Challenge for Psychotherapy? Music Therapy as an Answer to Special Needs of Fringe Groups. *Abstract 8<sup>th</sup> European Association for Psychotherapy Congress in Paris*, 25.-27.6.1998.

Fitzthum, E., Oberegelsbacher, D., Storz D. (1999).“Wiener Melange“. Basic musictherapeutical understanding with various psychotherapeutical backgrounds in practice and in teaching. In D. Aldrige (Ed), *Institute for Music Therapy, info CD Rom II*. Witten: University Witten-Herdecke.

Storz, D. (2000). Musiktherapeutische Techniken. In G. Stumm, A. Pritz (Hg.), *Wörterbuch der Psychotherapie*. Wien, New York: Springer Verlag.