

Jan Sonntag

## **Der antwortende Raum**

### **Resonanz und Atmosphäre in der Musiktherapie bei Demenzen**

#### **1. Einleitung**

Resonanz ist ein genuin akustischer Begriff, den ich von der Musik her verstehe und in Beziehung zu zwischenmenschlichen Phänomenen setze. Dabei folge ich der Argumentation Hartmut Rosas, indem ich Resonanzbeziehungen von Indifferenz- und Repulsionsbeziehungen abgrenze und sie als leibbezogenes Phänomen zwischenmenschlicher Lebendigkeit verstehe (Rosa 2016). Im musiktherapeutischen Anwendungsfeld Demenz konnte ich in den vergangenen Jahren ein spezifisches Behandlungskonzept entwickeln, in dessen Zentrum das Erleben und Gestalten von Atmosphären steht (Sonntag 2016). Das sogenannte *Atmosphärenkonzept*, welches Aspekte der Leiblichkeit und Räumlichkeit verbindet, bietet ästhetische Handlungs- und Verstehenszugänge in der Begleitung von Menschen mit Demenz. Die zentrale Kategorie der Therapeutischen Atmosphäre habe ich dort als *resonanzgebenden Raum* definiert, ohne seinerzeit den Begriff Resonanz näher zu bestimmen (ebd., 187). In der Theorie Rosas erkenne ich Möglichkeiten der Ausarbeitung dieses Aspekts und möchte hier eine Verknüpfung versuchen, die eine Ergänzung und Weiterführung meiner Forschungen zu Demenz und Atmosphäre darstellen.

Auf den folgenden Seiten nehme ich nach einleitenden Beispielen aus der musiktherapeutischen Praxis zunächst einige fachliche Positionsbestimmungen vor. Anschließend führe ich in die soziologische Resonanztheorie ein und setze sie in Beziehung zu musikalischem Handeln und Erleben. Daraufhin leite ich die Ausführungen zurück in die musiktherapeutische Praxis, um die Beziehung zwischen Atmosphäre und Resonanz sowie die Möglichkeiten musiktherapeutischer Unterstützung von Menschen mit Demenz zu untersuchen. Mit dem Postulat der Halbverfügbarkeit – sowohl von Atmosphären als auch von Resonanz – formuliere ich Voraussetzungen therapeutischer Wirksamkeit und betrachte bestimmte Haltungen und Rahmungen als resonanzbegünstigende Faktoren. Ich schließe meine Abhandlung, indem ich die Verschränkung von Resonanz und Atmosphäre als Wechselwirkungsverhältnis darstelle.

## 2. Eröffnende Beispiele. Resonanzerleben im atmosphärischen Raum

*„Ich mag es, wenn Dinge auf Schönheit gegründet sind. Wenn sie zueinander passen und zu den Menschen passen. Das kann aber man nicht heranziehen. Das muss man finden. Und manchmal findet es sich, und dann löst es sich wieder auf. Ob das stimmt, was ich sage, weiß ich nicht, aber ich hoffe es.“<sup>1</sup>*

Suchend und zögernd richtete Frau R. (92) diese Worte an mich, nachdem sie an einer Musiktherapiestunde teilgenommen hatte. Als Schneiderin im Ruhestand lebte Frau R. in einem Pflegeheim, eine ihrer medizinischen Diagnosen: mittelgradige Demenz, vermutlich vom Alzheimerstyp. Trotz gravierender Verstandeseinbußen hat sie sich ihren Sinn für Ästhetisches bewahrt und – bei aller Unsicherheit – die Fähigkeit, davon zu erzählen. Die meisten Personen, die mittel- bis schwer demenziell verändert in Pflegeheimen leben, können das nicht, jedenfalls nicht in Worten. Gleichwohl bleibt ihnen ein Gespür für das, „was zusammenpasst und was zu den Menschen passt“, vermutlich bis zum Tode erhalten. Dieses Passen als erlebbare Übereinstimmung lässt sich offenbar nicht verlässlich herstellen („Manchmal findet es sich, und dann löst es sich wieder auf.“). Aber wenn es einmal gefunden ist, dann ist das bemerkenswert, beileibe nicht messbar aber spürbar für alle Beteiligten – als Resonanzerleben im atmosphärisch gestimmten Raum.

Im zweiten Praxisbeispiel wird der Umgang des Therapeuten mit den eigenen Resonanzen thematisiert – eine wesentlich zu beachtende Ebene besonders in der Begleitung schwerst demenzbetroffenen Menschen.

*Frau B. lebt seit Monaten bettlägrig in einem Pflegeheim. Beim Eintreten in ihr Pflegezimmer nehme ich verbrauchte, übelriechende Luft und Musik aus dem Radio wahr, die den Raum gänzlich erfüllen. Etwas erschreckt erkenne ich den Titel des Stücks This is the end von The Doors, dessen morbide Atmosphäre sich augenblicklich auf meine Stimmung überträgt. Frau B. liegt mit zusammengekniffenen Augen angespannt im Bett, ihre versteiften Glieder nah an den Leib gezogen. Sie begrüßend stelle ich fest, dass sie weit davon entfernt ist, auf ein Wort zu reagieren zu können. Die Beklemmung der ersten Eindrücke weicht nur langsam, während*

---

<sup>1</sup> Die Praxisbeispiele entstammen dem Fundus meiner Aufzeichnungen als praktizierender Therapeut in stationärer Betreuung von Menschen mit Demenz und sind anonymisiert.

*ich mich ihrem Umraum zuwende, die Lautstärke der Musik reduziere und ein Fenster öffne. Ein Windstoß bauscht die Gardine und die verbrauchte Luft des Zimmers verflüchtigt sich in die Luft der äußeren Welt. Bevor ich mich schließlich an ihr Bett setze, stelle ich das Radio ganz aus. Spannung fällt von mir ab und an ihre Stelle treten Traurigkeit und Mutlosigkeit angesichts der unverändert daliegenden Frau. Ich rieche ihren Urin, sehe ihre gekrümmten, an die Brust gezogenen Hände, höre, wie sie schniefend und stoßweise atmet. Vorsichtig spreche ich ihren Vornamen, Clara. Dann ihren Mädchennamen. Dann beide Namen – mehr zu mir selbst als zu ihr – und lausche dem Klang ihres Namens nach. Ein Klang, den sie selbst unzählige Male in ihrem Leben gehört hat. Über ihr starres Gesicht rinnt eine Träne.*

### **3. Erkenntnistheoretische Position. Die Wirklichkeit zum Sprechen bringen**

Als Musiktherapeut bin ich beständig mit intensiv ästhetischen, berührend leiblichen und bewegend emotionalen Wirkungszusammenhängen befasst. Davon ausgehend entwickelte sich in meiner forschenden Arbeit gewissermaßen leitmotivisch das Interesse, angemessene Beschreibungen und erklärende Modelle für präreflexive – bzw. im Zusammenhang mit Demenz *postreflexive* – Phänomene zu entwickeln. Das erfordert in erster Linie einen achtsamen, forschenden und prüfenden Umgang mit der Sprache, denn schließlich werden Erkenntnisse in den Wissenschaften überwiegend sprachlich transportiert<sup>2</sup>.

Doch wie kann die erlebte Wirklichkeit von Atmosphären und Resonanzen zum Sprechen gebracht werden? Wie kann es gelingen, solcherart Erfahrungen gleichsam in die Sprache ‚hinüberklingen‘ zu lassen? Seit bald 25 Jahren ist meine Position im Feld psychosozialer Begleitung von Menschen mit Demenz die des forschenden Praktikers. Den durch Supervision, Verschriftlichen von Erlebtem und andere reflexive Methoden begleiteten, im musiktherapeutischen Alltag vorwissenschaftlich mitlaufenden Erkenntnis- und Theoriebildungsprozess nenne ich *reflektierte therapeutische Praxis*. In diesem Prozess erscheint die therapeutische Tätigkeit als eine Pendelbewegung zwischen Handeln und rekonstruktivem Verstehen. Sie steht in enger Wechselbeziehung zum Nachdenken, Sprechen

---

<sup>2</sup> Dass dies nicht unkritisch hingenommen werden sollte, sich gerade in den letzten Jahren (z.B. auf dem Gebiet von Artistic Research) durchaus vielschichtiger Zugänge und Auffassungen in Bezug auf Forschung entwickeln sei hier Anlass einer Randnotiz, wenngleich ich im Folgenden weiterhin den Gepflogenheiten der Schriftsprache folgen werde.

und Schreiben über den Menschen in Beziehung zu seiner Umwelt und seinen Mitmenschen<sup>3</sup>. Den Schreibprozess verstehe ich als methodisch geleitete und von Theorie begleitete Überführung der Praxiserfahrungen in ein Schriftwerk, das inhaltlich wie formal in engem Bezug zu ihnen steht, gleichzeitig aber das Ende eines Transformationsprozesses darstellt.

