

wurde der Einführungsvortrag von Herrn Dr. med. Becker-Glauch mitaufgenommen.

Hermann Rauhe

Der zum 2. Musiktherapie-Symposium - vom 17.-19. Oktober 1986 in der Universität Münster -, auf dem Musiktherapie als erfahrungsorganisierende Musik- und Selbstwahrnehmung vorgestellt wird, vorgelegte Sammelband wurde unter Belassung der von den Autoren angegebenen Diktion und Interpunktion vom Herausgeber mit den EDV-Möglichkeiten des Rechenzentrums der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster in das vorliegende Layout gebracht. Dem Rektorat der Universität Münster sei für die Zur-Verfügung-Stellung eines Personal Computers herzlich gedankt.

Münster, im September 1986

neue Anschrift

Prof. Dr. Dr. Karl Hörmann
Leiter des Instituts für Musik- und Tanzpädagogik
Deutsche Sporthochschule Köln
Carl-Diem-Weg 2
5000 Köln 41

INTERDISZIPLINÄRE GRUNDFRAGEN DER MUSIKALISCHEN UND THERAPEUTISCHEN WIRKUNGSFORSCHUNG

Die besondere Schwierigkeit der musikalischen und musiktherapeutischen Wirkungsforschung liegt darin, daß das Phänomen Musik nur interdisziplinär erforscht werden kann, denn es gibt kaum eine Wissenschaft, die nicht für irgendeinen Aspekt der Musik zuständig ist: Neben Ästhetik, Geschichte, Psychologie, Soziologie, Anthropologie, Ethnologie, Erziehungs- und Kommunikationswissenschaft, Kultur- und Verhaltensforschung gilt dies auch für Literatur-, Sprach-, Rechts-, Wirtschafts- und Politikwissenschaft, Publizistik, Medienwissenschaft, Geographie und Biologie. Bei der Musiktherapie tritt als weitere entscheidende Wissenschaft die Medizin mit ihren Grundlagenwissenschaften (u.a. Anatomie, Physiologie und Pathologie) hinzu. Deshalb kann musiktherapeutische Wirkungsforschung a priori nur interdisziplinär erfolgen, wenn sie einen seriösen Wissenschaftsanspruch erheben will. Da die Musiktherapie meist in Verbindung mit anderen Therapieformen eingesetzt wird, z.B. mit der Tanz- und Maltherapie, und der Musiktherapeut im Team mit Fachärzten, Psychologen, Bewegungs- und Gesprächstherapeuten zusammenarbeitet, erhebt sich die Forderung nach Grenzüberschreitung und Interdisziplinarität in Theorie und Praxis noch dringlicher. Hinzu tritt die Entwicklung der gegenwärtigen Musikszene in Richtung auf audiovisuelle Kommunikation in Form von Videofilmen (z.B. Videoclips vor allem im Popsektor) und szenischen Light-Sound-Show-Interpretationen und die Verkörperlichung und Emotionalisierung der Musikvermittlung und Musikrezeption: Als Reaktion auf die "Entkörperlichung der Musik" (Max Weber) im Verlaufe der abendländischen Musikgeschichte (Harm Wilms spricht von desomatisierender Tendenz) erfolgt seit der Verbreitung des Jazz und seiner afrikanischen Elemente (vor allem im rhythmischen Bereich) und seit der Revolution und Expansion des Rock und Pop eine fortschreitende Resomatisierung (Wieder-Verkörperlichung) und Emotionalisierung unserer Musikkultur insbesondere im Bereich der "U-Musik", der 90% der Musikvermittlung, der Musikszene und des Musikmarktes umfaßt. Wegen der Untauglichkeit des Begriffes "U-Musik" ("Unterhaltungsmusik") sollte erwogen werden, die populäre,

