

Identitätsentwicklung ist immer

Die Therapeut.innenpersönlichkeit ist für den Erfolg des musiktherapeutischen Prozesses von großer Bedeutung. In Anlehnung an neurobiologische Ergebnisse der Wirksamkeitsforschung zur Psychotherapie möchte ich hier versuchen, relevante Ergebnisse für die Musiktherapie anzudeuten.

Die Musiktherapie wurde unter anderem durch musikbegeisterte Mediziner, durch Psychologen, Musiker und Pädagogen vorangetrieben, geprägt und beforscht. Dies hat Gewicht für die Entwicklung einer selbstbewussten Therapeut.innenpersönlichkeit. Warum ist es wichtig, während und nach der Ausbildung eine professionelle berufliche Identität zu entwickeln und in der Musiktherapie beheimatet zu sein? Um effektiv behandeln zu können, verhelfen Forschungsergebnisse und die Überzeugung der Therapeut.in vom eigenen Verfahren, die durch Ausbildung, Berufspraxis und Supervision begründet und gefestigt werden kann. Weiterhin ist, aus meiner Sicht, die Einbindung in einen Berufsverband eine wichtige Verortung.

Wir haben durch die Erkenntnisse aus Neurobiologie, Musikmedizin und Entwicklungspsychologie wissenschaftlich fundierte Erklärungsansätze, warum Musiktherapie wirkt (Stegemann, 2018). Wir finden Forschungsarbeiten in der Musiktherapie seit vielen Jahrzehnten, die sich sehen lassen können (z. B. Koenig et al., 2013). Diese sollten wir fachspezifisch kennen und in der Argumentation gegenüber Vorgesetzten und Kolleg.innen im Arbeitsalltag nutzen. So können wissenschaftliche Belege unser Selbstbewusstsein unterfüttern und das Zugehörigkeitsgefühl zur Musiktherapeuten-Zunft stärken.

Neurobiologische Erkenntnisse, die überwiegend auf die Beforschung von Psychotherapie abzielen, können wir für unsere musiktherapeutische Arbeit nutzen. Die Frage, was im Gehirn passiert, wenn wir Psychotherapie erfahren, versuchte – für mich sehr inspirierend – Gerhard Roth im Seminar »Bedingungen einer erfolgreichen Psychotherapie aus neurobiologischer Sicht« an den Lindauer Psychotherapietagen 4/2016 zu beantworten. Dort stellte er fest: »Wenn Psychotherapie wirkt, verändert sie das Gehirn«. Die via fMRT verifizierte Erkenntnis, dass nur mit Emotion unterlegte Psychotherapie dauerhafte Veränderung möglich macht, ist für uns Musiktherapeut.innen relevant. Unsere Arbeit mit Klängen evoziert Emotionen, die wir ins Bewusstsein heben und bearbeiten können. Erfolgreiche Psychotherapie mit rein kognitiver Umstrukturierung ohne Aktivierung der Emotionen ist demnach wirkungslos (Roth, 2016). Musiktherapie, in der Bindungsbezogenheit und Emotionalität in der Beziehung grundlegende Wirkfaktoren sind, kann hier sehr gut anschließen.

»Wenn Psychotherapie wirkt, verändert sie das Gehirn.«

Die Bedeutung der Therapeut.innenpersönlichkeit für den Therapieerfolg

Im Folgenden möchte ich verdeutlichen, dass die Überzeugung des/der Therapeut.in von seinem/ihrer Verfahren im Behandlungsprozess überaus wirksam ist. Für mich waren die Forschungsergeb-

nisse aus der Placebo/Noceboforschung in diesem Zusammenhang sehr erhellend. Sie erweisen sich als bedeutsam für das methodische Vorgehen und schlagen sich in Interventionsstrategien nieder.