#### **4. Demenzbezogene Position. Daseinsform im Alter**

In den vergangenen Jahren hat sich das öffentliche und fachliche Bild von Demenz vielschichtig geformt. Demenz wird vor dem Hintergrund medizinischer, pflegerischer, ethischer, soziologischer, psychologischer, philosophischer, demographischer und therapeutischer Fragestellungen diskutiert. Das hohe Aufkommen demenzieller Erscheinungen in den alternden Bevölkerungen der Industriestaaten stellt die betroffenen Gesellschaften vor enorme Herausforderungen. In der öffentlichen Wahrnehmung entsteht das beunruhigende Bild einer Gesellschaft, deren Mitglieder am Ende ihres Lebens das einbüßen, was seit der Aufklärung als *conditio humana* schlechthin gilt: ihren Verstand. Für den westlich sozialisierten Menschen scheint eine besondere Gefahr von dem Verlust des Denkvermögens und des Gedächtnisses auszugehen, da er seine Vorstellung vom Menschsein entscheidend an diese Kompetenzen gebunden hat. Moderne Gesellschaften bauen auf ein möglichst optimales Funktionieren dieser Kompetenzen auf, so dass jede Form kognitiver Einschränkung als existentielle Bedrohung erlebt werden muss. Die große Aufmerksamkeit, die dem Phänomen Demenz in den vergangenen Jahren zuteilwurde, erhält meiner Ansicht nach ihren Antrieb aus einer Überbewertung des Kognitiven und reduziert damit das Menschsein auf ein intaktes Gehirn.

Die aus diesem Hintergrund erwachsene Defizitperspektive auf Demenz und die damit verbundene Geringschätzung des Leibes als verkörperter Persönlichkeit erscheinen von einschüchternder Überzeugungskraft und Dominanz. Jeder Versuch eines Perspektivwechsels, der die Ressourcen demenzieller Daseinsformen in den Blick rückt, kommt einem Tabubruch gleich. Gleichzeitig laden Erfahrungen der Art, wie Sie diesem Beitrag zugrunde liegen zum Umdenken ein, da sie Demenz in einem anderen, nicht selten warm strahlenden Licht erscheinen lassen. Persönliche und berufliche Erlebnisse mit vielen alternden Menschen,

---

<sup>3</sup> Wie dieser vorwissenschaftliche Theoriebildungsprozess in wissenschaftliche Arbeit überführt werden kann, habe ich anhand der Forschungsmethode *methodisch gestütztes Nach-denken* gezeigt (Sonntag, 2015).

deren Kognitivität sich zwar verändert hat, deren subjektives Wohlbefinden unter bestimmten Bedingungen jedoch ausgesprochen hoch sein konnte, wirkten immer wieder als Antrieb zur Weiterarbeit an den hier vertretenen Positionen. Dass intakte Kognitivität nicht *conditio sine qua non* für Lebensqualität ist, zeigt etwa folgende Situation:

*Eine vormals kühl und distanziert wirkende, in ihrer Verwandtschaft wegen ihrer Humorlosigkeit wenig beliebte, pensionierte Studienrätin entschließt sich – mittlerweile fortgeschritten dement – auf einer großen Familienfeier dazu, mit allen Gästen zu singen und erzeugt dadurch starke zwischenmenschliche Wärme und Nähe. Anschließend fordert sie, die sich in ihrem Leben niemals erlaubt hätte, in der Öffentlichkeit Gefühle zu zeigen, ihren Ehemann auf: „Schatz, nun gib mir doch mal einen Kuss!“. Den Kuss genießend setzt sie hinzu: „Oh, das ist schön. Das machen wir jetzt immer!“ Auf die Frage nach dem Anlass des Festes antwortet sie lachend: „Das kann ich dir leider nicht sagen. Mein Gehirn hat Urlaub.“*

Ich gehe davon aus, dass auch künftig in alternden Gesellschaften Menschen am Ende ihres Lebens nicht zuletzt aufgrund von geistiger Verwirrung und kognitiver Einschränkung neue Seiten an sich entdecken und neue Facetten der Beziehung zu ihren Mitmenschen entwickeln. Demenz betrachte ich deshalb als eine unter bestimmten Bedingungen unabwendbare *Daseinsform des Alters*, die sowohl Probleme als auch Ressourcen mit sich bringt. Anstatt Altersverwirrtheit zu pathologisieren ziehe ich vor, sie als Teil des Lebens und als *eine* Möglichkeit, das Alter zu erleben anzuerkennen<sup>4</sup>. Mich bewegt die Frage, was eine Gesellschaft lernen kann, wenn sie sich dem Primat des Verstandes kritisch gegenüberstellt und diejenigen Mitbürger, die leibbezogen, hilfependhängig und kognitiv beeinträchtigt leben, wieder in ihre Mitte holt<sup>5</sup>.

## **5. Therapeutische Position. Menschen begleiten**

Demenz als Daseinsform im Alter zu begreifen, bedeutet zu akzeptieren, dass eine Gruppe von Menschen nicht mehr auffassungsschnell, gedächtnisstark, kontrolliert und orientiert

---

<sup>4</sup> Dabei gilt es freilich zu berücksichtigen, dass ein nicht unerheblicher Anteil demenzieller Veränderungen reversibel ist, etwa solche, die auf Depression oder Delir zurückzuführen sind.

<sup>5</sup> Mit Überlegungen dieser Art stehe ich nicht allein. Autoren wie Tom Kitwood, Peter Wißmann, Reimer Gronemeyer, Thomas Fuchs, Verena Wetzstein, Peter Whitehouse u.v.m. sowie Initiativen wie Aktion Demenz e.V., Konfetti im Kopf e.V., Demenz Support Stuttgart u.v.m. stehen für ein differenziertes, kritisches und personen- und ressourcenorientiertes Demenzverständnis.

genug ist, um in einer immens beschleunigten Leistungsgesellschaft ohne Hilfe bestehen zu können. Das hat unmittelbare Auswirkungen auf die Konzeption therapeutischer Angebote, die berücksichtigen sollten, dass Alter und Demenz das medizinische Verständnis von Therapie infrage stellen (Muthesius et. al. 2019). So erscheint es fragwürdig, von überprüfbar funktionellen Zielen zu sprechen: „Der Mensch wird weder jünger noch gesünder. Aufgrund der Gedächtnisschwäche kann in der Therapie nicht immer an vorhergehende Therapiestunden angeknüpft werden. Somit gewinnt die Beziehungsgestaltung im ‚Hier und Jetzt‘ eine besondere Bedeutung“ (ebd., 17). Kritisch betrachtet wird ferner der inflationäre Gebrauch des Therapiebegriffs, der dazu führt, dass in der Altenpflege vielen musikalischen Angeboten der Anschein von Therapie gegeben wird (ebd.). Und schließlich ist die Fragmentierung des Lebens hilfebedürftiger alter Menschen kritisch zu hinterfragen, womit die Aufteilung in professionelle Zuständigkeitsbereiche gemeint ist, die z.B. in Pflegeheimen häufig eher von Verwaltungsstrukturen als von den Bedürfnissen der Betroffenen her vorgenommen wird (ebd., 263).

Meinem Verständnis nach sollte sich die Grundausrichtung therapeutischer Angebote an einer Ursprungsbedeutung des Wortes Therapie (*therapeia* = Dienen) orientieren und weniger als Behandlung, sondern als *Begleitung* aufgefasst werden. Begleitung in einer Lebensphase, in der das Angewiesensein des Menschen auf mitfühlende Mitmenschen deutlicher zutage tritt als in anderen Lebensphasen. Musik kann in diesem Zusammenhang eine wesentliche Rolle spielen. Nicht nur hilft sie, sprachliches Verständigungsvermögen zu kompensieren, sie bildet auch einen von reflexivem Vermögen unabhängigen, sinnlich-affektiv erlebbaren Raum, der Angedeutetes und rational Unverstandenes zu integrieren vermag und der die Erfahrung gemeinsamen Anwesendseins ermöglicht.

## **6. Musiktherapeutische Position. Musik als Notwendigkeit**

Der Begriff Musiktherapie bündelt eine Vielzahl von Interventions- und Behandlungskonzepten, bei denen Musik – neben Gesprächen und anderem – eine zentrale Rolle als Medium (Spielraum), Agens oder Symbol spielt. Je nach Konzeption und Menschenbild ist der Musikbegriff so unterschiedlich, wie das Vorgehen und die Zielsetzungen. Im Unterschied zu manchen anderen Verwendungsformen von Musik (etwa Musikmedizin, Musikgeragogik, Musik in der Altenpflege) findet Musiktherapie immer im Rahmen einer therapeutischen Beziehung statt und zählt zu denjenigen Interventionsformen, die ihrem Wesen nach als

psychotherapeutisch zu charakterisieren sind, in Abgrenzung zu pharmakologischer und physikalischer Therapie (DMtG 2023).

