

Zur Geschichte der Musiktherapie

D. Muthesius

Dipl. Soz., Musiktherapeutin, Berlin

Zusammenfassung

Die Geschichte der Musiktherapie wird anhand folgender Dimensionen beleuchtet: die Herkunft bzw. das berufliche Selbstverständnis des Musiktherapeuten, die unterschiedlichen Anwendungsbereiche, die musikalischen Handlungsformen sowie die Rolle, die die Musik in den unterschiedlichen Bereichen spielt. Historischer Vergleichshorizont ist vor allem die Psychiatrie des 19. Jahrhunderts. Thematischer Vergleichshorizont für die Rolle der Musik ist ihre Anwendung bei Altersdemenz bzw. Démence.

Schlüsselwörter: Musiktherapie, Anwendungsbereiche, Altersdemenz

A history of music therapy

D. Muthesius

Abstract

The history of music therapy will be illuminated by examining following aspects: the origin of music therapy, the way music therapists look upon themselves, different areas of application, the function of music in the diverse areas of application, and the musical forms within music therapy. Historically, music therapy will be put in context with the 19th century psychiatry. Thematically, the concepts of music therapy applied to senile dementia will be compared with traditional therapeutic concepts.

Key words: music therapy, application, senile dementia

Neurol Rehabil 2003; 9 (Suppl 1): S3-S10

Einleitung

Wege zur Annäherung an Musiktherapie gibt es viele. Besonders bevorzuge ich persönlich den Weg über Fallgeschichten: Aus diesen individuellen Geschichten setzt sich letztlich die Geschichte zusammen, von der ich hier berichten werde – genau so, wie sich die Geschichte eines Ortes aus den Lebensgeschichten seiner Bewohner speist oder die Musikgeschichte aus den Biographien ihrer Musiker und Musikknutzer.

Ich bevorzuge diesen induktiven Weg des Verstehens, weil er gleichzeitig der valideste Weg zum Verständnis der Probleme meiner Patienten ist. Spezialisiert auf die Arbeit mit alten und altersdementen Menschen, verfüge ich für diesen Zweck z.B. über eine Sammlung von Erzählungen alter Menschen über ihre Musikerfahrungen im Lebenslauf [7]. Da ich weiß, dass z.B. Alzheimerpatienten in einer uns ferneren, für uns historischen Realität (ihrer Kindheit- und Jugend) leben und diese mit Hilfe der Musik außerordentlich stark verlebendigen können, geben mir die sehr individuellen Lebensgeschichten alter Menschen wichtige Hinweise auf das, was Alzheimerpatienten da rekonstruieren [6].

Dennoch möchte ich heute diesen Weg über Fallgeschichten nicht verfolgen, werden doch die Kolleginnen im Verlauf dieser Tagung speziell zum Thema Musiktherapie in der Neurologie vermutlich solche Geschichten sprechen lassen.

Statt dessen möchte ich zunächst eine systematische Annäherung und darauf aufbauend historische Aspekte der Musiktherapie vorstellen.

Wenn man sich fragt, was denn Ihre Musiktherapeutinnen eigentlich mit ihren Patienten machen, dann ist es nützlich, darüber nachzudenken, wo die Musiktherapeutinnen herkommen (aus welchem Selbstverständnis heraus sie denken und handeln), mit welchem speziellen Klientel sie arbeiten, welche Verfahren sie benutzen und welche Rollen die Musik dabei spielt. Anhand dieser Dimensionen möchte ich nachfolgend den Leser durch die Geschichte der Musiktherapie führen.

Systematische Annäherung an Formen der Musiktherapie

■ Herkunft der MusiktherapeutInnen

Branche	Weltbild/Therapeutische Modelle
- Medizin	- Psychoanalyse
- Pflege	- Gestalttherapie
- Musik	- Antroposophie
- Pädagogik	- integrative Ansätze
- Theologie	- sozialpsychiatrische Ansätze
-	

■ Anwendungsbereiche

- »klinisch«: psychiatrische bis funktionelle Störungen
- »biographisch«: Frühchen – Sterbebegleitung

- in stationärer, teilstationärer, ambulanter und häuslicher Versorgung

■ Verfahren

- Musik hören (rezeptiv: live oder vom Tonträger)
- Musik machen (aktiv: singen, Instrumente spielen)
- Musik und Bewegung (Tanz, Bewegungsimprovisation)

■ Rolle(n), »Eigenschaften« der Musik

- Ersatz für Sprache
- Emotionalisierung
- körperliche Vitalisierung
- Strukturierung
- Auslösen von Erinnerungen/von inneren Bildern
- Sinnstiftung
- Herstellung von Gemeinschaft
-

Herkunft der MusiktherapeutInnen

An der »neuen« Musiktherapie, wie sie sich innerhalb der letzten fünfzig Jahre im deutschsprachigen Raum entwickelt hat, ist vor allem Folgendes neu: Es ist ein eigenständiger Beruf geworden. Menschen haben sich auf die Anwendung des Hilfs- oder Heilmittels Musik spezialisiert, wo vorher Mediziner, Pflegekräfte, Musiker, Pädagogen, Theologen u. a. Musik eher punktuell und eher von zufällig mitgebrachten Voraussetzungen geleitet einsetzten.

Dieses Phänomen, dass die Menschen, die Musik als Behandlungsmethode benutzen wollen, aus den unterschiedlichsten Berufen kommen, hat sich zum Teil erhalten. Immer noch ist die Anzahl derer, die sich für den Beruf Musiktherapie als Erstberuf entscheiden, relativ gering. Geläufiger ist es, dass Musiktherapie als Aufbaustudium auf die verschiedensten Berufe gewählt wird, wie z. B. in Berlin an der Universität der Künste [11]. So ist der Beruf als solcher quasi ein interdisziplinärer Beruf. Das allein macht ihn außerordentlich spannend.