Überzeugung und Vertrauenswürdigkeit des Therapeuten – relevant für den Behandlungserfolg

Schubert erforscht seit 20 Jahren die Wechselwirkungen von Psyche, Gehirn und Immunsystem an der Universität Innsbruck und hat sich auch mit dem Placebo- und Noceboeffekt intensiv befasst (Schubert, C. & Amberger 2016). Der Placeboeffekt erscheint relevant, wenn wir darüber nachdenken, was in der Heilkunst Symptomverbesserungen bringt. In der Behandlung von chronisch Schmerzkranken ist der Placeboeffekt eine beforschte und nachgewiesene Erkenntnis. Auch wir Musiktherapeut.innen müssen ihn verstehen und nutzen können und zwar in der Weise, dass die Persönlichkeit des/der Therapeut.in z. B. durch Empathie und Optimismus bewusste und unbewusste Wirkerwartungen beeinflussen (Egle, U. T. & Zentgraf, B., 2014). Mit welcher Überzeugung wir Musiktherapeut.innen unsere »Musiktherapie-Gabe« an die Patient.in herantragen, ist also relevant für den Behandlungserfolg.

Auch die Passung zwischen Patient.in und Therapeut.in und die Schwere der Krankheit sind Variablen des Behandlungserfolgs. Dies sind mittlerweile über alle Therapie-Schulen hinweg gesicherte Wirkfaktoren in der Behandlung von Patienten, die Grawe schon in den 1980er Jahren beforstete (vgl. auch Grawe 1994). Wesentlich sind u. a. die therapeutische Allianz und die Überzeugung des Therapeuten von seinem Verfahren. Diese Zusammenhänge fließen immer in die musiktherapeutischen Behandlungen ein.

Nach Roth können sich Behandlungserfolge bei weniger schweren Fällen (50 %ige Symptombesserung) schon innerhalb weniger (fünf) Wochen einstellen – bei allen angewandten Psychotherapieverfahren – wenn die Grundelemente wirksamer Psychotherapie – zur Anwendung kommen:

1. Es besteht eine Vertrauensbeziehung zwischen Patient und professionellem Helfer: der Patient vertraut auf die Kompetenz des Therapeuten und *der Therapeut vertraut auf seine Kompetenzen*.
2. Die Rahmensituation ist eine anerkannte und geachtete Heilstätte.
3. Der Behandlungsmythos gründet auf einer optimistischen Philosophie der menschlichen Natur und muss als sinnvoll erlebt werden. Diese tiefe Überzeugung ist wichtig. Das Vorgehen muss in den Augen der Patienten nicht wissenschaftlich fundiert sein (Roth 2016).

In der Beforschung des ersten Eindrucks des Patienten in der therapeutischen Begegnung findet Roth als weiteren wichtigen Einflussfaktor *die Vertrauenswürdigkeit des Therapeuten*. Diese stelle sich sprichwörtlich auf den ersten Blick her. Gesichtserkennung und Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit scheinen sich sehr schnell über Blick und Länge (in den ersten 500 ms) des Blick-

»Was passiert im Gehirn, wenn angenehme Musik gehört oder zusammen musiziert wird?«

kontaktes abzubilden, sowie über Augenstellung und Mundwinkel, Gestik, Schulter und Körperhaltung, Stimme, Sprachmelodie und Sprachfähigkeit. Der Augenblick kann nicht verstellt werden. Der Blick ist die Grundlage der Passung. Sie kann zu einem Anstieg des Oxytocin-Spiegels führen. Bindungsorientierte Psychotherapie kann die Oxytocinfreisetzung erhöhen, ergänzt Roth. Umgekehrt kann die Gabe von Oxytocin vor der Psychotherapie die Effekte der Psychotherapie positiv beeinflussen (Meyer-Lindenberg et al, 2011).

Auch da sollten wir Musiktherapeut.innen aufhorchen: denn was passiert im Gehirn, wenn angenehme Musik gehört oder noch vielmehr zusammen musiziert wird? Oxytocin wird ausge-