Als praxisorientierte Wissenschaftsdisziplin steht Musiktherapie in enger Wechselwirkung zu anderen Wissenschaftsbereichen wie Psychologie, Medizin, Musik-, Sozial- und Erziehungswissenschaften. Daraus resultieren je unterschiedliche Akzentuierungen der musiktherapeutischen Methoden, die gleichberechtigt etwa tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutisch-lerntheoretischen, systemischen, anthroposophischen und ganzheitlich-humanistischen Ansätzen folgen. Mehrere in Deutschland seit mehr als 40 Jahren etablierte Hochschulstudiengänge bieten akademische Abschlüsse auf Bachelor- und Master-Niveau. Es existiert eine Infrastruktur von Berufsorganisationen sowie umfangreiche Forschungs- und Fachliteratur.

Die Lebensspanne nach Beendigung der Berufstätigkeit, der sogenannte dritte und vierte Lebensabschnitt, wird von der Musiktherapie seit über 40 Jahren sowohl praxisbezogen als auch wissenschaftlich begleitet (Muthesius et al. 2019). Unter den musikbezogenen Unterstützungsangeboten für alte Menschen verfügt Musiktherapie über die längste Tradition und einen hohen Standard an wissenschaftlicher Evidenz. Für die häufigsten psychischen, psychiatrischen und neurologischen Erkrankungen im Alter bietet Musiktherapie grundlegende Hilfen (Wormit et al. 2020).

Mit ihrem Fokus auf therapeutische Beziehung bringt die Musiktherapie in allen denkbaren Versorgungskontexten Menschen mit ihrer eigenen Lebensgeschichte und anderen Menschen in Kontakt. Sie ermöglicht Begegnung und Beziehungsaufnahme trotz mitunter hohen kognitiven und kommunikativen Einschränkungen (Sonntag 2016). Nicht ohne Grund ist deshalb die Begleitung von Menschen mit Demenz das bei Weitem größte Anwendungsfeld der Musiktherapie mit alten Menschen. Der Neurologe Oliver Sacks behauptet, für Menschen mit Demenz sei „Musik kein Luxus, sondern eine Notwendigkeit und besitzt die einzigartige Macht, ihr Selbst für sie und für andere wiederherzustellen – zumindest eine Zeitlang“ (Sacks 2008, 377). Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft spricht von Musik als ‚Königsweg‘ im Umgang mit Demenzbetroffenen (DAG 2002, S. 66). Häufig sind therapeutische Kompetenzen erforderlich, damit Menschen mit Demenz von Musik profitieren können, da das Angebot auf die besonderen Daseinsbedingungen der Demenz abgestimmt sein muss und die gekonnte und reflektierte Integration musikalischer Interaktionsformen in die Beziehungsgestaltung Voraussetzung für ihre Wirksamkeit ist. Dass und wie Musiktherapie in

der Begleitung von Menschen mit Demenz notwendig wirkt, ist in zahlreichen Untersuchungen und Fachpublikationen belegt und dokumentiert (van der Steen et al. 2018) und findet seit einigen Jahren in der gesundheitspolitischen Diskussion zunehmend Beachtung<sup>6</sup>.

## 7. Resonanz. Ein klingender Begriff

In Anbetracht seiner Herkunft aus dem Akustischen verwundert es nicht, dass der Begriff Resonanz in der Musiktherapie durchaus präsent ist. Formulierungen wie „in Resonanz treten“, „Resonanz finden“, „Resonanz geben“, „nach Resonanz fragen“ sind feste Bestandteile des musiktherapeutischen Jargons. Der Aufbau von Musikinstrumenten – Saiten, Metallzungen, Holzstäben oder Tierfelle, deren Schwingung durch den Resonanzkörper etwa aus Holz, Metall, Kunststoff aufgenommen wird – ist ein beliebtes Sinnbild für die empathisch-therapeutische Beziehung. Das Resonanzkonzept wird seit vielen Jahren fachspezifisch praxisbezogen und wissenschaftlich entwickelt (Langenberg 1986; Gindl 2002; Coomans 2016; Eckert 2019). Aus therapeutischer Perspektive wird Resonanz im Zusammenhang mit der phänomenalen Welt intersubjektiv teilbarer Wahrnehmungen verstanden, welche durch fundierte Kenntnis akustischer Zusammenhänge differenziert begrifflich gefasst werden können.

Ihrem ideengeschichtlichen Ursprung nach sind Resonanz-Modelle in vielen Disziplinen immer Übertragungsmodelle, die nach der Logik der mitschwingenden Saite funktionieren (Beyer & Gerner 2017).

[Der Begriff verweist] im *sonare* auf ein hörbares Klingen, zum anderen deutet das *re* auf eine Richtungsbestimmung hin, nämlich auf einen Widerhall oder Gegenschwingen. In der Musik kann der Ton eines Instruments in einem gleich gestimmten anderen Instrument nicht nur diesen Ton in seiner messbaren Frequenz, sondern auch seine Obertöne mit aufrufen. Hier deutet sich bereits an, dass Resonanz mehr ist als eine bloße Wiederholung oder Dopplung, die sich allein durch Grade der Intensität vom auslösenden Ereignis unterscheiden würde (Beyer & Gerner 2017, 34).

---

<sup>6</sup> Vgl. Resolution und Konzeptpapier der Bundesinitiative Musik und Demenz unter [www.musik-und-demenz.de](http://www.musik-und-demenz.de)



Bei zwei gleichgestimmten Saiten eines Instruments gibt es stets eine „Marge der Ungenauigkeit“ (ebd.), d.h. die Eigenfrequenzen der beiden Saiten müssen nur annähernd übereinstimmen, um in Resonanz zu geraten. Die angeregte Saite schwingt auf ihre eigene Weise, ihrer Eigenstruktur gemäß auf die gespielte Saite zurück. Resonanz ist also nicht Spiegelung oder Echo, sondern *Antwort mit eigener Stimme*. Das ist für die Anwendung des Konzepts auf Ebene der komplexen sozialen Interaktion zwischen Lebewesen und ihrer Umwelt nicht unwesentlich, da Resonanz dadurch im Vergleich zur optischen Metapher der Siegelung als 1:1-Reflexion auch Graustufen intersubjektiver Bezogenheit einschließen kann. Resonanz spielt somit nicht nur als mechanisches und quantifizierbares Phänomen eine Rolle, sondern zeigt sich multidimensional auch als Metapher und Erklärungsmodell für ästhetische und psycho-soziale Phänomene (ebd.).

In diesem epistemologischen Kontext steht auch die Resonanztheorie Hartmut Rosas. Seine *Soziologie der Weltbeziehung* (2016) war nicht unwesentlich daran beteiligt, dass in den vergangenen Jahren das Konzept der Resonanz in der Psychologie sowie in den Kultur- und Sozialwissenschaften, aber auch über die Grenzen wissenschaftlicher Rezeption hinaus, einen erheblichen Aufschwung erlebte. Rosa versteht sein Buch als Beitrag zu einer “Soziologie des guten Lebens” (ebd., 14), als deren Basis er eine resonante Grundbeziehung zwischen Mensch und Umwelt ansieht. In seiner Eklektik und teils populärwissenschaftlichen Anmutung vielleicht zu Recht kritisiert, findet das Werk gerade aufgrund dieser ethischen Ausrichtung hohe Anerkennung sowohl in interdisziplinären Wissenschaftskreisen als auch in der medialen Öffentlichkeit. In Bezug auf Musik sieht Mahler (2020) in Rosas Theorie ein “heuristisches Prisma” (ebd., 137), das den Blick für vielerlei Vorgänge beim Umgang mit Musik öffnet und weitet. Rosas Verständnis von Resonanz weist deutliche Parallelen zum ästhetischen Konzept von Atmosphäre auf, etwa in der Verortung als Zwischenphänomen, in seiner prinzipiellen Unverfügbarkeit, aber auch in der Gefahr der Funktionalisierung und Manipulation.

### **7.1. Resonanztheorie Hartmut Rosas. Ein antwortendes Weltverhältnis**

Im Folgenden stelle ich Grundzüge der soziologischen Resonanztheorie dar, um anschließend Verknüpfungen zu musiktherapeutischen Erfahrungen und Konzepten in der Begleitung Demenzbetroffener herstellen zu können<sup>7</sup>.

### 7.1.1. Modi der Weltbeziehung

Unter Weltbeziehung versteht Rosa eine Seinsweise oder Existenzform zur Welt und zeigt darin deutlich den Einfluss phänomenologischer Konzepte auf seine Theorie. Der Ursprungsfunkte des Bewusstseins ist demnach die Wahrnehmung ‚Da ist etwas‘. Diese Grundform der Wahrnehmung ist kein Gefühl, auch kein Weltbild, sondern ein existentielles *Bezogensein*. Rosa versteht Resonanz demnach weder als Metapher noch als einen emotionalen Zustand des Subjekts, sondern eben als *Beziehungsmodus*<sup>8</sup>.