Hinzu kommt, dass die Herkunftsberufe und auch die Individuen unterschiedliche Weltbilder und Denkmodelle mitbringen, in denen die Musik sehr variantenreiche Rollen spielt: Von der anthroposophischen Idee, dass es die Musik selbst ist, die heilt, indem sie kulturelle Formen und Gestaltungsmöglichkeiten zur Verfügung stellt oder gar unmittelbar in körperliche Vorgänge eingreift, die als solche bereits gesundheitsförderliche Wirkungen haben, bis hin zur psychoanalytischen Vorstellung, dass die Musik vor allem in der zwischenmenschlichen Verständigung und Beziehungsgestaltung eine vermittelnde Rolle spielt.

Anwendungsbereiche

Inzwischen gibt es nur noch wenige Bereiche der Gesundheitsversorgung, in denen keine Musiktherapie zu finden ist. Besondere Zunahme in neuerer Zeit ist z. B. in den Bereichen der neurologischen Rehabilitation, Neonatologie, der Behandlung von Folteropfern, Schmerzbehand-

lung, Sterbebegleitung oder der Betreuung von Alzheimer-erkrankten zu verzeichnen.

Die Frage, auf welches Klientel bzw. auf welchen Bereich der Gesundheitsversorgung ein musiktherapeutisches Verfahren zugeschnitten wird, birgt drei sich überlagernde Dimensionen: den Typ der Erkrankung, das Alter, bzw. die Lebensphase, in der sich ein erkrankter Mensch befindet und die Struktur der Versorgung, in die der Erkrankte eingebunden ist.

Hier ist es besonders interessant, die historische Entwicklung zu verfolgen. *Smeijsters* [15] fasst einiges in seinem Einleitungskapitel zusammen: von Magie bis Psychologie, von »Musica fugat diabolum« – Musik verjagt das Teufliche, also auch Geisteskrankheiten – bis zu modernen Vorstellungen psychologischer Ansätze. Bis Ende des 18. Jahrhunderts wurde Musik auch bei funktionellen Störungen eingesetzt. Ein Beispiel mag heute eher komisch erscheinen: Der italienische Gelehrte *Della Porta* suchte 1589 ernsthaft nach Zusammenhängen (in der bis ins 18. Jahrhundert gelesenen »Magia naturalis« veröffentlicht), die alte Berichte über die Wirkung einer Wunderorgel oder anderer Wunderinstrumente erklären sollten. Auf Holz vom Weinstock gespielte Lieder heilten Schlafprobleme, Instrumente aus Nieswurz sollten Wachheit hervorrufen. *Athanasius Kirchner* machte daraufhin ein Experiment, um den Gegenbeweis anzutreten: »Falls Della Porta Recht haben sollte, so *Kirchner*, dann müssten Schafe vor Schreck weglaufen, wenn sie Musik hören, die auf Instrumenten gespielt wird, deren Saiten aus Eingeweiden von Wölfen gemacht sind. Sein Experiment zeigte jedoch, dass dies nicht der Fall war.« ([15] S. 4)

Dennoch gehörte Musik immer zum Fundament der Diätetik, der Lehre vom gesunden Leben. Doch: »Gegen Ende des 18. Jahrhunderts bahnte sich in der Medizin ein folgenreicher Umbruch an ... Mit dem Aufstieg der naturwissenschaftlich-experimentellen Medizin bröckelt das alte Fundament der ... Diätetik allmählich. Die Bedeutung der Musik als universales Hilfs- und Heilmittel geht damit verloren. Nur auf dem Gebiet der Geisteskrankheiten, auf das sie weitgehend zurückgedrängt wird, behält sie weiterhin eine wichtige Stellung.« ([10] S. 23ff) »Charakteristisch für die Medizin des beginnenden 19. Jahrhunderts ist der steigende wissenschaftliche Anspruch. ... Auch die medizinische Verwendung der Musik wurde durch diese Veränderungen entscheidend beeinflusst. ... Eine streng rationale Denkweise ließ zumindest in der organischen Medizin keine Heilmittel mehr zu, deren Wirkung nicht exakt wissenschaftlich zu objektivieren war.« ([10] S. 33) Nach dem Motto: Geisteskrankheiten sind vom naturwissenschaftlichen Blickpunkt aus schwierig zu fassen, Musik und deren Wirkung ist ebenso schwierig zu fassen – also können wir uns in diesem Bereich erlauben, quasi unwissenschaftlich zu bleiben.

Zugleich modernisiert sich die Entwicklung in der Psychiatrie im 19. Jahrhundert dahingehend, dass ein Geisteskranker nicht mehr als ein »Sozialübel« ([10] S. 8) angesehen wird, das man wegschließen muss, sondern als

Erkrankter, dem eine Behandlung zusteht und der auch gesunden kann.

Die Reduktion der Nutzung von Musik vorwiegend auf den psychiatrischen Bereich bleibt bis Ende des 20. Jahrhunderts bestehen: Die ersten Musiktherapie-Stellen wurden in den 1970er Jahren in Psychiatrien eingerichtet, die »neue« Musiktherapie wird in erster Linie für die Behandlung psychischer und psychiatrischer Erkrankungen eingesetzt. Erst in letzter Zeit findet man Musiktherapeuten im Bereich der Behandlung funktioneller Störungen, wobei hier Musik vor allem im Sinne der Behandlung von Folgestörungen genutzt wird, wie z. B. bei Schmerzpatienten oder vor Nar-kosen gegen Ängste, Verspannungen und Stress.

Gleichzeitig ist die Ordnung musiktherapeutischer Konzepte nach Krankheitsbildern (meist) auch eine Einteilung nach Lebensphasen. Wenn es auch verschiedene Krankheiten gibt, die alle Altersgruppen treffen können, so bedeutet doch Kranksein im Alter etwas anderes als Kranksein in der Kindheit, in der Jugend oder im jungen oder mittleren Erwachsenenalter. Behandlungsformen ändern sich mit der Qualität und »Quantität« biographischer Erfahrung, die die Patienten mitbringen, aber auch mit der Frage, auf welche biographischen Entwürfe hin behandelt werden soll. Die Lebensspanne ist größtmöglich: von der Arbeit mit Frühchen bis hin zur Sterbebegleitung.