schüttet, der Cortisol-Spiegel abgesenkt. Dieses Wissen um mögliche hormonelle Veränderungen sollten klinisch tätige Musiktherapeuten nutzen und in der aktiv improvisierten Musik im Blick behalten. Dauerhafte bizarre Klangeindrücke erreichen diesen Effekt nicht und verschrecken Patienten. Diese Erfahrung konnte ich in meiner langjährigen Tätigkeit in der Psychosomatik mit chronisch Schmerzkranken im stationären Bereich sammeln (vgl. Bacher 2014). Bindungsorientierte musikalische und verbale Interventionen sind gerade für Patienten mit strukturellen Störungen notwendig. Synchronisation und Harmonisierung durch das Hören und aktive Musizieren verändert die neuronalen Aktivitätsmuster (Hüther 2004). Das positive Gefühl, miteinander verbunden zu sein, dazu zu gehören, sollte durch das gemeinsame Musizieren in der Musiktherapie Raum erhalten. Gelingt die Therapie, kommt es zur Neubildung neuronaler Vernetzungen im Gehirn, z. B. der Zunahme des Hippocampus und der Abnahme der Aktivität und des Volumens der Amygdala. Die neurowissenschaftlichen Erkenntnisse haben für die Musiktherapie unschätzbare Dienste geleistet, indem Studien mit bildgebenden Verfahren entstanden, die den neurobiologischen Nachweis führten (Koelsch 2019).

Der Vollständigkeit halber sollte erwähnt werden, dass nach Roth bei mittelschweren bis schweren psychischen Erkrankungen, die allein auf die therapeutische Allianz gestützte Therapie langfristig wenig nachhaltige Effekte bewirken kann. Roth benennt in seinen Schriften eine zweite Phase des therapeutischen Prozesses, in der es zu funktionalen und strukturellen Veränderungen in subcortikalen limbischen Zentren im Bereich der Stressverarbeitung kommen muss, um die Therapieziele Selbsterberuhigung, Bindungsfähigkeit und Impulshemmung zu erreichen.

Ausbildung von therapeutischer Identität

Die Erfahrungen in den Ausbildungsinstituten sind sicher grundlegend im Sinn von: »the first cut is the deepest«. Relevante fachbezogene Inhalte, Lernorganisation und Persönlichkeiten und Professionen der Lehrenden prägen die Studierenden.

Gerade im Modul *Selbsterfahrung* ist ein wesentlicher Baustein für die Entwicklung der Therapeutenpersönlichkeit zu sehen. »Die wichtigste Aufgabe der Selbsterfahrungsgruppen ist es schädliche Beziehungs- und Gefühlsschablonen bewusst zu machen und korrigierende emotionale Erlebnisse zu ermöglichen« (Schmidbauer 1999, S. 144). Ängste, Scham, Unlust, Lust und Freude können erfahren und artikuliert werden. Es kann am Modell gelernt werden, wie Musiktherapie wirkt, an sich selbst und an Kommiliton:innen. Der Blick auf die leitende Therapeut:in ermöglicht sowohl Identifikation als auch Abgrenzung. In der Selbsterfahrung entwickelt sich die Therapeutenpersönlichkeit im Bewusstsein und Bearbeiten eigener blinder Flecken und im Erweitern eigener emotionaler und kommunikativer Fähigkeiten. Und vielleicht ist auch hier noch ein Ziel des Selbsterfahrungsprozesses wichtig, das die Gefahr der Hybris bannen könnte und die Bedeutung von Introspektionsfähigkeit und das Selbstbild für therapeutisches Arbeiten anspricht. Wolfgang Schmidbauer ist der Ansicht:

Selbsterfahrung –
Bearbeiten blinder
Flecken und erwei-
tern emotionaler
Fähigkeiten

Der erfolgreiche Teilnehmer lernt, dass es seine Ideal-Erwartungen an sich selbst sind, die er korrigieren kann. Er bemerkt, dass ihn seine Vollkommenheitsansprüche lähmen, dass er erst emotional wachsen und aktiver werden kann, wenn er seine Erwartungen an sich selbst

überprüft und sich kleine realisierbare Schritte vornimmt, nicht den großen, alles erbringenden, unmöglichen Sprung. Erst wenn die ureigene Beteiligung an den, in unbegreifliche Ängste und Spannungen, in psychosomatische Leiden, in Abweisung der sozialen Umwelt, hineingelegten Schwierigkeiten erkannt wird, kann auch eine Korrektur erfolgen (Schmidbauer 1999, S. 150).