d.h. beliebte und weit verbreitete Musik "psychosomatische Musik" zu nennen, denn ihre besondere Eigenart liegt darin, daß sie weniger den Intellekt als mehr die Psyche und den Körper des Menschen anspricht. Hier liegt die besondere Bedeutung dieser Musik, zu der durchaus auch eine Reihe rhythmisch geprägter, bewegungsauslösender, tänzerisch inspirierter und gefühlsintensiver, emotional ansprechender Kompositionen aus dem "klassischen" Sektor der "E-Musik" gehören, z.B. tanzrhythmisch geformte Werke von J.S. Bach und Händel über Haydn, Mozart und Beethoven, Schubert und Brahms, Debussy und Ravel (z.B. Bolero!) bis zu Bartok, Hindemith, Strawinsky und Komponisten der Gegenwart. Solche Werke erfreuen sich besonderer Verbreitung und Beliebtheit, weil sie eben nicht nur den Verstand, sondern auch das Gefühl und den Körper unmittelbar ansprechen, also nicht nur einen gewissen Genuß bescheren, sondern auch "unter die Haut" und "in die Beine" gehen, indem sie starke Gefühle und spontane Bewegungen auslösen.

"Psychosomatische Musik" spricht also Geist, Gefühl und Körper des Menschen stark an und entfaltet oft im Verbund mit Tanz- und Maltherapie ihre therapeutische Wirkung bei unterschiedlichen Krankheiten besonders im psychosomatischen Bereich, wie u.a. Rudolf Burkhardt in seinen klinischen Untersuchungen überzeugend nachweisen konnte. Wichtig ist dabei eine gründliche Diagnose, bei der auch die Reaktion des Patienten auf Musik oder sein aktiver musikalischer Ausdruck in der Improvisation als nonverbale Artikulation seiner Befindlichkeit, seines psychischen Zustandes, eine wichtige Hilfe sein kann: Ein erfahrener Therapeut kann die spezifische Krankheit des Patienten hörend erkennen und entsprechend diagnostizieren.

Zur Diagnose muß dann außerdem eine umfassende Erforschung der spezifischen musikalischen Anamnese des Patienten treten: Der Therapeut muß wissen, welche Musik für die Sozialisation und Persönlichkeitsentwicklung des Patienten eine besondere Rolle gespielt hat, welche Stücke, Stile, Rhythmen, Klänge (Sounds), Genres, Interpretationen sich mit intensiven Erlebnissen, Ereignissen, Personen, Situationen, Entwicklungsphasen (z.B. mit der Pubertät als Phase besonderer musikalischer Erlebnisfähigkeit) verknüpfen und die Erinnerung assoziativ prägen.

Vor dem Hintergrund der Diagnose und Anamnese sollte die therapeutische Musik oder musikalisch-improvisatorische Interaktionsform nach spezifischen Wirkungskriterien ausgewählt werden,

die in Analogie zur Pharmakologie mit Hilfe einer stringenten Systematik und Methodik erforscht werden müssen.

Der Vergleich dieser musiktherapeutischen Wirkungsforschung mit der Pharmakologie ist jedoch insofern problematisch, als Musik nicht so exakt meßbar ist wie die chemische Substanz eines Medikaments, sondern als lebendiges Kommunikationsphänomen aufgefaßt werden muß, das als "Objekt" nur bis zu einem gewissen Grade beschreibbar ist (z.B. durch eine Partitur, die aber nur als Stenogramm aufzufassen ist, das durch die Kenntnisse, das aufführungspraktische Hintergrundwissen, die Erfahrungen und vor allem durch die schöpferische Phantasie des Dirigenten oder Interpreten in lebendige Klangwirklichkeit umgesetzt wird). Deshalb kann Musik genaugenommen erst im Bezug zum interpretierenden (musizierenden) oder rezipierenden (hörenden) "Subjekt" genauer definiert werden.

Aus dieser erkenntnistheoretischen Besonderheit der live musizierten (und nicht auf Tonträger "konservierten") Musik ergibt sich eine Reihe von Forschungsproblemen, die nur interdisziplinär in Angriff genommen werden können.

Das könnte unter folgender Grundfragestellung geschehen:

Warum wirkt was auf wen wann wo wie?