Damit deckt Musiktherapie potentiell mehr ab als alle anderen psychotherapeutischen Behandlungsformen: Sie kann die Arbeit aufnehmen mit verbal befähigten und unbefähigten Menschen; mit zu früh Geborenen, die noch nicht sprechen können, und mit Alzheimer-Patienten, Wachkoma-Patienten oder Sterbenden, die nicht mehr sprechen können; mit Menschen, denen es aufgrund von somatischen Erkrankungen die Sprache verschlagen hat, oder mit Menschen, die aufgrund seelischer Erkrankungen an emotionaler Ausdrucksfähigkeit verloren haben; mit Menschen, deren räumliche und körperliche Beweglichkeit vollständig verloren gegangen ist genauso wie mit hyperaktiven Menschen, die ihren seelischen und körperlichen Energieüberschuss entladen müssen. Die Vielfältigkeit der Einsatzmöglichkeiten von Musiktherapie zwingt Musiktherapeuten inzwischen zur Spezialisierung und damit zur Professionalisierung.

Musiktherapie unterscheidet sich auch nach den Segmenten der Gesundheitsversorgung, in denen sie eingesetzt wird. Stationäre Behandlung muss anders ausfallen als ambulante – worauf an dieser Stelle aber nicht weiter eingegangen werden soll [5].

Musikalische Handlungsformen

Schließt man Formen der Musiktherapie nach ihren Verfahren auf, dann findet man alle musikalischen Handlungsformen, die von Gesunden auch genutzt werden: Musik hören, Musik selbstmachen, Musik und Bewegung.

Beim Musikhören nutzen beispielsweise die anthroposophischen Musiktherapeuten ausschließlich Live-Musik: Der Therapeut spielt für den Patienten. Dem liegt die

Ansicht zugrunde, dass nur die unmittelbare, nicht-konser-vierte Musik Wirkung hat. Die Psychiater des frühen 20. Jahrhunderts hingegen (und auch die heutigen Musiktherapeuten) nutzen die neuesten Techniken: Grammophone allein oder zur »musikalisch-optischen Kombinationstherapie« Grammophon und Bildwerfer ([10] S. 45), ähnlich wie heute Snoezelen.

Beim Selbstmachen von Musik steht traditionell das Singen im Vordergrund, konnte, bzw. kann man doch davon ausgehen, dass jeder Mensch über dieses »Instrument« verfügt. Im 19. und beginnenden 20. Jahrhundert wurde es vor allem in Form von Anstaltschören eingesetzt ([10] S. 55). Heute wird Gruppensingtherapie speziell in der Arbeit mit altersdementen Patienten bevorzugt (aber auch in vielen anderen Zusammenhängen), weil man davon ausgeht, dass die Patienten als Angehörige dieser jetzt alten Generation besonders intensive Singerfahrungen aufweisen, die selbst bei schwersten Desorientierungsstörungen wieder geweckt werden können. Bei jüngeren Generationen beginnt eine solch ausgeprägte Singerfahrung deutlich geringer zu werden.

Das Spiel von Instrumenten kam im 19. und beginnenden 20. Jahrhundert dann zur Anwendung, wenn der Patient bereits instrumentale Erfahrung mitbrachte. *Wildermuth* meinte 1888 sogar, eine erhöhte Musikalität bei schweren Formen der Idiotie feststellen zu können (zit. nach [10] S. 121). Nach dem zweiten Weltkrieg entdeckte die sich ausdifferenzierende Musiktherapie, nicht zuletzt vorbereitet von den pädagogischen Ideen *Carl Orffs*, den Wert des Spiels auf Instrumenten, die keiner großen Übung oder Erfahrung bedürfen. Das freie Improvisieren auf solchen Instrumenten nahm zusehends großen Raum in den musiktherapeutischen Verfahren ein.

Zuletzt motiviert Musik zu körperlicher Bewegung. Das nutzten die in der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts Tätigen viel. Ein »Bal des Folies et des Hystériques à la Salpêtrière«, ein Ball der Verrückten und der Hysterischen in der Pariser Salpêtrière wird um 1880 mit einem Plakat angekündigt ([10] S. 170). Leider gehören Tanzveranstaltungen nur noch vereinzelt zu dem ein oder anderen Sommerfest in den heutigen Psychiatrien. Glücklicherweise hat aber der Tanztee für Alzheimerpatienten inzwischen wieder Konjunktur und die belebende Wirkung des sich prompt einstellenden Gefühls der Jugendlichkeit 90-jähriger ist an der steigenden Köperspannung und der Zunahme des Augenglanzes deutlich ablesbar. Ein besonders von *Kaptein* [4] erschlossener Bereich ist der Volkstanz, mit dem er große Erfolge in der gemeindenahen Arbeit mit psychiatrischen Patienten aufweisen kann.

Andere Formen der Bewegung zur Musik gehen teilweise in den Bereich der Bewegungs- oder Tanztherapie über. Die bewegungsmotivierende Kraft der Musik wird z. B. auch in der Arbeit mit Parkinsonpatienten [2] oder apoplektischen Patienten genutzt.

Eigenschaften der Musik

Welche Rolle die Musik in der Musiktherapie spielt, hängt natürlich in erster Linie von dem Anwendungsbereich, also der Art der Erkrankung, der Lebensphase des Patienten, dem Versorgungsbereich ab, aber auch – wie bereits angedeutet – von der Herkunft des Musiktherapeuten.

Die Musiktherapie kann mehr und mehr ganz spezifische Konzepte für die einzelnen Krankheitsbilder aufweisen und in Indikationskatalogen niederlegen [9, 8, 14]. Hier werden die Symptome/die Probleme des Erkrankten aufgeschlüsselt (in der Regel nach dem ICD 10) und die Antworten (Verfahren und Ziele) des musiktherapeutischen Angebots genannt. Ich möchte Ihnen heute in einem quasi umgekehrten Indikationskatalog gewissermaßen erst die Antworten der Musik mit ihren typischen Eigenschaften aufführen, um daran jeweils die Unterstützungspotentiale für die Erkrankten zu nennen.