Dass eine Weltbeziehung nicht zwingend beglückend oder zumindest Interesse weckend ist, bedarf an sich keiner weiteren Erklärung. Je nach Situation und je nach Persönlichkeit kann dieses ‚Da ist etwas‘ als anziehend, verlockend oder tragend empfunden werden. Hier ist laut Rosa in der Regel Resonanz im Spiel, weshalb seine Theorie Resonanz zwar nicht uneingeschränkt, aber tendenziell positiv konnotiert und deshalb diesen Modus der Weltbeziehung häufig auch als resonant bezeichnet. Eine resonante Grundbeziehung schafft für einen Menschen etwa einen ganz anderen Weltbezug, als einen, in dem die Welt als gefährlich erlebt wird.

Rosa verleiht seinem Resonanz-Verständnis also eine Trennschärfe durch die Abgrenzung zum ergänzenden Gegenpol – *“Resonanz ist das Andere der Entfremdung”* (ebd., 306). Resonanz hört laut Rosa dort auf, wo die *“Welt dem Subjekt gleichgültig gegenüberzustehen scheint (Indifferenz) oder sogar feindlich entgegentritt (Repulsion)*. Entfremdung bezeichnet damit eine Form der Welterfahrung, in der das Subjekt den eigenen Körper, die eigenen Gefühle, die dingliche und natürliche Umwelt oder aber die sozialen Interaktionskontexte als äußerlich, unverbunden und nichtresponsiv beziehungsweise als *stumm* erfährt” (ebd.). Es

---

<sup>7</sup> Die hier modifiziert aufgenommene Zusammenfassung der Resonanztheorie Rosas ist der Kooperation mit den Kollegen Manuel Goditsch und Markus Storf zu verdanken (Sonntag, Goditsch & Storf, 2023).

<sup>8</sup> Aufgrund ihrer relationalen Grundanlage kann die Resonanztheorie Rosas gleichsam als Dialogphilosophie 2.0 gelesen werden: Eine Aktualisierung und Ausdifferenzierung der Theorie Martin Bubers, die ihrerseits als Meilenstein in der Auseinandersetzung mit modernen, entfremdeten Weltverhältnissen angesehen werden kann.

handelt sich also nicht um das Konzept einer Nicht-Beziehung, sondern um das Erleben von Beziehungslosigkeit in Beziehung<sup>9</sup>. Dieses Erleben stellt laut Rosa eine genauso reale, universale Lebenserfahrung wie die resonante Weltbeziehung dar und bildet den Spannungsbogen, welcher Resonanz als solche erst erfahrbar werden lässt – oder musikalisch ausgedrückt: Klang wird nur im Bezug zur Stille hörbar.

### 7.1.2. Merkmale von Resonanz

Mittels vier definierender Merkmale gelingt es Rosa, die komplexe Gestalt von Resonanz so genau zu fassen, dass einerseits hinlänglich erklärt ist, wie es zu Resonanzerleben kommt, andererseits die Offenheit und Unvorhersehbarkeit desselben nicht in Fesseln einer zu scharfen begrifflichen Eingrenzung gelegt wird.

Die Grundfigur resonanter Beziehung konstituiert sich aus den Polen *Affizierung* (auch Berührung) und *Selbstwirksamkeit* (auch Antwort). Während das Berührt-Werden die passive oder pathische Seite der Resonanz darstellt, liegt in der Selbstwirksamkeit die Qualität des aktiven Antwortens auf der Grundlage eigener Stimme, Stimmung und struktureller Verfasstheit. Auf die Akustik zweier gegenüberstehender Stimmgabeln verkürzt, bedeutet Affizierung, dass eine Gabel von der Frequenz der anderen angeschwungen wird, und Selbstwirksamkeit, dass sie mit eigener Schwingung reagiert. Hierin, und zwar in der Doppelfigur von Berührung und Antworten, liegt laut Rosa die Grundlage, sich in lebendigem Bezug zur Welt zu erleben.

Dabei schwebt Rosa noch etwas Weiteres vor, nämlich ein Zustand *zwischen* aktiv und passiv. Ähnlich der Verbform des Mediopassivs, das tatarsächliche Zusammenhänge gleichsam in einem ‚Es ereignet sich‘ oder ‚Es begab sich aber zu der Zeit‘ verschränkt, ermöglicht die resonante Weltbeziehung eine Aufhebung des Aktiv-Passiv-Dualismus. Das kann etwa beim Tanzen erlebt werden, wenn die Tanzenden nicht mehr unterscheiden können, wer führt und wer folgt; oder wenn Musiker:innen beim jammen nicht mehr wissen, ob sie auf ein Instrument reagieren oder ob sie den Ton angeben. Als weiteres konstitutives Element der Resonanzerfahrung bezeichnet Rosa folglich die *Transformation* (oder

---

<sup>9</sup> Rosa bezieht sich in der Beschreibung von Entfremdung größtenteils auf das theoretische Konzept der Philosophin Rachel Jaeggi.

Anverwandlung): “Resonanzerfahrungen *verwandeln* uns, und eben darin liegt die Erfahrung von Lebendigkeit” (Rosa 2018, 41). In der Anverwandlung liegt im Gegensatz zur Aneignung die Möglichkeit der Veränderung in Bezogenheit.

Als letztes Merkmal von Resonanz verzeichnet Rosa das Moment der *Unverfügbarkeit*<sup>10</sup>. Sprich: Resonanzen stellen sich ein, aber sie können nicht gemacht werden. Wir können nur mit etwas oder jemand in Resonanz treten, das oder der prinzipiell unverfügbar ist, ein unverfügbares Anderes. Die grundsätzliche Tendenz, die Welt zunehmend verfügbar zu machen, Weltreichweite zu vergrößern, führt nicht gleichzeitig zu einer Erweiterung des Resonanzerlebens, im Gegenteil, am Beispiel von Musikstreaming-Diensten zeigt Rosa, wie die unermessliche Verfügbarkeit von Musik zu einer Abnahme resonanter Musikerfahrung führt (Pfleiderer & Rosa 2020).

### 7.1.3. Resonanzachsen

Um kurzfristige und mehr oder minder zufällige Resonanzempfindungen von konstanteren Resonanzverhältnissen zu unterscheiden, bringt Rosa den Begriff *Resonanzachsen* ins Spiel. Damit sind Resonanzbeziehungen gemeint “welche erst eine stabile und verlässliche Basis für solche (wiederholbaren) Erfahrungen bilden” (Rosa 2016, 73).

Rosa unterscheidet zwischen horizontalen, diagonalen und vertikalen Resonanzachsen. *Horizontal* bezieht sich auf Menschen untereinander, *diagonal* auf die materielle Dingwelt, und *vertikal* meint einen umfassenden Weltbezug, indem eine “über das Individuum hinausgehende Totalität erfahren wird” (Rosa 2016, 74). Häufig sind Resonanzerfahrungen nicht nur auf jeweils einer Resonanzachse angesiedelt. Das ganzheitliche Phänomen Musik wirke nach Pfleiderer und Rosa (2020) auf allen drei zuvor beschriebenen Resonanzachsen, was sich beim miteinander Musizieren durch die Beziehung zum Instrument, zu den Mitspielenden und der Musik als Ganzes zeigt.

---

<sup>10</sup> Rosa räumt dem Moment der Unverfügbarkeit einen so großen Raum in seiner Theorie ein, dass er ihm zwei Jahre nach Erscheinen seiner Resonanztheorie ein eigenes Buch gewidmet hat (Rosa, 2018).

## 7.2. Musik als Resonanzsphäre. Alle Achsen inklusive

Allein die Tatsache, dass Rosa den eng mit Musik verbundenen Begriff der *Resonanz* als einen Kernbegriff für seine Soziologie der Weltbeziehung wählt, macht deutlich, wie sehr er Musik und damit verbundene Phänomene als eine der zentralen Resonanzsphären unserer spätmodernen Gesellschaft betrachtet. Rosa beschreibt Musik gar als universelles „Bindemittel für das spätmoderne Weltverhältnis“, das enorme „psychisch wirksame Qualität zur alltäglichen Vermittlung und Heilung“ (Rosa 2016, 112) von Menschen habe.

Das umfassende Potential von Musik für die Begünstigung von Resonanzerfahrungen besteht nach Rosa darin, dass Musik gar eine „spezifische Form der Weltbeziehung“ (ebd., 161) stiften könne, in der das Weltverhältnis von Menschen als Ganzes spürbar und damit modulierbar und modifizierbar werde – demnach sei Musik ein Resonanz-, Beziehungs- und Bezugsphänomen zwischen Menschen und der Welt. Verschiedene Parameter von Musik, wie Rhythmen, Klänge, Melodien oder Töne würden im Dazwischen von Selbst und Welt wirksam. Musik als an der Kontaktgrenze wirkendes Phänomen begünstige die „Erfahrung einer existenziellen inneren Verbundenheit mit der Welt, dem Leben oder dem ‚Klanguniversum‘“ (Pfleiderer & Rosa 2020, 13).

Auf *diagonaler Ebene* finden musikalische Erfahrungen, je nachdem ob die Musik selbst gemacht oder rezipiert wird, in Auseinandersetzung mit musikalischem Material, wie mit Klängen, Melodien, Rhythmen sowie Instrumenten, der Stimme, Notenpapier, Tonträgern, etc. statt. Die leibliche Qualität der Musik wird jedoch vorwiegend bei der schöpferischen musikalischen Handlung unter Verwendung von Instrumenten und/oder der Stimme bzw. beim Hören der Musik erlebt.