Soll diese "Wawiwewo-Formel" speziell auf die musikalische Wirkungsforschung eingegrenzt werden, braucht nur das Wort "was" durch "welche Musik" ersetzt zu werden.

Diese ebenso komplexe wie komplizierte Grundformel bedarf vor dem Hintergrund der eingangs dargelegten methodologischen Problematik einer systematischen Erläuterung:

1. Die Frage nach dem **W a r u m** ist wohl die schwierigste, denn die Gründe für die Wirkung von Musik auf den Menschen sind so vielschichtig und so schwer exaktifizierbar, daß sie nur interdisziplinär mit den verschiedensten Theorien und Hypothesen aus diversen Wissenschaften empirisch erforscht werden können. Trotzdem läßt sich das interdependente Geflecht der Begründungszusammenhänge untersuchungsmethodisch auf die Kurzformel des Wechselbezuges von Musikbeschaffenheit (melodischer, harmonischer, rhythmischer, formaler, klanglicher Struktur), Musikvermittlung (Wieder- und Weitergabe durch den/die Interpreten), Funktion (psycho-

logische, sozialpsychologische, situative und soziale Bedeutung der jeweiligen Musik für den Interpreten und Rezipienten) und Wirkung (psychophysiologische Reaktion auf eine jeweilige Musik) bringen.

2. Die Frage nach dem **W a s** läßt sich viel genauer untersuchen, als dies bisher in der musiktherapeutischen Forschung geschehen ist. In diesem Punkt sollte man sich an der Pharmakologie orientieren und die jeweiligen "Wirksubstanzen" (Strukturelemente) einer medizinisch zu verwendenden Musik (eines "Musikmedikaments" oder einer "Medizinmusik") im jeweiligen therapeutischen Zusammenhang exakt untersuchen. Dies könnte mit Hilfe der Methoden der Popularitätsforschung, der empirischen Beobachtung musikbezogenen Verhaltens, der informationsstatistischen Untersuchung zur Beschaffenheit (Material und Struktur), Vermittlung, Funktion und Wirkung textgebundener Musik sowie psychoanalytischer, sozialpsychologischer und sozialisationstheoretischer Untersuchungen zur Funktion und Wirkung von Musik unter dem vorrangigen Aspekt musikalischer Sozialisation durch Massenkommunikation geschehen.

Wichtig für diese Untersuchung der pharmakologischen "Wirkung von Musik in der Therapie" sind allerdings auch praktische Selbst- und Fremderfahrungen über den Zusammenhang zwischen Musik und Bewegung, insbesondere im Hinblick auf die musikalisch-improvisatorische Gestaltung und Prägung rhythmischer Atem-, Bewegungs-, Spannungs- und Entspannungsvorgänge. Diese Erfahrungen und elektronische Messungen wie empirische Auswertungen körperlicher Reaktionen verschiedener Versuchspersonen auf Musik im polygraphischen Laboratorium der Landesnervenklinik Salzburg unter Leitung von Gerhart Harrer bestätigen, daß im Rahmen der Antriebsförderung und Entspannung durch Musik in der neurologischen Rehabilitation bestimmte musikalische Strukturen (Tonfolgen, Melodiewendungen, Rhythmen, Akkorde, Harmoniefolgen, Klänge, Sounds, Aufnahmeeffekte usw.) auffallende Wirkungen hervorrufen, die allerdings von dem jeweiligen Erfahrungs- und Erwartungshorizont des Rezipienten abhängen. Diese Erkenntnis leitet zur nächsten Frage über.