Diese Systematik wurde für alle relevanten Krankheiten im Alter [6] aufgestellt. Ich habe ein Beispiel herausgesucht: Altersdemenz (Tab. 1). In der anderen Spalte werden zum Vergleich die Potentiale dargestellt, wie sie in der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts bekannt waren und genutzt wurden. Dabei dokumentiert sich gleichzeitig, dass die Frage, welche Eigenschaften der Musik genutzt werden, mit der Herkunft des Musiktherapeuten zu tun hat: Hier spielt die Generation der Therapeuten eine Rolle, also letztlich historische Einflüsse. Die Therapeuten konnten damals und können heute nur so handeln, wie der Zeitgeist und der Stand der Erkenntnis es erlauben.

Die Beschreibungen der Eigenschaften der Musik sind so gewählt, dass sie auch einem Alltagsverständnis von Musik entsprechen. Damit sind sie auch für die Orientierungen und Erwartungen der Patienten relevant.

Musik ist Ersatz und Ergänzung von Sprache

»Singe, war Du nicht sagen kannst« oder »die Musik kann das ausdrücken, wo Worte nicht mehr ausreichen« sind allgemeingültige Vorstellungen. Keine andere kulturelle Praxis kann das so unmittelbar für sich in Anspruch nehmen. Wie oben bereits angedeutet: Für Patienten, die nicht oder nicht mehr über wortsprachliche Fähigkeiten verfügen, wird Musik damit zu letzter Chance, etwas auszudrücken, Kontakt aufzunehmen, zu kommunizieren und Beziehungen zu gestalten. Diese vier Dimensionen sind durchaus hierarchisch zu verstehen. *Schumacher* [12] hat sie anhand der Arbeit mit autistischen Kindern plausibel herausgearbeitet. Vergleicht man dies mit dem, was die Psychiater des 19. Jahrhunderts dieser Eigenschaft der Musik zutrauten [10], so findet man damals nur die Dimension der Ausdrucksmöglichkeit und Kontaktaufnahme. Patienten überraschen damit, dass sie sich musikalisch besser ausdrücken können als man ihnen aufgrund ihrer Krankheit zugetraut hätte, und dies ermöglicht manchmal einen besseren Kontakt zu ihnen.

»Kranke, bei denen das Gemüths- und Verstandesleben sich schon in allgemeine Verworrenheit aufgelöst hat, und die kaum noch ein paar Worte zusammenhängend hervorzubringen vermögen, sind öfters noch im Stande, Musikstücke von bedeutendem Umfange genau mit vollkommener Beobachtung des Textes, und gewiss mit sehr geringer Beihilfe des Gedächtnisses, vorzutragen.« – beobachtet *M. Jacobi* 1822) ([10] S. 120).

Diese relativ gute Ausdrucksmöglichkeit, die die Patienten zeigen, bezieht sich aber weniger auf den Versuch, die Individualität des Patienten zu entdecken und zu fördern, als eher darauf, quasi die Diagnostik zu verfeinern. Nicht gesprochen wird von einer gezielten Suche nach Kommunikationsmöglichkeiten geschweige denn nach Beziehungsgestaltung, bei der sich der Therapeut ja aktiv auf eine Verständigungsebene mit dem Patienten begeben muss.

Musik ist emotionalisierend

Das ist die heutzutage am meisten verbreitete Vorstellung über die Musik. Diese Eigenschaft der Musik ist in der Arbeit mit Altersdementen von besonderer Bedeutung, denn die emotionalen Fähigkeiten Desorientierter bleiben bekanntlich sehr viel länger aktiv als die kognitiven. Die Musik erreicht, anders als die Sprache, die Emotionalität in Umgehung des Denkens. Werden mit Musik verschüttete Emotionen gezielt reaktiviert oder wird an ungeordnete und zunächst unverständliche Emotionen angeknüpft, um sie zu verstärken und zu klären, so wird ein Weg beschritten, der in der Altenpflege inzwischen nicht zu unrecht als Validation [1] bezeichnet wird: Die respektvolle und anerkennende Haltung gegenüber den verbliebenen Fähigkeiten im Bereich der Emotionalität, auch wenn die jeweilige Bedeutung der Emotionen oftmals zunächst unklar bleibt. Im Bereich der Musik kann sich diese Unverständlichkeit beispielsweise bemerkbar machen, wenn ein verwirrter Mensch im Hochsommer ein Weihnachtslied zu singen wünscht. Weihnachtslieder sind Träger hochbedeutsamer emotionaler Situationen, meist Familiarität, Geborgenheit, Feierlichkeit. So ist anzunehmen, dass der Patient nach den Bedeutungen und dem Sinnzusammenhang seiner Emotionen sucht und sie mit Hilfe der Lieder erneuern möchte. Ihm dabei behilflich zu sein ist wichtiger, als den Patienten belehrend »an der Realität zu orientieren«, dass Weihnachtslieder im Sommer unpassend sind. So muss man Musikeinfälle von Patienten als Symbole sowohl für Stimmungen als auch für Bedeutungszusammenhänge interpretieren, und dies bietet dem Helfer und dem Patienten selbst einen wichtigen Verstehenszugang zu seinen Gefühlen. Dieses Verständnis von Emotionalisierung geht heute weiter als im 19. Jahrhundert. Es bedeutet, die Emotionen in alle Richtungen hin zu unterstützen, und nicht nur in Richtung Freude oder Lebensgenuss oder Beruhigung. Dass die Selbstwahrnehmung des Patienten damit gefördert wird, ist aber auch damals als relevant erachtet worden.