Da Patient.innen der Musiktherapie meist mit anderen Patient.innen – in einer Musiktherapie-Gruppe – oder mit deren Musiktherapeut.innen musizieren und die therapeutischen Beziehung ein entscheidender Wirkfaktor ist, kommt der *horizontalen Dimension* besondere Bedeutung zu. Diese Dimension betrifft das Verhältnis und die Beziehung der Musizierenden sowie Hörenden untereinander (Pfleiderer & Rosa 2020). Was das aktive Musizieren betrifft, unabhängig davon ob reproduziert oder improvisiert wird, kommt es den Autoren zufolge zwischen den Musizierenden zu „interaktiven Prozessen der Feinjustierung von Dynamik und Intonation, Tempo und Agogik“ (ebd., 20).

Schließlich wird das menschliche Weltverhältnis durch musikalische Erfahrungen als Ganzes spürbar, was das Berühren der *vertikalen Dimension* impliziert. Musik wird leiblich erfahren, beim Spielen wie beim Hören. Sie ist innen und außen zugleich und berührt daher leibliche, emotionale und kognitive Ebenen simultan. Beim Improvisieren etwa machen und erfinden Therapeut.innen und Patient.innen im selben Moment Musik, während sie diese zeitgleich hören und leiblich erfahren. Es finden also auf diagonalen Ebenen (Mensch und Instrument), auf horizontaler Ebene (Mensch und anderer Mensch) sowie auf vertikaler Ebene (ganzheitlich leibliche Erfahrung der Musik) Resonanzen statt.

## **8. Maligne Sozialpsychologie. Der allseits verstummende Raum**

Demenz kann als in die Krise geratene Weltbeziehung verstanden werden. In die Krise geraten insofern lebendige Resonanzbeziehungen grundsätzlich und fortschreitend beeinträchtigt sind. Dabei handelt es sich um ein beiderseitiges Entfremdungsverhältnis, in dem die Abnahme kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten Demenzbetroffener ein gefährliches Zusammenspiel mit resonanzbehindernden Merkmalen der versorgenden Umgebung eingehen. Tom Kitwood, Pionier eines menschenwürdigen Umgangs mit Menschen mit Demenz, beschreibt Demenzprozesse in diesem Zusammenhang als sozialpsychologischen Teufelskreis (Kitwood 2000). Die sich gegenseitig verstärkenden Faktoren von Rückzug und Ausschluss aus dem sozialen Leben auf der Basis einer Pflegekultur, die das Personsein von Menschen mit Demenz missachtet, bezeichnet Kitwood als „maligne, bössartige Sozialpsychologie“ (ebd., 73). Demgemäß sind die sozialen, psychischen und institutionellen Dispositionen von Pflegeheimen „für sich genommen bereits völlig ausreichend, um Menschen dement zu machen“ (ebd.).

Verhaltensweisen, die das Personsein der Betroffenen schädigen, nennt Kitwood *personal detractions*. Eine Person wie ein Objekt zu behandeln, über sie zu lästern, ihr herablassend zu begegnen oder ihre subjektiv empfundene Wirklichkeit nicht anzuerkennen (Kitwood 2000) betrachte ich in dem hier behandelten Kontext als Symptome eines entfremdeten Weltverhältnisses, das zwischenmenschlich verstummt. In diesem Verstummen zeigen sich sowohl Menschen mit Demenz als auch ihre Begleitenden entweder gesteigert oder gemindert produktiv. Gesteigerte Produktivität auf Seiten der Begleitenden geht häufig mit Aktionismus einher, z.B. der Übernahme von Tätigkeiten, die die betroffene Person eigentlich noch selbst verrichten könnte (Sonntag 2016). Geminderte Produktivität dagegen zeigt sich in

Vernachlässigung oder therapeutischem Nihilismus (ebd.). Auch bei den Betroffenen äußern sich die Begleiterscheinungen der Demenz einerseits in einer Zunahme von Produktivität (Agitation), andererseits in deren Abnahme (Apathie). Verhaltensstörungen wie Aggressivität, Unruhe, Wahnleben, Enthemmung, Affektlabilität oder Apathie treten bei über 90 % der Demenzbetroffenen auf. Im klinischen Alltag sind Verhaltensstörungen eine große Herausforderung und größter Stressor bei Pflegenden und betreuenden Angehörigen (Hessler et al. 2017).

Die zwei oben beschriebenen Modi der Entfremdung – Repulsion und Indifferenz – lassen sich aus meiner Sicht mühelos und schlüssig auf diese beiden problematischen Begleiterscheinungen von Demenzprozessen übertragen und helfen, ihre Wechselseitigkeit zu verstehen, d.h. einseitige Ursachenzuschreibungen zu vermeiden.

### **8.1. Agitation als Repulsion**

*An einem Kreuzungspunkt zweier Flure sitzt Frau D. und starrt mit mürrischer Mine auf den Boden. Ein Pfleger erzählt mir, dass sie sich – wie immer – mit Händen und Füßen gegen die Körperpflege gewehrt, bevor sie diesen, ihren Stammplatz eingenommen habe, den sie in der Regel nur verlässt, um schimpfend und klagend durch die Flure zu wandern. Frau D. ist 95 Jahre alt, fordert infolge einer Demenz die Mitarbeitenden der Pflege und Betreuung durch aggressiv ablehnendes Verhalten heraus und nimmt weder an gemeinsamen Mahlzeiten noch an anderen Gruppenangeboten teil. Gleichzeitig erfährt sie durch ihre Umgebung häufig Ablehnung, unfreundliche Ansprache und Gewaltanwendung.*

Frau D. erscheint hier in einer deutlich repulsiven Beziehung zu ihrer pflegenden Umgebung zu stehen. Agitiertes Verhalten wie psychomotorische Unruhe sowie verbale und körperliche Aggression zählen zu den herausfordernden Verhaltensweisen, die als nichtkognitive Symptome der Demenz gewertet werden. Sie fordern gewissermaßen lautstark das betreuende Umfeld heraus. Teambesprechungen und Erfahrungen im Betreuungsalltag zeigen, dass es zumeist diese produktiven Verhaltensweisen sind, welche viel Beachtung bei den Betreuenden finden und häufig problematisiert werden. So kommt es z.B. vor, dass das laute Schreien einer Pflegeheimbewohnerin über viele Wochen im Mittelpunkt von Fallbesprechungen steht und einen hohen Einsatz von therapeutischen, medizinischen und pflegerischen Maßnahmen zur Folge hat. Menschen, die schreien, rufen sich in Erinnerung

und widersetzen sich dadurch der Tendenz, im Alter unter den Bedingungen institutionalisierter Betreuung ‚vergessen‘ zu werden. Häufig wird herausforderndes Verhalten ursächlich den Betroffenen zugeschrieben, und Umfeld-assoziierte Ursachen finden wenig Beachtung. Dementsprechend finden sich therapeutische Maßnahmen eher im Bereich der Pharmakotherapie angesiedelt (ebd.). Im Lichte der Resonanztheorie als gegenseitig ablehnende oder feindliche Weltbeziehung aufgefasst, stellt sich die Symptomatik umfassender, nämlich als Folge einer allseits in die Krise geratenen Weltbeziehung dar. Hier von einer individuellen Symptomatik zu sprechen, wäre ebenso verkürzt wie den Inpatienten eines dysfunktionalen Familiensystems als alleinigen Symptomträger zu behandeln, was spätestens seit Einführung systemtheoretischer Modelle in die Psychotherapie in die Kritik geraten ist (Schlippe & Schweizer 1997).

## **8.2. Apathie als Indifferenz**

*Eine andere Seite zeigt Frau D., wenn sie auf ihrem Stammplatz am Kreuzungspunkt der beiden Flure sitzt und gleichgültig vor sich hinstarrt. Dann wirkt sie abwesend, verschlossen und unerreichbar. In diesen Stunden fordert sie ihre Umgebung weniger aktiv heraus, macht weder Ärger noch Arbeit. Gleichzeitig scheint sie jedoch nicht mehr an der Welt teilzuhaben, äußert keine Bedürfnisse, nicht einmal Hunger, und löst in mir die Assoziation eines Menschen in ‚tiefem Standby‘ aus. Nach Rücksprache mit ihrem Psychiater kann ich ausschließen, dass dies eine Folge von Beruhigungsmitteln ist: Sie erhält keinerlei Psychopharmaka.*

Ähnlich verhält es sich mit der minussymptomatischen Seite, die ich mit Rosa als gegenseitiges Indifferenzverhältnis auffassen möchte. Bereits vor vielen Jahren ist bekannt geworden, dass bei der weit überwiegenden Zahl von Menschen mit Demenz passives Verhalten zu beobachten ist (Galyker et al. 1995) - je weiter fortgeschritten die Erkrankung, desto höher ist der Anteil. Die Situation dieser ‚stillen Mehrheit der Menschen mit Demenz‘ ist von Rückzug, reduzierter Initiative, verminderten Affekten und Apathie gekennzeichnet. Sie interagieren selbst bei der Körperpflege wenig, machen weder viel Arbeit noch ‚viel Ärger‘. Dieser Gruppe von Menschen, die in Pflegeheimen oder zu Hause betreut werden, gerecht zu werden, wird zunehmend zu einem gesundheitspolitischen, fachlichen und ethischen Anliegen. Soziale Isolation verstärkt Rückzugsverhalten (Bauer 2002), wodurch der Teufelskreis aus Rückzug und Ausschluss einmal mehr als Mitverursacher psycho-sozialer Probleme im Alter erkannt werden kann. Institutionen stehen daher unter hohem Druck, eine



tragfähige Struktur psycho-sozio-emotionaler Begleitung zu entwickeln, in die auch Therapie integriert ist.