Die *Einzellehrtherapie* eröffnet besondere Introspektionsräume, die Sicherheit im Umgang mit der eigenen Lebensgeschichte und deren Resonanz in den Therapieverläufen ermöglicht.

Dass die Entwicklung von professioneller Identität ein wechselhafter, manchmal auch schmerzlicher Lernprozess ist, können alle bestätigen, die Erfahrungen in der Praxis vom Praktikum bis hin zu jahrzehntelanger therapeutischer Tätigkeit sammeln. In Anlehnung an Anna Freud, die postulierte: »Der Leiter kann alles tun, doch er muss stets wissen, was er tut« (Schmidbauer 1999, S. 212) könnten wir feststellen: »Musiktherapie hilft, wenn ich (überwiegend) weiß, was ich wie und warum tue.«

Supervision – Raum für eigene Befindlichkeiten, Entlastung und neue Behandlungsideen

Hier finde ich die begleitende *Supervision* schon während der Praxisphase im Studium sehr wichtig (vgl. Baker & Krout 2011). Im herrschaftsfreien Raum können eigene Befindlichkeiten wie Zweifel, Ängste, Unsicherheiten benannt werden. Verstehen und Entlastung sind möglich und neue Behandlungsideen tauchen auf. Dies braucht den geschützten Rahmen außerhalb des Lehrkörpers der Institution. Ohne diese Rahmenbedingungen ist es eben eine Fallbesprechung mit dem Professor oder später mit dem leitenden Arzt. Die Ausbildung der fundierten Grundüberzeugung, ein Verfahren zu nutzen, das wirksam ist, braucht *Supervision* – gerade bei schwierigen Therapieverläufen. Meines Erachtens sind es die Erfahrungen der ersten Berufsjahre nach dem Studium, die eine regelmäßige *Supervision* in engem zeitlichem Abstand benötigen, um eine belastbare therapeutische Persönlichkeit heranreifen zu lassen. Die Überzeugung von der Wirksamkeit therapeutischen Handelns sollte aber nicht zu einer Therapeutenpersönlichkeit führen, die idealisiert werden will und aufgrund der eigenen Selbstgefühlsproblematik auf die Bewunderung und dauernde Beweise der Grandiosität angewiesen ist (vgl. Schmidbauer, 1999). Diese »Blüten« kann eine berufsbegleitende *Supervision* auch nach vielen Berufsjahren verhindern. Schmidbauer weiter:

Je stabiler das Selbstvertrauen, desto eher kann sich ein Mensch in Frage stellen lassen. Interaktionen, die anders sind, als ich sie mir wünsche, kann ich nur in Frage stellen, wenn ich bereit bin, mein Scheitern in der Beziehung und an meiner Aufgabe zu ertragen Wer sich ausreichend gefestigt hat und gut versorgt wird, kann relativ stabil arbeiten (Schmidbauer 1999, S. 304).

Identitätsstiftend: Engagement in einem Fach- und Berufsverband

Auch auf lange Sicht ist *Supervision* hilfreich im Berufsleben: »Berufliche Deformation setzt oft später ein: in langjähriger Arbeit im Übergang von Souveränität zur Routine« (Fengler 1994, S. 44). Die Qualitätssicherungsanstrengungen der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft e.V. (DMTG) weisen auf diesem Hintergrund in die richtige Richtung. Dort werden Selbsterfahrung und *Supervision* für die Zertifizierung gefordert.

Zum Schluss möchte ich die Bedeutung einer Verortung in einem Berufsverband hervorheben, die auch die Therapeut.innen-Persönlichkeit stärken kann.

So wurden vor mehr als 30 Jahren, als ich meine musiktherapeutische Ausbildung am Fritz-Perls-Institut begann, noch Phantasien beflügelt, einmal einkommens- und statusbezogen mit den Ärzten und Psychologen gleichzuziehen. Jetzt aber, 30 Jahre später, kommt die Perspektive für den akademischen Gesundheitsberuf »Künstlerische/r Therapeut.in« ernsthaft ins Gespräch. Diese Verbundenheit unter uns qualifizierten Künstlerischen Therapeut.innen könnte eine gute Grundlage bilden für die zukünftige Verhandlungsposition gegenüber Kostenträgern und Politik, aber auch alltäglich in der Begegnung mit anderen Berufsgruppen in den Institutionen. In der Entwicklung der Therapeut.innenpersönlichkeit ist die Zugehörigkeit zu einer klar definierten Berufsgruppe stabilisierend und ermöglicht eine Verwurzelung. Das Engagement in einem Fach- und Berufsverband ist identitätsstiftend und vermittelt einen belastbaren Blick in die Realität.