typische Eigenschaften von Musik	Unterstützungspotentiale für altersdemente Patienten (nach Muthesius 2000)	Unterstützungspotentiale für Patienten mit Démence – Verwirrtheit – Idiotie – ... der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts (nach Schumacher 1982)
Musik ist Ersatz und Ergänzung von Sprache	<ul style="list-style-type: none"> · Ausdrucksmöglichkeit · Kontaktaufnahme · Kommunikation · Beziehungsgestaltung 	<ul style="list-style-type: none"> · Ausdrucksmöglichkeit · Kontaktaufnahme
Musik ist emotionalisierend	<ul style="list-style-type: none"> · Anknüpfen an, Erhalten und Reaktivieren emotionaler Fähigkeiten · Selbstwahrnehmung · Verstehenszugang für Bedeutungen 	<ul style="list-style-type: none"> · Gestaltung allen Lebensgenusses, dessen er (der Patient) noch fähig ist · Freude erfahren · Selbstwahrnehmung
Musik ist ordnend, strukturierend (Rhythmik, Erwartbarkeit, Wiederholbarkeit)	<ul style="list-style-type: none"> · Angstlinderung · Restrukturieren emotionaler Fähigkeiten · Wahrnehmung eigener Fähigkeiten · Kanalisierung von Affekten · Synchronisation, Koordination und Integration von Reizen · Reaktivierung des automatisierten Sprachvermögens 	<ul style="list-style-type: none"> · Schulung von Sinneswahrnehmung · Gedächtnistraining · Schrfung des Gefühls für koordinierte Bewegung und gleichzeitigen Gesang
Musik ist erinnerungsauslsend	<ul style="list-style-type: none"> · Validieren der Krankheitsbewltigungsstrategie »Nutzung der Vergangenheit« · Reaktivieren des Altgedchtnisses und des sprachlichen Ausdrucksvermögens · Reaktivieren des Gefühls der Identität 	
Musik weckt innere Bilder	<ul style="list-style-type: none"> · (vermutlich ausschließlich Bilder aus der Vergangenheit) 	
Musik bindet Interessen und ermöglicht Sinnbildung; 19. Jahrhundert: »Zauberkrfte«	<ul style="list-style-type: none"> · Wiederfinden von Sinn · Unterstützung der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> · Belebung · Aufrttelung (einschleichend oder per Schock) · Erweckung aus dem Seelenschlaf, Aufmerksamkeitsweckung
Musik motiviert zur Kreativität, zum Experiment	<ul style="list-style-type: none"> · Wiederentdeckung alter Gestaltungsfhigkeiten · Flexibilität Bedingung: <ul style="list-style-type: none"> · Suche nach vertrauten, generationsspezifischen Kreativittsformen 	(keine Aussagen; Musikpraxis dient eher dem Erhalt konventioneller kultureller Praktiken)
Musik ist vergemeinschaftend (von Synchronisierung bis Sinnbildung)	<ul style="list-style-type: none"> · Erleben von Zugehörigkeit · Erleben von gegenseitigem »Verstehen« wegen generationsspezifischer Präferenzen Bedingung: <ul style="list-style-type: none"> · Suche nach vertrauten, generationsspezifischen Formen der Gemeinschaft; · Einzeltherapie bei Überforderung in der Gruppe 	<ul style="list-style-type: none"> · gute Gemeinschaftsleistungen · gesellschaftliche Zugehörigkeit
Musik ist bewegungsfrdernd	<ul style="list-style-type: none"> · körperliche Selbstwahrnehmung · Körperbewegung fördert innere Bewegung · Reaktivierung des Krpergedchtnisses z. B. mit biographisch relevanter Tanzmusik 	<ul style="list-style-type: none"> · Wohlbehagen bei motorischer Erregung, rhythmischem Schaukeln, Hndeeklatschen · »Normalittserfahrung« beim Tanz
Musik ist körperlich spürbar (Vibration)	<ul style="list-style-type: none"> · basale Stimulation 	

Tab. 1: Indikationskatalog für Musiktherapie bei Altersdemenz

Musik ist ordnend, strukturierend

Vor allem dem Rhythmus wird die ordnende Funktion in der Musik zugeschrieben. Tatsächlich strukturiert er die Zeit und synchronisiert soziales Handeln ebenso wie er die unterschiedlichsten Reize – hören, singen oder spielen, sich bewegen – in Gleichzeitigkeit bringt. Rhythmus hilft, die Sinne, den auditiven, den visuellen, den taktilen und den propriozeptiven Sinn, zu koordinieren. Dieses Phänomen ist für desorientierte Patienten sehr interessant, ebenso wie für z. B. autistische Patienten [13]. Interessant ist auch, dass das bereits von den Psychiatern des 19. Jahrhunderts gesehen wurde.

Allerdings strukturiert er nicht die soziale Zeit, so dass der Rhythmus allein eine Orientierungslosigkeit nicht lindern kann. Vielmehr ist es die Form eines Musikstücks,

das einen deutlichen Anfang und ein deutliches Ende hat, »Phrasierung«, wie sie *Hoffmann* [3] nennt, und die Melodie, deren Abfolge immer gleich ist. Beides trägt dazu bei, dass Musik sehr viel einfacher und klarer strukturiert ist als die Sprache, bei welcher man nie sicher sein kann, welche der vielen Wort- und Satzbildungsmglichkeiten im nächsten Moment vom Gesprächspartner benutzt werden. In der Psychiatrie der 19. Jahrhunderts wird an der Ordnungskraft der Musik vor allem der Übungs- und Disziplinierungsaspekt gesehen und von Schulung der Sinneswahrnehmung und Gedächtnistraining gesprochen.

»Die Pulte wurden schnell zu einem Kreis zusammengestellt, wie in unseren Militrorchestern. Der Oberaufseher, ein intelligenter Mann, ... ein guter Musiker, begab sich in die Mitte seiner Gruppe. Unterstützte wurde er von zwei Wörtern, die nicht nur die wenig sichere Disziplin unter den

Ausführenden aufrechterhalten sollten, sondern sie sollten bei den Übungen auch mitwirken. Beim ersten Stockschlag des Meisters ließen alle Augen ab von ihren ungeordneten Bewegungen, um sich auf die Noten zu konzentrieren, und ein perfekt modulierter Klang voller Energie, Kraft und Harmonie ertönte im Saale...« – beschreibt *A. J. F. Brierre de Boismont* 1860 ([10] S. 83).