Beide Modi der Weltbeziehung, die Repulsion wie die Indifferenz werden von Rosa als Entfremdung oder Verstummen bezeichnet. Eine resonante Grundbeziehung zur Welt wenigstens für kurze Zeitintervalle wieder zu ermöglichen, betrachte ich im Zusammenhang mit nichtkognitiven Symptomen folglich als Ziel nichtmedikamentöser therapeutischer Bemühungen. Im Bereich der Musiktherapie mit schwer Demenzbetroffenen wurde das bereits von Coomans (2016) überzeugend versucht, der wir die wertvolle Kategorie *moments of resonance* verdanken. Im Folgenden möchte ich die Wiederherstellung von Resonanzbeziehungen im Zusammenhang mit Therapeutischen Atmosphären (Sonntag 2016) untersuchen.

## **9. Therapeutische Atmosphären. Der antwortende Raum**

Handelt es sich bei Atmosphären ähnlich wie bei Resonanz um ein kategorial schwer fassbares, vorreflexives Phänomen, so sind sie doch gleichzeitig keinesfalls nichtssagend oder leer. Im Gegenteil: Es ist da etwas! Der atmosphärisch empfindende Mensch befindet sich keinesfalls in einem qualitätslosen *Nirgendwo*. Er fühlt sich mitunter mächtig erfasst von bedrückenden, heiteren, dichten, düsteren oder leichten Atmosphären und spürt sich in ihnen selbst. Gerade wenn er das Bewusstsein für den bemessbaren Raum schwindet (etwa unter dem Einfluss von Demenz), nimmt er den gespürten Raum in unmittelbarer Leibhaftigkeit noch deutlicher wahr (Sonntag 2016). Atmosphären beschreiben also ein leibsinnlich spürbares *Irgendwo* und damit die gefühlsgewisse Präsenz im gestimmten Raum. Sie fungieren somit als Medium der Selbst- und Welterfahrung und können gemäß den oben beschriebenen Weltbeziehungsmodi repulsiv, indifferent oder eben resonant erlebt werden.

Da Atmosphären Resonanz ebenso ermöglichen wie –im Falle der malignen Sozialpsychologie – verhindern können, bedarf ihre potentielle therapiewirksamkeit sorgfältiger Betrachtung. Von *Therapeutischen Atmosphären* spreche ich deshalb in Bezug auf resonanzfördernde, die unliebsamen Begleiterscheinungen der Demenz entgegenwirkende Atmosphären (Sonntag 2016). Therapeutische Atmosphären verstehe ich als leiblich empfundenen Raum, in dem Wohlbefinden und Lebensqualität intersubjektiv auf postreflexivem Niveau bewusst und reflektiert unterstützt werden. Wo das versiegende

Vermögen dementer Menschen, sich verbal zu artikulieren, häufig Beziehungsabbrüche und soziales Verstummen zur Folge haben, ermöglichen sie Leben und Zusammenleben weitgehend unabhängig von kognitiven Leistungen wie Sprache oder Gedächtnis. Darin sehe ich eine Voraussetzung für die Unterbrechung des sozialpsychologischen Teufelskreises, der für viele Menschen mit Demenz in den Ausschluss aus der Mitmenschlichkeit führt. Wesentliche Merkmale Merkmale und Funktionen Therapeutischer Atmosphären habe ich an anderer Stelle ausführlich beschrieben (Sonntag 2016) – hier soll der Zusammenhang mit Resonanz weiterhin im Vordergrund stehen.

Die in der Rosa'schen Resonanztheorie enthaltene Grundannahme des basalen Präsenzerlebens findet sich auch im Atmosphärenkonzept wieder. Zunächst einmal ist da also das Erleben der *Anwesenheit von Etwas*. In der traumähnlichen, mitunter tief versunkenen Welt vieler Demenzbetroffener bietet die ästhetisierende Wirkung von Musik eine Möglichkeit, sich überhaupt erst wieder daran zu erinnern (und dieses Erinnern ist zunächst ein leibliches), dass es eine Welt ‚da draußen‘ gibt. In den Worten einer aus tiefer Versunkenheit auftauchenden Heimbewohnerin: „Es ist da, ja es ist da, es ist da.“

Eine Musiktherapiesituation beobachtend stellte ein Heimleiter fest: „Musik ist kein Schlüssel, um die Dementen zu verstehen, sondern ein Weg für die Dementen zu erkennen, dass es Wirklichkeit um sie herum gibt“. Diese Wirklichkeit darf freilich nicht weiter in die Repulsion oder Indifferenz führen, sondern sollte in irgendeiner Form dazu animieren, aus apathischen oder agitierten Zuständen wieder herauszufinden. Über das Hören und Spüren werden Atmosphären somit einladend, entlastend und sozial verbindend erlebt. Erst dann geben sie Anlass, aus dementieller Selbst- und Weltvergessenheit wieder zu sich und zur Welt zu kommen.

*Ich betrete den Gemeinschaftsraum. Frau S. sitzt allein an einem Tisch, hält die Augen geschlossen, den Kopf gesenkt und summt selbstvergessen die Melodie des Hamburger Veermaster. Ich setze mich neben sie, nehme eine ähnliche Körperhaltung an, stimme in ihr Summen ein. Ein Aufmerken. Ein vorsichtiger Blick zur Seite – verschleiert und fern zunächst. Schließlich der überraschte Freuderuf: „Das bin ja ich!“.*

In Bezug auf das Resonanzmodell erscheint mir wesentlich, dass das atmosphärebezogene Angebot feinfühlig auf die individuellen Lebensäußerungen der betroffenen Personen eingeht und reagiert, also grundsätzlich antwortend ausgerichtet ist. Nicht beantwortet zu werden, ist nach Kitwood eines der Merkmale maligner Sozialpsychologie, was bei der beschriebenen

Frau S. zu einer vermutlich völlig unbewusst vollzogenen Selbststimulation durch das Summen der bekannten Melodie und einer verschlossenen, starren Körperhaltung führte. Therapeutische Atmosphären unterstützen deshalb elementare Resonanzverfahren nach dem Prinzip des *antwortenden Raums* (Sonntag 2016). Jede Person zeigt sich in ihrer Eigenart und wird in ihrer Eigenart beantwortet, so dass, was sozial und emotional zum Erliegen gekommen ist, wieder in Bewegung kommen kann. Frau S. kann über diese Form der Beziehungsaufnahme wieder zu sich und zu Welt kommen, was bei ihr unmittelbar Freude und den Ausruf des Erkennens auslöst.

Das alternierend repulsive und indifferente Weltverhältnis der bereits beschriebenen Frau D. konnte sich ebenfalls auf diese Weise in temporäre Resonanzbeziehungen verwandeln.

*In der Fallbesprechung beschlossen wir im multiprofessionellen Team, dass ich Frau D. versuchsweise musiktherapeutische Einzelbegleitung anbiete in der Hoffnung, ihr damit den Kontakt zu anderen Menschen zu erleichtern. Seit einigen Tagen setze ich mich deshalb zu ihr, sehe, was sie sieht, höre, was sie hört, versuche mich einzufühlen in ihre Situation. Eines Tages richtet sie sich im Sitzen auf, zeigt auf Menschen, die an unserem Platz vorbeikommen und klagt: „Schau mal, die laufen alle immer nur vorbei. Keiner bleibt stehen“. Sie steht auf und setzt sich ihrerseits in Bewegung, anklagend und missmutig vor sich hin schimpfend. Ich begeben mich an ihre Seite, nehme ihre mürrischen Kommentare sowie das Metrum ihrer Schritte auf und freue mich, zumindest nicht abgewiesen zu werden. Am nächsten Tag erneut: mitgehen, ihre bewegte Wirklichkeit kennenlernen, mich eingrooven in ihre Stimmung und Bewegung. Es geht! Sie hakt sich bei mir unter und wir spazieren Seite an Seite den Gang entlang. Frau D. findet wie selbstverständlich mit mir in den Gleichschritt (eine Angewohnheit vieler Frauen ihrer Generation: sich dem Schritt des Mannes anpassen). Plötzlich höre ich ihre Stimme: „Wir machen Musik, da geht uns der Hut hoch“, singt sie, „Wir machen Musik, da geht uns der Bart ab“. Wir singen gemeinsam den berühmten Schlager, blicken uns lachend an. Der Rhythmus des gemeinsamen Gehens hat ein Lied ihr wachgerufen, das in den folgenden Wochen unser ständiger Begleiter werden wird. Am Ende unseres Spaziergangs biete ich ihr einen Platz an einem Tisch im Gemeinschaftsraum an und beobachte nach dem Abschiednehmen, wie sie noch eine ganze Weile lachend und beschwingt mit anderen Bewohner.innen in Kontakt ist.*