3. Die Frage nach dem **W e n** bezieht sich auf die Disposition und Persönlichkeitsstruktur des Hörers (Rezipienten, Patienten). Diese ist geprägt durch die musikalischen Erlebnisse und Erfahrungen, die ein Mensch im Laufe seiner Sozialisation und

Persönlichkeitsentwicklung gemacht hat und die der Neurologe Robert Charles Behrend als "musikalische Anamnese" bezeichnet. Gemeint ist die Aneignung musikspezifischer Einstellungen, Verhaltensweisen, Wertungen, Normen und Hörgewohnheiten. Diese für die Wirkung von Musik bedeutsame Sozialisation hängt u.a. von der Rolle ab, die bestimmte Musikstile, -arten und -strukturen spielen: in den verschiedenen Sozialisationsphasen und -instanzen wie Familie, Milieu, Sozialschicht, Kindergarten und Schule (Erziehungs- und Bildungsinstitutionen), Gleichaltrigengruppen (Peer Groups, Subkulturen); nicht zu vergessen die Massenmedien (Rundfunk, Fernsehen, Schallplatte, Cassette etc.) mit ihrem Angebot an Musik. Stellenwert und Funktion bestimmter musikalischer Strukturen, Stile, Genres, Idiome und Kompositionen innerhalb der Sozialisation und Persönlichkeitsentwicklung bestimmen ihre therapeutische Wirkung.

Als weiterer wesentlicher sozialisationsbedingter Faktor tritt der Assoziations- und Erinnerungswert einer Musikstruktur oder Komposition hinzu: Schlager, Evergreens, Tänze, Lieblingsmelodien aus der Jugendzeit, aus Phasen besonderer Erlebnis- und Eindrucksfähigkeit, aus psychischen Entwicklungsperioden erhöhter seelischer und musikalischer Sensibilität entfalten besondere therapeutische Wirkung.

Deshalb kann der therapeutisch wirksame Einsatz von Musik nur individuell und gezielt je nach der spezifischen musikalischen Anamnese und der daraus sich ergebenden musikalischen Disposition und Konstitution erfolgen.

4. Die Frage nach dem **W a n n** zielt ab auf den Zeitpunkt des Musikhörens oder Musikeinsatzes, auf das Stadium der Persönlichkeitsentwicklung und des Krankheitsverlaufes des Patienten. Hierzu ist eine gründliche allgemeine und musikalische Diagnose erforderlich, die unter Hinzuziehung entsprechender Aussagen der Angehörigen zu den besonderen Musikvorlieben des Patienten und mit Hilfe musikalischer Erfahrungstests erfolgen kann.

Musik kann durchaus auch als Mittel der Diagnose verwendet werden. Im Rahmen der aktiven Musiktherapie, bei der der Patient nicht nur Musik hört (wie in der rezeptiven Musiktherapie), sondern selber macht (meistens improvisiert), kann der erfahrene Therapeut die Krankheit sogar aus der Musik des Patienten

"heraus hören", weil sich die (psychische) Krankheit im spezifischen Klang und Verlauf der Improvisation widerspiegelt.

Je nach dem Zeitpunkt des Einsatzes (z.B. auch in der prä- oder postoperativen Phase einer Operation) erfolgt die Auswahl der "Medizinmusik" nach unterschiedlichen Kriterien, weil die Wirkung von dem jeweiligen zeitlichen Kontext oder Behandlungsplan (therapeutischen Konzept) abhängt.

5. Die Frage nach dem **W o** bezieht sich auf die räumlichen Bedingungen des Musikhörens oder Musikeinsatzes: In der Diskothek mit "Light-Sound-Show" und anderen soziokulturellen Sozialisationsfaktoren wirkt Musik z.B. anders als in Kirche oder Konzertsaal, im "Open Air Festival" anders als im häuslichen Kinderzimmer.

Die Wirkung von Musik hängt also von räumlichen, sozialen, gruppenspezifischen und massenpsychologischen Bedingungen (musikalische Massenpsychose bei großen Popkonzerten) ab.

Beim Einsatz von Musik in der Therapie muß berücksichtigt werden, ob es um eine klinische oder ambulante Behandlung geht, ob sie in der "sterilen" Atmosphäre eines "kalten" Krankenzimmers oder in der geborgenen Behaglichkeit eines individuell eingerichteten Wohnzimmers erfolgt, ob es sich um eine Einzel- oder Gruppentherapie handelt. Dementsprechend muß die Medizinmusik ausgewählt und eingesetzt werden.