Heute erscheint es sinnvoller, diese Dimension als Orientierungshilfe zu interpretieren: Die durch Musik reaktivierte oder verstärkte Emotionalität, deren Ungeordnetheit Patient wie auch Helfer zunächst eher erschrecken könnte, mündet aufgrund der strukturierenden Kraft der Musik in eine be-greifbare Form. Man kann hier auch von Kanalisierung von Affekten sprechen. Der hohe Grad von Erwartbarkeit und Verlässlichkeit in der musikalischen Kommunikation lindert Orientierungsängste und bietet altersdementen Patienten Anknüpfungsmöglichkeiten an alte Fähigkeiten.

Musik ist erinnerungsauslösend

Diese Eigenschaft verbindet die beiden vorgenannten Eigenschaften, die emotionalisierende und die strukturierende, in folgender Weise: Die einfache Struktur der Musik ist eine der Grundlagen für die Erinnerungsträchtigkeit der Musik. Die gute Merkbarkeit ist es, die Melodien zu Ohrwürmern werden lässt – etwas, was in der Sprache nur in ähnlich gut merkbaren Formen wie Gedichten, Gebeten oder ritualisierten Geschichten (»Es begab sich aber zu der Zeit...«) vorkommt. Musik tritt im Leben eines Menschen meist als Begleiterin sehr emotionalisierter sozialer Situationen auf und verstärkt und vertieft gleichzeitig die situative Emotionalität. Dieses Erlebnis verbindet sich wiederum für immer mit der Musik, die in dieser Situation spielte. Dadurch wird die Musik zum Träger für die Erinnerung an diese Situation. Beispielhaft gesagt hat die Musik, zu der ich frisch verliebt mit einem Mann tanze, eine diese Liebe verstärkende Wirkung. Dadurch wird die Musik zu einem Symbol für das Gefühl in dieser Situation. Diese Symbolik ist jederzeit abrufbar, bis ins hohe Alter – und – auch bei schwersten Gedächtnisstörungen. Musik scheint – wie es auch bei neurologischen Patienten beobachtet wird – resistent gegen viele Formen des Vergessens. Diese Erinnerungsträchtigkeit ist die wichtigste Eigenschaft der Musik für die Arbeit mit altersdementen Menschen.

Musik ist bei der von den Patienten selbst genutzten Strategie der Krankheitsbewältigung, des verstärkten Verweilens in der Vergangenheit, deshalb besonders wirkungsvoll, weil – wie schon gesagt – bei dieser Form der Erinnerungsarbeit das Denken zunächst nicht benötigt wird. Das Denken kann aber durch die Reaktivierung der Emotionalität wieder angeregt werden und zu den bekannten Bewusstheitsinseln führen. Mit den Erinnerungen wird nämlich gleichzeitig die dazugehörige Handlungspraxis reaktiviert, und nicht nur reaktiviert, sondern auch aktualisiert, weil sie direkt in musikalisches und soziales Handeln umgesetzt werden.

In der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts werden zu diesen Phänomenen wenig Aussagen gemacht. Über den Patienten etwas zu erfahren, diene ausschließlich der Diagnostik. Der Individualität des Patienten Raum zu geben, seine Identität zu stützen, Hilfestellungen zu bieten, seine Biographie für sich selbst aufzuarbeiten, sind therapeutische Orientierungen, die erst mit dem Behandlungsmodell der Psychoanalyse aufkamen – und dies noch lange nicht für altersdemente Patienten. Bis heute müssen wir uns mit dem reglementierenden und wenig therapeutischen Konzept des ROT, Realitätsorientierungstrainings herumschlagen.

Musik weckt innere Bilder

(die sich bei altersdementen Patienten vermutlich immer auf Bilder aus der Vergangenheit beziehen), die als Kompensation fehlender anderer Erlebnismöglichkeiten einen hohen therapeutischen Wert haben: Diese Dimension ist für die Psychiatrie des 19. Jahrhunderts wiederum interessant, wenn auch nicht für die Weiterbearbeitung in einer individuellen therapeutischen Beziehung ausgearbeitet:

»... je harmonischer die Töne zusammenklingen und einander nachfolgen, desto mehr ergreifen sie das Herz, erhöhen und unterhalten die gegenwärtigen, und erwecken durch Associationen vormahls gehabte Gefühle, oder stimmen das Gemüth um, und bringen ganz neue, ihrer Natur nach entsprechende Affekte hervor« – meint *M. Lenhossék* 1834 ([10] S. 78).

Musik bindet Interessen und ermöglicht Sinnbildung

Hierzu wird in der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts am meisten ausgeführt, verweist sie doch auf die Chance der kulturellen und sozialen Integration von Patienten. Sehr moderne Ideen sind zu finden, wie z. B. von *E. Littré* 1842: Die Patienten müssten sich »...um sich nicht ganz abzusehnen, in den Anstalten, in denen sie sich aufhalten, lernen, die Gewohnheiten der Gesellschaft wiederzufinden, die sie gerade verlassen haben.« ([10] S. 54) Heute interpretiert man das etwas anders: Musik liefert tatsächlich »Sinn«, weil sie soziale, kulturelle Zugehörigkeit vermittelt. Wir Therapeuten interessieren uns aber eher für die individuellen Bedeutungen und Sinnstrukturen, die der Patient mitbringt und die es zu rekonstruieren und zu fördern gilt, um mit ihm zusammen ein Stück seiner Identität wiederzufinden.

Die gängigste Interpretation des 19. Jahrhunderts Musik sah in der Musik »Zauberkräfte«; Musik »belebt«, »erweckt aus dem Seelenschlafe«, »weckt Aufmerksamkeit«. Mit manchmal etwas rüden Methoden, denen auch schon einmal das Moralisierende und Zwangvolle anhaftet, möchte man sich »einschleichen« oder schockartig aufrütteln. Musik sei geeignet, »in der die Töne zuerst schwach und verhüllt, langsam aufeinander folgen, um sich dann plötzlich zu erheben und zum Übermaß zu steigen.« – meint *P. Berthier* 1864 ([10] S. 117). Es sind eher Formen des Testens von Aufmerksamkeits- und Konzentra-

tionsfähigkeit, die dann nicht in eine Beziehungsaufnahme zu dem Patienten mündet. Einig sind wir uns allerdings heute mit den Psychiatern des 19. Jahrhunderts, dass kaum ein anderes Mittel als Musik so sehr die Aufmerksamkeit altersdementer Patienten bindet wie Musik.