## **10. Haltungen und Rahmungen. Über die Halbverfügbarkeit**

Spätestens an dieser Stelle sollte die Frage der Verfügbarkeit von Resonanzerfahrungen noch einmal gestellt werden. Beispiele gelungener musiktherapeutischer Interventionen könnten den Eindruck erwecken, dass Resonanz regelrecht hergestellt werden könnte, etwa indem Lebensäußerungen nur geschickt und genau genug beantwortet werden. Das darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass Resonanzerfahrungen durch zwei konstitutive Unverfügbarkeiten gekennzeichnet sind: Sie lassen sich nicht erzwingen und die Ergebnisse und damit verbundenen Transformationen sind unvorhersagbar. Man kann eine Resonanzerfahrung also nicht machen oder herstellen – erinnern wir uns das Praxisbeispiel ganz zu Beginn dieses Beitrags: „Manchmal findet es sich, und dann löst es sich wieder auf“. Ganz dem Zufall oder glücklicher Fügung überlassen ist das Resonanzgeschehen jedoch auch nicht. Institutionelle, kontextuelle und dispositionale Bedingungen können Resonanzerfahrungen begünstigen bzw. auch behindern. Anstelle von Unverfügbarkeit ziehe ich deshalb vor, von Halbverfügbarkeit zu sprechen, ein Hilfsausdruck, den auch Rosa verwendet, wenn er die Balance zwischen Verfügbarkeitswunsch und Resonanzsehnsucht auslotet (Rosa 2018). Mit Halbverfügbarkeit ist selbstverständlich nicht die Hälfte, also 50 % gemeint, ja überhaupt gar nicht die Verfügbarkeit in Teilen, da sich Resonanz als intensive Größe nicht teilen lässt. Vielleicht könnte die Verwendung des Begriffs am zutreffendsten mit dem neophänomenologischen Konzept der Halbdinge in Zusammenhang gebracht werden, die im Gegensatz zu Dingen eine inkonstante Dauer haben und sich im leiblichen Erleben manifestieren (Schmitz 2014). Zu den Halbdingen zählen sowohl Atmosphären als auch Gefühle und Musik (ebd.).

Der unbestreitbare Vorteil ihrer Halbverfügbarkeit ist, dass sich Resonanzerfahrung in ihrer Entstehung begünstigen lässt. Rosa schreibt von „subjektiven, sozialen, räumlichen, zeitlichen und atmosphärischen Hintergrundbedingungen“ (Rosa 2018, 43), die auf die Ermöglichung einer Resonanzerfahrung ein- und ausgerichtet werden können. Die Halbverfügbarkeit des Resonanzerlebens verstehe ich als Voraussetzung für die Wirksamkeit therapeutischer Einflussnahme – im Falle vollständiger Unverfügbarkeit wäre die therapeutische ‚Zunft‘ gleichsam mittellos. Zu resonanzbegünstigenden Faktoren zähle ich in gegebenem Kontext vor allem spezifische therapeutische *Haltungen* und *Rahmungen*.

### **10.1. Haltungen**

Eine „Haltung des Hörens und Antwortens“ (Rosa 2018, 92) verbunden mit dem partiellen Aufgeben der Situations-, Impuls- und Handlungskontrolle sowie selbstzensurierender Instanzen erhöhen vermutlich die Wahrscheinlichkeit von Resonanzerfahrungen. Dafür finden sich auch in musiktherapeutischer Literatur zahlreiche Hinweise. Während Gindl (2002) in Bezug auf emotionale Wechselwirkungen allgemein von „Resonanzbereitschaft“ in der therapeutischen Beziehung spricht, bezieht Eckert (2019) sich mit „leibmusikalischer Resonanzfähigkeit“ expliziter auf musikanaloge Erfahrungen. Auch de Backer, Foubert & van Camp (2017) betonen, dass „Prae- und Post-Resonanz“ als Haltung in therapeutischer Musizierpraxis angesehen werden können. Desgleichen Coomans (2016), die ihre Erkenntnis im Kontext musiktherapeutischer Improvisation mit schwer Demenzbetroffenen gewonnen hat, und die auf de Baker rekurrend das „lauschende Spiel“ als Grundhaltung formuliert. In sämtlichen Ansätzen erkenne ich eine Art ‚shift from doing to being‘, eine Abkehr von interventionistischen, die therapeutische Maßnahme in den Vordergrund stellende Sichtweise zugunsten einer Hinwendung zum gemeinsamen *Sein*.

Die Balance zwischen Tun und lauschendem Dasein ist eine im Resonanzmodell Rosas solide verankerte Grundfigur – erinnern wir uns an die mediopassive Verschränkung von Berührt- und Selbstwirksamkeitserleben. An anderer Stelle habe ich selbst drei Grundhaltungen für die therapeutische Begleitung von Menschen mit Demenz beschrieben: Das komplementäre Begriffspaar *Sorge* und *Gelassenheit* sowie die *Rezeptivität* (Sonntag 2016). In Bezug auf die Auseinandersetzung mit Resonanz unterziehe ich die Rezeptivität hier einer Revision, da sie unidirektional auf die Wahrnehmung verweist, während das Moment des Handelns nicht zwingend darin enthalten ist. In Bezug auf Resonanz erscheint mir jedoch wichtig, beide Seiten, die des Wahrnehmens und die des Handelns begrifflich zu fassen. Und zwar so, dass das Handeln von der Wahrnehmung geleitet ist, also ein lauschendes oder antwortendes Handeln ist.

In einer primären *Responsivität* sehe ich folglich den Kern resonanzbegünstigender Haltungen sehr zutreffend gefasst. Philosophisch in neuerer Phänomenologie verwurzelt und gestützt durch die hier besprochenen Praxiserfahrungen, bedeutet Responsivität eine radikale Abkehr vom Souveränitätsparadigma, das uns die Illusion verleiht, dass Handeln jederzeit intentional und bewusst ist (Waldenfels 2007). Mersch versteht Responsivität im Kontext improvisatorischer Praxis unter dem Blickwinkel einer primären Alterität, dem Handeln „vom Anderen her“ (Mersch 2017). In therapeutischen Zusammenhängen widerspricht dies grundlegend Ansätzen, die auf unidirektionaler Beziehung von Behandelnden und

Behandelten basieren. Aus Resonanzbeziehungen geht kein.e Beteiligte.r unverwandelt hervor.

In der therapeutischen Praxis bedeutet Responsivität mitunter, auf etwas zu antworten, das sich noch gar nicht deutlich zeigt, das aber bereits atmosphärisch spürbar ist. So verstehe ich zum Beispiel die Interpretation einer Atmosphäre von Traurigkeit und Sehnsucht durch das Lied *Am Brunnen vor dem Tore* nicht als therapeutische Aktion im Sinne einer geplanten Maßnahme, sondern als feinfühlende Antwort auf das, was gleichsam ‚in der Luft liegt‘. Die atmosphäregeleitete Musizierpraxis prozessorientierter Musiktherapie ist also im Wesentlichen Resonanz.

## 10.2. Rahmungen

Neben den Haltungen finden sich in musiktherapeutischer Literatur Überlegungen hinsichtlich weiterer Faktoren, die auf das Resonanzgeschehen therapeutischer Settings einwirken, und die ich unter dem Begriff der Rahmung fassen möchte. Goditsch, Storz und Stegemann (2017) befassen sich mit Parametern, wie der Gestaltung des Raumes, der Raumakustik oder der Anwesenheit von Instrumenten, die die Atmosphäre eines Musiktherapieraumes mitbedingenden und sich demnach auch auf das darin befindliche Resonanzgeschehen auswirken. Auch das Konzept der Therapeutischen Atmosphäre beinhaltet zwar die Grundannahme der Unverfügbarkeit, beschreibt jedoch gleichzeitig konstituierende Merkmale für Atmosphären, die in der Begleitung von Menschen mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen therapeutisch wirksam sind und weist der Musik dabei eine zentrale Rolle zu (Sonntag 2016). Musik als Atmosphäre im subtilen Wechselbezug von sich in zwischenleiblicher Resonanz zueinander befindenden Menschen bildet das Medium für Resonanzbeziehungen. Sie unterstützt das Auftauchen von Konturen, Sinnzusammenhängen, Bedeutungen und Beziehungen. Die Präsenz einer umgebenden und durchdringenden Klangwelt vermittelt Erfahrungen von Kontinuität, ihre rhythmische und melodische Akzentuierung ermöglicht Struktur- und Kontakterleben.