6. Die Frage nach dem **W i e** richtet sich auf die Art der Wirkung von Musik. Diese erstreckt sich beim gesunden Menschen
 - auf den schwer meßbaren Bereich des Musikerlebens, den ich durch Entwicklung verschiedener Rezeptionskategorien zu systematisieren und zu klassifizieren versucht habe,
 - auf den elektronisch (z.B. durch EKG, EEG, EMG und andere "polygraphische" Parameter) meßbaren Bereich biologischer Reaktionen des Körpers auf Musik, u.a. Veränderung der Herz- und Kreislauffähigkeit (Pulsfrequenz, Blutdruck, periphere Durchblutung etc.), Atemtiefe und Atemfrequenz, Schweißsekretion, Muskelspannung und andere psychophysiologische Reaktionen, u.a. Streßreaktionen,
 - auf das subjektive Befinden in Richtung auf Entspannung, Harmonisierung, Affektstabilisierung, Angstabbau usw.,

- auf sichtbare körperliche Verhaltensreaktionen, z. B. deutlich wahrnehmbare mimische Reaktionen, die als Symptome der "Hingebung", der "Verzückung", des Lustgewinns erkennbar sind (spezifische Stellungen der Augenbrauen, der Mundwinkel, der Stirnfalten), erkennbare gestische Reaktionen, die mit ziemlicher Sicherheit als Ausdruck der Begeisterung und des Gefühlsengagements interpretierbar sind (etwa dirigierähnliche taktschlagende motorische Gesten, rhythmisches Wiegen oder Pendeln des Kopfes oder Oberkörpers, Wippen des Kopfes, des Oberkörpers, der Beine, Füße oder des ganzen Körpers) oder vorübergehende spürbare Intensivierung der Bewegungen beim Tanzen (z.B. durch deutliche Verschnellerung und Vergrößerung der Tanzbewegung als Verstärkung der Bewegungsintensität und -amplitude),
- auf hörbare Verhaltensreaktionen, z. B. Einstimmen in eine erklingende Melodie, gesteigerte Intensität des Mitsingens (dynamische Steigerung, gequetschte Artikulation, Druck auf den Kehlkopf, zu tiefe Intonation usw.) und Klatschen, Klopfen, Trommeln, Trampeln und Pfeifen als Zeichen der Begeisterung,
- auf die Langzeitwirkung, die W. J. Revers und Mitarbeiter bei aktiv musizierenden Kindern und Jugendlichen untersucht haben, u.a.: Förderung des Antriebs (Motivation); Verbesserung des seelischen Gleichgewichts (Stabilisierung der Affekte); Erhöhung der Kommunikationsfähigkeit und "sozialen Kontaktbereitschaft"; Differenzierung des Wahrnehmungs- und Erkenntnisvermögens; Steigerung der Konzentrationsfähigkeit; Förderung der Selbstdisziplin, der sozialen Sensibilität, des solidarischen Handelns; Verringerung von Angstgefühlen; Herstellung eines ausgewogenen Verhältnisses von Rationalität und Emotionalität; Begünstigung spontanen Erlebens, Genießens und Gestaltens (Improvisierens und Experimentierens); Steigerung des Lebensgefühls durch Erweiterung des Bewußtseins; Entlastung des Menschen; Befreiung aus der Eintönigkeit, dem Streß, der Hektik und der Betriebsamkeit unserer hochtechnisierten Welt; Befriedigung des "elementaren Bedürfnisses nach einer Flucht in die Phantasie, in die Welt des Spiels, in der der Mensch seiner individuellen Persönlichkeit Ausdruck verleihen kann"; "Vermittlung von Selbstaussdruck, Darstellung empfundener Innen- und Außenwelt, erfahrener, gelebter und erlittener Wirklichkeit".

Aus der Art der Wirkung von Musik auf gesunde Menschen lassen sich Erkenntnisse ableiten für den Einsatz von Musik in der Therapie Kranker und umgekehrt. So erwachsen z.B. aus den klinischen Erfahrungen bei der Verwendung von Musik in der neurologischen Rehabilitation von Schlaganfall- und Parkinsonpatienten wichtige Erkenntnisse auch für die Wirkung von Musik auf Gesunde.