Musik ist kreativitätsfördernd.

Sie verführt geradezu zum Spielen, Experimentieren, Ausprobieren von neuen Klängen, wozu in der Musiktherapie meist einfach spielbare Instrumente benutzt werden. So ist sie in der Lage, in sich verschlossenen Patienten dazu zu verhelfen, die Urheberschaft und die eigene Gestaltungskraft wieder zu entdecken, neue Ausdrucksformen zu finden, alte, nicht mehr taugliche Handlungsmuster mit neuen zu ersetzen. Dies setzt allerdings voraus, dass der Patient in der Lage ist, die neuartigen Klänge mit seinem Selbst in Verbindung zu bringen. Verwirrte Patienten können durch unbekannte Räume, Materialien, Geräusche und also auch Klänge zusätzlich verwirrt werden. So würde diese Art der Herausforderung von Kreativität nicht fördernd, sondern hemmend wirken. Das heißt aber nicht, dass es so etwas wie Kreativität in der Arbeit mit Verwirrten nicht gibt. Ist es gelungen, das Gefühl des Patienten zu seinem Selbst mit Hilfe von Erinnerungen zu reaktivieren, stellt sich Kreativität fast von selbst ein: Alte, aus der Biographie bekannte Formen kreativen Handelns werden wiedergefunden, wie z.B. das in der Generation noch gut beherrschte Stegreifreimen auf altbekannte Melodien. Bei solchem Spiel mit der Musik zeigen sich bei altersdementen Patienten erstaunliche sprachliche Fähigkeiten, die weit über die Aktivierung der automatisierten, rhythmisierten Sprache von Liedtexten hinausgeht.

In der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts taucht Unterstützung von Kreativität nicht auf. Die angeregte Musikpraxis dient eher dem Erhalt, Erlernen oder Wiedererlernen konventioneller kultureller Praktiken. Hier wirkt vermutlich vor allem der Zeitgeist. Auch in »normalen« Musikleben des 19. Jahrhunderts gab es das Improvisieren, Experimentieren nur für den Kirchenorganisten, und dies in sehr kunstvoll geregelt Bahnen.

Musik ist vergemeinschaftend

In der Musik ist es – anders als in der Sprache – möglich, gleichzeitig zu sprechen und zu hören. Ist die Sprache dialogisch angelegt, so spricht man in der Musik gewissermaßen im Chor. Allein das Erleben eines rhythmischen oder klanglichen Eingebettetseins und Dazugehörens kann schon eine heilsame Wirkung für Patienten haben, denen es ansonsten verwehrt bleibt, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Gestärkt durch dieses Erleben und dadurch, dass es ein gegenseitiges wortloses Verstehen wegen generationsspezifischer Vorlieben gibt, werden Einzelaktionen und Interaktionen möglich, wird somit kommunikatives Verhalten angeregt und geübt. Gemeinsames musikalisches Handeln hat überdies stark integrativen Charakter, denn es

kann über die unterschiedlichsten Formen von Störungen der Beteiligten hinweg betrieben werden.

Wie auch bei der Kreativität können hierbei stark verwirrte Patienten allerdings leicht überfordert werden. Erstens dann, wenn die Klänge und Rhythmen nicht denen entsprechen, die sie kennen. Dies kann geschehen, wenn in einer Gruppe zu viele unterschiedliche musikalische Erfahrungen und Bedürfnisse zusammenkommen. Zum anderen, wenn es den Patienten nicht mehr möglich ist, sich auf mehr als einen fremden Menschen einzustellen. Hier sind Einzeltherapien vorzuziehen.

Die gemeinschaftsbildende Kraft der Musik ist in der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts natürlich bekannt und geschätzt. Sie hat aber wieder eine etwas andere Konnotation: Hervorgehoben werden meist Gemeinschaftsleistungen, also eine Verwunderung darüber, dass Leistungen der Anstaltschöre oder -musikgruppen durchaus vergleichbar sind mit Musikproduktionen »normaler« Menschen. Der Schwerpunkt liegt also weniger auf dem Erleben von Gemeinschaftlichkeit für den Patienten als darauf, gesellschaftliche Zugehörigkeit zu dokumentieren.

»In unseren Hospitälern für die Geisteskranken finden sich Patienten, die, obwohl sie alle Sinne und Gefühle verloren haben, Quartette und Quintette in einem Grad an Perfektion bilden, der den Vergleich mit Berufsmusikern nicht zu scheuen braucht.« – beschreibt *C.H. Merz* 1892 ([10] S. 212).

Musik ist bewegungsfördernd.

Wenn Musik emotionalisierend ist, heißt das, dass sie innere Bewegung auslöst. Ein großer Bereich der Musik ist zudem direkt auf die Auslösung von äußeren, meist tänzerischen, Bewegungen ausgelegt. Die Ordnungskraft der Musik für äußere Bewegung ist offensichtlich. Die Basis der Motivation zu tanzen ist aber immer auch eine emotionale, und diese bei altersdementen Patienten unmittelbar mit Erinnerungen verknüpft: Nur der »richtige« Walzer, der aber mit großer Verlässlichkeit, bringt »Lahme zum Gehen«, lässt Alte wieder jung werden und erlaubt überdies durch die starke Geregeltheit der Paartänze eine ansonsten für alte Menschen nur noch schwer herstellbare Intimität von Körperkontakten.