»Identitätsentwicklung ist immer«

Marcuse (1977) antwortete mal in einer Befragung durch uns Studierende im Fritz Bauer-Institut in Frankfurt, wann denn der Identitätsbildungsprozess aufhöre: »am Sterbebett«. Identität kann als eine auf relativer Konstanz von Einstellungen und Verhaltenszielen beruhende, relativ überdauernde Einheitlichkeit in der Betrachtung seiner selbst und anderer verstanden werden (vgl. Drever & Fröhlich 1974). Der Weg dorthin und die Entwicklung der Therapeut.innenpersönlichkeit ist ein lebenslanger Prozess mit vielen Möglichkeiten und Chancen. Die Bewusstmachung der eigenen Strebungen und der Abrieb an der Realität formen uns Musiktherapeut.innen. Das geschieht im Dialog mit dem Außen.

Literatur

- Bacher, B. (2014). Begegnung und Beziehung in der Musiktherapie. *Ärztliche Psychotherapie* 3/2014, 137–141.
- Baker, F. & Krout, R. E. (2011). Collaborative peer lyric writing during music therapy training. *Nordic Journal of Music Therapy* Vol 20, No 1. February 2011, 62–89.
- Drever, J. & Fröhlich, W. D. (1974). *Wörterbuch der Psychologie*. München: dtv.
- Egle, U. T. & Zentgraf, B. (2014). *Psychosomatische Schmerztherapie: Grundlagen, Diagnostik, Therapie und Begutachtung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fengler, J. (1994). *Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grawe, K., (1994). Psychotherapie ohne Grenzen – Von den Therapieschulen zur Allgemeinen Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis* 3/1994.
- Hüther, G. (2004). Ebenen salutogenetischer Wirkungen von Musik auf das Gehirn. *Musiktherapeutische Umschau*, 25 (1), 16–26.
- Koenig, J. et al. (2013). I Need to Hear Some Sounds That Recognize the Pain in Me. An Integrative Review of a Decade of Research in the Development of Active Music-Therapy. *Music and Medicine Online First*, published online 24. June 2013.
- Koelsch, S. (2019). *Good vibrations. Die heilende Kraft der Musik*. Berlin: Ullstein.
- Marcuse, H. (1977). Diskussionsrunde mit Studierenden des Fachbereichs Gesellschaftswissenschaften am Fritz-Bauer-Institut Frankfurt. Persönliche Mitschriften.
- Meyer-Lindenberg, A., Domes, G., Kirsch, P. & Heinrichs, M. (2011). Oxytocin und Vasopressin im menschlichen Gehirn: soziale Neuropeptide für die translationale Medizin. *Nat Rev Neurosci* 12, 524–538. <https://doi.org/10.1038/nrn3044>.
- Roth, G. (2014). *Wie das Gehirn die Seele macht*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Roth, G. (2016). *Bedingungen einer erfolgreichen Psychotherapie aus neurobiologischer Sicht*. Lindauer Psychotherapietage – persönliche Mitschriften im April 2016.
- Schmidbauer, W. (1999). *Wie Gruppen uns verändern: vom Training zur Institutionsanalyse*. München: Kösel.

- Schubert, C. & Amberger, M. (2016). *Was uns krank macht – was uns heilt. Aufbruch in eine Neue Medizin. Das Zusammenspiel von Körper, Geist und Seele besser verstehen*. Munderfing: Fischer & Gann.
- Stegemann, T. (2018). *Was Musiktherapeut.innen über das Gehirn wissen sollten*. Neurobiologie für die Praxis. München: Reinhardt.



Benigna Bacher, Offenburg
benigna.bacher@web.de