*Das Abendessen war chaotisch. Die Bewohner:innen sind total überfordert, die gesamte Atmosphäre ist noch gefärbt von der Geschäftigkeit der Nahrungsaufnahme, die mit Lärm und Druck einherging. Ich bekomme kein Gefühl für einen Beginn meines musiktherapeutischen Angebots, mir fällt nichts ein. Ebenso wie die meisten Bewohner:innen*

*möchte ich nicht im Gemeinschaftsraum bleiben, der ungastlich und abweisend wirkt. Einige beginnen unruhig suchend und verwirrt umherzulaufen. Ich greife ein Glockenspiel vom Instrumentenwagen und begeben mich ebenfalls auf den Weg durch die Flure und Räume des Wohnbereichs. Zunächst ohne gezielt Kontakt aufzunehmen, spiele ich ein paar einzelne Töne. Einige blicken auf im Vorübergehen, wie durch einen Schleier. Eine sagt: „Schön“. Nach einer Weile kommt mir Frau P. entgegen, singt: „Schlaf nun selig und süß, schau im Traum's Paradies.“ Herr S. nimmt die Melodie summend und brummend auf und trägt sie weiter den Flur entlang. Als mir Frau P. wiederbegegnet, deute ich die Melodie des Schlafliedes noch einmal auf dem Glockenspiel an. Sie blickt mich an, lächelt, singt ihren Vers, geht weiter. Allmählich breiten sich die Klangfarbe des Glockenspiels und die Stimmung des angedeuteten Liedes in den Fluren des Wohnbereichs aus. Das Summen einer weiteren Bewohnerin hat deutlich Bezug zur Tonart des Liedes. Die Atmosphäre verwandelt sich allmählich, verliert an Kantigkeit und Druck. Anstelle notgedrungener Hektik rückt abendliche Besinnlichkeit. Menschen werden hörend, nehmen einander wahr, beantworten einander.*

## **11. Schluss. Resonanz und Atmosphäre, eine Wechselbeziehung**

Im Praxisbeispiel begünstigt eine atmosphärebezogene Klangintervention (die Töne des Glockenspiels) das Auftauchen resonanter Beziehungen. Gleichzeitig wird deutlich, dass das auflebende Resonanzgeschehen auf die Atmosphäre zurückwirkt. Atmosphäre einseitig den resonanzbegünstigenden Faktoren zuzuordnen wäre demnach verkürzt. Ihr Verhältnis zu Resonanz ist das einer wechselseitigen Beeinflussung. Einerseits wirkt die achtsame Mitgestaltung von Atmosphären resonanzbegünstigend, andererseits tragen Resonanzbeziehungen zur Entstehung ebendieser Atmosphären bei. Die Nähe beider Konzepte zueinander ist offensichtlich, zumal beide Begriffe auf einem relationalen, also beziehungsbasierten Grundverständnis beruhen. Beide werden weder als rein subjektive Projektionen noch als rein objektive Phänomene, sondern gleichsam als *Zusammenspiel von Subjekt und Welt* angesehen, das auf hören und antworten beruht.

„Schon wenn der erste Ton erklingt, beginnt der Raum zu atmen und zu leben, ist es wie ein Erschauern, wie ein Schweben, als ob ein Zauber uns bezwingt“, singt Reinhard Mey in *Welch ein Geschenk ist ein Lied* (1981). Bereits jeder „erste Ton“, so meine These, ist jedoch bereits eine Antwort auf etwas Vorausgegangenes.

## Literatur

- de Backer, J., Foubert, K. & Van Camp, J. (2017). Modalitäten von Übergängen in einem musiktherapeutischen Kontext. *Musiktherapeutische Umschau* 38(4), 324-333.
- Bauer, J. (2002). Psychobiologie der Alzheimer-Krankheit: Wirklichkeitskonstruktion und Beziehungsgestaltung. In: Plassmann, R, M. Schütz & T. v. Uexküll (Hg.), *Integrierte Medizin*. Neue Modelle für Psychosomatik und Psychiatrie. Gießen: Psychosozial, 59-113.
- Beyer, T. Gerner. A. (2017). Resonanz und Interaktion: Eine philosophische Annäherung anhand zweier Proben. In: T. Breyer et al. (Hg.): *Resonanz, Rhythmus, Synchronisation. Interaktion in Alltag, Therapie und Kunst*. Bielefeld: transcript, 33–46.
- Coomans, A. (2016). *Moments of resonance in musical ipmrovisation with persons with severe dementia. An interpretative phenomenological study*. Dissertation. Universität Allborg.
- DAG (Deutsche Alzheimer Gesellschaft) (Hg.) (2002). *Mit Musik Demenzkranke begleiten*. Praxisreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V., Bd. 3. Berlin.
- DMtG (Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft) (2023). *Was ist Musiktherapie? Definition*. Abgerufen am 09.01.2023 unter:  
<https://www.musiktherapie.de/musiktherapie/was-ist-musiktheapie>.
- Eckert, K. (2019). Die leibmusikalische Resonanzbereitschaft in der Musiktherapie. *Musiktherapeutische Umschau* 40(2), 150-158.
- Galynker, I., Roane, D., Miner, L., Feinberg, T. & Watts, P. (1995). Negative Symptoms in Patients with Alzheimer's Disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 3(1), 52-55.
- Gindl, B. (2002). *Anklang. Die Resonanz der Seele. Über ein Grundprinzip therapeutischer Beziehung*. Paderborn: Junfermann.
- Goditsch, M. J., Storz, D. & Stegemann, T. (2017). Opening the door. First insights into the music therapy room's design. *Nordic Journal of Music Therapy* 26(5), 432–452.
- Hessler, J., Schäufele, M., Hendlmeier, I et al. (2017). Behavioural and psychological symptoms in general hospital patients with dementia, distress for nursing staff and complications in care: results of the General Hospital Study. *Epidemiol Psychiatr Sci* 9, 1–10.
- Kitwood, T. (2000). *Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bern: Huber.



Langenberg, M. (1988). *Vom Handeln zum Behandeln. Darstellung besonderer Merkmale der musiktherapeutischen Behandlungssituation im Zusammenhang mit der freien Improvisation*. Stuttgart: Fischer.

Mahlert, U. (2020). Gelingende Weltbeziehungen. Musikpädagogische Überlegungen zu Hartmut Rosas Theorie der Resonanz. In: K. Bradler & A. Michel (Hg.), *Musik und Ethik. Ansätze aus Musikpädagogik, Philosophie und Neurowissenschaft*. Münster: Waxmann, 137–143.

Mersch, D. (2020). Improvisation und Alterität. In: K. Bradler & A. Michel (Hg.), *Musik und Ethik. Ansätze aus Musikpädagogik, Philosophie und Neurowissenschaft*. Münster: Waxmann, 53–67).

Mey, R. (1981). *Welch ein Geschenk ist ein Lied*. Studioalbum Freundliche Gesichter. Intercord.

Muthesius, D., Sonntag, J., Warme, B. & Falk, M. (2019). *Musik – Demenz – Begegnung. Musiktherapie für Menschen mit Demenz*, (Vollständig überarbeitete Neuauflage). Frankfurt: Mabuse.

Pfleiderer, M. & Rosa, H. (2020). Musik als Resonanzsphäre. *Musik & Ästhetik* 95, 5–36.

Rosa, H. (2016). *Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung*. Berlin: Suhrkamp.

Rosa, H. (2018). *Unverfügbarkeit*. Wien: Residenz.

Sacks, O. (2008). *Der einarmige Pianist. Über Musik und das Gehirn*. Reinbek: Rowohlt.

Schlippe, A. v. & Schweizer, J. (1997). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*, (4. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schmitz, H. (2014). *Atmosphären*. München: Karl Alber.

Sonntag, J. (2015). Methodisch gestütztes Nach-denken. Rekonstruktive Forschung in der Musiktherapie. In: G. Schmid, P. Sinapius (Hg.). *Artistic Research in Applied Arts. Wissenschaftliche Grundlagen künstlerischer Therapien*, Bd. 5. Hamburg, Potsdam, Berlin: University Press, 223–247.

Sonntag, J. (2016). *Demenz und Atmosphäre. Musiktherapie als ästhetische Arbeit*. (2. Aufl.). Frankfurt: Mabuse.

Sonntag, J., Goditsch, M., Storf, M. (2023). Soziologische Resonanztheorie und ihre Relevanz für die Musiktherapie. *Musiktherapeutische Umschau* 44/4, 323-335.

van der Stehen, J.T., Smaling, H.J.A., van der Wouden, J.C., Bruinsma, M.S., Scholten, R.J.P.M & Vink, A.C. (2018). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 7. Art. No.: CD003477. DOI: 10.1002/14651858.CD003477.pub4.

Waldenfels, B. (2007). *Antwortregister*. Frankfurt: Suhrkamp

Wormit, A.F., Hillecke, T.K., Moreau, D. & Diener, C. (2020). *Musiktherapie in der geriatrischen Pflege. Ein Praxisleitfaden*. München: Reinhardt.