Das Hauptproblem der musiktherapeutischen Wirkungsforschung liegt im interdependenten Zusammenwirken vieler Parameter. Besonders wichtig ist die möglichst genaue "pharmakologische" Analyse der jeweiligen "Medizinmusik" und der "Musikanamnese" sowie "Musikkondition" des mit Musik zu behandelnden Patienten.

Weiterführende Literatur des Verfassers zum Themenkreis:

- Hören und Verstehen, München: Kösel-Verlag 1975
- Antriebsförderung durch Musik. Ein Ansatz zur rezeptiven Musiktherapie in der neurologischen Rehabilitation, in: Therapie der Gegenwart, Heft 10, Oktober 1977 (Urban und Schwarzenberg)
- Grundlagen der Antriebsförderung durch Musik. Ein Beitrag zur musikalischen Wirkungsforschung, in: W.J. Revers / H. Rauhe: Musik - Intelligenz - Phantasie, Saizburg: Otto Müller-Verlag 1981 (2. Auflage)
- Interdisziplinäre Grundfragen der musiktherapeutischen Wirkungsforschung, in: Medica, Seminarzeitschrift, Februar 1984, Heft 2
- Schlüssel zur Musik, Düsseldorf: Econ Verlag 1986
- Phänomenologie der Popmusik, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgemeinschaft. Erträge der Forschung 1986

Anschrift

Prof. Dr. Hermann Rauhe
Präsident der Hochschule
für Musik und darstellende Kunst
Harvestehuder Weg 12
2000 Hamburg 13

Maria Elisabeth Brockhoff

MUSIK UND MEDIZIN IN GESCHICHTE UND GEGENWART

In den letzten Jahren wurde der Ruf nach der Musiktherapie in das allgemeine Bewußtsein gebracht, wohl im Zuge des überall in Europa aufschießenden "Bedürfnisses" nach "Therapien" in einer zusehends unheiler und unsicherer werdenden Öffentlichkeit, die gelernt hat, alles solange zu "hinterfragen" und von imaginären Sockeln zu stoßen, bis Skepsis, Nichts-mehr-Glauben und allgemeine Ratlosigkeit resultiert und nun der Ruf nach Hilfe und Behandlung aufgrund unbesehen angenommener neuer Erkenntnisse immer dringender wurde. Neben der Behandlung von Kranken sollte, seit den letzten Jahren, durch die Schaffung eines "therapeutischen Milieus" für (noch?) Nicht-Kranke, für Jugendliche im Bereich der Schule, für Drogenentzug, für Rehabilitation schwerer Erkrankungen oder auch nur für erholungssuchende, streßgeschädigte Menschen das Allheilmittel sein, und das hat zu zahlreichen Konzepten und praktischem "Tun" geführt, das mit großer Spannweite von streng wissenschaftlicher Theorie bis zu gutgemeinten dilettantischen Bemühungen reicht.²

Höchst selten, wenn überhaupt, finden sich aber "allgemein gültigen medizinischen, naturwissenschaftlichen und psychologischen Denkkategorien standhaltende Publikationen"³ und es scheint, als ob in unserer Zeit esoterischen Unschärferelationen in der praktischen Arbeit ein weitaus größerer Teil eingeräumt wird, als es im Interesse der zu Behandelnden vertreten werden kann. Ordnung und Begriffsbestimmungen sind die wichtigsten Probleme für die Grundlagenarbeit in der Musiktherapie, sei es von Seiten der Medizin, der Musikwissenschaft und der Musikpädagogik. Verfahren und Ziele dürfen nicht dilettantischen Bemühungen überlassen bleiben, viele

² L. Kossolapow/A. Mannzmann (Hrsg.), Kreativität und Therapien, Bad Honnef 1985, darin auch Brockhoff, M.E., Musik und Medizin. Eine Bestandsaufnahme in kritischer Sicht, S. 213-259 mit vielen Literaturangaben.

³ Brockhoff, Victoria, Malen am Krankenbett, Symposions-Abstract 1985