Hier ist uns die Psychiatrie des 19. Jahrhunderts weit voraus: »Zu Ende des Jahrhunderts schließlich galt eine Tanzveranstaltung im Irrenhaus als etwas Alltägliches. *Paul Naecke* vertritt 1897 in der »Revue de Psychiatrie« die Ansicht, man solle bedenkenlos Männer und Frauen gemeinsam tanzen lassen. Außerdem sei auch die Teilnahme von Familienangehörigen wünschenswert. Die Kranken könnten dadurch etwas über das Leben außerhalb der Anstalt erfahren, würden sich nicht immer nur mit ihren Leidensgefährten unterhalten und hätte das Gefühl, als »freie Menschen« behandelt zu werden.« ([10] S. 171)

Musik ist körperlich spürbar

Der Einsatz von Musik über taktile Reize ist eine neue Entwicklung, die in Bereiche der basalen Stimulation hineinreicht. Hierzu finden wir in der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts keine Angaben. Auch in der Arbeit mit altersdementen Patienten existieren darüber noch keine Beobachtungen. Eher taucht sie auf in der Arbeit mit Schwerstbehinderten, in der Sterbebegleitung oder in der neurologischen Rehabilitation.

Coda

Haben wir die musiktherapeutischen Konzepte heute sehr weit ausdifferenziert und spezifiziert, so zeigt doch die Geschichte der Nutzung von Musik, dass eine grundlegende Erkenntnis schon lange besteht: Musik ist mehr als alle anderen Praktiken in der Lage, einen Zusammenhang besonders deutlich zu machen: »Der Mangel an intellektueller Kraft musste nicht zwangsläufig mit emotionaler Verkümmern verbunden sein. *Johann Baptist Friedreich* formuliert 1832: »Die Musik wird von vielen Seelenkranken geliebt, und oft sogar von Blödsinnigen, was ein Beweis ist, dass die Stumpfheit der Erkenntnisphäre der Verstandesschwachen und Blödsinnigen nicht immer mit einem gleichen Grade von Stumpfheit des Gemüths verbunden sein muss.« ([10] S. 123)

Diese Erkenntnis müssen sich Therapeuten auch heute noch immer wieder verdeutlichen. Nicht zuletzt in der Betreuung Altersdementer wurde noch vor 20 Jahren der gleiche Fehler gemacht – und er schleicht sich auf subtile Art und Weise in fast jede betreuende Alltagshandlung ein: Die Gefahr nämlich, die emotionale Realität der Erkrankten nicht ernst zu nehmen und zu versuchen, sie auf unsere Realität hin zu biegen.

Literatur

1. Feil N: Validation. Ein neuer Weg zum Verständnis alter Menschen. Wien 1992
2. Grün M, Dill-Schmölders, Greulich CW: Morbus Parkinson. Schöpferische Musiktherapie. In: TW Neurologie Psychiatrie 1997; 11 (6): 347-349
3. Hoffmann P: »Vom Phrasen dreschen und Phrasieren« Ein Beitrag zur Untersuchung musiktherapeutischer Improvisationen, In: Nervenheilkunde 2001; 20 (8): 442-449
4. Kapteina H: »Im Tanz das Leben spielerisch gelingen lassen«. Folkloretänze in Therapie und Prävention. In: Schwabe Ch / Stein I (Hg.): Ressourcenorientierte Musiktherapie. Materialien zur Tagung »Musiktherapie – Lebensgenuß – Freude?«. Crossener Schriften zur Musiktherapie 2000, Band XII, pp 394-414
5. Muthesius D: Musiktherapie mit alten erkrankten Menschen. Möglichkeiten der Intervention. Vortrag auf dem 2. Rendsburger Symposium 2000 »Musiktherapie für alte Menschen«, Dokumentation: Nordkolleg Rendsburg (Hg), www.nordkolleg.de
6. Muthesius D: Die ewige Jugend oder Emotionen altern nicht. Musik(therapie) für Alzheimerkranke. In: Schwabe Chr/Stein I (Hg): Ressourcenorientierte Musiktherapie. Materialien zur Tagung »Musiktherapie-Lebensgenuß-Freude-?«. Crossener Schriften zur Musiktherapie 2000, Band XII, pp 314-326
7. Muthesius D (Hg): »Schade um all die Stimmen...«. Erinnerungen an Musik im Alltagsleben. In der Reihe: Damit es nicht verloren geht..., Band 46, Hg: M Mitterauer, PP Kloß. Böhlau Verlag, Wien 2001
8. Muthesius D, Bayer-Kellermann H (1999): Indikationskatalog Musiktherapie für chronisch und chronisch-psychisch erkrankte ältere und alte Menschen. Hg.: Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie, Berlin: www.musiktherapie.de, Reihe: Beiträge zur Musiktherapie
9. Pleß-Adamczyk H, Frohne-Hagemann I: Indikationskatalog Musiktherapie bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Vandenhoeck & Ruprecht, Stuttgart 2002
10. Schumacher R: Die Musik in der Psychiatrie des 19. Jahrhundert. Marburger Schriften zur Medizingeschichte, Bd. 4. Peter Lang, Frankfurt 1982
11. Schumacher K, Pankoke K (Hg): Diplom Ergänzungsstudium, Dokumentation 1996, Berichtszeitraum 1990-1995
12. Schumacher K: Musiktherapie mit autistischen Kindern. Musik-, Bewegungs- und Sprachspiele zur Integration gestörter Sinneswahrnehmung. Praxis der Musiktherapie Bd. 12, Gustav-Fischer-Verlag, Stuttgart 1994
13. Schumacher K: Musiktherapie und Säuglingsforschung. Peter Lang, Frankfurt 2000
14. Schumacher K: Indikation für Musiktherapie bei Menschen mit Autismus und autistischen Zügen. In: Schirmer B: Autismus in Berlin: Ein Handbuch und Ratgeber. Weidler, Berlin 2002
15. Smeijsters H: Musiktherapie als Psychotherapie. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 2002

Korrespondenzadresse:

Dipl. Soz. Dorothea Muthesius
Musiktherapeutin
Kleiststraße 35
10787 Berlin
E-Mail: dorothea.muthesius@musiktherapie.de